

Date de dépôt : 17 février 2020

Rapport

de la commission de la santé chargée d'étudier le projet de loi du Conseil d'Etat sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile (LORSDom) (K 1 04)

Rapport de M^{me} Marjorie de Chastonay

Mesdames et
Messieurs les député.e.s,

La commission de la santé a examiné le **projet de loi 12263¹** au cours de 14 séances – celles des 8 juin et 21 décembre 2018 ainsi que celles du 18 janvier, des 1^{er}, 8 et 15 février, des 8, 15 et 29 mars, des 5 et 12 avril, du 10 mai et des 21 et 28 juin 2019 – sous les présidences de M. Bertrand Buchs et de M^{me} Marjorie de Chastonay. Elle a pu bénéficier de la présence du chef du département, M. Mauro Poggia, de M. Adrien Bron, directeur de la DGS (DSES), de M^{me} Sabrina Cavallero, directrice de la planification et du réseau de soins (DSES), de M^{me} Anne Etienne, directrice du service juridique, DGS, (DSES) ainsi que de M. Wieland Karsregard C., juriste, DGS (DSES). La rapporteure tient par ailleurs à remercier MM. Sébastien Pasche, Jean-Luc Constant et M^{me} Virginie Moro pour la qualité de leur retranscription des débats. **Pour une compréhension adéquate des travaux du PL 12263, il est fondamental d'inclure les travaux du PL 12169² et de la motion 2442³ qui**

¹ Annexe 1 : PL 12263 – *LORSDom* (Projet de loi du Conseil d'Etat sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile (K 1 04) – <http://ge.ch/grandconseil/data/texte/PL12263.pdf>

² Annexe 2 : PL 12169 – (Projet de loi modifiant la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile (*LSDom*) (K 1 06) (Pour un droit au répit pour les proches aidants) – <http://ge.ch/grandconseil/data/texte/PL12169.pdf>

³ Annexe 3 : Motion 2442 – Proposition de motion pour une reconnaissance légale de l'engagement non professionnel des proches aidants – <http://ge.ch/grandconseil/data/texte/M02442.pdf>

se sont, au début, déroulés en parallèle des travaux du PL 12263, puis ont été liés jusqu' à la fin des travaux du PL 12263. Les travaux du PL 12169 et M 2442 se sont tenus au cours de six séances du 1^{er} juin au 30 novembre 2018. En tout, la commission de la santé a consacré vingt séances à ces travaux, de juin 2018 à juin 2019.

Organisation des travaux et table des matières

Concernant le **PL 12169** et la **M 2442**, les travaux se sont déroulés au cours de six séances que la commission a consacrées de la manière suivante :

- 1) 1^{er} juin 2018 : Présentation des deux objets parlementaires : **PL 12169** par M^{me} S. Moyard, 1^{re} signataire, et **M 2442** par M. J.-L. Forni, 1^{er} signataire ; **p. 7.**
- 2) 5 octobre 2018 : Audition de **M. Poggia**, conseiller d'Etat ; **p. 16.**
- 3) 19 octobre 2018 :
 - Audition de ***l'Imad*** : M. Sella, président du conseil d'administration, M^{me} Da Roxa, directrice générale, et M. Perrier-Gros-Claude, directeur des opérations.
 - Audition conjointe de ***l'AMGe*** : M. Matter, président, du **GGPSP** (Groupe genevois des praticiens en soins palliatifs), du ***Polyger*** : D^{resse} Di Pollina et de l'Association genevoise des médecins de famille internistes généralistes (***AGeMIG***) : D^r Châtelain ; **p. 23.**
- 4) 9 novembre 2018 :
 - ***L'ACG*** décline l'invitation de la commission de la santé concernant la thématique des proches aidants.
 - Audition de la Fédération genevoise des associations de personnes handicapées et de leurs proches (***FéGAPH***) : M. Mizrahi, vice-président, M^{me} Datel, présidente ***Le Relais***, et M. Kojouharov, membre du comité du Club en fauteuil roulant (***CFRGe***).
 - Auditions conjointes des représentants ***d'Insieme*** : M. Cosatti, président, et M^{me} Laidevant, secrétaire générale, ***d'INSOS***, M. Laederach, président, et de ***l'association Alzheimer*** : M^{me} Rochat, présidente, et M^{me} Courvoisier, directrice ; **p. 29.**

5) 16 novembre 2018 :

- Auditions conjointes de représentants de *la Plateforme des associations d'âinés de Genève* : M^{me} Bergerat, présidente, et M^{me} Cramer, vice-présidente, et *d'Autisme Genève* : M^{mes} David-Coppex, membre et parent, et Y. Barman, membre parent du comité.
- Auditions conjointes des *EMS Butini De la Rive* et des foyers de jour et de nuit Butini et De la Rive : M^{me} Mechkat, de la *FEGEMS* : M. Erard, chargé de projets, et *de la Croix-Rouge suisse* : M^e Pedrazzini, président, et M^{me} Lambert, directrice générale ; **p. 38.**

6) 30 novembre 2018 :

- Audition de **M. Apothéloz**, conseiller d'Etat (DCS), et M. Berclaz, adjoint de direction (DGAS).
- Audition de M. Hofmann, directeur de *Pro-XY*, et M^{me} Engelberts, membre du conseil de fondation de Pro-XY.
- Présentation **du PL 12260**⁴ par M. Buchs, 1^{er} signataire, et préavis négatif de la commission de la santé à la commission fiscale ; **p. 47.**

Concernant le PL 12263, les travaux se sont déroulés au cours de 14 séances que la commission a consacrées de la manière suivante :

1) 8 juin 2018 et 21 décembre 2018 : Présentation par le **département (DSES)** : auditions de M. Poggia, conseiller d'Etat, et M. Bron, directeur de la direction générale de la santé, suivie de questions et discussion sur l'organisation des travaux. Les auditions prévues sont donc *l'AMGe*, *l'Imad*, les *EMS*, *SITEX*, la *CSi*, *Strategos* et *le Groupement des infirmières indépendantes (GiiGe)*. Puis, reprise des discussions. Les auditions ajoutées sont : *l'ASI*, *INSOS* et *CFRGe*. L'entrée en matière est votée en décembre 2018 (1^{er} débat) ; **p. 56.**2) 18 janvier 2019 :

- Audition de M. Billotte, de *Strategos*.
- Audition de M. Dufour, président du *CFRGe*, et de M. Kojouharov, membre du comité du CFRGe.

⁴ PL 12260 : en suspens devant la commission fiscal – (Projet de loi modifiant la loi sur l'imposition des personnes physiques (LIPP) (D 3 08) (Pour une reconnaissance fiscale de l'engagement non professionnel des proches aidants) – <http://ge.ch/grandconseil/data/texte/PL12260.pdf>

- Audition de M. Erard, chef de projet, *FEGEMS*, M. Beausoleil, directeur des *EMS de Lancy*, M. Cavallero, directeur général d'*Espace de Vie SA*, et M^{me} Béné, directrice de *l'EMS du Léman*, *AGEMS* ; p. 70.
- 3) 1^{er} février 2019 :
- Audition de M. Pizzoferrato, secrétaire générale, et du D^r Vandeplas, membre de *l'AMGe* ; p. 81.
- 4) 8 février 2019 :
- Audition de M^{me} May, présidente de *l'Association suisse des infirmiers et infirmières (ASI)* et de M^{me} Borrero, vice-présidente.
 - Audition de M^{me} Da Roxa, directrice générale, M. Sella, président, et M. Perrier-Gros-Claude, directeur des opérations, *Imad*.
 - Audition de M^{me} Joannis, directrice de *Sitex*, M^{me} Kauffeler, directrice de *CSI*, M^{me} Annouillès, présidente, et M^{me} Mentha, infirmière indépendante et membre du comité du *Groupeement des infirmières indépendantes (Gii)* ; p. 85.
- 5) 15 février 2019 :
- Audition de M^{me} Berberat, présidente de la *Plateforme des associations d'âinés de Genève*, et M^{me} Cramer, vice-présidente, et de M^{me} Courvoisier, directrice de *l'association Alzheimer Genève* et membre délégué de la Plateforme ; p. 95.
- 6) 8 mars 2019 : vote du 2^e débat ; le **PL 12169** et la **M 2442** sont mis à l'ordre du jour en raison de leurs liens ; la commission traite les art. 1 à 4 ; p. 100.
- 7) 15 mars 2019 : 2^e débat sur les art. 5 à 8 ; p. 111.
- 8) 29 mars 2019 : 2^e débat sur les art. 9 à 15 ; p. 118.
- 9) 5 avril 2019 : 2^e débat sur les art. 16 à 29 ; p. 126.
- 10) 12 avril 2019 : 2^e débat sur les art. 30 à 35. Fin du 2^e débat. **Travaux suspendus pour le PL 12169 et M 2442** en attendant d'y inclure les modifications dans le PL 12263 ; p. 139.
- 11) 10 mai 2019 : 3^e débat : seuls les articles amendés sont repris (art. 2, art. 3, art. 5, art. 6, art. 8, art. 9, art. 10, art. 14, art. 18, art. 21, art. 23 ; p. 147.
- 12) 21 juin 2019 : Suite du 3^e débat : art. 24, art. 29, art. 31, et vote final du PL 12263. **A noter que la question du droit au répit (PL 12169) est débattue, incluse dans le PL 12263 et votée lors du 3^e débat ; p. 162.**

13)28 juin 2019 : Le PS annonce qu'il retirera son **PL 12169** en plénière lorsque la *LORSDom* sera votée. Le PDC annonce qu'il retire son **PL 12384**⁵ et annonce le retrait de la **M 2442**, après une brève discussion ; p. **166**.

Introduction de la rapporteure

Mesdames et Messieurs les député.e.s,

En préambule, il me semble opportun de faire un bref rappel du contexte et des enjeux concernant ce projet de loi. Il convient de rappeler que pendant les travaux de la commission, le PL 12263 a été lié au PL 12169 qui sera retiré par le groupe socialiste dès que le présent projet de loi sera voté en plénière. Le PL 12263 a aussi été lié à la motion 2442 qui a été retirée.

Par ailleurs, la commission de la santé avait un préavis à donner à la commission fiscale sur le PL 12260 (Pour une reconnaissance fiscale de l'engagement non professionnel des proches aidants). La commission de la santé a décidé d'attendre la fin de l'étude des trois objets (PL 12169, M 2442 et PL 12263) avant d'envoyer son préavis à la commission fiscale.

Durant les travaux, le PDC a également annoncé le retrait de son projet de loi sur l'hospitalisation à domicile (PL 12384).

Cadre légal

Ce projet de loi vise à **abroger** l'actuelle loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile (*LSDom*)⁶ (K 1 06) du 26 juin 2008.

Ceci étant dit, la thématique des **proches aidants** ainsi que celle des **personnes en situation de handicap** ont été traitées lors des travaux et certains points inclus dans le PL 12263, suite à de nombreux amendements qui sont **annexés** notamment :

- L'inclusion d'un nouveau chapitre : Chapitre III Proches aidants art. 18 et 19 dans la *LORSDom* ainsi que de nombreux articles où ils sont nommés.
- Il en va de même pour les personnes en situation de handicap et les établissements accueillant des personnes handicapées (*EPH*).

⁵ PL 12384 : Projet de loi 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)) – <http://ge.ch/grandconseil/data/texte/PL12384.pdf>

⁶ LSDom : Loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile (K 1 06)) – https://www.ge.ch/legislation/rsg/f/rsg_k1_06.html

Lors des travaux de commission, certaines thématiques ont été approfondies telles que :

- Le lien entre la santé et le social (enchevêtrement des compétences et mise en application des lois telles que la *LRT*⁷ mais aussi la collaboration interdépartementale et transversale.
- Le rôle des médecins : leur responsabilité, les sorties d'hôpital.
- La question de la plateforme informatique (*Mondossiermedical.ch*) mais aussi la transition numérique et la sécurité informatique.
- Le statut des infirmières indépendantes et la question du financement résiduel tout en précisant que les travaux ont commencé avant *l'arrêt* du *Tribunal fédéral* et qu'ils se sont poursuivis aussi une fois l'arrêt rendu⁸.
- Les questions des effectifs de *l'Imad*, de la continuité des soins et des ruptures ont aussi animé les débats.
- Le concept d'hospitalisation à domicile (*HàD*) a également été discuté et le PDC a annoncé le retrait du **PL 12384** à ce sujet.
- Les personnes âgées et les aînés.

Il s'agit d'un projet de loi fondamental pour la politique publique de la santé, parce que son objectif principal est d'améliorer **l'organisation** du réseau de soins en vue du maintien à domicile afin de : diminuer les hospitalisations et les institutionnalisations ; prendre en considération le vieillissement de la population ; la croissance démographique ; l'augmentation des coûts de la santé et la prévention et la promotion de la santé.

Enfin, les membres de la commission de la santé ont effectué un travail important en termes d'amendements d'améliorations du PL, mais aussi en vue de prendre en considération les recommandations préconisées par *Strategos* notamment et les nombreuses suggestions proposées par les personnes ou associations auditionnées sur la thématique. Il en résulte un projet de loi qui

⁷ LRT (Loi sur la répartition des tâches entre les communes et le canton (1^{er} train) (LRT-1) (A 2 05) du 18 mars 2016 – https://www.ge.ch/legislation/rsg/f/s/rsg_a2_05.html

⁸ Arrêt du Tribunal fédéral du 20 juillet 2018 (9C_446/2017) concernant la prise en charge des coûts résiduels. Communiqué de presse : « Financement des soins : Les cantons doivent prendre intégralement en charge les coûts résiduels. (La loi sur l'assurance-maladie (LAMAL) précise que le surplus (coût résiduel) est supporté par le canton. », août 2018 – https://www.bger.ch/files/live/sites/bger/files/pdf/fr/9C_446_2017_2018_08_13_T_f_11_36_33.pdf

inclut désormais des acteurs importants du réseau tels que les personnes en situation de handicap ou les associations les représentant, mais aussi les proches aidants.

Durant les débats, les commissaires à la santé ont posé de nombreuses questions afin d'éclaircir quelques points névralgiques ou thématiques enchevêtrés tels que :

- Le lien entre le social et la santé (enchevêtrement des compétences et mise en application des lois telles que la *LRT* mais aussi la collaboration interdépartementale et transversale).
- La prise en considération des tous les acteurs gravitant autour du patient.
- Les bénéficiaires eux-mêmes.
- La question du statut des acteurs du réseau de soins : membres et partenaires.

Enfin, en raison des nombreuses auditions, la rapporteure a sélectionné des questions et des réponses pertinentes ainsi que des échanges et des réflexions qui mettent en lumière les questionnements et les nombreuses problématiques face aux enjeux. Ce rapport est donc une synthèse sous la forme de questions (ci-après : (Q)) et de réponses (ci-après : (R)).

Toutes les références pertinentes se trouvent dans les nombreuses annexes en fin de rapport.

L'ordre chronologique des travaux de la commission de la santé a été privilégié.

1^{er} juin 2018 : Présentation du PL 12169 et de la M 2442

PL 12169 Pour un droit au répit pour les proches-aidants

(M^{me} Moyard) Ce PL vise à **améliorer les conditions de vie des proches aidants** qui sont un maillon essentiel de la politique de santé en termes sociaux, mais aussi économiques car les proches aidants sont indispensables à l'Etat. Elle donne la définition du proche aidant selon la commission consultative : *« une personne de l'entourage immédiat d'un individu dépendant d'assistance pour certaines activités de la vie quotidienne, qui, à titre non professionnel et informel, lui assure de façon régulière des services d'aide, de soins ou de présence, de nature et d'intensité variées destinés à compenser ses incapacités ou difficultés ou encore à assurer sa sécurité, le maintien de son identité et de son lien social »*. Il peut donc s'agir de membres de la famille, de voisins, d'amis, etc.

Ce PL instaure un **droit au répit** exprimé en jours et il y aurait une table à mettre en place par le département pour le nombre de jours auxquels le proche aidant aurait droit, en fonction du nombre d'heures fournies. La majorité des proches aidants aident de nombreuses heures par semaine, voire par jour. Ce PL propose un **minimum de 28 jours** (en référence au 4 semaines minimales de vacances pour les salariés) et un **maximum de 45 jours** (le nombre maximum fixé dans le règlement de la *LSDom*). Ensuite, ce PL vise aussi à ce que le département développe des **structures** en conséquence et **informe** les proches aidants du droit qu'ils ont à bénéficier d'un répit. Enfin, ce PL prévoit un **délai de 5 ans** pour que le département mette en place ces éléments.

Elle rappelle le **contexte**. Il y a aujourd'hui des choses existantes, c'est loin d'être suffisant. Elle évoque **l'art. 7 et l'art. 18 de la LSDom** qui abordent la question des proches aidants. Le **règlement** de cette loi comprend un chapitre consacré aux proches aidants, dans lequel est mentionnée la **question du répit**. C'est là qu'on retrouve le nombre de 45 jours, dans la possibilité de bénéficier **d'un répit en UATR**. La question des proches aidants est une question qui intéresse le parlement, et principalement le PS et le PDC, car ces deux partis étaient signataires d'un certain nombre de motions sur la question. La **M 2155**⁹ de la commission de la santé demandait il y a quelques années de prolonger la commission consultative de soutien aux proches aidants et de mettre en place un plan d'action concret. Cette motion qui a été acceptée il y a plusieurs années trouve une concrétisation toute récente dans le **programme de soutien aux proches aidants** qui est sorti en septembre 2017¹⁰. En outre le **RD 1061**¹¹ évalue les UATR et UATM et fait un état des lieux afin de montrer où sont les besoins.

Après le dépôt du PL 12169, il y a eu **3 autres objets déposés**, dont le **PL 12260** du PDC qui complète ce PL, puisque c'est un objet qui propose une **déduction fiscale** à hauteur de 15 000 francs par an pour les **proches aidants**.

⁹ M 2155 : (Proches aidants : des solutions pratiques) –
<http://ge.ch/grandconseil/data/texte/M02155A.pdf>

¹⁰ Programme de soutien aux proches aidants – 2017-2020 du canton de Genève –
<https://www.ge.ch/document/programme-soutien-aux-proches-aidants-du-canton-geneve-2017-2020/telecharger>

¹¹ RD 1061 : Rapport du Conseil d'Etat sur l'évaluation de l'exploitation des unités d'accueil temporaire de répit (UATR) de l'Institution genevoise de maintien à domicile (imad) et des lits « UATR » des Cliniques genevoises de Joli-Mont et de Montana ainsi que du projet pilote d'unité d'accueil temporaire médicalisée (UATM) conduit par la Clinique et permanence d'Onex SA –
<http://ge.ch/grandconseil/data/texte/RD01061.pdf>

La commission de la santé doit faire un **préavis à la commission fiscale** à ce sujet. Sur cette question, le PS a finalement renoncé à ajouter un élément financier à ce PL, car il a estimé ne pas avoir trouvé la solution parfaite, après avoir fait des recherches dans les autres cantons. A ce propos, le **Valais** a instauré une déduction fiscale, **Fribourg** a instauré un montant journalier forfaitaire, tandis que le canton de **Vaud** a instauré un système hybride qui octroie un quota d'heures de relève à domicile aux personnes concernées. Il subsiste toute une série de questions compliquées pour garantir une unité de traitement aux bénéficiaires. Le PS était réservé sur la question des déductions fiscales, car cela n'impacte pas de la même manière les personnes, suivant la charge fiscale et la progressivité de l'impôt. Puisqu'il s'agit d'une déduction fiscale, cela réduit aussi les moyens de l'Etat. Pour ces raisons, le PS a finalement renoncé à mettre cet élément dans le PL.

Ensuite, il y a aussi la **M 2242** du PDC qui fait avancer la réflexion sur les proches aidants, et il y a aussi le **PL 12263** du Conseil d'Etat qui est une **révision plus en profondeur de la LSDom**, mais qui ne change pas tout **sur la question des proches aidants**, puisque les éléments qui se trouvent actuellement **dans le règlement** sont remontés au niveau de la loi sans qu'il y ait une révolution dans leur contenu. Concernant l'élément financier et plus particulièrement la question de **l'allocation d'impotence**, qui est un octroi fédéral selon les **barèmes AI ou AVS**, les critères ne sont pas très restrictifs et pourtant le nombre de bénéficiaires reste très faible. Beaucoup de gens pourraient y avoir droit, mais ne l'ont pas, car ils ne la demandent pas. Il y a donc un **manque d'information** et le travail d'information du département à ce sujet est insuffisant, d'autant plus qu'il s'agit d'argent fédéral et pas cantonal. Le nom même de l'allocation est aussi humiliant puisqu'il faut prouver que son impotence est faible, lourde ou grave.

Concernant la **question du répit**, la question financière a été mise de côté, car c'est le répit qui est l'un des principaux besoins des proches aidants, tel que cela est ressorti dans *l'étude AGenevaCare*, financée par le DEAS et qui a été faite notamment par les Universités de Lausanne et de Berne sur un panel de 290 clients de *l'Imad*. Cela donne donc une vision complète des proches aidants qui aident des clients de *l'Imad*, mais pas de tous les proches aidants. Les résultats de cette étude montrent que les proches aidants ont **3 besoins prioritaires** : un besoin **d'information**, un besoin de **reconnaissance** de leur rôle et un besoin de **répit**. Cela signifie qu'on arrive à environ **55 000 proches aidants** qui fournissent une aide tous les jours ou en tout cas une fois par semaine. Il n'y a que 1000 personnes qui ont bénéficié d'un répit sur une année et donc il y a un **problème de proportion**, sachant

que l'étude stipule que 70% des proches aidants annoncent avoir **besoin d'un répit**, à savoir **38 500** personnes.

Il y a **deux manières** de fournir ce **répit** : une **relève à domicile** ou alors envisager que la personne aidée quitte son domicile temporairement pour aller dans une **unité d'accueil**. Ces deux solutions pourraient aussi être **combinées**. Ensuite, en p. 5 de l'exposé des motifs, il y a une description des **UATR** et des lits en **EMS**. Le département travaille sur une augmentation de lits **UATR**, mais va aussi dans le sens **d'ouvrir des lits supplémentaires en EMS**, ce qui rentre en concurrence avec le besoin de lits en **EMS** pour ce à quoi ils sont initialement prévus. Il existe aussi les **UATM** pour les personnes ayant besoin d'un **encadrement médical**. Il y en a cependant de manière insuffisante. Enfin les foyers pour personnes âgées peuvent accueillir de jour, voire de nuit. La **planification sanitaire** prévoit depuis longtemps l'augmentation de tous ces types de structures et la commission consultative appelle aussi depuis longtemps à une augmentation du nombre de toutes ses structures. Il existe donc un consensus pour dire qu'il faudrait atteindre **100 lits UATR** alors qu'il n'y en a **actuellement que 44**. Les objectifs **2011-2015** de la planification sanitaire ont quasiment été reconduits de la même manière pour les années **2016-2019**. Par ailleurs, la *pétition sur le chalet Florimont*¹² qui avait été traité aux extraits, concernait une structure qui est donc fermée par manque d'utilisation.

Le but de ce PL est donc de faire avancer les choses car, ils sont d'accord sur les objectifs de la planification sanitaire, mais désirent que l'Etat fasse ce qu'il annonce depuis des années et qu'il y ait l'élément nouveau de la possibilité d'un répit pour les proches aidants. Elle retient avant tout du *programme de soutien au proches aidants pour 2017-2020* qui fait **l'inventaire des lieux** sur la question du répit et propose de réunir toutes les structures et possibilités sous le nom commun de relève à domicile et qui indique les éléments nouveaux mis en place, comme par exemple **le répit des familles d'enfants gravement malades**.

La commission pourrait auditionner le département et éventuellement aussi le département de la cohésion sociale. **La politique des personnes âgées est de compétence mixte communes-canton, celle des proches aidants et du**

¹² QUE 571A : Réponse du Conseil d'Etat à la question écrite urgente de M. Jean Romain : Q'est-ce que l'Hospice général compte faire du Chalet Florimont à Gryon (VD) ? – <http://ge.ch/grandconseil/data/texte/QUE00571A.pdf>

Et QUE 565 A : Réponse du Conseil d'Etat à la question écrite urgente de M. Alberto Velasco : Faut-il vraiment que l'Hospice général de Genève gèle les prestations offertes aux personnes âgées sous forme d'une semaine de vacances au Chalet Florimont ? – <http://ge.ch/grandconseil/data/texte/QUE00565A.pdf>

maintien à domicile exclusivement du **canton** et celle de la **proximité des personnes âgées exclusivement des communes**. On pourrait auditionner *l'ACG* ainsi que des **organismes représentants les personnes handicapées** qui sont aussi particulièrement touchées par la question. En outre, la commission pourrait étudier le **modèle vaudois**. Elle a aussi rencontré la *Fondation Pro-XY*. Ce sujet est très varié quant aux facettes qu'il met en lumière. Il sera crucial dans les années à venir dans le cadre du vieillissement de la population, dans le cadre du lien social, dans le cadre du bien-être des personnes âgées et du tissu social, familial et relationnel de notre cité. Ce PL se veut donc être un modeste encouragement à faire bouger les choses dans le bon sens et plus rapidement.

Echanges avec les député.e.s

Q (PLR) **Existe-t-il des structures privées de répit et comment se passe le financement de ces structures existantes ?** R (M^{me} Moyard) Il y a peut-être des **structures privées**, mais elles ne sont en tout cas pas intégrées dans la planification sanitaire. Concernant le financement du répit, elle ne le connaît pas et cela est aussi dû au manque d'informations disponibles à ce sujet. Il existe par contre une **brochure** d'une trentaine de pages beaucoup plus complète dans le canton de Vaud. R (le département) Les **UATR** sont facturées **102 francs** par jour au bénéficiaire de la prestation.

Q (EAG) **Est-ce que les 102 francs facturés sont pris en charge pour les gens en UATR ?** R (le département) C'est à la charge du bénéficiaire. R (EAG) Cela pose un problème de **ségrégation** dans l'accès au répit en fonction des moyens dont disposent les gens. R (M^{me} Moyard) La **contribution d'assistance** est très **peu utilisée** et, pour les personnes qui bénéficient de prestations AI, cela est quelque chose qui serait de nature à modifier la manière dont sont accompagnées **les personnes en situation de handicap**.

Q (S) **Faudrait-il trouver un terme différent au mot « impotence » ainsi qu'au mot « répit » qui est aussi un peu chargé ?** R (M^{me} Moyard) Une des propositions dans le programme, issue de la commission consultative, est de remettre tout cela sous le terme de « *relève à domicile* », ce qui pose problème si ce soutien n'a pas lieu à domicile.

Q (S) **Comment faire pour que le mécanisme d'octroi à l'aide pour impotence ainsi que le soutien aux proches aidants soient plus simples ?** R (M^{me} Moyard) Elle n'est pas très partisane des longues descriptions dans la loi. La mission d'information est néanmoins claire, même si elle est mal

remplie aujourd'hui. Il faudrait aussi beaucoup améliorer les descriptifs sur internet et qu'il y ait en plus d'autres canaux de diffusion.

Q (EAG) Quelle incidence si les personnes n'arrivent pas à prendre ces 28 jours au minimum ? R (M^{me} Moyard) Il n'y en a aucune, car c'est un droit.

Q (EAG) Serait-il nécessaire de préconiser aussi la contribution d'assistance qui permet de rétribuer une personne qui vient aider une autre personne à domicile ? R (le département) Concernant l'allocation pour impotence, il y a en effet un différentiel de recours à cette allocation entre Genève et les autres cantons. Il y a un problème de réseau social de proximité car, lorsque on se trouve dans une institution, ces demandes vont être faites, mais pour quelqu'un qui est seul chez lui, cela reste assez compliqué. Il y a donc un besoin de tisser un réseau social de proximité en application de la ***loi sur la répartition des tâches communes-canton***. Le gros de la thématique est néanmoins ici la personne âgée fragilisée et pas la personne souffrant d'un handicap.

Q (PLR) Qui décide de la durée du répit ? R (M^{me} Moyard) Il faut faire la demande. Il s'agit d'une prestation à laquelle il faut s'inscrire et demander les détails. **R (le département)** Les informations sont à disposition sur le site. Il y a aussi **une ligne téléphonique « proch'info »** qui répond de façon directe et complète à ce genre de question. Ils peuvent faire mieux qu'aujourd'hui en termes de diffusion de l'information, mais il s'agit de l'une des priorités qui est identifiée pour améliorer les choses.

Q (PLR) Pourquoi avoir fixé 28 jours de répit au minimum ? R (M^{me} Moyard) Il était intéressant de faire un **parallèle avec les 28 jours avec le droit du travail**.

Q (PLR) Comment la procédure de décision est-elle prise ? R (Le président) Dans les deux cas, UATM et UATR, le **médecin** intervient car il doit être d'accord de se déplacer s'il y a un problème. **R (le département)** Pour aller en UATR, il faut être en **âge AVS** et recevoir des soins, mais il n'y a néanmoins **pas de prescription médicale** pour aller en UATR. Concernant l'UATM, il y a une prescription médicale, car une surveillance médicale est dans ces cas nécessaire, mais cela a pour but **avant tout d'éviter une hospitalisation**.

Q (PLR) Qu'en est-il des proches aidants qui s'occupent de leur enfant puisqu'il faut être en âge AVS pour accéder à l'UATR et quelle est la part de la population concernée ? R (M^{me} Moyard) Si *l'Imad* ne rentre pas en ligne de compte, on n'apparaît pas dans la photo de *l'étude AGenevaCare*. Elle n'est donc pas sûre qu'on ait ces données. **R (le**

département) Les UAT sont faites pour les personnes âgées fragilisées et accompagnées par un proche aidant. Il y a désormais des nouvelles prestations qui sont confiées à *l'Imad*. Il s'agit d'une **suppléance des parents** par *l'Imad* pour une journée ou plus. Cela concerne des **familles d'enfants très gravement malades** qui ont besoin d'un soutien. Le but est que ces familles ne soient pas poussées vers une situation de précarité, de désespoir et d'épuisement.

Présentation de la M 2442 pour une reconnaissance légale de l'engagement non professionnel des proches aidants

(M. Forni) La **commission consultative** pour le soutien des proches aidants actifs à domicile a adopté une **définition du proche aidant** qu'il cite. Si on s'en réfère à l'enquête suisse sur la santé de 2012, 22% des Genevois âgés de plus de 15 ans aident régulièrement à titre bénévole une ou des personnes qui ont des problèmes de santé, ce qui représente **environ 88 000 personnes**. Parmi ces derniers, les $\frac{3}{4}$ ont moins de 65 ans et 63% le font presque tous les jours. Cette aide est assumée à 61% par des femmes et à 31% par des personnes âgées de 50 ans à 64 ans.

Le soutien aux proches aidants est une politique qui figurait au programme du Conseil d'Etat 2014-2018. La *Constitution de 2012*, dans **son article 173**, stipule que l'Etat soutient l'action des proches aidants. En outre, les *articles de la LSdom* abordent aussi la problématique du proche aidant. Malgré l'aide précieuse fournie à nos aînés et à d'autres personnes dépendant d'assistance par les proches aidants, leur contribution au **principe de solidarité intergénérationnelle** et le **renforcement de la cohésion sociale** continuent d'être un peu boudée par le droit cantonal. Leur existence dans la loi semble particulièrement fébrile, tant la *LSdom* et la *constitution cantonale* en font laconiquement mention. Pourtant, face au **vieillissement de la population** et à la volonté des personnes âgées de rester le plus longtemps possible à leur domicile, la mission du proche aidant sera assurément appelée, dans les prochaines années, à s'étendre et à se développer davantage, à travers **leur soutien émotionnel, financier, administratif, domestique ou encore mobile** de même qu'à travers leur **accompagnement psychique et médico-social**, fréquemment complété par **une participation aux soins**.

En 2012, la commission consultative pour le soutien aux proches aidants a rendu un **rapport intermédiaire** qui a contribué à recenser l'ensemble des prestations et à identifier les mesures prioritaires à développer. Le Grand Conseil a pris acte du rapport du Conseil d'Etat dans le cadre de sa séance du 14 novembre 2014. Le *DEAS* a alors chargé *l'Imad* de mener une étude avec *l'Unige* entre juin et novembre 2014 sur la population suivie par *Imad* :

AGenevaCare, qui a permis de définir le proche aidant sur le canton. Cela a conduit au *programme de soutien aux proches aidants du canton*, présenté par le Conseil d'Etat en septembre 2017. Il y a néanmoins peu de projets concrets qui ont été mis en œuvre, malgré les **11 pistes d'actions**, hormis la création d'une **ligne téléphonique** pour les proches aidants, ainsi qu'un dossier recensant les aides potentielles qui devait être remis aux médecins de premiers recours, mais il ne sait pas si cette réalisation a déjà vu le jour. Ensuite, parmi les missions constitutionnelles de l'Etat, il y a le fait de favoriser l'action des proches aidants, raison pour laquelle le PDC a jugé qu'il était **nécessaire de reconnaître le statut des proches aidants**. Le parti propose au Conseil d'Etat de créer une loi qui définirait le statut et les missions des proches aidants.

La **reconnaissance légale** est quasi inexistante, malgré les nombreuses heures de travail de la commission consultative. Le PDC invite donc le Conseil d'Etat à compléter la *LSDom* par une **loi connexe** spécifiquement dédiée aux proches aidants, qui définirait le statut de proche aidant avec la reconnaissance du cercle familial proche et les conditions d'attribution de ce nouveau statut légal de proche aidant. Cette loi introduit un barème de **déductions fiscales** prévues pour les proches aidants, à titre **de compensation et de reconnaissance** et cette loi prévoit des mesures visant à **une meilleure conciliation du cadre professionnel avec le statut de proche aidant**.

Il propose l'audition **de l'Imad, de la présidente de l'Association des proches aidants, de l'Association Alzheimer**, les **médecins de premiers recours**, lesquels sont souvent appelés à demander des allocations d'impotence.

Echanges avec les député.e.s

(Le département) Il cite les différentes entités représentées dans la **commission consultative** : *Association le Relais, Association genevoise de parents et amis de personnes mentalement handicapées, Association genevoise des foyers pour personnes âgées, Pro Senectute, Alzheimer Genève, Croix-Rouge genevoise, Ligue genevoise contre le cancer, Imad, Action social de l'Hospice général, Plateforme des aînés, Association romande des familles d'enfants atteints d'un cancer, Ville de Genève, Palliatif Genève, Réseau de soins Delta et Cités Générations*.

Q (S) Pourquoi se concentrer sur la déduction fiscale et rendre ce système équitable ? R (M. Forni) En Valais, il y a des allocations attribuées par l'Etat en fonction du degré d'impotence et, dans le canton de Vaud, il y a

un système de calcul différent. On attend **une décision du CF**¹³ sur les proches aidants qui devrait déboucher sur une **forme de rétribution** de ces derniers. Pour une telle rétribution, il faut avoir un barème et celui-ci pourrait être élaboré en lien avec le temps consacré par le proche aidant. Si on fait une allocation directe, cela risque de coûter plus cher qu'une **défiscalisation**. Pour les personnes qui ne paient pas d'impôts, on pourrait recourir plus directement aux allocations d'assistance ou d'impotence qui sont encore peu ou pas demandées.

Q (EAG) **Pourquoi le travail des proches aidants ne créerait-il pas des droits aux assurances sociales ?** Il faudrait prévoir le fait qu'il y a un impact dû à la diminution du taux d'activité et éviter que les personnes soient pénalisées par la solidarité à l'égard de leurs proches. **R (M. Forni)** Cela est prévu dans la première invite de la motion qui englobe ce type de réflexion.

Q (président) **Est-ce que M. Forni a pris connaissance du PL 12263 ?** **R (M. Forni)** Le proche aidant ne s'est jamais senti intégré dans l'équipe des intervenants des réseaux de soins. Le proche aidant est donc appelé à être un partenaire toujours plus important dans le réseau de soins et il mérite donc une loi connexe à la *LSDom*.

Q (PDC) **Qu'ont-ils imaginé par rapport à une aide pour les familles avec des enfants malades ?** **R (M. Forni)** Ils ont donné pour le moment des **pistes** pour des solutions de relais. Pour autant que les parents soient fiscalisés, la déduction permettrait d'avoir une petite aide financière pour vivre décemment.

Q (EAG et Ve) **Comment être certain de bien couvrir l'éventail des personnes concernées, en incluant les personnes en situation de handicap ou de longue maladie ?** **R (M. Forni)** Un proche aidant est toute personne qui apporte de l'aide et donc cette notion de proche aidant est très large puisqu'il peut s'agir aussi d'un ami proche ou alors d'un voisin. **R (le département)** L'augmentation du nombre de proches aidants concerne principalement l'aide aux personnes âgées. Pour les enfants malades, il y a une prestation très spécifique. Le volume de la thématique proche aidant n'est pas en lien avec les personnes souffrant de handicap, même s'il peut manquer de structures intermédiaires, mais bien avec les personnes âgées, notamment avec celles ayant des troubles cognitifs.

Q (EAG) Des discussions ont eu lieu à la commission des affaires sociales, où une **motion** demandait le développement de lieux d'hébergement pour les personnes en situation de handicap. Certains parents

¹³ Annexes 4 et 5 du présent rapport : Prise de position du canton de Genève sur la consultation fédérale sur les proches aidants.

s'étaient occupés de leur enfant pour **éviter le placement** et n'en pouvaient plus. Cela doit être inclus dans la discussion, car c'est aussi une nécessité. **R (le département)** Il ne nie pas cette problématique, les dispositions qu'ils proposent concernent tout le monde, mais la question du maintien à domicile de personnes handicapées dépend avant tout de l'existence ou non de structures intermédiaires.

Q (Ve) Est-il possible **d'auditionner le département de la cohésion sociale** à ce sujet, car les personnes en situation de handicap sont **majoritairement à domicile et pas en institution** et elles bénéficient de beaucoup moins d'infrastructures que les personnes âgées ? **Ce n'est pas qu'une question de santé, mais aussi une question sociale.** **R (M. Forni)** Souvent, on regarde quelles sont les catégories des personnes aidées, mais si on arrive à faire une définition claire du proche aidant, avec des droits dans une loi spécifique, on reprend alors le problème dans l'autre sens. **R (le département)** Ce qui se trouve dans la *LSDom* et leur proposition de loi sur l'organisation des réseaux de soins concernent toutes les catégories de proches aidants. Le programme d'action cantonale est porté par la Commission consultative et les associations liées au handicap sont complètement impliquées.

Les auditions acceptées sont : DSES, DCS, *ACG*, *FéGAPH*, *Insieme*, *INSOS*, *Association Alzheimer*, *Imad*, *Groupeement des médecins en soins palliatifs*, *médecins de premiers recours*, *Plateforme des aînés*, *Autisme Genève*, *FEGEMS*, *Resiliam*, *Pro-XY* et la *Croix-Rouge genevoise*.

Vendredi 5 octobre 2018 : Position du DSES sur le PL 12169 et la M 2442

Le Conseil d'Etat a déposé le projet de loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile (**LORSDom – PL 12263**). La discussion devra avoir lieu essentiellement dans le cadre des débats sur la nouvelle *LORSDom* dans la mesure où un chapitre de ce projet de loi est consacré aux proches aidants. Dès lors, formuler la demande, comme c'est le cas de la motion, d'avoir **une loi particulière pour les proches aidants** est un peu **superflue** dans la mesure où il existe aujourd'hui un ancrage législatif, qui émet des principes et qui fonde l'action de l'Etat en faveur des proches aidants.

Concernant les autres éléments réclamés par la **motion**, une **consultation fédérale arrive actuellement à son terme concernant la loi sur le travail**, laquelle contient notamment une définition des proches aidants et qui propose un certain nombre de dispositions pour alléger le fardeau des proches et faire

reconnaître le travail des proches aidants dans le cadre de la **loi sur le travail**. C'est le bon endroit et le bon ancrage. Le canton de Genève a répondu favorablement à cette proposition fédérale, ce qui rend du coup en partie caduques un certain nombre des invites de cette motion.

A ce stade du contexte général des proches aidants, la présentation de ces deux objets ayant été faites il y a quelques mois, le canton de Genève a engagé un certain nombre d'actions dans le domaine des proches aidants. La première a été de créer une **commission consultative sur les proches aidants** et de disposer désormais d'un **plan d'action** avec un certain nombre d'**axes prioritaires** issus de réflexions de la commission et d'une enquête effectuée, notamment par *l'Imad*, sur les besoins des proches aidants. Ces éléments-là ont déterminé les **axes prioritaires**. Parmi ceux-ci, les éléments principaux sont les besoins d'**information**, les besoins d'**accompagnement**, les besoins de **répit**, les besoins de **structures particulières** pour permettre ce répit. Les éléments financiers ne sont pas absents, ils rentrent aussi en ligne de compte, mais ce n'est pas la première demande.

Ainsi, cette **motion**, qui ne va pas tout à fait dans la même direction, vient un peu comme la grêle après les vendanges dans la mesure où il existe déjà aujourd'hui une définition des proches aidants dans la *LORSDom* et où un statut légal fixé par la loi sur le travail au niveau fédéral. Le département propose de classer cette motion et de reprendre les discussions sur les différentes invites dans le cadre du débat sur la *LORSDom*. Concernant le **projet de loi**, celui-ci vise à donner un **droit individuel de répit à chacun**. Le département répond à cet objectif par le dispositif de structure intermédiaire. Le point essentiel, c'est d'avoir **les bonnes structures intermédiaires** et pas d'avoir un droit individuel.

Les structures intermédiaires actuelles ne sont pas entièrement utilisées. Il y a encore des **capacités d'accueil**. Il est donc difficile de décréter un principe absolu, un droit avec un nombre de jours minimal et un nombre de jours maximal par année civil, individuellement pour les proches aidants, alors que la problématique est d'avoir le nombre et la nature de **structures adéquates**, notamment pour les **troubles cognitifs**, et d'avoir la bonne insertion dans le réseau de soins pour qu'elles soient suffisamment connues, utilisées et claires s'agissant des modalités d'accès. Il y a différents éléments en cours par rapport aux **structures intermédiaires**. Il existe quelques unités d'accueil temporaire de répit aujourd'hui à *Villereuse*, exploitées par *l'Imad*, et aux *Jumelles*. Il y en aura aussi dans la nouvelle structure des *Adrets*. Il y a plusieurs projets prévus pour augmenter le volume de ces UATR de façon plus significative dans les EMS. Après des années de latence, où il n'y avait plus d'unité d'accueil temporaire dans les EMS, le message a été repris depuis

quelques années que c'était possible. Les EMS pouvaient avoir des unités de **court séjour**, étant entendu que cela ne doit pas enlever des lits à disposition du **long séjour**. Mais on ne peut pas créer des lits et des chambres ex nihilo dans les structures existantes. On est en bonne route pour avoir à disposition de la population des capacités d'accueil pour des proches fragilisés ou de personnes atteintes de troubles cognitifs. L'objectif est de créer des structures spécialisées ou en tout cas adaptées architecturalement et au niveau du concept de prise en charge afin qu'elles puissent accueillir ces personnes. Il y a des projets à *Vessy*, aux *Charmettes*, à la maison de retraite du *Petit-Saconnex* et aux *Adrets*. Des EMS ont annoncé **leur intention d'ouvrir des lits supplémentaires**.

Aujourd'hui, on constate un besoin théorique de lits UATR. Or, le **taux d'occupation** ne se situe pas à 100%. Il sera important de faire le lien entre les besoins de la population et la disponibilité de ces structures. Ce dont ont besoin les proches aidants, c'est de la **capacité** de pouvoir confier quelqu'un de proche pendant quelques jours, quelques semaines, de façon à pouvoir **souffler**. Le département ne pense pas qu'instituer un droit individuel au répit va faciliter les choses.

Derrière le *programme cantonal de soutien aux proches aidants*, il y a un constat fort. Le dispositif du maintien à domicile génère un certain **isolement** d'une part, **une « pression » forte** sur les proches, d'autre part. Un soutien aux proches aidants doit être le corollaire de tout le dispositif de maintien à domicile. Non seulement les **structures traditionnelles de la société** ne sont plus présentes pour assumer certaines situations, dans le grand âge et dans la fragilisation notamment, mais en plus on génère **davantage de besoins** dans ce domaine par la politique de maintien à domicile, en maintenant à domicile des personnes qui ont des besoins parfois **lourds**. Il y a là une **coordination** perfectible, mais assez efficace pour leur permettre de rester à domicile. Il faut donc un programme de soutien aux proches aidants. C'est pour cela qu'un chapitre sur les proches aidants a été maintenu dans la *LORSDom*. Et ce devrait être le lieu du débat. Il n'y a pas à créer une loi distincte, ni à créer des concepts qui sont déjà labourés par le droit fédéral, ni à créer un droit subjectif individuel aux citoyens sachant que l'essentiel est d'avoir la bonne adéquation des structures d'accueil utiles par rapport aux besoins de la population. Et là, il y a encore un **effort d'information** qui reste à faire.

Les **structures actuelles** à *Villereuse* exploitées par *l'Imad* ne sont pas les meilleures. Il faudra prévoir des structures **plus petites, plus souples** et plus modernes mais liées quand même au maintien à domicile. Concernant les **enfants malades**, le proche aidant ne concerne pas seulement le grand âge. Des prestations nouvelles ont été développées au sein de *l'Imad*, financées très

spécifiquement, **pour les familles** qui ont le malheur d'avoir un enfant gravement malade en leur sein de façon à pouvoir les accompagner.

Genève est le second canton, après le canton de Vaud, à avoir adhéré à la journée du proche aidant, désormais le 30 octobre. Ainsi, la préoccupation à l'égard des proches aidants est au cœur de l'action du département et celui-ci n'a **pas besoin d'incitation supplémentaire**.

Concernant **la loi**, elle ne fait aucune distinction quant à la **situation financière des bénéficiaires**. C'est problématique dans la mise à exécution. C'est un droit qui est créé pour tout proche aidant, mais ce n'est pas le proche aidant qui est le bénéficiaire. Il ne faut pas oublier qu'il y a quand même un **proche aidé** et que c'est ce dernier qui doit finalement aussi être consulté. Créer une tablette garantissant l'égalité de traitement, pour évaluer l'importance de l'investissement du proche aidant, cela demande une structure organisationnelle. Il est demandé de développer les structures nécessaires de soins, ce qui est fait, avec un délai de cinq ans pour pouvoir répondre aux besoins. La création d'un droit, ce serait un appel d'air. Il n'est pas demandé de rétribuer les proches aidants pour leur travail mais de les **soulager**. Il ne s'agit pas uniquement de pouvoir « poser » la personne dont on a la charge pendant une certaine période pour pouvoir **souffler**. S'agissant de la **motion**, le travail se fait, et pour **le projet de loi**, ce qui serait imposé serait une conséquence financière immaîtrisable pour un effet pratique mal apprécié.

Le *programme proches aidants* comporte **quatre objectifs principaux** se déclinant chacun en diverses actions. Ces objectifs sont l'information des proches aidants et la formation des professionnels, l'amélioration des prestations de soutien, le soutien financier des proches aidants, ainsi que l'évaluation et le développement des prestations de répit qui existent aujourd'hui. **Un dispositif « relève pour tous »** a été créé, qui comprend à la fois des soutiens pour les personnes âgées en institutions, en EMS ou hors et toutes mesures de répit pour les enfants gravement malades, qui s'appelle **« Répit famille »**, et qui sont portées par l'*Imad*. De plus, des prestations de situation d'accueil de jour en urgence ont été développées. L'UATM accueille des personnes dont l'état de santé justifie qu'elles se trouvent dans une structure plus médicalisée qu'une UATR, mais néanmoins pas dans un hôpital. S'agissant des lits UATR, un travail est en cours avec les EMS sur l'accueil en urgence dans les EMS. Cela a été fait régulièrement à **Val-Fleury**. Concernant **l'information et la formation** des professionnels, le département a mis en place depuis l'année dernière un **numéro unique « proche aidant »**, qui reçoit en moyenne entre 50 et 60 appels par mois, cinq jours par semaine, et oriente ces personnes vers les dispositifs existants ou

répond aux questions d'information. La formation des acteurs du réseau santé-social est en cours de travail. Le département est en pourparlers avec la *Haute école de travail social*, la *Haute école de santé*, mais aussi avec l'*Ecole-club Migros* et la *Croix-Rouge genevoise*, pour proposer à la fois des formations spécifiques aux acteurs de terrain, mais aussi aux proches aidants eux-mêmes.

Concernant l'**amélioration des prestations de soutien**, un **inventaire** a été réalisé de tout ce qui existe à Genève, entre groupes d'entraide, groupes de soutien, prestations avec l'objectif de mieux orienter et de mieux coordonner ces actions. Au niveau du **réseau de soins**, trois groupes de travail planchent sur cette coordination et sur les prestations de soutien individuel, pour savoir comment elles peuvent être mieux mises en place et notamment par le biais d'une meilleure connaissance de toutes les allocations pour impotents qui sont aujourd'hui insuffisamment demandées. Sur la question du **soutien financier**, ce que le département essaie aujourd'hui de faire, à la fois par le biais des **API**, mais aussi par le biais des **allocations ponctuelles** qui peuvent être versées, en informant et en orientant les personnes sur les services qui peuvent les aider à prendre ces mesures financières. Il s'agit aussi de savoir comment concilier travail et soins aux proches, et comment utiliser les structures de répit pour éviter des situations où les proches aidants devraient diminuer leur taux d'activité, ce qui pourrait péjorer leur situation personnelle. Les onze mesures du **programme « Proches aidants »** seront opérationnelles au deuxième semestre 2020.

Echanges avec les député.e.s

Q (UDC) Il mentionne l'article 173, alinéa 3 de la constitution genevoise. Selon l'**art. 173 Professions de la santé** : « ³ L'Etat soutient l'action des proches aidants. » Dans l'esprit des constituants, la notion de soutien englobait le **soutien financier**. C'est bien pour les soutenir et ce soutien doit englober le soutien financier. Or, la **motion** propose d'ouvrir le débat avec le gouvernement sur son **interprétation de l'article 173** de la constitution genevoise. Le **projet de loi** est quant à lui plus dirigiste parce qu'il définit un certain nombre de normes. Cela étant, on peut être opposé au projet de loi, mais d'accord avec le principe que des normes législatives doivent être mises en place dans un projet de loi afin de dire à l'exécutif ce qu'il doit faire de cette norme constitutionnelle. **R (le département)** En réalité, le département a légiféré pour appliquer la disposition constitutionnelle. La commission dispose d'un projet de loi (**PL 12263**) sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, qui est une refonte complète de l'actuelle loi sur les soins à domicile. Il serait peut-être souhaitable de **traiter simultanément ces deux**

projets de lois, sachant que le **chapitre 3** du PL 12263 contient précisément un chapitre consacré aux proches aidants.

Q (UDC) Le gouvernement s'appuie essentiellement, au niveau des **structures de répit**, sur des **structures privées**. Il y a, dans sa **vision** de l'Etat, une action qui est un peu plus active et **pérenne**, et qui nécessiterait que ce soit l'Etat lui-même qui mette en place ces structures. **R (le département)** C'est dans le cadre d'un projet de loi plus vaste, sur l'ensemble du réseau de soins, que les proches aidants doivent être abordés. Les **UATM** sont les unités d'accueil temporaire **médicalisés**, alors que les **UATR** sont les unités d'accueil temporaire de **répit**. Ce sont des UATR dont il est question dans les textes à l'ordre du jour. Ce sont des structures de type prestations EMS, mais qui sont souvent dépourvues de l'aspect animation. Concernant les **UATR**, elles sont actuellement **prises en charge par l'Imad**, mais le but est précisément de les remettre dans les EMS, qui sont, à l'exception de 3 sur 54, des entités privées, mais largement subventionnées, soit directement par la prise en charge du **coût résiduel** des soins, soit indirectement par les prestations complémentaires. Il y a évidemment un contrôle au niveau des prix et des salaires.

Q (Ve) **Quelles sont les divergences entre le projet de loi 12169 et le programme de soutien aux proches aidants ?** **R (le département)** Il n'y a pas de divergence dans le but à atteindre, qui est de faire en sorte que tout proche aidant qui est à bout de force ne doive pas se reposer sur un EMS et mettre la personne en EMS parce qu'elle n'a aucune autre alternative pour pouvoir se ressourcer. Ce serait là le remède extrême, alors que nous savons que la prise en charge à domicile présente le **double avantage**, d'abord, de correspondre à la volonté des personnes – les gens préfèrent, s'ils ont le choix, vieillir chez eux plutôt que dans un EMS –, ensuite, de représenter un coût maximum à domicile de 3500 à 4000 francs, alors qu'en EMS on va jusqu'à 10 ou 12 000 francs. Pour ces deux motifs, chaque fois qu'on peut envisager le maintien à domicile, il faut le faire. Le but est exprimé dans **l'article 18 de la LORSDom**. Dans la loi dont il est maintenant question, cela va beaucoup plus loin. Il y a un droit, entre 28 et 45 jours, et le proche aidé peut être « posé » entre 28 et 45 jours. Les UATR sont occupées aujourd'hui à **75%** et elles ne sont donc pas occupées pleinement. Il faut comprendre pourquoi, savoir si c'est une **question d'accessibilité**, de **coût** ou une question de **culpabilisation** de laisser la personne dans un EMS. Il faut aussi définir le proche aidant. Se reconnaître et se faire reconnaître comme tel par la société représente déjà beaucoup.

Q (Ve) **Qu'en est-il de la contribution d'assistance et de l'allocation impotence ?** **R (le département)** Concernant la **contribution d'assistance**

versée par l'AI, la loi actuelle permet à la personne atteinte dans sa santé d'engager quelqu'un pour s'occuper d'elle, mais le salarié ne peut pas être un membre de la famille en ligne ascendante ou descendante. Ce qui pose un problème, parce que souvent, dans le domaine du handicap, ce sont les parents qui s'occupent d'un enfant handicapé. Quant à l'**allocation pour impotent**, que l'impotence soit légère, moyenne ou grave, elle permet d'obtenir une **prestation supplémentaire** lorsqu'on est entravé dans ses activités quotidiennes. Cette somme, qui revient à la personne atteinte dans sa santé, permet aussi de prendre en charge le cas échéant des UATR pendant une certaine période. Là-aussi un travail est fait, qui doit être renforcé auprès des EMS. Et lorsqu'on se trouve à domicile, c'est l'*Imad* qui effectue ce travail de prospection et d'information. Cette allocation pourrait être mieux **communiquée**. Cela étant, cette question tombe aussi dans les thématiques **d'aides sociales de proximité**. On se trouve dans **une zone grise**.

Q (EAG) La **contribution d'assistance** serait à la fois une manière de **créer de l'emploi** et en même temps de donner véritablement une **résonnance à la politique de maintien à domicile**. C'est un domaine qui devrait être élargi aux personnes en âge AVS. Ensuite, il y a la **LORSDom** qui contient plusieurs articles évoquant la question des proches aidants, que ce soit au niveau de la définition ou de ce qui leur est garanti. C'est une question importante, car au-delà des **incitations** qu'il pourrait y avoir ou des **garanties** qui pourraient être données en termes de **prestations concrètes**, il y a aussi la question de la **conciliation du cadre professionnel** avec le statut de proche aidant.

Q (EAG) **Quel aspect a été développé dans les programmes du département ?** Ce sont en réalité toutes les démarches de soutien aux personnes âgées qui sont à mettre en évidence. Dans ce domaine, **Pro Senectute**, par définition l'entité qui devrait répondre dans le cadre du dispositif en place, et **l'Hospice générale**, ne sont aujourd'hui plus en mesure de garantir cet accompagnement par déficit de ressources, alors que ce dernier s'avère indispensable. **R (le département)** En effet, il y a aujourd'hui un **déficit en matière d'accompagnement** des personnes concernées pour effectuer ces démarches. L'**aide sociale de proximité** est sensée être assurée par les **communes**. **R (EAG)** Au moment de l'adoption du train de mesures en la matière, l'exclusivité avait été donnée aux **communes**, mais elle n'avait en revanche pas été assortie d'une obligation pour les communes d'assurer ces prestations. Cela reste une des **lacunes** de ce train de mesures. **R (le département)** Ces modifications du code des obligations sont actuellement en consultation, ainsi qu'une loi fédérale sur l'amélioration de la conciliation entre activité professionnelle et prise en charge de proches également en

consultation, modifications reçues le 27 juin 2018 avec un délai de consultation au 19 octobre 2018, à propos desquelles le Conseil d'Etat se prononcera favorablement.

19 octobre 2018 : Audition de l'*Imad*, de l'*AMGe*, du *Groupe genevois des praticiens en soins palliatifs*, du *Poliger* et de l'Association Genevoise des médecins de famille internistes généralistes (*AGeMIG*)

Audition de l'*Imad*¹⁴

La thématique des **proches aidants** concerne tout le monde et cela a un impact à différents niveaux : économique, professionnel, financier, personnel, etc. Ils ont identifié **3 catégories de proches aidants** : le proche aidant qui s'occupe d'une personne âgée (souvent l'épouse ou la fille), celui qui s'occupe d'un enfant gravement malade (ce qui a un impact sur la dynamique familiale, la dynamique de couple et le travail), enfin, celui qui accompagne les personnes souffrant d'une maladie chronique ou d'un handicap physique ou psychique. Ces différences sont soulignées, car l'étude ***AGeneva Care*** a montré que la capacité d'identifier un proche aidant pour une personne aidée et la capacité à se reconnaître soi-même comme proche aidant posaient des difficultés réelles. La configuration de ce qu'on met à disposition comme **information, coordination, espace de parole, soutien financier et répit** va dépendre de tout un panel de solutions de socle, mais l'**information** et la **coordination** ne seront **pas les mêmes**, lorsqu'on doit préparer le retour à domicile d'une personne de 85 ans ou celui d'un enfant qui fait des allers et retours à l'hôpital pour une maladie grave. Il est important que **cela soit intégré dans le dispositif**.

A l'*Imad*, ils considèrent qu'il n'y a pas de maintien à domicile possible si on n'identifie pas un **réseau naturel**. Ils utilisent **un outil d'évaluation clinique permettant d'aider la personne malade (*RAI*)** qui permet de déclencher des **alertes** par rapport au proche aidant. Ensuite, dans le dispositif existant, il y a notamment environ **900 séjours en UATR par année** et plusieurs patients font plusieurs séjours par année. Un tiers des admissions se fait dans un délai de moins de 5 jours, dont un tiers dans la journée. On passe donc de plus en plus du **répit organisé** à de **l'accueil d'urgence**. Il y a une difficulté à déterminer un **catalogue des prestations**. Ce dernier ne doit pas être indirect, mais **destiné au proche aidant**. Aujourd'hui, s'ils veulent dégager du temps, faire un entretien émotionnel et

¹⁴ Imad : Institution genevoise de maintien à domicile : <https://www.imad-ge.ch/>

aider le proche aidant sur le plan de la coordination ou autre, il est inimaginable d'envoyer une facture à l'assurance-maladie. Par ailleurs, le **programme 2017-2020** sous l'égide du département pose un certain nombre de jalons. L'**enjeu** est de faire d'un acteur plus ou moins reconnu un véritable **partenaire**.

Echanges avec les député.e.s

Q (UDC) **Que pense-t-elle du nombre de jours prévus, des délais de congés et de la rigidité des 28 jours ?** R (Imad) Les durées de séjours sont extrêmement **variables**, le **minimum est de 5 jours et la durée moyenne est de 16 jours**. On est donc sur quelque chose d'un peu plus court que ce qui est prévu au minimum. Lorsqu'une personne revient pour plusieurs séjours, c'est un **signal** à prendre en compte. Ensuite, ils ont une logique de répit durable grâce au **collaboration avec les foyers de jour et Pro Senectute**. Ils essaient aussi de faire un **suivi administratif**, car un proche aidant qui craque et qui n'ouvre plus les factures peut mener à une situation difficile. Ils essaient alors de trouver un **relais social** pour mettre en place par exemple des ordres permanents, le temps que le proche aidant se remette à flot. Par ailleurs, le soutien d'un proche aidant dure souvent 10 ou 12 ans et, en plus, le besoin augmente au fur et à mesure que l'âge de la personne aidée avance. Pour cette raison, il doit y avoir un **catalogue de prestations** qui s'adapte au type de situations dans lesquelles se trouve le proche aidant. Ils ont sans doute besoin d'un **cadre plus flexible** que la rigidité des 28 jours.

Q (UDC) **Qu'en est-il des proches aidants qui sont des épouses ou autres très proches ?** R (Imad) L'épouse a besoin avant tout d'un espace où elle peut être entendue et reconnue. En outre, on n'envisage souvent pas la suite avec assez de temps (entrée en EMS, décès, hospitalisation, etc.). Il faut décider qui va devenir le **représentant thérapeutique** et y penser à l'avance. Par ailleurs, l'étude mentionnée précédemment montrait que la rémunération des proches aidants était une problématique qui ne revenait que de manière secondaire.

Q (PDC) **Est-ce que l'Imad a pensé à des critères pour pouvoir octroyer une aide à un proche aidant ?** R (Imad) Leur approche se trouve clairement sur un outil d'évaluation clinique standardisé (**RAI**) qui permet de mettre des **alertes**. Cela replace le contexte dans l'**évaluation des besoins** et permet d'avoir de vraies discussions avec la famille, le proche aidant, le médecin, etc. **Des critères d'évaluation** sont donc absolument **nécessaires**.

Q (S) **Est-ce que le PL est assez souple par rapport à la durée des séjours ?** Est-ce que la complémentarité avec les autres entités, telle que

l'Hospice général ou autres, pourrait mieux fonctionner grâce à ce PL ? **R (Imad)** Ils défendent notamment le **partenariat** avec des **organisations de proximité** comme les services sociaux communaux, mais officiellement *l'Hospice général* n'est plus censé s'occuper des personnes âgées, ce qui pose un problème. Il y a des solutions qui se dessinent avec **Pro Senectute** et les services sociaux de certaines communes, même si cela ne fonctionne pas bien partout. Concernant les **durées**, il est positif de fixer un maximum car, sinon, on entre dans une autre dynamique. Retourner à domicile **en bonne santé** est important, ce qui est le cas **après 94% des séjours**. Concernant le **réseau naturel**, ils évaluent bien sûr la situation de la personne aidée.

Q (S) Comment améliorer les choses avec certains services de communes ? R (Imad) Ils font des appels en disant qu'il est important de **mettre en avant cette interface entre le social et la santé** et qu'il y ait des relais de prises en charge social de proximité. Le débat sur le **désenchevêtrement des tâches communes-canton** est encore en cours et on se trouve au milieu du gué.

Q (S) Quel est le rôle de l'ACG et de l'Etat dans la relation entre les communes et l'Imad ? R (Imad) *L'Imad* essaie de construire des ponts de proximité avec les relais qui existent : le service social d'une commune, une antenne de quartier, etc. Leurs antennes sont aussi décentralisées pour cette raison.

Q (Ve) Quel est le lien existant entre le proche aidant et l'Imad ? R (Imad) Ce n'est pas parce qu'on a 85 ans qu'on ne peut pas faire ses propres choix. Dès lors, ils construisent **les objectifs avec le patient lui-même** et ils doivent bien sûr prendre en compte les ressources existant autour du proche aidant. Ils ne peuvent qu'**aider** à l'heure actuelle le proche aidant de **manière indirecte** en aidant la personne aidée. Il faut pouvoir aborder ce problème **plus en amont**, mais cela doit être posé au travers d'un catalogue de prestations. Il y a désormais plusieurs canaux d'information pour les proches aidants et ces derniers ont la possibilité d'avoir **une personne de contact** (une infirmière référente, un gérant en *IEPA*, etc.).

Il y aussi **une notion de charge mentale** continue et il s'agit de trouver des **stratégies** pour diminuer cette dernière. Cela se fait au travers notamment des **séjours en UATR**, un temps durant lequel leur proche est en sécurité, ce qui rassure.

Q (EAG) Pourrait-on imaginer, face à l'insuffisance du nombre des places, qu'il y ait aussi des accompagnements sociaux par l'Hospice général en matière de conseil, d'appui administratif, etc. ? R (Imad) Il s'agit d'une difficulté non résolue. Ils ont avant tout besoin d'un interlocuteur.

Concernant les UATR, il y a des projets en cours et il y a un bon taux d'occupation (environ 75%). **Les réservations par contre dépassent les 100%** et les **annulations** sont dues à des cas où les personnes ont pu trouver une autre solution ou parce que la personne ne veut pas être en UATR, mais à l'*Imad*. La **question du coût** en UATR est une source de **frein** et occasionne environ 50% des refus.

Q (EAG) **Y a-t-il une sélection par rapport au coût des séjours ?**
R (Imad) C'est en effet le cas, mais on peut avoir les moyens et considérer que c'est trop cher ou ne pas avoir les moyens du tout. Il y a au fond deux types de refus pour motif économique. Néanmoins, il n'y a pas de réelle discrimination, car il y a les prestations complémentaires.

Q (UDC) **Que pensez-vous des cas des proches nuisants ?** **R (Imad)** Il y a en effet des proches aidants pathologiques, soit car ils sont épuisés, soit car ils sont tout simplement pathologiques.

Q (PLR) **Comment cela se passe en termes de flux, de planification et d'accueil des personnes et quel est le coût d'un séjour en UATR ?**
R (Imad) Une UATR coûte 102 francs par jour. Ils gèrent en permanence la planification et les urgences. L'enjeu étant que les urgences ne désorganisent pas la planification. Il faut donc les deux : de la planification et des lits d'urgences.

Audition de l'AMGe¹⁵, du Groupe genevois des praticiens en soins palliatifs (GGPSP)¹⁶, du Polyger (gériatrie)¹⁷ et de l'Association genevoise des médecins de famille internistes généralistes (AGeMIG)¹⁸

(AMGe) L'énorme travail effectué par les **proches aidants** appelle au respect. Par rapport au **PL** et à la **notion de répit**, il faudrait qu'il y ait une réflexion en amont, avant de penser à la durée du répit, car l'aide fournie par les proches aidants se fait à tout moment. Ensuite, concernant la définition exacte du proche aidant, cela a trait à la responsabilité, entres autres en termes de formation, et il faudrait alors un jour des formateurs pour les proches aidants. Le PL parle de structures et il se demande déjà si les structures actuelles fonctionnent correctement. Par ailleurs, les **proches aidants** sont parfois **âgés** et aident des personnes encore plus âgées et cela

¹⁵ AMGe : Association des médecins du canton de Genève : <https://www.amge.ch/>

¹⁶ GGPSP : Groupe genevois des praticiens en soins palliatifs : <https://soinspalliatifs.ch/>

¹⁷ Polyger (gériatrie) : <https://www.hug-ge.ch/geriatrie>

¹⁸ AGeMIG : Association genevoise des médecins de famille internistes généralistes : <http://www.medecinsdefamillegeneve.ch/se-renseigner/27-articles-mfge/8-statuts>

va aller en augmentant dans notre **société vieillissante**. Du reste, on devrait avoir les moyens de faire que les soignants puissent travailler ensemble et facturer en termes **d'inter-professionnalité**. La notion de proche aidant est donc un fil continu et il ne s'agit pas d'une histoire où l'on s'arrête 28 ou 45 jours.

(GGPSP) La prise en charge devrait se faire **en amont**, c'est-à-dire avant que le proche aidant soit sur les genoux. Deux semaines de répit ne vont pas changer les choses puisque le proche aidant travaille 365 jours par année et 24 heures sur 24. Il faudrait pouvoir offrir plutôt au proche aidant **plusieurs demi-journées par semaine**. Cela est plus utile que la création de structures pour des séjours qui ne font, que reporter le problème. Actuellement, les soins sont pris en charge, mais pas la présence de quelqu'un auprès de la personne à aider.

(AGeMIG) On peut se demander s'il ne s'agit pas d'une sorte d'appel à une **nouvelle profession** alors que presque toutes les professions sont déjà présentes. Ces dernières devraient être plus mises à contribution, même s'il est pour une véritable reconnaissance des proches aidants. Les proches aidants ne doivent pas devenir de nouveaux professionnels, mais au contraire les professionnels doivent pouvoir développer leurs métiers de manière à aider les proches aidants et leur offrir du répit. Le soutien doit favoriser le répit mais sous une forme plus ponctuelle et répétitive que ce qui est proposé ici. Enfin, la définition du proche aidant n'est pas adéquate ou complète. Certains membres de la famille pourraient profiter de cette nouvelle reconnaissance financière alors qu'ils ne s'occupaient auparavant pas de leur parent.

(Polyger) Les proches aidants sont souvent des patients cachés et des personnes déprimées, selon elle. Il y a déjà très peu d'assistants sociaux qui peuvent faire ce travail et à **Pro Senectute**, il y a déjà une très longue liste d'attente. Le fait qu'il y ait de belles structures pour les séjours est quelque chose d'important, mais elles doivent être aussi accessibles à la population. Concernant les **foyers de jour**, ces derniers sont **payants** et cela constitue une barrière pour beaucoup de familles. Il faut déjà faire un effort au niveau des **subventions** pour l'accès aux bénévoles, à des structures déjà existantes plus conviviales et à des foyers de jour.

(AMGe) Il se demande en effet quel est l'encadrement qu'on pourrait avoir au sein des structures déjà existantes avec de véritables professionnels de la santé. **(GGPSP)** Elle a mis l'un de ses patients en catastrophe à l'unité de répit **d'Onex**. Cette structure est excellente la journée, mais insuffisante la nuit. Concernant **Villereuse**, il s'agit d'une structure architecturalement inadaptée. L'endroit est en outre très déprimant et il faudrait donc privilégier

des structures plus accueillantes. **(Polyger)** Ces lits étaient auparavant en EMS et on a en quelque sorte effectué un pas en arrière.

Echanges avec les député.e.s

Q (UDC) La problématique des proches nuisants est une des préoccupations des pharmaciens. R (AGeMIG) Cela est spécifique à la nature humaine et deux frères ou sœurs ont souvent des avis différents. Dans la pratique, un **financement des proches aidants** pourrait poser problème. **R (Poliger)** Ce n'est heureusement pas la majorité des proches des patients.

Q (PLR) Est-il difficile d'obtenir un lit en urgence lorsque le proche aidant est épuisé ? R (GGPSP) Ils trouvent généralement des places à *Villereuse*, mais les gens ne veulent pas vraiment y aller car ils trouvent **l'endroit sinistre**, tandis que les places qui restent en EMS, dans des lieux accueillants, sont réservées 8 à 10 mois auparavant. Ils sont par contre obligés de passer parfois par une hospitalisation en urgence.

Q (PLR) Que manque-t-il pour mettre l'accent sur le travail en amont ? R (GGPSP) Il s'agit d'une **question d'argent** car la présence d'une personne permettant aux proches aidants de se libérer n'est actuellement pas rémunérée. Il y a certes les rentes d'impotence mais les gens ne connaissent généralement pas l'existence de ces dernières. Il faudrait utiliser plutôt les professionnels, mais il faut bien sûr les **payer**. **R (Polyger)** Elle devrait pouvoir, en tant que médecin, avoir accès à l'assistance sociale pour faire part des besoins du patient, car un médecin n'a pas le temps de faire cela, même s'ils le font quand même. **R (GGPSP)** Les assistants sociaux de quartier sont totalement débordés et il faudrait donc quelqu'un qui vienne en renfort pour faire ce genre de démarches. **R (AMGe)** Il faudrait peut-être des coordinateurs en plus pour profiter au mieux du tissu social et professionnel existant et ainsi éviter des hospitalisations.

Q (PLR) Arrive-t-il que le patient refuse d'être pris en charge par certaines structures ? R (GGPSP) Certaines personnes âgées ne veulent parfois pas de relations avec de nouvelles personnes et elles n'aiment donc pas les **tournus** qui s'opèrent dans les équipes. **R (AMGe)** Il y a actuellement beaucoup de réflexions sur **l'hospitalisation à domicile** et sur la manière de faire avancer toutes les structures. La difficulté se situe souvent la **nuît**, au niveau de **l'encadrement**. Des proches aidants viennent souvent de loin pour s'occuper, parfois la nuit, de leurs proches. Il y a peut-être un problème de balance entre certains qui pourraient exploiter les gens et d'autres qui ont de cruels besoins.

Q (PLR) Selon *l'Imad*, il y avait **3 types de personnes ayant besoin de proches aidants** : les personnes âgées, les enfants souffrant de maladies graves et les personnes atteintes de maladies chroniques. **Y a-t-il aussi, pour ces deux dernières catégories, un manque de structures et d'organisation pour les soulager ?** R (AGeMIG) Si on prend une personne ayant une maladie chronique comme un cancer, on peut à peu près appliquer les mêmes réponses qui ont été données tout à l'heure. Il existe aussi l'aspect culpabilisant chez le proche aidant, mais il n'y a néanmoins pas le même danger qu'avec une personne souffrant d'Alzheimer. R (AMGe) Il y a peut-être plus de fondations qui sont tournées vers les enfants gravement malades que vers les personnes âgées. R (GGPSP) Plus les gens sont jeunes, plus ils sont engagés dans la vie et plus il est difficile de trouver le temps de s'occuper de son conjoint qui est malade.

Q (EAG) **Y a-t-il aussi un manque de structures et d'organisation pour soulager les proches aidants des personnes en situation de handicap ?** R (Polyger) C'est tout à fait nécessaire. R (GGPSP) Les personnes en situation de handicap bénéficient souvent d'une structure, même si ce n'est pas le cas de tout le monde.

9 novembre 2019 : Audition de la FéGAPH dont l'association *Le Relais* et du CFRGe. Puis, auditions conjointes d'*Insieme*, d'*INSOS* et de l'*Association Alzheimer*

Audition de la FéGAPH¹⁹ du Relais²⁰, et du CFRGe²¹

(FéGAPH²²) Le Club en fauteuils roulants (CFRGe) et le *Relais* sont 2 des 20 associations membres de la FéGAPH et il y a d'autres associations membres qui ont été invitées séparément, comme *Insieme* ou encore *Autisme Genève*. La FéGAPH regroupe des associations qui regroupent elles-mêmes des personnes directement concernées, mais aussi des proches et des parents. Il y a donc les deux points de vue au sein de la FéGAPH.

¹⁹ FéGAPH : Fédération genevoise d'associations de personnes handicapées et de leurs proches : <http://fegaph.ch/>

²⁰ Le Relais : Association genevoise de soutien aux proches de personnes souffrant de troubles psychiques : <http://lerelais.ch/>

²¹ CFRGe : Club en fauteuil roulant Genève : Section de l'association suisse des paraplégiques : <https://cfrge.ch/>

²² Annexe 6 : Prise de position FéGAPH sur les proches aidants : PL 12169 et M2 442 – novembre 2018 (mise à jour janvier 2019).

Les projets de lois en question s'inscrivent dans un cadre législatif. D'une part, il y a l'**art. 173 de la constitution** dans lequel les proches aidants sont mentionnés dans un article « *professionnels de la santé* », ce qu'il trouve bizarre comme disposition constitutionnelle, d'autre part, l'**art. 39** précise que « *toute personne a droit aux soins et à l'assistance personnelle nécessaires en raison de son état de santé, de son âge ou d'une déficience* ». Ces dispositions doivent être comprises ensemble. Par ailleurs, l'adoption par la Suisse de la *convention de l'ONU sur les personnes handicapées*, entrée en vigueur en 2014²³, est importante car elle a deux notions centrales : la notion d'**inclusion**, en somme une société dans laquelle les structures sont accessibles à toutes et tous, et, la notion d'**autodétermination** qui s'applique autant aux personnes concernées qu'aux proches.

Ensuite, il évoque la **contribution d'assistance**, une prestation de l'AI relativement récente qui présuppose que la personne a déjà une allocation d'impotence, ce qui n'est pas toujours le cas et ce qui pose donc problème pour certaines personnes qui ont besoin d'aide. Cette prestation permet de recevoir de l'argent pour engager des personnes qui aident la personne ayant un besoin, ce qui permet d'encourager le maintien des personnes à domicile. Il s'agit donc d'une **aide au quotidien** et non d'une aide infirmière, mais cette contribution ne peut cependant pas être utilisée pour rémunérer des proches, ce qui constitue une **cautèle importante** qui restreint le choix des gens. L'autodétermination n'est donc pas au centre de cette mesure. On restreint donc le choix des proches aidants, lesquels interviennent par ailleurs justement, car il y a une absence de prise en charge. Le **PL 12263** n'a **rien de tangible**, ni pour les proches aidants, ni pour les personnes concernées, **contrairement au PL 12169** qui propose par exemple le **droit au répit**, ce qui correspond à une demande réelle. Du reste, il y a une crainte à avoir par rapport à l'autodétermination, car on fixe un nombre minimal et un nombre maximal de jours et il va être difficile de tenir compte des besoins des personnes concernées. Il y a un réseau de soins qui va définir les possibilités, mais avec des contraintes. On doit **associer les personnes concernées** et les proches à la définition de l'offre et des places de répit, mais la solution la plus puriste consisterait au fond à **donner directement de l'argent** à la personne concernée pour qu'elle choisisse comment elle peut être aidée et par qui.

Il revient ensuite sur l'**exonération fiscale**. Cela pose des questions car on va mettre de l'argent à disposition du proche aidant et pas de la personne

²³ CDPH : Convention relative aux droits des personnes handicapées : <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20122488/>

concernée. En outre, cela va être une mesure qui va coûter cher à l'Etat et qui ne va toucher que la partie de la population qui paie des impôts, ce qui leur pose aussi problème en termes d'efficacité. Au final, la logique de l'enveloppe, qui viendrait en complément de la contribution d'assistance, serait l'idéal. **(Le président)** L'évaluation de l'exonération fiscale est estimée à une **somme entre 20 et 30 millions de francs. (FéGAPH)** C'est un montant élevé et cet argent pourrait être mieux utilisé et plus équitablement distribué pour accroître la liberté de choix des uns et des autres. Enfin, on a actuellement un système qui est axé surtout sur les personnes âgées et il désire qu'on n'oublie pas les **personnes en situation de handicap. Il s'agit de 15% à 20% de la population.**

(Le Relais) Sa prise de parole va refléter essentiellement son propre point de vue, car elle n'a pas eu le temps de consulter le comité. Ces derniers 20 ans, elle a connu de nombreux cas de personnes ayant des problèmes psychiques et n'acceptant pas d'être institutionnalisées. Dans le canton de Vaud, il y a des **institutionnalisations à court terme** et cela pourrait être une bonne solution pour Genève. Il faudrait peut-être instaurer une loi qui obligerait les institutions à prévoir des **places d'hébergement à court terme.**

(CFRGe) On parle généralement de personnes en situation de handicap de manière large. Or, il y a des **dizaines de problématiques différentes** (problèmes de mobilité, handicaps sensoriels, auditifs, mentaux, etc.). On doit tenir compte de toutes ces **différences** lorsqu'on recherche des solutions aux divers problèmes, comme les solutions de répit. Les personnes travaillant dans les structures de répit doivent aussi être **formées** aux problématiques liées **aux différents handicaps.** Il prône en outre une solution souple qui donne la possibilité à la personne elle-même de choisir les personnes qui peuvent l'aider.

Echanges avec les député.e.s

Q (PLR) Comment les contributions d'assistance sont-elles utilisées ?
R (FéGAPH) La contribution d'assistance fonctionne sous la forme d'un **budget** qu'il convient de gérer pour engager une ou des personnes et payer notamment les charges sociales.

Q (Ve) Est-ce que la définition du proche aidant telle qu'abordée dans la M 2442 est satisfaisante ?
R (FéGAPH) La notion d'**entourage immédiat** lui pose problème, de même que la **notion d'informel.** Il se demande pourquoi un proche aidant ne pourrait pas être rémunéré d'une manière ou d'une autre par la personne qui a besoin d'aide. Une telle définition tend à restreindre les possibilités et l'autonomie des uns et des autres. **R (le département)** C'est la **commission consultative** des proches aidants qui a fourni cette définition et ils

ont passé du temps dessus pour n'oublier personne. En outre, cette définition donne aussi une légitimité à l'action des proches aidants. **R (FéGAPH)** On parle ici des proches aidants et pas nécessairement des professionnels de la santé. Il faut prendre en compte la personne premièrement concernée et l'intégrer à la réflexion, lorsqu'on veut mettre en place une structure pour le répit. Il y a certes un besoin de **reconnaissance**, mais c'est bien le répit qui apparaît comme premier élément souhaité par les proches aidants.

Q (Ve) Qu'en est-il des différentes compétences ? R (le président) L'ACG²⁴ a indiqué qu'elle ne voulait pas venir en audition car, selon elle, la question ne les concernait pas.

Q (PLR) Quelle est leur prise de position par rapport aux objets ? R (FéGAPH) Concernant la **motion**, il se demande s'il convient de faire une loi spéciale ou alors de modifier la loi existante. Concernant l'exonération fiscale, on peut faire quelque chose de mieux ciblé avec une telle somme. Ensuite, concernant le **PL 12169**, ils sont pour, mais avec le souci que les personnes directement concernées et les proches aidants soient associés à la définition de l'offre de places de répit. Il se demande si c'est la commission consultative des proches aidants qui va définir cette offre. Ensuite, il faudrait **compléter le dispositif**, mais il ne veut pas non plus que tout repose sur les proches aidants, lesquels sont souvent dans une situation de contrainte, **faute de places institutionnelles**. Enfin, une société inclusive, avec des structures adaptées à tous, soulagerait aussi les proches aidants.

Q (EAG) Faudrait-il intervenir auprès des employeurs pour faciliter les réductions ou les aménagements du temps de travail ? R (FéGAPH) Ils sont tout à fait pour cela, mais cette mesure ne va pas résoudre le fait qu'il s'agira d'un **appauvrissement financier** du proche aidant qui va devoir réduire son taux d'activité et donc il va perdre une partie de son revenu.

Auditions d'*Insieme*²⁵, d'*INSOS*²⁶ et de l'*Association Alzheimer*²⁷

(Assoc. Alzheimer)²⁸ Concernant le **PL**, la législature qui commence doit relever le **défi des enjeux de la santé et du social** et de toute la **vision**

²⁴ Annexe 7 : Lt. ACG – 11 octobre 2018.

²⁵ Insieme : Association de parents et d'amis de personnes mentalement handicapées : <http://www.insieme-ge.ch/>

²⁶ INSOS Genève : Association cantonale des institutions pour personnes avec handicap : <https://www.insos-geneve.ch/>

²⁷ Alzheimer Genève : <https://www.alzheimer-schweiz.ch/de/geneve/home/>

²⁸ Annexe 8 : Prise de position Plateforme des aînés – PL 12169 et M 2442 – 16 novembre 2018.

transversale qui permettra de lier la santé et le social. Cette volonté se traduit par ce PL, mais ils ont toutefois émis quelques doutes quant à la pertinence de travailler dessus. En effet, la *plateforme des aînés* a déjà planché sur la *LORSDom*, qui va déjà un peu plus en avant. Il s'agit aussi de se poser la question de la **définition du proche aidant**. On doit se poser la question des **critères** permettant de définir ce qu'est le proche aidant. On ne peut que saluer le fait qu'il y ait un PL sur le vieillissement, mais ils ont néanmoins déjà émis des remarques sur la nouvelle loi. Se pencher sur cette loi serait une perte de temps.

En revanche, ils peuvent tout à fait soutenir la **motion**. Concernant **l'article 7 du PL qui parle de 26 jours et de 45 jours**, la pratique va déjà plus loin et il y a une certaine tolérance qui n'est pas présente dans le projet de loi.

Ils saluent la proposition de motion pour la reconnaissance du proche aidant. Il y a déjà des choses existantes en la matière au niveau **cantonal** (plan cantonal proches aidants) et au niveau **fédéral**. Or, les deux textes font référence à la *LSDom*, qui est déjà en train d'être révisée, car ils ont déjà été consultés sur la nouvelle *LORSDom*. Il faut un soutien financier aux proches aidants, mais la question est un peu plus compliquée qu'un simple barème de déduction fiscale, car il y a différentes sources de financement.

Le **PL 12169** renvoie aussi à l'ancienne *LSDom*. En outre, il y a un mélange des genres, car actuellement on peut prolonger les 45 jours de répit en UATR. De plus, il y a les **financements résiduels** et il y a eu des démarches de la part du département pour diminuer de moitié ce financement, qui est de **108 francs par jour pour les proches aidants**. Il faudrait reprendre cette mesure qui avait été refusée par le Conseil d'Etat. Enfin, l'exposé des motifs, en p. 6, parle d'offres de répit manquantes. Il existe des **mesures de soutien à domicile** n'apparaissant pas, comme les **accompagnements à domicile de l'Association Alzheimer**. La coordination entre les différentes offres existantes et les liens entre le social et la santé sont le cœur de la problématique. On pourrait aussi imaginer un **fonds de solidarité** pour les personnes qui voudraient partir plus tôt de leur travail pour s'occuper d'un proche et ainsi avoir une compensation AVS et lutter contre le chômage.

(Insieme)²⁹ Les 28 et 45 jours prévus sont en deçà de ce qu'il faudrait. Les proches aidants, dans les familles qui vivent avec des personnes qui ont des déficiences intellectuelles, sont très souvent des parents qui accompagnent leur enfant depuis la naissance, ou depuis le diagnostic posé.

²⁹ Annexe 9 : Prise de position Insieme – Pl 12169 et M 2442 – 9 novembre 2018.

Il s'agit donc de proches aidants durant **toute la vie** qui souffrent souvent d'un **épuisement progressif**. Il y a des moments plus difficiles, comme à l'adolescence ou encore dans les premiers temps où on observe une perte d'autonomie due au vieillissement. On parle ici de personnes qui ont des problèmes de dépendance, des troubles du comportement et qui doivent être accompagnées tous les jours. Le **degré d'accompagnement** est autre que dans une famille ordinaire et il est donc important de pouvoir mettre en place un accompagnement durant toute la période durant laquelle l'enfant vit à la maison. Par ailleurs, dans ces familles, les **femmes proches aidantes sont surreprésentées** et ce sont elles qui baissent leur taux de travail ou qui décident de quitter leur travail. Il y a encore plus de familles monoparentales que dans les familles ordinaires et le soutien d'une personne atteinte de déficience psychique à la maison peut occasionner des problèmes de santé.

Concernant les offres de répit déjà existantes, il existe **une offre de service de relève, chez Pro Infirmis**, qui est à disposition des familles à concurrence de 200 heures par année (4 heures par semaine), ce qui reste très **peu**. **Cap Loisirs offre des temps de loisirs** aux enfants et aux adultes pour des personnes qui ont une **assez bonne autonomie** et pour quelques groupes qui ont plus de difficultés. Par ailleurs, **Insieme a développé des offres de week-ends**, avec un accompagnement prioritaire des personnes qui sont à domicile. Leur projet fonctionne bien et ils ont plus de demandes que de places disponibles. Enfin, le PL représente une avancée, mais **il manque un vrai volet handicap**.

Ces **week-ends** viennent compléter l'offre qu'ils ont depuis 59 ans, à savoir des **séjours** de 2 ou 3 semaines en été (200 personnes concernées). Par ailleurs, les **parents** se transforment en **acteurs du réseau social** puisqu'ils accompagnent la personne chez le médecin, se chargent des repas, des transports, des loisirs, de la toilette, etc. Ces proches jouent tous ce rôle, mais bien plus longtemps que les parents ordinaires. Une des solutions seraient des places en **UATR**, mais actuellement il n'est pas possible d'accueillir des personnes ayant des déficiences intellectuelles, car **il faut un personnel formé**. Ils insistent par ailleurs sur la **pertinence des hébergements à temps partiel** afin que les familles qui ont des enfants chez eux puissent les laisser dans un lieu de vie durant deux ou trois nuits afin de pouvoir souffler. Cela existe dans le canton de Vaud et fonctionne assez bien. Cette solution est aussi une transition pour la personne concernée vers cette vie qui l'attend, le jour où ses parents ne pourront plus s'en occuper. Il faudrait donc **des places pour un hébergement partiel** dans des sites existants. Il conviendrait qu'il y ait aussi des **places d'urgence** pour les situations difficiles. Le besoin de répit doit donc être **régulier**. Le fait de

mettre une personne en journée en institution coûte aussi cher. Le PL est une **avancée**, mais **45 jours ne sont pas suffisants** pour un répit sérieux. Il faudrait mettre en place les **conditions** permettant d'assurer un répit sur le long terme et à la hauteur des attentes des parents et des **proches aidants**. Enfin, sur la **motion**, il y a deux points qui lui paraissent important : la **définition** dans la loi du proche aidant et le **point sur le barème** de déduction fiscale prévu pour les proches aidants, à titre de compensation et de reconnaissance. Ces deux propositions sont importantes, car les proches aidants et les parents doivent se sentir reconnus d'une manière légale dans la société.

(INSOS)³⁰ *INSOS Genève* regroupe 21 organisations dans le domaine du handicap dont beaucoup sont en contact avec la réalité du proche aidant. Ils s'interrogent sur la **définition du proche aidant** et il faudrait que les **personnes en situation de handicap** soient prises en compte. Il est essentiel de ne pas occulter la réalité du handicap et de l'enfant et donc de ne pas seulement se focaliser sur celle de la personne âgée. C'est dans une idée de **complémentarité** du dispositif qu'*INSOS Genève* souhaite apporter ses réflexions. On peut s'interroger quant à savoir dans quelle mesure les structures de prise en charge des personnes handicapées peuvent être des solutions pour pallier les besoins des proches aidants, mais il faut travailler avec **une** logique de précaution et de continuité. Certaines **solutions d'accueil** sont certes **novatrices**, mais il ne faut pas chercher seulement la solution dans l'institution qui accueille l'enfant ou l'adulte. Il faut au contraire considérer l'apport qu'on peut **offrir sur le lieu d'habitation** de la personne. Enfin, la **dimension financière** et le risque de bascule financière est réelle. Il conviendrait donc d'être attentif à ne pas déprécier des moyens nécessaires pour répondre à des besoins dans des lieux de prises en charge. Il faut au contraire trouver là aussi **des solutions complémentaires**. Enfin, on parle beaucoup du nombre de jours, mais la préparation pour avoir le répit doit aussi être pensée dans une continuité.

Echanges avec les député.e.s

Q (UDC) **Que pensent-ils des proches nuisants et de ce PL ? R (Assoc. Alzheimer)** C'est une réalité et cela peut parfois arriver chez un proche aidant qui se retrouve dans une situation nouvelle avec une personne en perte d'autonomie. Il faut malgré tout définir la notion de proche aidant, même si des personnes vont passer sous le radar. Le répit est essentiel, de manière à faire tomber la pression. La **motion est positive**, mais **pas le PL**.

³⁰ Annexe 10 : Prise de position INSOS – PL 12263 – 1^{er} mars 2019.

L'association Alzheimer répond à la **ligne proch'info** et il y a parfois des appels au secours, mais aussi des personnes qui appellent pour dire qu'elles ont arrêté de travailler et qui demandent de l'aide. Par ailleurs, la malhonnêteté à domicile a toujours existé. C'est pourquoi ils emploient des professionnels à domicile, car il est potentiellement trop risqué d'avoir deux populations vulnérables. C'est toujours la même personne qui va au même endroit, il y a donc une **traçabilité** et il n'y a **pas de risques**. **R (Insieme)** Il s'agit de cas exceptionnels.

Q (PLR) Que pensent-ils du système préventif d'hébergement partiel ? R (Assoc. Alzheimer) Elle fait avant tout un appel **aux médecins de ville**. Il convient d'avoir un **dépistage en amont** de ces épuisements. Les médecins doivent savoir quelle est la boîte à outils à disposition pour **éviter les décompensations** le vendredi soir et ils doivent absolument informer les proches aidants. Ce qui manque aujourd'hui sont les structures où on peut **déposer une personne quelques jours** pour avoir un répit. Ils travaillent plus sur une adaptation de leurs offres à domicile, en étendant leurs horaires. Enfin, ils sont en train de répertorier toutes les offres existantes sur le canton.

R (Insieme) Il faut qu'il y ait des solutions par rapport aux cas d'urgence, par exemple un accident. Il faudrait en outre qu'il y ait, dans les lieux d'accueil d'urgence, du **personnel** qui soit **formé** pour l'accueil de personnes ayant des **déficits psychiques**. Ils accordent une grande importance à l'idée d'hébergement partiel et les parents d'une personne ayant un déficit psychique doivent avoir le choix de pouvoir passer la moitié de la semaine avec leur enfant et avoir un répit durant l'autre moitié de la semaine. Cela réduirait ainsi l'épuisement.

R (INSOS) Le besoin est là, il faut **distinguer les solutions d'urgence des solutions d'anticipation**. Le dispositif genevois aujourd'hui ne répond pas aux besoins d'hébergement d'urgence dans le domaine de la **déficience intellectuelle** et il convient donc de travailler avec le réseau et les autorités. Concernant l'anticipation, cette solution est compliquée à organiser. Ils réfléchissent plutôt à des **habitations**, sous forme de **clusters** et avec des populations plus **mixtes**, qui pourraient accueillir en leur sein différents besoins, avec en outre des **professionnels** compétents. On est aujourd'hui dans une société qui se veut **inclusive**, il y a des opportunités de créer et d'innover, mais on ne doit pas exclure non plus le besoin du parent qui nécessite un répit et qui cherche une réponse qui se ferait sur son propre lieu de domicile.

Q (Ve) Pouvez-vous expliquer le système de relève ? Quid du social et de la santé ? R (Insieme) Le service de relève travaille avec environ 50 familles, mais ces dernières ont des besoins beaucoup plus conséquents. Par

ailleurs, il y a parfois des relèves plus conséquentes pour des jeunes qui ne trouvent pas forcément de place en structure. Prochainement, *Insieme* proposera un **questionnaire** par rapport aux besoins des membres en matière de prise en charge à temps partiel. Il est important qu'il y ait un panel offert aux familles afin qu'ils puissent aller sur différentes solutions.

Il y a aussi un manque lié au **financement**. Le système de relève fonctionne en majorité avec des fonds privés. L'Etat finance désormais le système avec 25 000 francs par année, mais il demeure un manque de financements pour pouvoir offrir davantage aux familles. Par ailleurs, dans le cas de la prise en charge de personnes ayant un **déficit psychique**, il faut aussi parler **d'accompagnement socio-éducatif**. **R (Assoc. Alzheimer)** La commission de coordination des proches aidants n'est pas forcément composée de professionnels de la santé et, dans le cadre du plan Alzheimer par contre, il y avait la santé et le social, ce qui a constitué la force du projet, de même que la coordination entre les différents plans. **R (INSOS)** Il y a un besoin en formation des professionnels.

Q (S) Que pensent-ils du plafond de 45 jours ? R (Assoc. Alzheimer) Face à la réalité, ce seuil est dépassé. C'est la *LAMal* qui décide au fond la durée du répit, mais si on a des certificats médicaux prolongés, la *LAMal* peut entrer en considération pour un répit plus long.

Q (PLR) Est-ce qu'un amendement pour baisser le nombre de jours serait intéressant, sachant qu'ils ont critiqué le minimum de 5 jours ? R (Assoc. Alzheimer) Cela dépend de la *LAMal*.

Q (PLR) Combien de personnes en situation de handicap ont recours à l'hébergement partiel dans le canton de Vaud ? R (Insieme) Il n'a pas de chiffres par rapport à l'expérience vaudoise. Par ailleurs, l'**hébergement partiel** se ferait sur la base d'un **contrat**, pour une période longue et régulière. Vaud a mis en place ce principe avec un système de partage de chambres. Enfin, ils vont faire un sondage sur le nombre de demandes de familles. **R (INSOS)** Ils essaient de travailler sur une **complémentarité** de dispositif et sa réflexion portait sur ce qui se passe dans l'accompagnement à la vie indépendante, une démarche menée avec la DGAS pour faciliter la vie des personnes en institution, qui pourraient avoir une vie plus indépendante, si on élargissait la **possibilité d'accompagnement** de plusieurs heures par semaine. C'est dans cet esprit qu'on imaginait travailler avec les réseaux de proximité.

Q (EAG) Souhaitez-vous un nouveau statut légal du proche aidant ? Dans le PL 12169, il s'agit de développer les structures afin que les proches aidants puissent pleinement exercer leurs droits au répit, alors que la

LORSDom vise à **garantir** du répit, ce qui est moins fort du point de vue sémantique ? **R (Assoc. Alzheimer)** La journée des proches aidants existe depuis 5 ans et, de plus en plus, il y a eu un grand travail effectué pour que les gens se reconnaissent comme proches aidants. L'offre de répit existe, mais on doit encore faire passer le message, notamment par les médecins de ville.

Q (EAG) Avez-vous les moyens de réaliser une extension des horaires de vos prestations ? R (Assoc. Alzheimer) Il existe beaucoup de choses à Genève, mais il convient de les coordonner et elles doivent être utilisées. En outre, il faut pouvoir parler de la maladie d'Alzheimer comme d'une maladie qui ne soit pas taboue. Enfin, on pourrait peut-être amender la **LORSDom** pour inclure ce qu'il y a dans le PL. L'année prochaine, l'Association Alzheimer va revoir son contrat de prestation et ils vont devoir demander plus pour que la prestation puisse être étendue.

16 novembre 2018 : Auditions Plateforme des associations d'âinés de Genève, d'Autisme Genève / Audition des EMS Butini De la Rive ainsi que des foyers de jour et de nuit Butini et De la Rive, de la FEGEMS et de la Croix-Rouge

Auditions de la Plateforme des associations d'âinés de Genève³¹ et d'Autisme Genève³²

(Plateforme âinés) La *Plateforme* a 43 associations et 17 membres observateurs, le dernier membre arrivé est la *Coopérative des soins infirmiers* et les deux derniers observateurs sont la *HETS* et *HEdS*. Par ailleurs, concernant les objets, ils s'interrogent car ils ont fait un grand travail de **concertation** et de recherche avec tous leurs membres sur la nouvelle **LORSDom**. Cette loi fait déjà la part belle aux proches aidants et va dans le sens des objets traités ici.

Ils sont tout à fait intéressés à ce qu'il y ait **un statut du proche aidant** afin qu'il soit reconnu. L'idée d'une **reconnaissance** en tant que partenaire de soins, d'accompagnement et du soutien social est importante, mais devrait être également accompagnée par une **reconnaissance financière**, ce qui constitue

³¹ Plateforme des associations d'âinés de Genève :

<https://www.hospicegeneral.ch/fr/plateforme-des-associations-daines-de-geneve>

³² Autisme Genève : <http://autisme-ge.ch/>

une demande de la part de tous les membres de la *Plateforme*, c'est pourquoi ils soutiennent le projet de loi³³.

Concernant les **lieux de répit**, une **augmentation** de leur nombre est **nécessaire**. Les **foyers de jour** jouent actuellement en grande partie ce rôle. Par ailleurs, la reconnaissance et l'intégration des **maisons de vacances** dans le réseau de soins permettraient de considérer ces maisons comme des **lieux de répit** pour les proches aidants. Ils aimeraient aussi que les **EMS** puissent ouvrir à nouveau des lits de répit, ce qui permet notamment par la suite des entrées en EMS plus faciles au moment opportun. Plusieurs EMS sont tout à fait intéressés à avoir à nouveau des lits UATR comme c'était le cas par le passé.

Il ne faut pas se compliquer la tâche avec une **multiplicité de lois**. Ils ont discuté sur la meilleure manière de **définir le statut du proche aidant** et il en est ressorti avant tout l'importance de faire une **lecture transversale** des lois existantes, ainsi que l'importance de tenir compte par anticipation des projets en cours, notamment la consultation fédérale. Elle invite donc la commission à **éviter les doublons** pour avoir une meilleure **visibilité** et ne pas formuler d'articles contradictoires.

Par ailleurs, il est important que la loi qui en ressort ne soit pas uniquement axée sur les aspects fiscaux, mais qu'elle mette bien les bases légales du statut du proche aidant en avant et s'intègre dans la cohérence des lois actuelles, notamment la **nouvelle LORSDom** et la **LRT**, par rapport aux **communes**, car la question des proches aidants concerne aussi les **aspects sociaux** et pas seulement les soins. Il faut donc avoir une **vision globale** et reconnaître le réseau existant. La motion et le PL vont dans le sens des proches aidants, mais la plupart des éléments sont déjà présents dans la **LORSDom**.

(**Autisme Genève**) *Autisme Genève* regroupe 500 membres dont 300 familles. Concernant le PL, il faut éviter que les familles arrivent à **l'épuisement**, ce qui est souvent le cas, car on ne trouve pas de **relais** pour des personnes avec autisme, lesquelles ont des **besoins spécifiques**. L'une des solutions serait d'avoir des possibilités de répit qui s'étalent tout au long de l'année, de **manière régulière**. Cela implique une certaine **flexibilité** de la part des lieux de répit qui pourraient accueillir, soit en **urgence**, soit de manière régulière. Actuellement, la seule possibilité est aujourd'hui d'aller 3 mois dans une structure, mais en réalité, certaines familles souhaitent plutôt des **lieux de proximité**, parfois pour seulement **quelques jours**. Ces lieux doivent avoir des personnes formées à l'autisme. Avoir une **unité mobile** à

³³ Annexe 8 : Note Berberat – Prise de position de la *Plateforme des associations d'ainés de Genève* – PL 12169 et M 2442 – du 16 novembre 2018.

même d'intervenir dans les familles en cas d'urgence, cela permettrait d'avoir quelqu'un qui serait **formé** à l'autisme et qui pourrait prendre le relais un soir ou encore 3 jours, avec toujours une certaine flexibilité.

En outre, il faudrait une **aide à l'information**, car lorsqu'une famille reçoit un diagnostic d'autisme, elle ne reçoit l'information que de manière très déstructurée, notamment par rapport aux droits à une aide **AI**, à une **contribution d'assistance** ou encore à des jours de répit pour les proches aidants. *Autisme Genève*, s'ils étaient mieux soutenus, pourrait mieux informer et suivre les familles de personnes autistes.

Ils reçoivent régulièrement des familles qui viennent en recherche d'information, il y a des situations **dramatiques** auxquelles leur association ne peut pas répondre, par exemple des parents qui finissent par devoir placer leur enfant **en dehors du canton**, ce qui crée des **déchirements** parfois même avec des enfants **très jeunes**. Cela pourrait être évité s'il y avait les **structures adéquates**. Certains parents affirment qu'ils n'ont plus de vie sociale ni d'amis, car ils ne peuvent plus inviter personnes à la maison. Ce sont des parents qui ont aussi peur de perdre leur travail, car ils doivent le quitter soudainement pour s'occuper de leur enfant. L'autisme concerne entre 1% et 2% de la population et tout le monde n'a pas un autisme aussi sévère.

Echanges avec les député.e.s

Q (UDC) **Que pensez-vous des proches nuisants ? Est-ce que les enfants en crise doivent** être internés à *Belle-Idée*, faute de structures plus adéquates ?
R (Plateforme aînés) Il peut arriver que des proches deviennent maltraitants, mais surtout par épuisement. S'il y a une structure autour et une reconnaissance, il y aura un **service d'accompagnement**, comme celui de l'*association Alzheimer*, qui peut assez facilement dépister ce genre d'épuisement. Ce sont les gens qui sont tout à fait hors réseau qui risquent de poser potentiellement problème.
R (Autisme Genève) Il n'y a en effet pas assez de places d'urgence pour les mineurs autistes et donc les places pour des prises en charge d'urgence adéquates ne sont pas assez nombreuses avec des gens formés à l'autisme.

Q (Ve) **Autisme Genève est-elle aidée et souhaite-t-elle participer à la commission consultative ?**
R (Autisme Genève) Si *Autisme Genève* avait un plus grand soutien financier, ils pourraient mieux prendre en charge le soutien aux familles et mieux le structurer. Il y a un **intérêt** pour la commission consultative, mais il s'agit d'un manque de ressources, et dégager du temps pour y assister est difficile. Une famille monoparentale isolée, avec un enfant

ayant un autisme sévère, peut connaître parfois une solitude extrême et une grande détresse. Il suffirait parfois de quelques jours sans l'enfant pour que le parent puisse reprendre ses forces.

Q (EAG) Est-ce que l'unité mobile évoquée interviendrait à domicile ? R (Autisme Genève) Des unités formées allant à domicile pour former les proches aidants à l'autisme et également aménager l'habitat afin que l'enfant autiste comprenne mieux son environnement seraient de bonnes choses.

Q (EAG) Avez-vous des pistes pour la reconnaissance financière telle que la prise en charge de cotisations de prévoyance ? Où en est le dossier des maisons de vacances ? R (Plateforme aînés) Les structures sont mieux organisées pour les personnes âgées, par rapport aux enfants en situation de handicap. Une personne âgée souffrant d'Alzheimer peut solliciter tout à coup le conjoint, car il faut l'entourer et pas tout de suite la structure. Le conjoint, s'il a par exemple 55 ans, peut vouloir diminuer son temps de travail, mais il ne peut souvent pas le faire. Il y a en effet eu des discussions pour trouver une manière d'agir afin d'éviter qu'une réduction du temps de travail péjore la situation financière du proche aidant, notamment dans le but d'éviter que la personne soit péjorée dans ses cotisations et doivent ensuite recourir aux SPC plus tard.

Ils ont participé à un groupe de travail sur les **maisons de vacances** avec une définition des populations concernées et il y a un rapport en consultation auprès des partenaires. **R (le département)** Ce rapport est terminé et ils sont à bout touchant de trouver un exploitant qui serait d'accord de récupérer les deux structures, ce qui permettrait de rouvrir le chalet Florimont. Un modèle d'exploitation sera défini et ils devraient pouvoir proposer une exploitation des deux structures au 1^{er} janvier 2020 en tentant d'élargir le nombre de séjours et la durée des séjours, de manière à dépasser les 32 ou 36 semaines offertes actuellement par année dans une des deux structures. La Ville de Genève et l'Hospice général ont maintenu leurs engagements financiers.

Q (S) Appeler des bénévoles serait-il intéressant ? R (Plateforme aînés) Par rapport aux aînés, le bénévolat est tout à fait bien vu, à condition qu'il soit encadré. **R (Autisme Genève)** Pour l'autisme, se pose de nouveau la question de la formation à l'autisme des personnes. Ils ont eu aussi des bénévoles de différents horizons, mais principalement des étudiants des sciences de l'éducation ou de psychologie. Il s'agit d'une plateforme avec un suivi et on ne peut pas lâcher des bénévoles non formés car on pourrait risquer d'empirer les choses. Leur association propose une formation

gratuite théorique de 12 heures de sensibilisation à l'autisme et il y a des bénévoles qui l'ont suivie.

Q (le président) **Est-ce que la *Plateforme* reçoit des retours de situations critiques.** R (Plateforme aînés) Ce sont leurs membres qui sont plus concernés par ces retours, car ils n'offrent pour leur part pas directement des prestations. Les **maisons de vacances** sont les cas typiques de ces retours. Ils n'ont jamais eu autant de sollicitations.

Q (le président) **Ont-ils pu évaluer les personnes âgées n'ayant pas de proches aidants ?** R (Plateforme aînés) A l'aube 2030, environ **40%** de la population sera composée de **ménages d'une seule personne** et il y aura des personnes qui n'ont jamais vécu en partenariat et qui n'ont donc pas de réseau naturel. Avec le vieillissement, les réseaux s'amenuisent et ils travaillent donc beaucoup avec la **Fédération genevoises des clubs d'aînés** qui sont dans les **communes** et qui ont ce rôle de maintenir les personnes concernées dans un réseau social.

Q (le président) **Combien de situations d'urgence *Autisme Genève* connaît par année ?** R (Autisme Genève) Ils ne tiennent pas vraiment une comptabilité de ces cas, même s'ils entendent beaucoup de cas difficiles. Il y a des mamans qui lui font part de leurs problèmes. En cas d'urgence, elles ne vont pas forcément se tourner vers *Autisme Genève*.

Q (le président) **Combien d'appels la *ligne Proch'Info* a-t-elle reçus ?** R (le département) Ils ont reçu environ **600 appels** depuis l'ouverture de la ligne le 1^{er} novembre 2017.

(Autisme Genève) Il n'y a pas ici de personnes qui sont proches aidants de **personnes autistes plus âgées**. Toutefois ces personnes autistes peuvent devenir âgées et il faut donc prendre en compte cette expérience qui devient tout à fait différente.

Audition des EMS Butini De la Rive³⁴ ainsi que des foyers de jour et de nuit Butini et De la Rive, de la FEGEMS³⁵ et de la Croix-Rouge³⁶

(FEGEMS) La **FEGEMS** représente 44 EMS sur 54 dans le canton. Les EMS peuvent être de véritables ressources dans le soutien aux proches aidants. Compte tenu du vieillissement de la population, il est important qu'il y ait un droit au répit et un statut accordé aux proches aidants. Cela pose pour

³⁴ EMS Butini De la Rive : <https://www.butini.ch/>

³⁵ FEGEMS : Fédération genevoise des établissements médico-sociaux : <https://fegems.ch/index.php?string=>

³⁶ Croix-Rouge genevoise : <https://www.croix-rouge-ge.ch/>

eux des **enjeux de planification** et l'Etat doit prendre ses responsabilités par rapport à ces derniers. La *FEGEMS* se positionne par rapport aux enjeux de **diversification des prestations**, notamment au niveau de la **capacité** pour les EMS d'offrir aussi du court séjour, du soutien à la journée dans les **quartiers**, etc. Ils prônent des approches pragmatiques (portages de repas depuis les EMS, accueil de jour pour certains voisins, etc.). La question des **UATR** peut aussi être un moyen d'approcher les EMS pour les futurs résidents.

(**EMS Butini/de la Rive**) Elle désire témoigner de la fécondité d'un programme où justement ils ont deux EMS en grande proximité de structures de répit : d'une part le **foyer de jour Butini** et d'autre part le **foyer de jour et de nuit de la Rive**. Cette proximité entre une structure de répit pour proches aidants et l'EMS permet une **transition harmonieuse** entre le domicile et l'EMS et **d'éviter de passer par l'hôpital**.

(**FEGEMS**) Il y a une **nécessité** de reconnaître le statut de proche aidant, mais faire une loi de plus est discutable. Le vivier de main-d'œuvre constitué par les proches aidants va disparaître peu à peu avec le vieillissement de la population et il faudra alors le remplacer en trouvant des **solutions innovantes**. On va avoir aussi une **évolution des profils de population**, avec non seulement les **personnes âgées**, mais aussi le **handicap** et les **personnes souffrant de troubles psy**, mais qui ne sont pas assez atteintes pour être dans une institution. Les **structures décentralisées** permettront de donner du **lien social** et de garantir la **stabilité** de ces personnes. Les EMS peuvent jouer ce rôle. Dans les EMS, on pourrait donc trouver un intérêt à cumuler les prestations et trouver un intérêt pour des solutions pragmatiques et moins lourdes en termes financiers que la création de nouvelles structures.

R (Croix-Rouge) La *Croix-Rouge* entend rester **neutre** et ils ne vont donc pas se prononcer sur les objets en eux-mêmes. La *Croix-Rouge* est très **présente** dans les **réseaux** et elle apporte une réponse professionnelle dans **l'aide de proximité**. Le concept de proche aidant n'est pas nécessairement quelqu'un qui s'occupe d'une personne âgée, mais c'est quelqu'un qui s'occupe de toute personne qui est à la maison, que ce soit un enfant handicapé, un conjoint jeune ou plus vieux et qui peut éviter une institutionnalisation. Tout ce qui peut permettre de donner du **répit** aux proches aidants est utile. Les besoins qu'ils constatent sont des **besoins en offres de répits** et en informations sur les offres, des besoins de **sensibilisation** des ressources humaines sur la réalité des proches aidants ainsi qu'une **tarification adéquate** sur les offres pour permettre une bonne **accessibilité**.

Le **Chaperon Rouge** qui intervient à domicile pour la relève de parents est principalement financé par la DGS, mais aussi par des entités comme les *HUG* ou *l'Imad*, ainsi que des entreprises comme la banque *HSBC* qui est intéressée par la **relève parentale**, mais aussi pour ses employés qui se chargent de leurs parents. La *Croix-Rouge genevoise* a déjà l'expérience professionnelle de fournir des **soutiens en urgence**, via leur système internet, mais ils ont aussi de l'expérience avec les **personnes âgées**, à travers l'**Action Présence Séniors** pour du soutien à domicile.

La **formation** d'un mois qu'ils proposent est appréciée des EMS, car elle est très orientée sur la pratique. Cette formation est **certifiante**, car il faut réussir cette formation pour pouvoir travailler en EMS en tant que personne non qualifiée. *Chaperon Rouge* effectue 20 000 heures de relève de parents. Le contrat de prestation concerne diverses situations, mais il y a actuellement une augmentation des demandes qui sortent de ce contrat. Elle **évoque 6 exemples de situations de besoins non couverts**, mais qui seraient comblés grâce à l'extension du nombre d'heures : les cas de maladie qui durent plus de 3 jours ; les enfants en situation de handicap ; les fratries qui restent à la maison lorsqu'un enfant est hospitalisé ; les parents victimes de violence et qui doivent faire des démarches au centre LAVI, à la police, etc. ; les situations de personnes devant suivre des cours de français ou qui font de la recherche d'emploi ; enfin, les bons de respiration *Chaperon Rouge* pour les parents surmenés qui ne se limitent qu'aux parents d'enfants de 0 à 4 ans et pour un maximum de trois bons par année. Les besoins montrent que les bons ne sont pas assez nombreux et devraient s'étendre à une tranche d'âge plus large. Enfin, tout cela est actuellement en discussion et leur priorité est de mettre l'accent sur l'**augmentation des heures** et de l'**accessibilité**. Suite à une enquête qu'ils ont menée, la subvention pour le *Chaperon Rouge* a augmenté, ce qui a permis de diminuer le tarif et, du jour au lendemain, d'augmenter les demandes de prestations de la part de *Chaperon Rouge*.

Echanges avec les député.e.s

Q (S) Ont-ils des solutions d'EMS hors-murs ? Que demande HSBC ? R (FEGEMS) Ils ont démontré que, lorsqu'on met du **lien social**, on prend aussi **soin** de la santé de la personne. A Genève, la politique du maintien à domicile a porté ces fruits et on a aujourd'hui deux interventions à domicile par jour de 20 minutes, mais on peut se demander ce qu'il se passe les 23h20 restantes pour la personne qui reste seule. Les **EMS** souffrent souvent d'une image de **mouroir** et il s'agit au fond d'un lieu assez **joyeux** et agréable. Les EMS fonctionnent de plus en plus en **interdisciplinaire**. La **combinaison des métiers** permet une meilleure **qualité** de vie. Concernant les prestations, ils

ont en effet des **aides-soignants non qualifiés**, mais aussi des **soignants qualifiés**. Les EMS sont prêts à **s'ouvrir sur les quartiers**. Il convient de décloisonner l'EMS en amont pour anticiper à la fois sur le proche aidant en le soulageant, mais aussi par rapport à l'agilité du réseau santé-social. **R (EMS Butini/de la Rive)** L'EMS doit être vécu comme un lieu sécurisant et socialisant dans lequel on pourrait envisager un passage parfois avant de rentrer à la maison. Cela permet une vision de transition. **R (FEGEMS)** Les UATR sont peut-être aussi le moyen de créer ce lien pour les personnes ayant besoin d'un accompagnement sur plusieurs jours.

R (Croix-Rouge) Il y a 25 ans, la *Croix-Rouge* a mis en place un service pour que des femmes compétentes et formées puissent venir sur appel pour s'occuper d'un enfant malade. Le système est en outre très utile pour les sociétés car cela limite les absences. Ils se sont notamment tournés vers les *HUG* et *HSBC* et ce type de **contrats** pourraient se multiplier. Ils ont été interpellés par la demande de *HSBC* pour les personnes âgées. C'est une piste **alternative** qu'ils essaient donc d'exploiter. Il souhaite qu'un jour il puisse y avoir aussi un tel contrat avec le *Grand Conseil*, voire avec l'Etat. Lorsqu'on pense à la *Croix-Rouge*, on pense **bénévolat**, mais il s'agit souvent de **volontariat rémunéré** car il n'est pas possible d'avoir des personnes dans l'urgence. Il y a environ 3500 heures dans le cadre de partenariats entreprise. Par ailleurs, pour les visites aux personnes âgées, il s'agit de bénévoles qui sont suivis et formés et qui signent un contrat.

Q (S) Combien d'EMS disposent d'UATR ? R (le département) Il y a *Bon-Séjour* à Versoix avec un lit UATR, *Les Charmettes* qui vont en ouvrir un, le *foyer Saint-Paul* en a un, *La Louvière* qui en a un et aussi *Val-Fleury*. Si des EMS font une demande en urgence pour utiliser un lit vacant pour un répit de courte durée, ils acceptent, comme à l'*EMS de Fort-Barreau* pour un couple dont un appartement avait brûlé, lors de l'incendie de la Servette.

Q (S) Y a-t-il d'autres projets de lits UATR ? R (le département) La *maison de retraite du Grand-Saconnex* et la *maison de Vessy* envisagent d'en ouvrir plusieurs, tout comme les *Charmettes*. *Val-Fleury* va en ouvrir encore un ou deux et, enfin, les *EMS de Lancy* vont ouvrir la *structure de l'Adret* avec un *IEPA* et des UATR à proximité immédiate. Ils sont un peu dans une situation délicate, car ils n'autorisent en principe pas le remplacement d'un lit longue durée par un lit de courts séjours, ce qui veut dire qu'un EMS souhaitant avoir un lit UATR doit soit avoir une pièce à disposition qu'ils n'utilisent pas et qui pourrait convertir, soit être dans un cadre de rénovation ou de construction.

Q (le président) Ont-ils la souplesse pour accueillir d'un coup une personne qui viendrait durant 28 jours ? R (EMS Butini/de la Rive) Le

problème est avant tout la **chambre pour la nuit**, mais il y a plus de souplesse possible pour la journée. **R (le département)** Le sens de la loi concerne néanmoins à la fois la journée et la nuit. **R (FEGEMS)** Le roulement se fait assez naturellement car ils sont généralement intégrés dans le fonctionnement de la maison. **R (EMS Butini/de la Rive)** Les **foyers de jour** sont clairement des lieux de répit pour les proches. Par ailleurs, le *foyer de la Rive* est aussi un **foyer de nuit**, mais destiné aux personnes atteintes de troubles cognitifs avancés qui ont souvent des rythmes perturbés. Les proches aidants de ces personnes à domicile souffraient beaucoup d'être réveillées la nuit.

Q (le président) **Ont-ils besoin de personnes formées comme pour Autisme Genève ?** **R (Croix-Rouge)** Ils ont en effet des **gardes formées** sur l'autisme, qui interviennent par ailleurs lors des hospitalisations.

Q (le président) **Ont-ils dès lors une certaine souplesse au niveau de la formation ?** **R (Croix-Rouge)** Oui. Ils organisent des **formations continues** régulièrement grâce à un secteur de formation qui se charge de plus 30 formations différentes. Le répit est avant tout pour le proche aidant et on a donc plusieurs solutions : substituer le proche aidant pour lui permettre de partir en vacances ; l'aider de façon un peu durable en plaçant la personne aidée ailleurs que chez elle. On doit trouver une combinaison de ces deux solutions.

Q (S) **Comment dépasser la vision de l'EMS en tant que mouroir ? Comment éviter des pratiques disparates (p. ex. *Les Lauriers* et *Liotard*) ?** **R (FEGEMS)** Il souhaite donner cette orientation d'ouverture aux trois établissements qu'il dirige. *Liotard* est un lieu agréable à vivre, mais il faut du temps pour pouvoir l'ouvrir et par ailleurs des autorisations et des patentes pour pouvoir servir. Cela relève aussi de stratégies institutionnelles. Par ailleurs, on doit laisser agir les EMS sur une diversité d'activités. Ils ont beaucoup de difficultés à recruter des personnes qualifiées. **R (EMS Butini/de la Rive)** On devrait relever désormais le défi d'être à la fois un **lieu de vie et un lieu de mort**. Les EMS sont clairement des lieux où on rentre pour mourir, puisque l'espérance de vie il y a quelques années en EMS était de 10 ans et qu'elle est **maintenant de 3 ans**. Ils accompagnent donc leurs résidents vers la mort, mais en même temps, ils organisent la vie collective et sociale.

Q (EAG) **Quel est le statut des gens qui travaillent au Chaperon Rouge ?** **R (Croix-Rouge)** Il s'agit de personnes employées qui sont soumises aux conventions collectives de travail de la *Croix-Rouge* qui sont payées à l'heure et à l'année. Ce ne sont donc pas des emplois de solidarité.

Q (PLR) **A-t-on une offre suffisante à Genève ? R (Croix-Rouge)** Il s'agit de **substituer la personne clé qu'est le proche aidant** par une personne compétente grâce à un mécanisme qui fasse sens. Ils n'ont néanmoins **pas besoin d'une loi spécifique** pour cela. Concernant le **financement** de cette prestation, une partie pourrait être trouvée par l'entreprise du proche aidant, car la prestation permettrait de réduire l'absentéisme.

Q (PLR) **Pourrait-on sortir du strictement résidentiel pour les EMS pour développer des interventions à domicile dans une logique de proximité ? R (FEGEMS)** Il y a encore des proches aidants quand les gens sont en institutions. Il évoque l'**EMS de la Petite-Boissière** qui jouxte le bâtiment des **EPI** qui va être démolie, car il va bénéficier d'une surélévation de 2 étages pour créer 30 places pour **personnes en situation de handicap vieillissantes**. Il y a peut-être une marge de progression à faire au niveau des **synergies en évitant les doublons de restaurants, de buanderies**, etc. **Liotard** jouxte une **IEPA**³⁷ exploitée par *l'Imad* et il y a eu des échanges sur les **synergies** possibles. L'**IEPA** n'a pas de salle d'animation, ni de réfectoire car l'EMS en avait. Tout ne doit pas être forcément réglé en termes de lois. **R (Croix-Rouge)** Le réflexe en termes d'**efficience** est en effet de ne pas inventer de nouvelles choses, mais d'utiliser ce qui existe. Il s'agit toujours de comparer les **coûts** des différentes solutions pour le même problème et investir davantage dans celles qui sont le moins coûteuses. Concernant les **mutualisations**, il y a l'**espace Tourbillon** qui va ouvrir à Plan-les-Ouates en 2021 et qui va être partagé par **10 associations**. Il y aura de synergies au niveau de l'informatique, de la buanderie, de la cafétéria, etc.

30 novembre 2018 : Position du DCS et audition de Pro-XY / Présentation du PL 12260 : Pour une reconnaissance fiscale de l'engagement non professionnel des proches aidants

(DCS) Le DCS confirme que c'est bien le DSES qui traite des questions relatives aux proches aidants, selon la **répartition** prévue par la **LRT** qui confie au canton une compétence exclusive en matière de gestion de projets en lien avec les proches aidants. Ils ont donc pris le soin que ces projets soient traités par cette commission et par le DSES. Néanmoins, la **question des aînés** et la façon dont on est capable de faire en sorte que le dispositif du **maintien à domicile** puisse être le plus efficace possible préoccupent le DCS. Il existe plusieurs organes compétents en matière de soins à domicile

³⁷ IEPA : Immeubles avec encadrement pour personnes âgées : <https://www.imad-ge.ch/prestations/immeubles-avec-encadrement-pour-personnes-agees/>

dont bien sûr *l'Imad*. Il y a en outre d'autres liens naturels qu'il faut parfois remobiliser autour du voisinage et des familles, raison pour laquelle le Conseil d'Etat traite la question avec sérieux et engagement, notamment à travers la participation à des actions de valorisation des proches aidants en Suisse romande.

Concernant le **PL 12169**, il semble **compliqué**, voire impossible, **d'articuler une obligation de droit au répit**, car cela dépend de comment on vit le fait d'être proche aidant et, par ailleurs, car il y a un certain nombre de personnes proches aidantes qui ne se déclarent pas comme telles. De ce fait, il n'y a selon lui pas d'institutionnalisation de la qualité du proche aidant auprès d'un organisme de soin possible. Le fait de donner une fourchette de moments de répit semble particulièrement compliqué à mettre en place, en tant qu'outil législatif à proprement parler. Ensuite, l'idée du Conseil d'Etat est de développer une palette d'activités comme le **développement des foyers de jour, la mise en place de lits supplémentaires UATR dans les EMS, les maisons de vacances**, etc. Le DSES continue de discuter avec les milieux concernés au niveau de la **pérennisation** de ces lieux. En outre, la commission a traité de la loi sur le maintien à domicile et il ne voudrait pas qu'elle soit contrariée par un PL qui véhiculerait des messages peu clairs. Par ailleurs, des stratégies de communication ont été réalisées avec le DSES, notamment la reconfiguration du **portail** en lien avec le réseau de soins, mais aussi **l'ouverture de la ligne téléphonique** pour les proches aidants. Il y a aussi une volonté de partager les bonnes pratiques et les bonnes idées au sein de la *conférence latine des directeurs des affaires sociales et de la santé*.

Concernant la **M 2242**, il serait intéressant **d'attendre les recommandations fédérales** pour pouvoir traiter cet objet. En outre, le DSES n'a pas attendu cette motion pour être actif, même s'il y a encore des tâches à remplir. Du point de vue des affaires sociales, ils n'ont pas un lien direct avec cette problématique et ils n'ont donc pas un service au DCS qui traite de la question des proches aidants. Il y a, au sein de l'Etat, une conscience du rôle humain et financier du proche aidant et du fait que sa fonction est donc essentielle. L'Etat est plutôt là comme pourvoyeur de possibilités alors que les associations sont sur le terrain et fournissent un travail qui est assez admirable.

Echanges avec les député.e.s

Q (UDC) **Que pensez-vous des proches nuisibles ?** Il faut des mesures pour pallier les situations d'urgence, avec la création de nouvelles places d'accueil. **R (DCS)** La ligne téléphonique seule est bien sûr insuffisante.

Beaucoup de personnes ne savent pas **vers qui se tourner** et donc la ligne peut constituer un premier appui en ce sens.

Q (S) Comment M. Apothéloz envisage la motion et la question fiscale ? R (DCS) Il n'a pas étudié la question sous l'angle fiscal. Il peut y avoir un risque d'inégalité mathématique en lien avec la situation fiscale de chaque personne.

Q (Ve) Comment le DCS se positionne par rapport aux proches aidants des personnes en situation de handicap ? Est-ce qu'ils seraient prêts à collaborer avec le DES ? **R (DCS)** Le souci que les établissements pour personnes handicapées ont souvent est de savoir comment maintenir le lien avec les familles, mais aussi de favoriser les moments de répit. Par ailleurs, on doit aussi pouvoir **soutenir des projets** qui tendent vers un idéal **d'autonomie** des personnes en situation de handicap. Concernant les collaborations entre le DSES et le DCS, ils **se réunissent avec M. Poggia et M^{me} Fontanet dans une délégation au contrat social, presque toutes les 6 semaines**, pour aborder des sujets stratégiques, notamment la manière dont on peut aborder, aussi de façon positive, l'allongement de la vie. Il existe donc une **volonté de partager des projets communs** en termes de contrat social. En outre, concernant la **définition du proche aidant**, il y a un intérêt à se mettre d'accord sur une définition pour pouvoir ensuite la partager et la mettre en œuvre.

Il y a eu récemment une **consultation fédérale sur la conciliation entre activités professionnelles et prise en charge de proches au niveau fédéral**. Il y aura, dès lors, une meilleure prise en charge des années de bonification pour ceux qui ont l'obligation ou qui font l'effort de la prise en charge d'un proche. Il y aura peut-être la possibilité d'avoir des **congés** sur une certaine durée, par exemple dans le cas d'un enfant malade. Au niveau du DSES, beaucoup de choses avancent et une **dynamique** est donc en train de se mettre en place. Enfin, **l'ampleur des besoins à cause du vieillissement** de la population risque de tendre vers un véritable **changement sociétal**.

Q (le président) Est-il possible pour l'Etat d'octroyer un nombre de jours précis de répit aux proches aidants ? R (DCS) Une partie des **places de répit** qui existent actuellement ne sont pas pleinement utilisées et il conviendrait de maximiser la communication de ces places existantes avant de créer de nouvelles places.

Q (le président) Selon les auditions, la LSDom n'a pas réglé grand-chose. Par exemple, la ligne téléphonique est un bon point mais elle n'est pas suffisante. Quelle réponse l'Etat peut apporter à ces associations ? R (DCS) Il n'a pas de réponse précise à donner à ces interrogations, car il ne

traite pas de cette question au quotidien. **R (le département)** Il y a un plan cantonal proches aidants qui va au-delà de dire qu'on va simplement changer la loi. On examine ici un PL qui vise à modifier une loi qui va être modifiée et annulée au profit d'une nouvelle loi. Le travail qu'on fait aujourd'hui sera de toute manière utilisé par la suite et le débat est donc intéressant.

Tout n'est pas dans la loi, mais cette dernière va apporter un plan cantonal proches aidants qui apportent des mesures qui sont tout à fait concrètes : une augmentation des capacités en termes d'unités d'accueil temporaire et une meilleure capacité à répondre aux situations d'urgence, avec les lits UATR en EMS, qui permettent aussi des **courts répits**. La thématique de la **relève à domicile** est aussi tout à fait identifiée, également dans le cadre du **plan Alzheimer**. Le périmètre de bénéficiaires va être élargi de manière à ce qu'il ne concerne pas que les personnes souffrant de troubles cognitifs. Ensuite, les **maisons de vacances** vont être **pérennisées**, des **foyers de jour** sont en train d'être ouverts, des **formations** identifiées pour les proches aidants, il y a des thématiques d'information, non seulement la ligne, mais aussi des sets d'informations pour les proches aidants et des groupes d'entraide. On ne peut pas dire que le Conseil d'Etat se contente de remanier les articles de la *LSDom* dans ce domaine.

Q (le président) **Que pense le DCS de la question des proches nuisants ?**
R (DCS) Ils n'ont pas encore traité de cette problématique, mais il y a des situations qui se rapprochent de ce qu'a évoqué le président dans le cadre du *SPAd*³⁸. L'approche existante peut être vécue parfois comme un peu rigide, mais elle a pour but avant tout de **protéger les personnes**. Au *SPAd*, ils ont la possibilité de nommer des curateurs lorsqu'il y a une fortune de plus de 50 000 francs.

Discussion interne :

(Le département) Il y a parfois un **chantage** au sentiment auprès de personnes âgées. Tout le monde a la possibilité de s'adresser au *SPAd*, et la **dénonciation** est prise en compte. Puis, le tribunal convoque immédiatement la personne et, si elle ne répond pas, on mandate un médecin pour aller voir la victime et poser un diagnostic. Enfin, il y a la possibilité de faire une dénonciation pénale auprès du procureur général, même si on n'est pas plaignant, s'agissant de protéger une personne qui ne peut pas le faire elle-même.

³⁸ SPAd : service de protection de l'adulte.

Q (UDC) A chaque fois, lorsque les médecins et les **pharmaciens** dénoncent un cas, cela génère comme conséquence immédiate une perte commerciale pour ces derniers. **R (le département)** On doit faire dans ces professions une **mise en balance des intérêts** qui peuvent s'opposer et le risque commercial ne devrait donc pas peser plus que l'intérêt moral et éthique de dénoncer un cas d'abus.

Q (EAG) **Est-ce qu'un rétrocontrôle au moment du constat de démence est appliqué ?** **R (le département)** Cela existe au niveau civil, à condition que quelqu'un agisse. Souvent, il est trop tard et le bien ou l'argent a disparu.

Audition de Pro-XY³⁹

(Pro-XY) M^{me} Engelberts est entrée au Conseil de fondation pour apporter son éclairage professionnel et politique. Pro-XY est une fondation privée, active dans le canton de Vaud. Ils sont tous bénévoles et ils ont des contacts à la fois avec les autorités et certains organismes privés. Par ailleurs, il y a eu ces dernières années tout un travail pour mettre l'accent sur l'aspect de la **professionnalisation** des intervenants. Le but est d'accompagner ces personnes, qu'il s'agisse de personnes âgées, d'enfants ou de personnes handicapées. Les activités de la fondation ont des limites claires et il ne s'agit **pas de soins**. Ils ont décidé récemment de donner un **salaire** aux personnes qui interviennent, car il s'agit de donner une **reconnaissance** à ces personnes et de fournir une possibilité de réinsertion professionnelle. On ne vit néanmoins pas de cette activité. Il existe aussi un programme de formation. Enfin, il y a des antennes de Pro-XY dans le canton de Vaud, avec des coordinatrices, et une antenne à Genève (à **Cités Générations**⁴⁰), mais ils souhaiteraient qu'il y en ait une seconde.

La **mission** de Pro-XY est de prévenir **l'épuisement** des proches aidants, de favoriser le maintien à domicile en permettant un **service de relève et de promouvoir le rôle des proches aidants dans la société**. Ils sont **complémentaires**, car ils sont des généralistes et n'interviennent pas dans les cas de pathologies où il existerait déjà des entités spécialisées. Ils ont commencé en 2003 dans le canton de Vaud. Ils ont constitué la fondation en 2007 et ont ouvert une antenne à Genève en 2018. Ils ont rencontré les autorités de Genève à fin 2016 dans le cadre de leur reconnaissance dans les PC.

³⁹ Pro-XY : Fondation suisse pour les proches aidants : <https://pro-xy.ch/>

⁴⁰ Cité Générations : <https://www.cite-generations.ch/>

Leur but est d'avoir une antenne sur chaque rive d'ici à 2020. Ils n'ont fonctionné jusqu'à maintenant qu'avec des **fonds privés**. Il souhaite être un partenaire du canton, être intégré au réseau socio-sanitaire et faire partie de la commission cantonale pour les proches aidants. Sur le territoire de Genève, la proximité en temps doit être priorisée et c'est la raison pour laquelle ils ont envisagé à terme trois antennes. Leur principale **force** est de réussir à maintenir du **lien social** envers les personnes dépendantes. Depuis les cinq dernières années, ils sont passés de 1800 heures de relève à domicile à plus 30 000 heures, ce qui montre **l'étendue des besoins**. Ils travaillent dans les cantons de Vaud, de Fribourg et du Valais. Après six mois, ils ont traité à Genève 11 situations, ils ont assuré 823 heures de présence avec une équipe de neuf collaborateurs, dont une coordinatrice régionale professionnelle à 50%. **Ils interviennent hors pathologies, pour les dépendances et la perte d'autonomie**. Il y a aussi des situations de courte durée, comme après un accident ou une hospitalisation.

Il y a aussi les **relèves longues** comme un accompagnement de fin de vie. Cela peut aussi se traduire par une présence d'une semaine ou de 15 jours lorsque le proche aidant veut se reposer ou partir en vacances. Dès qu'ils dépassent les deux jours complets de suite, il s'agit d'une relève de longue durée.

Ce qui est demandé aux familles est pour le moment 25 francs par jour et 40 francs par nuit, sachant qu'il y aussi des forfaits et que les assurances ne prennent pour le moment rien en charge. Les PC entrent en ligne de compte, mais il y a une limitation de 4800 francs par an pour toutes les prestations à domicile confondues, ce qui apporte dans certains cas des problèmes financiers. Les collaborateurs reçoivent 25 francs de l'heure la journée et 30 francs de l'heure la nuit.

Par ailleurs, les **intervenants** sont souvent des **jeunes retraités** venant du social ou de la santé ou des anciens proches aidants. Concernant la **formation**, elle comprend un socle commun qui est un accompagnement personnalisé basé sur l'éveil des compétences, puis ensuite un programme de **formation continue** définie par les coordinatrices en fonction des besoins, ainsi que des modules. Le travail de Pro-XY est un travail de **prévention** qui agit sur la situation du proche aidant avant qu'il soit épuisé. Enfin, leur mission statutaire est la promotion et la valorisation du rôle du proche aidant.

Echanges avec les député.e.s

Q (Ve) **Font-ils une différence entre la maladie et le handicap ?**
R (Pro-XY) Dans le canton de Vaud, ils ont une convention avec l'Etat dans

le cadre de la **relève professionnelle** qui comprend **trois acteurs** : *Pro Infirmis*, l'*Association Alzheimer* et *Pro-XY*. Chacune des organisations a son domaine d'activités et donc ils n'empiètent pas sur celles des autres, à moins qu'on vienne leur demander de faire de la relève de proches. Ils n'ont pas vocation à se substituer à l'infirmière, mais ils peuvent relayer l'information. Concernant les personnes en situation de handicap, cela peut prendre la forme d'un accompagnement à domicile, pour un rendez-vous chez le médecin par exemple, mais pas pour des soins ni pour des cas des pathologies psychologiques graves.

Q (S) Est-ce que le seul facteur à prendre en compte est le vieillissement de la population ? Est-ce que les classes plus jeunes avec enfants ne devraient-elles pas aussi être concernées ? **R (Pro-XY)** L'obstacle du **manque d'information** s'aplanit petit à petit. Les gens osent désormais demander plus et ils sont plus nombreux à oser demander. La **conciliation** entre les activités professionnelles et le statut de proche aidant est une problématique qui a été portée au niveau fédéral. Dans le canton de Vaud, un employé de l'Etat a droit à douze jours de répit, s'il est proche aidant.

Q (S) Est-ce qu'il y a des personnes qui ne contactent pas Pro-XY par manque de moyens ? **R (Pro-XY)** Ils ne font pas les **travaux administratifs**, mais ils peuvent néanmoins aider à trouver la personne qui va les faire. Concernant le **coût**, il y a en effet des personnes n'ayant pas de PC et qui n'ont pas les moyens de recourir à leurs prestations. Dans le canton de Vaud, un **barème** appelé « **l'aide individuelle** » a été établi d'entente avec *Alzheimer Vaud* et eux-mêmes et il permet, en fonction des revenus, d'apporter une aide complémentaire. A Genève, cela n'existe pas encore. Néanmoins, il y a eu des cas où, pour des situations très difficiles, ils ont reçu une contribution de *Pro Infirmis*.

Q (UDC) Comment cela se passe-t-il au niveau des dons qui n'ont pas vocation à couvrir les prestations puisqu'elles sont couvertes par les partenaires ? **R (Pro-XY)** Chaque don est important. Pro-XY est passé d'une situation de bénévolat complet à une situation où on a introduit des salaires. Cela montre que la fondation utilise tous ses fonds. Une heure leur coûte environ 60 francs, ils la facturent 25 francs. Ils ont reçu des fonds de fondations qui permettent de couvrir certains frais, mais ils doivent trouver encore environ 10 ou 15 francs sous la forme de dons pour compléter les besoins.

Q (UDC) Comment arriver au coût réel de 60 francs ? **R (Pro-XY)** Il n'y a pas que le salaire au sein de ce coût.

Q (PLR) **Quel est leur avis sur le PL ? R (Pro-XY)** Il y a des limites dans les soins à domicile et à l'*Imad*, le temps est compté. Chez *Pro-XY*, l'idée est d'assurer un **accompagnement** et de prendre le temps d'être avec la personne. Le développement de **maisons de santé** pourrait être un type d'alternative. Leurs collaborateurs ont le temps, ils écoutent et il y a donc une **plus-value** qui complète l'offre de l'*Imad*. Leur travail est de favoriser le maintien à domicile, d'une part pour favoriser les coûts de la santé et d'autre part car les gens à domicile se portent mieux étant donné qu'ils sont dans un cadre rassurant. **Il faut de la place dans les deux systèmes**. La seule chose qu'ils peuvent offrir et que les autres n'ont pas, c'est **du temps**, indispensable à la création d'un **lien social** de confiance.

Q (le président) **Combien de personnes sont aidées par Pro-XY dans le canton de Vaud ? R (Pro-XY)** Ils sont intervenus l'année dernière dans 450 familles.

Discussion interne

A la fin des auditions, la commission de la santé a décidé de traiter cet objet une fois qu'elle aura l'entier de la *LORSDom* sous les yeux, sachant que ce PL pourrait constituer un amendement au projet de *LORSDom*. La commission décide de voir si les invites de la motion ont été remplies pour pouvoir classer cet objet ou le renvoyer au Conseil d'Etat. A ce stade, il est encore difficile de séparer les deux débats.

Présentation du PL 12260 modifiant la loi sur l'imposition des personnes physiques

(**M. Buchs**) Ce PL a été renvoyé par la COFIN pour avoir un avis. Il s'agit de se prononcer sur le **principe**. Il n'y a pas de débat à faire sur la question fiscale, ni d'auditions à ce sujet. Le PL prévoit donc une **déduction fiscale de 15 000 francs au plus** par proche aidant assurant non professionnellement auprès d'un parent ou d'un proche un service d'aide à domicile. La question est donc de savoir si cela est pertinent, sachant que la proposition générerait un manque à gagner d'environ 20 à 30 millions de francs pour l'Etat.

Echanges avec les député.e.s

Q (PLR) **Pourquoi est-ce qu'on défiscaliserait cette activité bénévole ? R (M. Buchs)** Le proche aidant doit souvent s'investir plus et réduire son temps de travail. La défiscalisation permettrait de **reconnaître** par l'Etat

l'activité effectuée par le proche aidant, même s'il s'agit d'une activité bénévole.

Q (PDC) **Pourquoi ne considère-t-on pas ce PL au travers de la défiscalisation déjà existante ?** Pour la famille, qui a une forme d'obligation morale à devenir proche aidant, on peut déjà déduire la prise en charge d'une personne s'il s'agit d'un membre de la famille. Il reste alors les personnes qui sont dans l'entourage de la personne et pour elles, l'activité de proche aidant ne s'exerce pas sous la même contrainte morale. **R (M. Buchs)** Il lit la **définition** du proche aidant présente dans l'exposé des motifs.

Q (S) **Est-ce que la possibilité de défiscalisation ne risque pas de renforcer les nuisibles ?** **R (M. Buchs)** Il ne s'agit pas de sommes suffisamment intéressantes pour les personnes nuisibles. **R (PLR)** On a eu beaucoup d'auditions et cette **problématique** fiscale n'est **jamais ressortie**. **R (S)** C'est le **manque d'infrastructures** et un **soutien financier en amont** qui sont les choses qui sont le plus ressorties des auditions.

Prises de position

(Le département) La **thématique financière** n'est clairement pas le premier problème auquel sont confrontés les proches aidants, même si on ne peut pas complètement l'évacuer. En outre, il y a une interrogation quant à **l'efficacité** d'une telle mesure. On va toucher relativement peu de personnes, alors qu'on pourrait toucher un panel de personnes beaucoup large en utilisant 20 ou 30 millions de francs d'une manière plus efficiente, en offrant certaines prestations en termes de capacité de relève et d'unités d'accueil temporaires. Le département est donc **défavorable** à cette proposition.

(Ve) L'idée n'est pas mauvaise car il y a de plus en plus de familles qui se précarisent à cause de la charge liée à l'activité de proches aidants. Du reste, des associations non subventionnées auraient besoin de plus de soutien de la part de l'Etat. Les Vertes n'iront donc **ni contre ce PL, ni pour**.

(MCG) La défiscalisation de cette prestation va à l'encontre du bon sens et le MCG n'est **pas favorable** à ce PL.

(EAG) Il y a déjà en effet une **possibilité de défiscalisation** et ce qui existe est de ce point de vue déjà **suffisant**. Une nouvelle défiscalisation ne ferait que rallonger la liste des cadeaux fiscaux qui ont été offerts à certains et qui vont continuer, avec la baisse des impôts sur les bénéfices des entreprises.

Vote de l'entrée en matière du PL 12260

1^{er} débat

L'entrée en matière du PL 12260 est refusée par 10 non (1 EAG, 3 S, 3 PLR, 1 UDC, 2 MCG), 2 oui (2 PDC) et 2 abstentions (2 Ve).

8 juin 2018 et 21 décembre 2018 : Présentation du PL 12263 (LORSDom)⁴¹ par le département (DSES) et reprise des discussions

Les séances du 8 juin et du 21 décembre 2018 sont jointes pour des raisons de synthèse. Un **résumé** est présenté par le département. Il reprend les mêmes propos que la présentation de juin 2018. La rapporteure vous recommande de lire la présentation du département de juin 2018 de ce rapport ainsi que le PowerPoint du département en annexe⁴². Il en va de même pour les questions identiques qui n'ont pas été reprises afin d'éviter les répétitions.

Présentation par le département

Cette loi est en fait une **reprise de fond** d'une loi qui date de 2010. Le maintien à domicile est central dans leur planification. Il est important de savoir ce que coûterait la prise en charge de nos aînés, s'il n'y avait pas de maintien à domicile et la part des **coûts de système de santé dans le PIB en Suisse**, qui augmente depuis 1960, représentait en 2015 77,8 milliards de francs, soit 11,9% du PIB, mais avec une espérance de vie qui a aussi augmenté (de 71,3 ans en 1960 à 83,2 ans en 2015). Les Etats-Unis, pays qui dépense le plus en matière de santé, est le pays avec l'espérance de vie la plus basse des pays présents dans le graphique (p. 3). Ce n'est pas parce qu'on dépense beaucoup qu'on vit forcément plus longtemps. L'Espagne par contre est presque au même niveau que la Suisse, en termes d'espérance de vie, alors qu'elle dépense beaucoup moins, ce qu'il juge admirable.

On se trouve dans un **contexte d'augmentation des coûts globaux de la santé**, avec un enjeu important pour mieux **s'organiser** : la corrélation entre l'engagement financier et l'amélioration de l'organisation des différentes entités du réseau de soins. Le **but** de la loi est notamment d'avoir un **impact** sur cette **corrélation**, avec un ancrage du maintien à domicile et une loi qui fixe la priorité du maintien à domicile. Ce PL a pour but de définir jusqu'où on peut aller en termes de maintien à domicile, notamment au niveau des règles

⁴¹ Annexe 1 du présent rapport.

⁴² Annexe 11 : LORSDom – Présentation PowerPoint du PL par le département – juin 2018. Source : DGS.

de fonctionnement communes, du cadre pour des prises en charge communes et une cohérence du financement public.

Dans le contexte *LAMal*, le canton ne peut pas vraiment réguler dans l'ambulatoire. Les règles de fonctionnement fixées par la LAMal doivent trouver une traduction au niveau du droit cantonal. Ici, l'enjeu est **d'intégrer des acteurs privés et publics** car cette loi s'applique à la fois aux entités publiques et aux acteurs privés. Une des motivations de cette loi était aussi qu'il y avait jusqu'à maintenant un **flou** au niveau des responsabilités des uns et des autres. Cette loi doit être un **cadre** pour les prises en charge **innovantes**, avec un **fonctionnement** mieux **intégré** et **coordonné**. Il faut une base légale pour permettre des financements cantonaux qui vont aller vers une modernisation des prises en charge.

Cette loi est un des textes majeurs pour structurer le réseau de soins à Genève. Il y a aussi la *loi sur la santé* et la *loi d'application de la LAMal*. Ensuite, la *LORSDom* dont ils veulent se doter est en somme la **loi qui établit les règles du fonctionnement** des différents acteurs et qui fait **suite à l'actuelle LSDom** qui date de 2008. Ces **options** ne viennent pas de nulle part et il s'agit de l'histoire d'un succès du maintien à domicile, puisque, si on n'avait pas le maintien à domicile, cela coûterait beaucoup plus cher et cela correspondrait moins à l'attente des gens. Cela coûterait **environ 60 millions de francs** de plus, en termes de subventionnement des EMS, ce qui montre que la **politique volontariste de maintien à domicile** connaît un relatif succès. Il en va de même pour les **hospitalisations** dont le taux est à Genève inférieur à la moyenne suisse et, si c'était le même taux, cela coûterait alors **110 millions de plus** au canton. On doit **encore améliorer** et polir certains angles, notamment en **termes conceptuels**, sur les **limites** du maintien à domicile et sur ce qu'on met **autour** de ce maintien à domicile.

Genève est quand même le **deuxième canton le plus cher** en Suisse en termes de coûts moyens par assuré à charge de l'assurance de base. La grande déviance provient du **coût de la médecine de ville** et il y a donc un lien avec la **densité médicale** à Genève. Il y a donc un impératif à être meilleur collectivement. C'est un terrain qu'il ne faut pas aborder non plus avec un catastrophisme excessif, dans la mesure où la politique de maintien à domicile à Genève a permis d'avoir une augmentation des coûts relative, qui reste inférieure à ce qu'ont connu les autres cantons suisses dans les derniers dix ans.

Beaucoup de **points de la LSDom actuelle** se traduisent par des **non-applications**, à commencer par le **programme d'accès aux soins** qui n'a **jamais** trouvé de **financement** devant le Grand Conseil, ni de traduction concrète auprès des acteurs de la santé, car l'idée est juste, mais à la fois

prématurée et sans suffisamment de **crédibilité** dans l'implémentation de ce que cela signifiait. Il y a aussi beaucoup de confusion générée par la loi actuelle au niveau des **prérogatives** des différents **acteurs**. Le résultat de tout cela a donc donné une **refonte complète de la loi** et non **pas une simple révision**, ce qui fait qu'on arrive en fait à la **création** d'une **nouvelle loi**, même si, conceptuellement, ils n'ont pas mis tout ce qui figure dans la *LSDom* à la poubelle. Ensuite, ils ont demandé **trois évaluations externes** :

- 1) Une première sur les **effets de la LSDom** et ce que cette loi était capable de produire.
- 2) Une **analyse de droit comparé** en matière de soins à domicile par M^e B. Ziegler, par rapport à ce qui se fait dans les **autres cantons** en termes de bases légales pour le maintien à domicile, les EMS, les structures intermédiaires, les interfaces communes, etc. Le rapport est un peu frustrant, car il n'existe pas grand-chose dans les autres cantons, même s'il convient de signaler les **BRIO** (Bureau régional d'information et d'orientation) dans le canton de **Vaud** ou encore certaines choses qui se font au Tessin. Même le terme de réseau de soins est encore assez peu utilisé en dehors de Vaud et Genève.
- 3) Enfin, en troisième lieu, M^{me} S. Pin a effectué une **recherche documentaire** pour **identifier** ce qui marchait et ce qui méritait d'être soutenu pour essayer d'être **plus efficient collectivement**. De cette étude, ressortent la **coordination** et l'**inter-professionnalité** comme éléments clés, pour réunir les institutions, les acteurs et les équipes autour du patient dans un esprit de **coaching** chronique et se départir des modèles **hospitalo-centrés** qui fonctionnent aujourd'hui. En outre, la **clé d'efficience** que montrent certains pays est avant tout de **pouvoir se coordonner** à l'instant T autour du patient et non pas de laisser le patient à la merci des différents **silos** dans lesquels il va devoir se mouvoir. Fort de ces trois éléments, ils ont abordé cette révision.

Ensuite, parmi les **difficultés identifiées par Strategos**⁴³, il y a : une **définition peu claire des rôles et responsabilités**, un **déficit de clarté** dans la position de certains acteurs clés dans la **coordination** et le **pilotage**, un flou dans le **rôle de l'Etat** au niveau notamment de l'octroi de financements publics ; un **besoin d'accentuer la promotion et la prévention** de la santé ; un manque de développement de la **dimension sociale de proximité** et enfin un **besoin d'harmonisation des outils d'évaluation** et de partage des **informations**. On peut admettre que la situation peut être perçue comme sub-optimale dans ce domaine.

⁴³ Strategos : <https://strategos.ch/>

Sur cette base, *Strategos* fait **huit recommandations** :

- 1) clarifier le périmètre du réseau de soins ;
- 2) assurer les conditions-cadres qui permettent l'émergence de solutions innovantes ;
- 3) définir le « business model » pour la coordination autour du bénéficiaire ;
- 4) définir une vision commune pour le réseau et définir des objectifs stratégiques ;
- 5) développer la prévention pour agir en amont ;
- 6) simplifier le quotidien des professionnels en termes de communication de coordination et d'administration ;
- 7) renforcer les capacités de pilotage et de coordination ; enfin,
- 8) lier les bonnes pratiques de travail en réseau avec les outils de financement.

Avec cette loi, ils proposent un **ancrage législatif fort à la priorité au maintien à domicile**, la cohérence et l'intégration des différents acteurs du réseau de soins, **d'éviter les ruptures** de continuité des soins et les **actes inutiles**, de moderniser les pratiques liées à la prise en charge en réseau et enfin de placer le **patient au centre** d'une prise en charge cohérente et intégrée.

Il y a donc dans cette loi les **éléments centraux** suivants : définir les rôles et les responsabilités des acteurs et des instances du réseau de soins (membres, partenaires et composition de la commission) ; réaffirmer la **priorité du maintien à domicile** en précisant le rôle de *l'Imad* ; fixer les limites du maintien à domicile selon la *LAMal* ; établir des règles de fonctionnement communes au réseau de soins genevois et associer le financement public au respect de ces règles ; définir les différentes structures intermédiaires et leur mode de financement ; instituer l'utilisation **d'outils communs** obligatoires, validés par l'Etat, de partage de l'information et d'évaluation des besoins ; prévoir le financement de prises en charge innovantes ; établir le dispositif pour les proches aidants ; enfin, régler le financement résiduel des soins de longue durée selon la *LAMal*. Cette loi a été élaborée en collaboration avec les partenaires qui ont la connaissance du terrain et des problématiques.

Echanges avec les déput.é.e.s

Q (UDC) **Quelle est la stratégie préventive du département pour identifier et lutter contre les causes des maladies dégénératives, ainsi que les maladies chroniques qui augmentent ?** Les statistiques présentées

laissent penser que la Suisse est championne du monde en termes de santé, mais ces statistiques donnent une fausse impression, car elles mettent seulement en lumière l'espérance de vie générale et pas l'espérance de vie en bonne santé. **R (le département)** Ce n'est pas vraiment l'objet de cette loi, même si la prévention est partout, notamment dans la promotion du maintien à domicile de qualité.

Il existe une **vaste stratégie interdépartementale**, avec un **plan d'action**⁴⁴, et une vraie envie de matérialiser des actions concrètes sur le terrain. Les **intervenants** à domicile devraient avoir un **rôle d'identification des fragilités**. Le **réseau** est extrêmement dense avec des compétences très pointues, mais **l'organisation collective** n'est pas assez forte pour identifier les fragilités assez tôt.

Q (PLR) Quel est le nombre de patients concernés qui sont actuellement en EMS et qui pourraient rester à domicile ? Par ailleurs, concernant *l'Imad*, elle est très performante mais sous-dimensionnée si on veut réaliser un tel projet. **Que pense l'AMG concernant les coûts ? Quelle sera la participation des patients aux soins ambulatoires et quelle sera la charge de l'assurance ?** **R (le département)** Le passage à l'hôpital signifie souvent pour une personne âgée une **dégradation**, puis une attente de placement et finalement un placement en EMS. Dans ce contexte-là, des améliorations peuvent être apportées. *L'Imad* fait bien les **soins**, mais concernant la **coordination**, la **prévention** des chutes et la **détection** des fragilités, elle n'est **pas assez organisée et financée** pour avoir ce rôle-là. Concernant le rôle des **médecins**, on ne peut pas changer les règles de la *LAMal*, mais on peut par contre **offrir des financements complémentaires**. Il y a là un ancrage potentiel dans une telle loi pour **favoriser le fonctionnement en réseau**.

Q (EAG) Que signifie « médicaments médecin » et « médicaments pharmacien »⁴⁵ ? **A quoi fait-on référence à l'article 2 qui se termine par « à l'exception des aspects sociaux qui incombent aux communes. » ?** **R (le département)** Il s'agit des **médicaments** vendus directement par les médecins, ce qui est interdit à Genève (sauf exception), d'où la différence importante avec les chiffres en Suisse.

⁴⁴ a) RD 1289 : Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur le plan cantonal de promotion de la santé et de prévention 2019-2023 b) R 894 : Proposition de résolution du Conseil d'Etat approuvant le plan cantonal de promotion de la santé et de prévention 2019-2023 du 11 septembre 2019, en suspens devant la commission de la santé : <http://ge.ch/grandconseil/data/texte/RD01289.pdf>

⁴⁵ p.7 de la présentation.

Concernant l'**art. 2**, cela est en cohérence avec la **LRT** et cela correspond aux aspects de présence sociale de proximité ou de l'organisation d'entrée dans le réseau de soins. La loi actuelle prévoit déjà des dispositions qui s'adressent aux **communes**. La loi est en vigueur depuis 2017 et l'**aide pratique** et le maintien du **lien social** sont des tâches que les communes doivent assurer, lorsque cette aide pratique n'est pas en lien avec des soins. Il y a une **zone grise** dans laquelle l'aide pratique a pour but d'éviter de sombrer du côté de la nécessité. L'**Imad** a pour mandat d'évaluer le besoin en soins ou le risque de passer à un risque de besoins en soins. C'est sur cette base que les communes doivent intervenir ou pas. On veut qu'il y ait une **évaluation** qui soit égale pour toutes les personnes signalées par les communes afin de savoir si les personnes entre dans la catégorie « **soins** » ou « **prévention de soins** » ou alors uniquement « **aide pratique** ».

Q (EAG) Y a-t-il deux statuts différents entre membres et partenaires (art. 8 et 9) ? R (le département) Les **partenaires** le sont sur une **base volontaire** et, pour être **membre** du réseau, il faut recevoir de l'**argent public**.

Q (Ve) Ont-ils fait un calcul global des retours sur investissement de ce dispositif de maintien à domicile, car les subsides à la **LAMal** dépassent actuellement le budget de l'aide sociale ? Où se trouve le bien-être du patient (art. 8 et 9) ? R (le département) En effet, les **subsides** à l'assurance-maladie s'élèvent à 340 millions de francs et les prestations de **l'Hospice général** à 305 millions. On n'est pas ici entre la médecine stationnaire et l'ambulatoire où il peut y avoir de faux incitatifs, mais on est dans un **système à trois payeurs** (**LAMal**, la participation du bénéficiaire et le financement résiduel pris en charge par le canton). Le maintien à domicile sous-entend aussi soins ambulatoires mais, si on additionne le tout, on est à environ 3600 francs par mois pour une prise en charge d'un cas lourd à domicile alors qu'en EMS, il s'agit d'une somme de 10 000 à 12 000 francs. 75% de personnes en EMS sont au bénéfice de prestations complémentaires, lesquelles sont dé plafonnées, contrairement au maintien à domicile.

Le **calcul global est impossible** à faire, car il y a des **biais** par rapport à ce qui va être pris en charge par la **LAMal**, ce qui va être directement à charge du canton, etc. Sans les efforts consentis actuellement et allant dans le sens du maintien à domicile aujourd'hui, il y aurait environ 170 millions de francs de plus pour les coûts de la santé à Genève. Concernant la hauteur des primes **LAMal** à Genève, beaucoup de choses se font, notamment en termes ambulatoires, avec une grande **densité** et une grande **spécialisation**. La liberté du patient est donnée à la fois dans la **Constitution** et dans la **loi sur la santé**. Ils rappellent dans l'**art. 4** qu'il existe une **obligation** de la prise en charge et,

à l'**art. 21**, que le patient est **libre** de recourir aux soins qu'il souhaite mais que, dans certains cas, le système peut refuser de maintenir quelqu'un à domicile car cela met la personne ou les professionnels en danger. Il cite l'**art. 15**.

Echanges sur les éventuels **partenaires** : Personnes en situation de handicap, établissement pour personnes handicapées (EPH), UATM et proches aidants

Q (Ve) M. Poggia et M. Apothéloz **envisagent-ils d'englober, dans la LORSDom, les personnes en situation de handicap**, sachant qu'ils se rencontrent toutes les six semaines pour des réunions interdépartementales ? Est-ce que les demandes des associations concernant un **droit de répit à court terme** vont être prises en considération ? Elle n'a pas vu de mentions des personnes en situation de handicap dans la loi. **R (le département)** Il s'agit d'une loi qui concerne avant tout le réseau de soins. Le handicap comprend un aspect **insertion** et **intégration**, mais aussi un aspect **soins** et donc cet aspect entre clairement dans cette loi. Néanmoins, le handicap recouvre d'autres problématiques qui sont abordées de manière interdépartementale. Les personnes en situation de handicap ne sont pas du tout exclues de cette loi, mais on parle ici de la coordination des acteurs sanitaires autour du patient et pas d'une loi qui va se substituer aux indemnisations d'accueil, etc.

Q (Ve) **Pourrait-on inclure les parents et les proches aidants dans la catégorie des partenaires ?** **R (le département)** Ils n'ont volontairement pas voulu donner un titre « **personnes âgées** » à cette loi. On est dans le cadre d'une augmentation des maladies chroniques et du vieillissement de la population. Les **partenaires** sont tous ceux qui vont être des intervenants dans la chaîne de soins, à savoir des associations, des institutions et des professionnels de santé. Il s'agit plus d'**associations** que de **personnes individuelles**, mais il y a des représentants des proches aidants et il peut y avoir aussi des associations qui ne sont pas spécifiquement soignantes qui peuvent être membres du réseau de soins et éligibles pour les financements. Les établissements pour personnes handicapées (ci-après **EPH**) ne figurent pas dans l'**art. 8** car il s'agit du **domicile** et pas d'établissements de soins.

Q (Ve) L'objectif est donc **d'éviter l'hospitalisation**. Or, il y a une majorité de personnes en situation de handicap qui vivent actuellement à domicile. **Pour les maintenir à domicile, éviter leur hospitalisation, ou leur institutionnalisation et éviter l'augmentation des coûts**, il faudrait que ces personnes puissent être **prises en compte dans la loi**. **R (le département)** Ils sont conscients de cette **nécessité** et ils ont créé durant la dernière législature

des **groupes d'interventions mixtes socio-sanitaires** pour éviter qu'on renvoie sans prises en charge des personnes qui risquent de décompenser et d'être réhospitalisées. Les *EPH* ne sont pas rattachés à la politique de la santé mais à l'action sociale, ce qui ne veut pas dire qu'il n'y a pas des aspects sanitaires, mais ces derniers ne sont pas prioritaires.

Concernant les **proches aidants**, un des buts du réseau de soins est de garantir des **mesures de répit**, d'accompagnement, de conseil et d'orientation et par ailleurs de créer la **base légale** pour cette commission consultative.

Q (PLR) **Est-ce qu'un *EPH* pourrait être formellement un partenaire ? R (le département)** Les *EPH* ne sont pas des institutions de santé et donc il n'y a pas de règles sur la présence du personnel soignant en *EPH*, contrairement à ce qui se fait en *EMS*. Quant aux structures intermédiaires, elles entrent donc dans le but de la loi. **Le médecin traitant ou l'infirmière de l'EPH peut être un partenaire mais pas l'EPH en tant que tel.**

Q (PLR) **Quelle est la place faite pour des hospitalisations de courte durée ? R (le département)** Ils ont listé le public pour les UATM et, pour eux, il faut clairement inclure les UATM dans cette perspective. Les UATM font partie des structures intermédiaires.

Q (PLR) **Qu'est-ce qui est prévu concernant le pilotage et l'élaboration du suivi ? R (le département)** Sur la question du suivi, des projets communs doivent être menés **par la commission consultative**, avec des critères de suivi. La commission s'est dotée d'une **charte** qui fait l'objet d'**indicateurs**. Cette commission est en effet un lieu d'alerte au cas où la loi ne semble pas fonctionner. Sur la question du **pilotage**, **c'est la DGS qui pilote**, tandis que la commission est un organe paritaire comprenant l'ensemble des acteurs.

Q (PLR) **Dans quelle mesure les proches aidants pourront-ils jouer un rôle majeur ? R (le département)** Concernant les **proches aidants**, il y en a **55 000 à Genève**, les **associations** représentant des proches aidants font donc partie des **partenaires** et cela est important, en termes de **coordination** entre les différents partenaires de soins. En outre, tous les partenaires doivent avoir conscience qu'ils ont des **droits** mais aussi des **devoirs**. Si certains partenaires considèrent que ce n'est pas leur travail, il va falloir prendre des mesures et leur mettre des charges, même si on n'en est pas encore là. Si on reçoit de l'argent public, on doit alors en effet respecter les règles et donc ce n'est pas une loi qui entraîne des dépenses en soi.

Echanges sur la santé et le social : quid du rôle des communes ?

Q (PLR) **On est à la frontière entre la santé et le social ? Qui pilote : le canton ou les communes ? R (le département)** Il voit mal, dans un domaine où il y a beaucoup de **garde-fous**, des situations qui ne seraient prises en charge par personne. Il y a néanmoins parfois un **embryon de litige** avec les communes au niveau de certaines prérogatives qui sont de la compétence des communes depuis 2017. Il est probable que, dans certains cas, le canton doive prendre les mesures nécessaires. Enfin, la politique de la personne en perte d'autonomie est une politique sociale qui fait partie des défis majeurs de notre santé et on ne peut donc pas se renvoyer la balle dans ce domaine.

(EAG) Cette loi n'indique pas clairement quels sont les destinataires. Toutes les références sont aux personnes âgées et la *LRT* est celle qui dit que les communes s'occupent exclusivement des tâches de proximité pour les personnes âgées. Le **message politique** est **flou**. Il y a un problème de visibilité et le maintien à domicile signifie autant repousser les hospitalisations que les institutionnalisations.

Q (PLR) **Les modifications des autres lois sont-elles significatives ? Pourquoi introduit-on formellement les UATR mais pas les UATM ? R (le département)** Elles sont **significatives**, mais néanmoins non conflictuelles. Effectivement, la *LORSDom* (K 1 04) est une nouvelle loi et la *LSDom* (K 1 06) sera abrogée. Concernant les UATM, elles se trouvent dans le *règlement* et l'**art. 25** de la loi renvoie à ce dernier. La liste des structures intermédiaires est dans le règlement, car elle est sujette à pas mal d'évolutions. Il n'est pas prévu que les EMS exploite des UATM, lesquelles nécessitent d'avoir une disponibilité médicale sur place 24h/24, ce qui sort du périmètre des EMS. Par ailleurs, au niveau du **panorama général législatif, il y a la loi sur la santé**⁴⁶, la *LSDom*, la loi sur les *EPM*⁴⁷, la loi sur l'*Imad*⁴⁸, la *LGEPA*⁴⁹ qui sont impactées. La *LORSDom* va en outre tenir compte du partage des tâches communes-canton prévue par la *LRT*.

⁴⁶ Loi sur la santé (LS) : https://www.ge.ch/legislation/rsg/f/s/rsg_K1_03.html

⁴⁷ Loi sur les établissements publics médicaux (LEPM) :
https://www.ge.ch/legislation/rsg/f/s/rsg_K2_05.html

⁴⁸ Loi sur l'Institution de maintien, d'aide et de soins à domicile (LIMAD) :
https://www.ge.ch/legislation/rsg/f/s/rsg_K1_07.html

⁴⁹ Loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées (LGEPA) :
https://www.ge.ch/legislation/rsg/f/s/rsg_J7_20.html

Echanges autour des infirmières indépendantes et du financement résiduel

Q (PDC) **Comment sera-t-il possible de mettre en place ces places de stage (art. 9, let. f) ?** Comment assurer un encadrement satisfaisant du stagiaire, quand il s'agit d'infirmières indépendantes ? **R (le département)** Elles seront alors **partenaires**, mais ne deviendront **pas membres** si elles ne peuvent pas remplir cette condition. **Cela sert aussi à cadrer l'intervention financière de l'Etat.** Le but est de mettre un principe et ils ne vont pas demander à une infirmière indépendante d'assurer une formation complète, même si elle peut fournir des journées de stage, en s'organisant avec ses collègues.

Q (UDC) Dans l'**art. 30, let. a et b**, on demande des **conditions supplémentaires** pour Genève qui défavorisent les infirmières indépendantes, pour qu'une rémunération des infirmières indépendantes soit prise en compte. On crée une **différenciation** entre les infirmières puisqu'on demande aux indépendantes de pouvoir assurer les soins 7j/7 et 24h/24, ce qui est impossible. Cela empêchera les infirmières indépendantes d'accéder au **financement résiduel**. L'*OFSP*⁵⁰ relevait en 2011 que la législation genevoise entraînait une **inégalité de traitement** et ces questions ont été tranchées par le *TF* et le *TAF* en faveur des infirmières indépendantes. **Comment le département entend-il éviter une telle inégalité de traitement pour des professionnelles au statut identique ?** **R (le département)** Il n'y a pas d'inégalité de traitement lorsqu'on traite de manière différente des situations qui sont différentes. La question est de savoir si on veut maîtriser les coûts de la santé dans le canton, car on ne peut pas avoir un marché totalement ouvert avec un canton qui rétribue tout ce qui n'est pas pris en charge par la *LAMal* et en même temps maîtriser les coûts. Néanmoins, il y a des institutions qui ont des **missions différentes** et ils exigent de leurs **membres** des prestations qui vont au-delà des prestations qu'on demande à tout un chacun. L'*Imad* est largement subventionnée et on peut lui exiger l'**obligation de l'accueil** de tous ceux qui en font la demande, ce qui a bien sûr un coût. Les **infirmières indépendantes** peuvent exercer leur profession, mais ils ne veulent pas des infirmières qui prennent des patients uniquement aux heures qui leur conviennent. Les infirmières qui choisissent leurs patients peuvent le faire, mais elles ne seront alors pas payées par l'Etat, mais seulement par la *LAMal*.

Il y a eu des décisions de justice qui rappellent **qu'on ne peut pas refuser de financements résiduels**, mais cela ne veut pas dire qu'on ne peut pas

⁵⁰ OFSP : Office fédéral de la santé publique :
<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home.html>

mettre de **conditions** au financements résiduels. **Le financement résiduel est ce qui n'est pas payé par quelqu'un d'autre.** La *LAMal* couvre une partie des coûts des soins à domicile. Le canton peut mettre une partie à charge du bénéficiaire (8 francs par jour maximum) et le reste doit être versé par le canton. En outre, le financement résiduel doit être calculé **au cas par cas**, selon les structures. Le canton est la voiture balai qui prend en charge tout ce que les autres ne paient pas. On ne peut pas permettre à toutes les infirmières de Suisse de venir travailler à Genève, offrir des soins à domicile aux personnes qui les arrangent et recevoir de l'argent du canton. Ils leur demandent de prendre en charge une partie des responsabilités, lesquelles sont réparties entre tous les membres.

Q (UDC) **Le paiement du soin est payé d'une part par l'assurance maladie, d'autre part par le patient et enfin par la part résiduelle**, laquelle n'est astreinte à **aucune cautèle** dans la *LAMal*. Le fait de ne pas verser cette part conduit l'infirmière à effectuer le même soin que sa collègue de l'*Imad* mais elle sera moins payée. Le soin bénéficiera alors d'un **financement partiel**. Sur le terrain, lorsqu'on a un cas difficile qui se présente à l'*Imad*, ce dernier va alors transférer ce patient aux infirmières indépendantes. *Le TAF et le TF* ont demandé qu'on provisionne les montants pour les années 2011 à 2013. De plus, on ne peut évoquer l'argument de l'augmentation des coûts de la santé car les frais en question représentent 1,22 million de francs pour l'ensemble des années à payer, sur un total de 80 milliards de francs de coûts de la santé. **R (Le département)** On ne peut pas non plus exclure de prestataires, ils sont donc rentrés en matière avec tout le monde. Ces **conditions** ne sont **pas excluantes**, mais elles stipulent que, si on veut émarger aux financements résiduels, il faut alors s'organiser pour pouvoir fournir des soins 7j/7 et 24h/24 et ne pas choisir simplement les patients avec lesquels on veut travailler.

Il y a aujourd'hui une contribution uniforme sur l'ensemble de la Suisse aux coûts des soins et évidemment, n'importe quelle infirmière préférerait être payée 150 francs plutôt que 80 francs l'heure de soin. Ils ont néanmoins besoin d'un certain nombre d'informations pour pouvoir établir le financement résiduel. Sur le terrain, les infirmières ne se plaignent pas de ces conditions, mais de la hauteur du tarif qu'on va fixer. **Le financement résiduel du canton** ne se calcule pas par rapport à la facture, mais par rapport à un examen des coûts de fonctionnement de la structure à l'heure. On peut tout à fait faire une **association** d'infirmières indépendantes, mais ils ne veulent pas avoir 500 infirmières indépendantes qui envoient chacune une facture mensuelle pour les financements résiduels. Par ailleurs, elles doivent

faire en sorte que l'une d'elles puissent remplacer une autre lorsque cette dernière est absente.

Q (EAG) La fixation des prix inclut-elle aussi des frais de fonctionnement en plus de la prestation médicale ? R (le département) Il faudrait avoir tous les éléments de comptabilité pour voir ce qui est légitimement imputable. Concernant la plupart des organisations, ils prennent en compte les coûts de fonctionnement, mais ils demeurent plus mystérieux lorsqu'il s'agit d'une infirmière indépendante travaillant seule. **R (le président)** Les **médecins**, pour le prix du point, tiennent compte des coûts de fonctionnement du cabinet.

Echanges sur les médecins et la disponibilité médicale

Q (PLR) Y a-t-il une volonté des médecins de se déplacer à domicile, 24h/24 et 7j/7 ? Qu'en est-il des compétences, car souvent ce sont des personnes âgées avec des polymorbidités (**article 20**) ? **R (le département)** La **disponibilité médicale** 24h/24 est tout à fait centrale pour le maintien à domicile et pour la bonne prestation au bon moment. Le dispositif de médecine ambulatoire est financé par la *LAMal*, sans doute de façon non optimale, mais il est difficile de voir où il y a besoin d'un complément, compte tenu notamment du volume. Cette dimension n'est pas du tout absente de la loi puisqu'à l'**art. 31**, on prévoit un financement du réseau de soins en plus de tout ce qui est usuel. Le but premier de la loi est d'avoir une base légale pour pouvoir soutenir ce genre de direction. Concernant l'*AMG*, ils collaborent avec elle sur un certain nombre de projets et un des aspects transversaux est justement la nécessité de garantir cette disponibilité médicale sur des plages horaires étendues et, le cas échéant, à domicile. **R (le président)** A son avis, l'*AMG* a fait une grave erreur en laissant tomber les gardes 24h/24 au profit d'autres organismes privés. **La garde fait partie du travail du médecin.**

Q (PLR) Combien de structures privées sont reconnues pour délivrer des prestations de soins à domicile ? D'ailleurs, les **médecins** sont ici considérés comme des **individus**, alors que les **infirmières** sont invitées à se regrouper en **associations**. **R (le département)** Il ne s'agit pas d'une loi de **financement de projet**, mais il s'agit de créer une base légale pour pouvoir **soutenir les projets**. Il y a des possibilités de soutenir les médecins, tant individuels qu'en associations **organisées**. Parmi les structures reconnues qui bénéficient du financement résiduel, il y a l'*Imad*, *Sitex*, *CSI*, *Permed*, *Spitex* ville-campagne, *Presta-Service* et le *Groupement des infirmières indépendantes*.

(UDC) Ce ne sont pas les infirmières indépendantes qui demandent à être payées comme infirmières indépendantes, mais c'est *l'Association suisse des infirmières* qui demande qu'on donne raison à la cause des infirmières indépendantes. C'est bien de la restriction et les infirmières de *l'Imad* soutiennent aussi le combat des infirmières indépendantes.

Echanges sur la plateforme informatique : *Mondossiermedical.ch*⁵¹ et le numérique

Q (PLR) **Quelle est la vision en termes de développement d'outils informatiques ?** Le *réseau Delta*⁵² est-il intégré à la réflexion ? R (le département) Le but est d'avoir de vraies règles de fonctionnement en commun, tandis que le *réseau Delta* correspond plus à des collaborations plus ou moins rigides ou contraignantes, mais il est naturel que les médecins du *réseau Delta* rejoignent les règles de fonctionnement collectives du réseau de soins. Concernant les outils informatiques, on doit avoir des **systèmes sûrs** qui permettent au patient d'être maître de ses données et de ses accès. *Mondossiermedical.ch* permet cela. Il convient de développer cet outil de manière satisfaisante jusqu'à que cela devienne **l'outil obligatoire**. Les institutions stationnaires vont devoir avoir des équipements conformes à la **loi fédérale sur le dossier médical du patient** et les acteurs du réseau vont donc devoir apprendre à travailler avec ces outils conformes. Il y a actuellement 30 000 patients qui utilisent *Mondossiermedical.ch* et 2000 professionnels.

Discussion générale

Q (S) **Qui a été consulté ?**⁵³ R (le département) Il s'agit de **l'enquête de Strategos**. Ils ont soumis la loi de manière formelle à l'ensemble des acteurs du réseau de soins genevois dans des délais larges. Les **institutions** concernées mais aussi les **infirmières indépendantes** et les **associations d'aide à domicile privées** ont reçu un premier round d'explications et ont ensuite eu un long délai pour répondre. Le taux de réponses a été bon et les réponses sérieuses.

Q (S) **Quel est le plan d'action pour pallier les manque d'effectifs à l'Imad**, sachant que le recrutement de personnel qualifié est un défi ? R (le département) Genève et Lausanne forment assez de médecins et même plus qu'il n'en faudrait pour la relève, mais ils n'ont que des moyens limités pour

⁵¹ <https://mondossiermedical.ch/>

⁵² Réseau Delta : <https://reseau-delta.ch/geneve/home>

⁵³ Voir annexe 12 : e-mail Bron – Consultation PL *LORSDom* – 15 janvier 2019.

orienter les médecins vers les **spécialisations** dont on a besoin comme les **médecins de premiers recours**. Concernant les **infirmières**, on est encore en dessous des besoins, même si trois classes de plus vont ouvrir dès la rentrée 2018. Aux **HUG**, on a globalement 2/3 d'infirmières qui sont porteuses d'un diplôme français et 1/3 tiers porteuses d'un diplôme suisse, mais pour les 20-30 ans, cette proportion est inversée. En outre, il y a **de nouvelles professions, les ASSC⁵⁴ et les ASA**, pour lesquelles ils ont mis les bouchées doubles, en réorientant des personnes au chômage et à l'aide sociale. Le défi est de trouver des lieux pour que ces personnes puissent faire leur **formation**. On est toutefois encore en pénurie et on le sera pour encore quelques décennies.

Q (UDC) **Qu'entendent-ils faire pour limiter les coûts de la médecine à Genève ? R (le département)** Concernant les **médecins**, il s'agit d'éviter que l'offre dépasse la demande, puisque l'offre génère la demande. Ils ont demandé à être entendus par la **commission du Conseil national** qui examine actuellement la question. Le but est qu'on permette aux cantons de définir quels sont les besoins, avec la commission quadripartite, pour trouver la juste mesure, sachant que personne n'a intérêt à faire exploser les coûts de la santé. Les coûts mentionnés **en p. 7** sont les coûts à charge de *l'AOS⁵⁵*.

Vote des auditions

Les auditions prévues sont : L'**AMG**, l'**Imad**, les **EMS**, **SITEX**, la **CSI**, **Strategos** et le **Groupeement des infirmières indépendantes** et en décembre 2018 : **ASI**, **INSOS** et le **CFRGe** sont acceptées à l'unanimité.

Vote d'entrée en matière du PL 12263

1^{er} débat

L'entrée en matière du PL 12263 est adoptée par 14 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG), 0 non et 1 abstention (1 UDC). **L'entrée en matière est acceptée.**

⁵⁴ ASSC : assistants en soins et santé communautaire : <https://www.orientation.ch/dyn/show/1900?id=947>

⁵⁵ AOS : assurance-maladie obligatoire.

18 janvier 2019 : Audition de *Strategos*, du CFRGe, de la FEGEMS et de l'AGEMS

Audition de *Strategos*

(**Strategos**) Leur étude fait suite à la nécessité **d'évaluer** la *LSDom* qui était inscrite dans la loi. Ils ont analysé d'abord les **motifs** de la loi pour savoir s'ils étaient toujours de qualité et dans quelle mesure ils avaient évolués. Ils ont regardé quels étaient les acteurs et comment fonctionnait le réseau, à travers une série d'entretiens des acteurs et des partenaires externes. Ils ont analysé les réalisations découlant de la loi et les projets développés dans le cadre du réseau, mais qui ne s'inscrivaient pas dans cette loi. Ils ont aussi analysé la perception des impacts pour voir si les buts généraux avaient eu les impacts attendus. Sur la base de cet ensemble d'informations, ils ont répondu aux questions d'évaluation posées et émis **huit recommandations**, en faisant à chaque fois le lien entre leurs observations et leurs conclusions.

Concernant la **première recommandation sur la clarification du périmètre du réseau de soins** : il y avait un **flou** dans les thèmes qui devaient être pris en charge par le réseau de soins. La **question Etat-communes** est à prendre en compte dans le cadre de l'intégration de la **dimension sociale de proximité**. Le **lien entre santé et social** n'était pas très présent dans la loi, ce qui leur semblait néanmoins important, du moins **l'articulation entre le suivi social de proximité et la prise en charge en termes de soins à domicile**. Les acteurs faisant partie du périmètre et leurs rôles et responsabilités devaient être clarifiés, au niveau du **pilotage** du réseau et de la coordination de terrain, en particulier la place des médecins.

La **seconde recommandation** visait à donner plus de place aux **projets innovants** pour que le système ait la plasticité nécessaire pour évoluer dans le futur. Il y a ensuite **une recommandation** autour de la **coordination autour du bénéficiaire**, laquelle n'est pas toujours claire. Le médecin par exemple n'est pas reconnu (notamment financièrement) dans ce rôle de coordination. **Ils recommandent** par ailleurs de partager une ambition commune, au travers d'une véritable stratégie réfléchie par l'ensemble des acteurs. La **commission de coordination** est un bon endroit pour cette co-construction.

Ensuite la **cinquième recommandation** concerne la **prévention**. Le fait qu'on parle de réseau de soins alors qu'il faudrait peut-être selon lui parler de réseau de santé, puisque c'est en **travaillant en amont** qu'on va avoir un impact important sur le devenir du bénéficiaire. Il prône donc l'intégration de la **prévention** en mettant notamment en œuvre le *plan cantonal de prévention et de promotion de la santé* au sein du réseau de soins.

Concernant, la **sixième recommandation**, elle vise à simplifier le quotidien des professionnels dans le réseau car, si on ajoute une couche administrative et du temps pris en lieu et place du temps de prise en charge du bénéficiaire, alors on « rate le coche ». Il prône le **développement d'outils** pour tendre vers une **simplification administrative**. Ils recommandent de donner un **moteur** au réseau en renforçant les capacités de **pilotage** et de **coordination** du réseau. Chacun des acteurs a ses préoccupations spécifiques et donc le fait que quelqu'un se soucie de l'organisation du réseau est quelque chose d'important. Enfin, la **dernière recommandation** vise à lier les **bonnes pratiques** de travail en réseau avec les **outils de financement**, notamment les contrats de prestations et les subventions. Chacun des partenaires a ses contraintes et les impulsions qui lui sont données, notamment sur les questions financières, et il va donc agir en fonction de ces contraintes. Il faut agir sur les outils de financement à disposition pour induire des comportements favorables au réseau. Il constate avec satisfaction que certaines recommandations ont été reprises, parfois de manière assez légère. La loi renvoie parfois à des règlements, ce qu'il trouve très positif, car le fait qu'une loi entre dans les aspects opérationnels peut rendre le réseau bloquant.

Echanges avec les député.e.s autour des recommandations

Q (le président) **Est-ce que la loi a intégré leurs recommandations ? R (Strategos)** C'est le cas, mais néanmoins pas toutes. **La question de l'articulation des rôles des communes et de l'Etat** est un point qui n'a pas été éclairci. La place de la **prévention** n'est pas assez importante dans ce PL. Par ailleurs, la question de la **coordination** sur le terrain, notamment le rôle du médecin n'est pas vraiment présent dans la loi non plus, ce qui laisse un doute sur la question de **l'identité du garant du parcours** du patient.

Q (S) **Par rapport à la septième recommandation, qui a le leadership au niveau de cette action ? R (Strategos)** La DGS a un rôle prépondérant, mais les ressources pour mener cette mission sont toutefois limitées. La **commission de coordination** s'était à l'époque organisée en créant la commission de coordination en tant que telle ainsi qu'un **bureau**. Il y avait un flou dans le partage des responsabilités.

Q (EAG) **Sait-on exactement quelles sont les tâches de proximité, à la lumière de la répartition des tâches canton-communes ? R (Strategos)** On renvoie vers la répartition des tâches canton-communes. Le PL ne donne pas de solution à ce point précis.

Q (EAG) En plus de la référence à cette répartition des tâches, on renvoie aussi à une autre répartition en disant que c'est **Pro Infirmis**⁵⁶ qui s'occupe de l'accompagnement des **personnes en situation de handicap** et **Pro Senectute**⁵⁷ de l'accompagnement des **personnes âgées**, alors qu'on sait que ces acteurs ne peuvent pas couvrir l'ensemble du territoire. **R (Strategos)** Ces acteurs remplissent leurs missions respectives du mieux qu'ils peuvent, mais on pourrait presque parler de bricolage pour ce point précis.

Q (PLR) **Est-ce que le PL ne devrait pas plus s'appuyer sur des organisations déjà existantes**, comme un réseau de médecins ? **R (Strategos)** La mise en place de ce type de réseau de soins ouvre des perspectives en termes d'économies et de prises en charge. Les réseaux de soins, tels qu'ils ont été mis en place à Genève, jouent ce rôle de coordination, mais dans leurs périmètres respectifs. Il verrait plutôt le soutien à un projet pilote entre le réseau de soins et les organisations telles qu'elles sont déjà organisées.

Q (PLR) **Faudrait-il préciser ces réseaux de soins dans la liste des partenaires, car on ne parle que des médecins ?** **R (Strategos)** Oui.

Q (PLR) **Quelles solutions innovantes recommandez-vous ?** **R (Strategos)** Les projets développés dans le cadre du réseau tels que **le plan de soins partagés, un projet pilote de répit pour les enfants gravement malades** ou encore la feuille de transfert médico-soignante. Ces projets nécessitent un soutien et une personne qui va être le moteur et réfléchir à leur élargissement, dans le but de trouver des solutions plus générales pour le réseau. **R (PLR)** Ces solutions existent déjà. **R (Strategos)** C'est la liberté du réseau qui a permis l'émergence des projets qu'il a mentionnés.

Q (PLR) **Ne devrait-on pas davantage s'appuyer sur une forme de « case management »** de manière à avoir une coordination plus organique, basée sur les besoins de la personne et pas sur le fonctionnement de l'ensemble ? **(art. 4)** **R (Strategos)** Le besoin lié à la coordination sur la personne est très important et la mention du rôle des « **case managers** » et des nouvelles **professions de la santé** est important. L'*Imad* apparaît comme un acteur prépondérant, mais les autres acteurs sont tous mentionnés. **La charge donnée à la DGS montre que le pilote est bien le DGS et pas l'Imad.** La position prépondérante de l'*Imad* est une question qu'ils se sont posés, mais cela est **justifié**. Le réseau nécessite néanmoins une meilleure coordination et une meilleure structuration du réseau.

⁵⁶ Pro infirmis : <https://www.proinfirmis.ch/fr.html>

⁵⁷ Pro Senectute : <https://ge.prosenectute.ch/>

Q (UDC) Ne faudrait-il pas continuer à penser des structures plus légères et proches du patient ? Les personnes âgées entrant en EMS ne s'y retrouvent plus financièrement puisqu'elles doivent remettre à l'institution presque tout l'argent qu'elles auraient mis de côté. **R (Strategos)** L'Etat a mis en place les moyens nécessaires pour prendre en charge ces personnes. Le soutien par le réseau communautaire autour des personnes doit en effet être favorisé et le maintien à domicile dépend aussi de ces questions.

Q (PDC) Serait-il plus adéquat de parler de réseau de santé plutôt que de réseau de soins ? **R (Strategos)** Le gain potentiel d'un franc investi dans la prévention est sans commune mesure avec le franc investi en soins. En ce sens, il est plus juste de parler de maintien en bonne santé que de maintien à domicile et donc de réseau de santé et non de réseau de soins.

Audition du CFRGe

(CFRGe) Ils vont parler à la fois au nom du CFRGe⁵⁸ et de la FéGAPH⁵⁹. Le CFRGe représente 380 membres actifs et 250 passifs et organisent 200 activités par année. Ils ont une grande pratique des problématiques continues de la vie en fauteuil roulant. En outre, ils représentent aussi les intérêts et l'**expertise** des personnes paraplégiques. L'intérêt du projet de réseau de soins est qu'il ne prend pas seulement en compte les soins à domicile, mais aussi les **soins en ambulatoire** et les **soins hospitaliers**. Les personnes vivant avec une lésion médullaire qui sont hospitalisées à l'hôpital rencontrent régulièrement des situations problématiques et des complications, notamment dues au **manque de professionnels** spécialement **compétents** pour ces typologies de patients. Ils souhaitent l'**inclusion** des personnes vivant avec une incapacité dans la législation du réseau de soins, à travers notamment une organisation comme la leur ou la **FéGAPH**. Il est évident que le **CFRGe** doit être reconnu comme **partenaire proches aidants**, car ils défendent les gens qui dépendent du réseau de soins toute leur vie. Leur association a des membres **isolés**, qui ont peu ou pas de famille et dont le seul contact de socialisation est leur association. Ensuite, il souligne que l'**art. 13** faisant référence aux **droits fondamentaux** est essentiel pour leurs membres, mais ils ont une **proposition d'amendement** pour ce dernier. L'**art. 21** leur pose problème, car il prévoit qu'un soignant puisse mettre fin aux soins *LAMal* sur la base de certains

⁵⁸ Annexe 13 : Prise de position CFRGe (et FéGAPH) sur le PL 12263 – 18 janvier 2019.

⁵⁹ Annexe 6 : Prise de position FéGAPH sur le PL 12169 et M 2442 – 18 janvier 2019.

critères, dans quelques situations données. La **décision d'arrêter des soins** est quelque chose de très problématique.

Il y a une **asymétrie** totale entre les droits des clients et les droits de l'*Imad*, laquelle fournit environ 80% des soins à domicile sur Genève. Genève est un des rares cantons qui a une telle institution qui peut fournir des soins à domicile, ce qu'il approuve, mais au niveau du fonctionnement, l'*Imad* occupe presque une fonction de monopole. Par ailleurs, il a un problème sur le fait que l'**art. 4** du PL prévoit que l'Etat s'appuie sur l'*Imad*. A son avis, l'*Imad* met une pression énorme sur les autres prestataires de soins et le cadre de cette loi devrait plutôt ouvrir les portes aux autres partenaires pour éviter qu'il y ait une forme de monopole.

Ensuite, ils entendent développer les droits des personnes, dans le cadre de l'**art. 13**, car les personnes en situation de handicap vivent très souvent des **discriminations non volontaires** de la part de la société et elles sont en grande difficulté. La **vision médico-sociale** demande toujours qu'on prouve qu'on n'arrive pas à faire quelque chose et cela est épuisant. C'est bien l'**environnement** (attitudes, préjugés et aménagements) de la personne qui la **rend en situation de handicap**. Par ailleurs, les compétences pour les soins de la para-tétraplégie ne sont pas des compétences de base des professionnels de la santé. Les **paraplégiques** et les tétraplégiques ont une grande connaissance de leur situation et de ce qui doit être fait pour leurs soins. Par ailleurs, les proches aidants n'osent pas forcément demander de l'aide, car ils ont pris l'habitude de faire beaucoup et considèrent que le fait de demander de l'aide signifie qu'ils ne sont pas assez bons. L'**offre égalitaire** de l'*Imad*, sans équipe dédiée, notamment pour les personnes qui ont des lésions médullaires, est **inadaptée** à ces dernières et problématique.

Pour la **tétraplégie**, il est important de connaître certaines situations clés pour pouvoir donner de bons soins. Les personnes qui viennent les aider sont des personnes qui entrent dans leur **sphère intime** et un **lien de confiance** est nécessaire. Cela est valable pour toutes les personnes qui ont besoin de soins 7j/7. Une personnes tétraplégique doit se coucher avant 21h, car il faut **s'adapter aux horaires de l'Imad**. On pourrait penser à un système qui s'assimile à du « **babysitting** » **ponctuel**, mais il y a encore la **question des compétences** qui doit être résolue. Par ailleurs, le système est très regardant sur la population des personnes âgées, laquelle n'est pas préoccupée par des questions d'horaires professionnels, alors que c'est le cas pour les personnes tétraplégiques qui ont une vie active. **L'adaptation aux limitations de l'Imad est donc fort problématique pour les personnes** qui sont suivies. Il serait important de mentionner, dans l'**art. 13**, qu'il faut répondre aux

besoins réels de la population et qu'il ne faut pas imposer le cadre institutionnel aux clients.

Echanges avec les député.e.s

Q (PLR) **Pensent-ils que la démarche d'évaluation et de proposition d'un nouveau cadre législatif va dans le bon sens ?** Si on parle de **société inclusive**, on doit accepter les **limitations de chacun**. Une **équipe d'infirmières** et de professionnels a aussi ses limites. **R (CFRGe)** Il a mis des couleurs dans le document envoyé et tout ce qui est en vert sont des éléments qu'ils approuvent. Ce PL est une **avancée**, notamment le fait qu'on parle d'un **réseau de soins** qui prenne en compte tout le monde. Les points qu'ils contestent ne sont pas très nombreux. Concernant la **question des limites**, il reconnaît qu'il y en a chez tout le monde, mais ils sont particulièrement attentifs au **respect des droits des personnes en situation de handicap**⁶⁰.

Q (PLR) Ils souhaiteraient avoir des **équipes dédiées**, notamment liées à la tétraplégie, mais au niveau de la loi, on devrait pouvoir comprendre, lorsqu'on parle des **bonnes pratiques**, que l'article inclut cette notion d'adéquation entre les compétences des professionnels qui interviennent et les besoins de la personne. **R (CFRGe)** Ce n'est pas leur propre lecture et ils font pour cela une proposition précise pour cet **art. 13**. Il insiste sur l'expertise des personnes premièrement concernées.

L'art. 4 doit permettre d'ouvrir les portes et il ne doit pas imposer un cadre trop restrictif sur les personnes en situation de handicap.

Q (UDC) **Combien d'heures de prise en charge pour des personnes en situation de handicap sont réalisées par le Groupement des soins à domicile privés ?** **R (CFRGe)** Il n'y a pas d'infirmières en dehors de l'*Imad* et du *Groupement des soins à domicile privés*, sinon ce sont des *ASSC*. **Un coucher** ne nécessite pas une infirmière, mais il faut néanmoins **quelqu'un de qualifié**. Ces prestations ne relèvent **pas du volet social** et ce sont des gens compétents qui doivent venir. Par ailleurs, l'*Imad* a une **unité d'hôpital à domicile** entre 22h et 7h qui fait un **grand travail de qualité**. Une équipe dédiée (de prestations de nuit) n'est pas forcément nécessaire (tandis que pour les soins journaliers les **équipes dédiées** sont fortement recommandées et nécessaires).

⁶⁰ Le CFRGe donne également deux références à consulter : « *Une nouvelle approche des aidants familiaux : enquête sur la charge de l'aidant familial par l'association des paralysés de France* » et « *Proches aidants : un soutien indispensable* ».

Q (UDC) Est-ce que vous souhaitez une personne de référence et formée ? R (CFRGe) Effectivement, afin que les personnes en situation de handicap voient moins de visages différents et pas forcément des équipes dédiées. Les personnes tétraplégiques ont un choix limité en termes de prestataires.

Q (EAG) Est-ce que l'institution est incapable de répondre aux adaptations des besoins spécifiques de certaines catégories de la population ? Est-ce que le **cumul** des tâches rassemblé par l'*Imad* n'entrave pas le cœur de la mission de l'*Imad*, à savoir l'aide et les soins à domicile ? **R (CFRGe)** Si on se trouve dans l'horaire du soir, alors il faut qu'il y ait une enveloppe pour cela puisqu'une prime est prévue pour le travail au-delà de 21h. Une équipe de nuit de l'*Imad* vient pour les imprévus et ils ont doté un peu plus de personnel pour les soirs de Noël et du Nouvel An, mais les besoins sont beaucoup plus nombreux au fil de l'année.

L'équipe de nuit aurait besoin sans doute de plus de ressources. Il y a en effet des problèmes liés à la taille de la structure. Il faudra se poser la question de la mise en place d'une **interface** qui défend les clients dans le système de gestion de l'*Imad*. Ils sont en discussion avec l'*Imad* sur la mise en place d'une telle **plateforme** pour la population qu'ils représentent. Il est difficile de réclamer quelque chose à quelqu'un qui donne des soins.

Q (Ve) Est-ce que les problèmes de formation concernant les patients en situation de handicap relèvent d'un problème de qualification, de volatilité des personnes ou alors est-ce dû à une non-prise en considération des spécificités des handicaps ? L'éventuel partenariat avec des entités privées ne risque-t-il pas de créer des problèmes de formation ? R (CFRGe) Une personne tétraplégique qui se retrouve aux *HUG* va elle-même devoir expliquer comment les choses doivent se passer par rapport à son type d'incapacité. Si la personne change, il faut alors **répéter** l'explication. Les soignants acceptent difficilement qu'on leur explique comment travailler. L'*Imad* a fait un travail par rapport à la **formation** pour les soins auprès de patients médullolésés. En outre, l'*Imad* a travaillé avec les soins infirmiers de l'*HES Santé*. Il y a des projets de **formation continue** et ils sont prêts à mettre à disposition leur **expertise**. Les *HUG* ont fourni un gros effort au niveau de l'**accessibilité**, en particulier pour le handicap mental. Il y a encore un effort à faire pour l'accueil des personnes ayant des lésions médullaires. Il insiste sur l'importance des **compétences** des équipes soignantes.

Les équipes de l'*Imad* comprennent des **infirmières** et des **aides-soignantes**. Il a cinq interventions par jour, et donc 35 par semaine. La part d'infirmiers dans ses soins est de 10%. Cependant selon l'*Imad*, ce genre

de clients représentent 38% de leur clientèle et génèrent 70% des heures de soins. Dans l'effectif de l'*Imad*, il y a actuellement 65% d'infirmières et elles sont surreprésentées, alors que les besoins sur le terrain sont plutôt des besoins en aides-soignantes.

Audition de la FEGEMS, des EMS de Lancy⁶¹, d'Espace de Vie SA⁶² et de l'AGEMS⁶³

(FEGEMS) Concernant le **premier article**, l'**institutionnalisation** ne peut pas être considérée comme un échec du réseau. La formulation de cet article a néanmoins été adoucie par rapport à l'avant-projet. Les EMS doivent être dans le réseau de soins. On doit considérer l'EMS comme un possible et pas uniquement comme une solution de dernier recours. Les prestations des EMS pourraient soulager les proches aidants.

(EMS de Lancy) Le PL doit arriver à mettre réellement en avant le **réseau de soins**. Dès lors qu'on parle de réseau, un système ne peut fonctionner que sur la base d'un prestataire. La logique et la préoccupation du réseau doivent davantage être celles du bénéficiaire que celles du prestataire. *Strategos* a bien mentionné qu'un « *équilibre entre les fonctionnements propres à chaque institution et les besoins de relations transversales dans le cadre d'un réseau et délicat à trouver, ce qui peut affecter l'efficacité globale du système* ». **L'art. 4** ne parle que de l'*Imad*. Il craint que le **partenariat** ne puisse ainsi se faire. Cet article n'a pas lieu d'être, car il renforce le **rôle central** d'un partenaire, ce qui est **contreproductif** pour vraiment instaurer une collaboration transversale au sein du réseau. Or, l'objectif du réseau de soins est de privilégier un **continuum**. Toutefois, il comprend la volonté de l'Etat de rappeler les obligations de l'*Imad*, bien que l'*Imad* ait sa propre loi et son règlement. Il propose que **l'al. 2 de l'art. 4 figure à l'art. 8**, lequel énumère l'ensemble des **partenaires**. On doit aujourd'hui passer au-delà de « l'union sacrée » entre l'*Imad* et l'Etat. Il y a 10 ans, des décisions unilatérales ont été prises pour supprimer des UATR, alors que le terrain demandait de maintenir ces UATR et, aujourd'hui, on leur demande de **repandre des UATR dans les EMS**.

R (Espace de vie SA) Il rejoint M. Beausoleil dans sa prise de position sur **l'art. 4**. Ce PL montre une **ouverture** pour les **autres acteurs du réseau** afin qu'ils puissent entreprendre et créer des solutions pour les seniors qui soient

⁶¹ EMS de Lancy : www.emslancy.ch/

⁶² Espace de Vie SA : <https://espacedevie.ch/>

⁶³ AGEMS : Association genevoise des établissements médico-sociaux : <https://www.agems.ch/>

efficaces sur le plan des **coûts** et de la **qualité**. La possibilité d'intégrer tous les différents services dans le parcours de santé du résident est positif dans la qualité, mais aussi sur les coûts grâce à la réalisation d'économies d'échelle à différents niveaux. Il préférerait qu'on favorise l'agilité des acteurs et crée des **incitatifs à l'entrepreneuriat**. Ses préoccupations touchent **l'art. 9** qui énumère les conditions qu'il juge contraignantes.

R (EMS de Lancy) L'**art. 5** montre que l'Etat décide de tout. On devrait rajouter « *en concertation avec les partenaires du réseau.* ». *Mondossiermedical.ch* a de la difficulté à éclore et il craint qu'on soit ici dans une logique de « top-down », si on n'est pas plus à l'écoute des partenaires.

Echanges avec les député.e.s

Q (PLR) Est-ce que la **commission de coordination** répond en partie à l'**aspect « top-down »** ? **L'art. 6** répond en partie à leur préoccupation. **R (EMS de Lancy)** Il le rejoint sur ce point, mais il n'a pas connaissance du **cahier des charges** de cette commission de coordination. Il faudrait le rajouter dans **l'art. 5**.

Q (PLR) **Comment faire en sorte que le bénéficiaire ait le bon accompagnateur pour pouvoir utiliser adéquatement le réseau de soins ?** **R (FEGEMS)** Du moment que les partenaires sont à armes égales, ce sera plus facile. **L'EMS Beauregard** peut déjà détecter certaines fragilités lorsqu'il livre les repas. Une forme de **décentralisation** pourrait se faire par rapport au « **case management** ».

Q (PLR) La conception du « **case management** » est donc un mode de coopération entre les partenaires qui connaissent complètement les personnes. **R (FEGEMS)** Effectivement et cela se ferait aussi via des **outils partagés**. **R (Espace de vie SA)** La **proximité** est un élément important. Ainsi, il n'y a **pas de rupture** au niveau du **parcours** de santé de la personne. **R (AGEMS)** **Ils souffrent d'un manque de coordination faute d'outil commun**. Le parcours du résident est **sans arrêt rompu**. Il manque un outil commun avant tout.

Q (PLR) **Est-ce que les partenaires qui ont des intérêts parfois concurrentiels, voire contradictoires, vont vraiment jouer la carte du partenariat ?** **R (AGEMS)** La loi va déjà dans ce sens. A terme, ils apprennent à travailler ensemble, même s'il y a parfois des erreurs. On peut donc aller dans le sens du **partenariat**. **R (Espace de vie SA)** La **concurrence** entre les acteurs est saine, lorsqu'on parle du même type de prestations, et elle va avoir une incidence positive sur les coûts. Lorsqu'il y a une grande concurrence sur un marché, il faut qu'il y ait néanmoins un

contrôle de la part de l'**Etat** aux bons endroits, à la sortie du processus, c'est-à-dire au travers de l'expérience de l'utilisateur.

Q (PLR) **Qu'est-ce qui est trop contraignant au niveau de l'art. 9 et ne facilite pas la reconnaissance d'un partenaire dans le réseau ?** R (Espace de vie SA) On doit se concentrer sur un « **reporting** » adéquat, mais il faut qu'il soit efficace, utile et qu'il vise la **qualité**. Ils ont peur qu'on augmente la **bureaucratie**. R (EMS de Lancy) Il existe une **charte de collaboration** que les **EMS de Lancy** n'ont pas signée, car un des points demande de remettre différentes statistiques au département lors de chaque demande. Ils ont préféré ne pas signer cette charte, car ils craignaient une **surréglementation**. R (AGEMS) Ils ont besoin à un moment donné que certaines choses soient inscrites dans la loi et, si l'Etat n'est pas porteur du projet, sans ces précisions, on n'arrive alors plus à avoir une **cohérence**, ni une **coordination** suffisante.

Q (le président) **Pourquoi n'est-ce pas le grand amour entre l'Imad et les EMS ?** R (AGEMS) Il n'y a pas de désamour entre l'**AGEMS** et l'**Imad**. Elle travaille dans un petit EMS (**Résidence le Léman**) et ils ont un bon partenariat avec l'**Imad**. Chacun a sa profession, ses obligations et ses spécialisations. L'**Imad** a notamment l'obligation d'accueillir tout le monde 24h/24 et 7j/7. R (EMS de Lancy) L'**Imad** est un **service important** ayant des compétences, mais qui a aussi le **syndrome du pouvoir**. Dans le cadre d'un projet **d'immeuble à encadrement** à **Lancy**, la première réaction de l'Etat a été de savoir ce qu'en pensait l'**Imad**. L'**Imad** vient avec sa dynamique de soins à domicile. Or, aux **EMS de Lancy**, il n'a aucune admission venant de l'**Imad**. L'**Imad** affirme qu'ils ont besoin d'une colonne de **travailleurs sociaux** supplémentaire pour s'occuper des admissions en EMS. L'**Imad** est un lieu très **figé** et il craint que l'**art. 4** en fasse le lieu de discussion avant la mise en route de chaque projet. Parfois, des personnes demandent si les **EMS de Lancy** peuvent intervenir pour des soins à domicile, mais ils ne peuvent pas le faire, car cela est le rôle de l'**Imad**. Avant, c'était OU soins à domicile OU EMS ; il pense qu'aujourd'hui, ça doit être soins à domicile ET EMS.

Q (le président) **Est-ce que la décentralisation des équipes, c'est l'avenir ?** R (EMS de Lancy) Effectivement, mais sans faire des usines à gaz. On a de quoi faire à Genève un travail extraordinaire.

Q (UDC) **Y a-t-il des spécificités plus humaines dans certaines EMS ?** R (Espace de vie SA) Il faut donner le plus **d'autonomie** possible à la personne, mais en termes de coûts, passé un certain stade, les besoins sont tels qu'on ne peut pas éviter une **institutionnalisation**. Le fait de **ralentir** cette entrée en EMS peut avoir une incidence positive sur les **coûts** de la

santé globale, mais cela ne veut pas dire que les EMS ne peuvent pas fournir de prestations de soins à domicile. Par ailleurs, tous les acteurs ont les mêmes chances de rivalité et une des pistes de réflexion serait d'organiser un **subventionnement direct de l'individu** plutôt que des **institutions**. **R (le département)** Le **financement résiduel** est aussi là pour cela. **L'Imad n'a pas de monopole et le libre-choix du patient demeure garanti dans la loi**. Par ailleurs, dans le projet des *Adrets*, les *EMS de Lancy* vont s'occuper d'un *IEPA* avec des *UATR*. Avec le droit actuel, il peut donc exprimer toute sa créativité. **R (EMS de Lancy)** Les premiers pas du projet avaient été fait auprès de l'*Imad*, mais le travail actuel effectué avec la DGS est constructif et innovant. Ils vont construire un lieu où on va garantir pour la première fois que la personne va pouvoir **mourir** dans ce lieu, sans devoir aller à un moment donné en EMS. Ils ont **mutualisé** les **compétences** et ont aménagé la **structure** pour déjà répondre aux **personnes lourdement handicapées** : il y a un **UATR** avec un **personnel** qui gère les personnes 24h/24. Ce personnel peut dès lors tout à fait gérer l'immeuble la nuit. S'il trouve un **partenaire médical** qui prend des cabinets dans la structure, ce dernier pourra alors être le **médecin-répondant** de la structure et, s'il trouve un **restaurant** qui peut en outre assurer des repas à domicile, ils pourront alors **mutualiser** également cela. A 100 mètres, il y a l'*EMS de la Vendée* et donc de nombreuses mutualisations sont possibles. Il n'a aucun souci avec le service de **planification** du département, mais la difficulté réside plus à l'**office du logement**. Si on pouvait anticiper en **amont** et penser à l'acteur suivant, il n'y aurait pas aux **HUG** un **entonnoir** avec de nombreuses personnes en attente d'une place en EMS. Enfin, ils ne mettent pas en opposition les acteurs mais désirent souligner qu'ils ne travaillent actuellement pas vraiment ensemble.

Q (PLR) Peut-on imaginer la suppression de l'art. 4 et donner une autre teneur à l'art. 6 en formant une direction de pilotage au lieu d'une commission de coordination, en termes de gouvernance ? **R (FEGEMS)** Cela est déjà le rôle de la commission.

Q (PDC) Quelle est la prise de position sur la question de la prévention ? **R (FEGEMS)** L'*EMS Beauregard* développe une **prestation sociale de proximité** qui permet de détecter l'état de santé des personnes, en prétextant la **livraison de repas**. Cela permet d'anticiper une éventuelle entrée en EMS et constitue une forme de prévention. **R (AGEMS)** La **prévention** existe déjà **au quotidien** dans différents domaines, mais il y a néanmoins un **manque de communication** entre les acteurs et donc une **cassure** qui peut s'effectuer.

Q (PLR) **Sachant la *LAMal* très rigide, est-ce que plus de transversalité ne compliquerait pas le travail administratif ?** R (EMS de Lancy) La difficulté réside avant tout dans la lecture d'un point de vue financier. Si les EMS font des prestations de **foyer de jour**, on doit alors trouver les comptes d'exploitation pour montrer très clairement que cet argent est engagé dans un foyer de jour, mais le cadre actuel ne permet pour le moment pas cela. Dans la structure des *Adrets*, comme ils vont être en **soins ambulatoires** puis ensuite en **soins stationnaires**, il faut qu'il y ait **un seul outil** de lecture en termes de soins. Enfin, l'enjeu majeur reste le financement, notamment car il y a du résiduel en stationnaire, mais pas en ambulatoire.

1^{er} février 2019 : Audition de l'AMGe

(AMGe) L'*AMG* est **favorable**, dans son principe et sur le fond, à ce projet de loi visant à maintenir le plus longtemps possible les personnes à leur domicile en leur apportant des soins de qualité. Ce projet va de pair avec celui des **maisons de santé**. L'*AMG* souhaite apporter quelques **cautèles** à la réflexion, visant tout d'abord à définir les **compétences** de chacune des **parties** prenantes de ce projet puisqu'il y a un certain nombre d'acteurs clés. L'autre caution porte sur une **notion d'égalité de traitement**, notamment par rapport aux **prestations fournies** et aux **honoraires versés**, eu égard aux subventions ou à tout le moins les apports financiers que le Conseil d'Etat pourrait assumer dans le cadre de ce projet, et qui pourraient fausser cette concurrence et cette égalité de traitement. C'est un projet de loi réjouissant qui s'inscrit dans la mouvance de tout ce qu'ils essaient de construire en ce moment.

Echanges avec les député.e.s

Q (PLR) **Que pensent-ils de la gouvernance du réseau confiée à l'*Imad* ?** R (AMGe) La loi a pour objectif de **valoriser**, **revaloriser** ou **formaliser** des actions qui sont déjà assurées par l'*Imad*, ce qui est une bonne chose. Il est important que les rôles et les compétences de chacun soient clairement établis pour **éviter**, soit des **redondances**, soit des « **conflits** » **hiérarchiques**. Toutefois, le fait que l'*Imad* soit mis en avant est quelque chose de plutôt salué.

Q (PLR) **Comment l'*AMG* va s'assurer que les cautèles mentionnées soient bien réalisées ?** R (AMGe) Il y a la **loi** et il y aura la **pratique**. Cela est déjà le cas pour les **maisons de santé**, la **collaboration** devra être affinée et déterminée, mais il y a une période où les choses se mettent en place avec un point de situation après 6 mois et 12 mois. A ce moment-là, ils détermineront

s'il faut une **réglementation** ou une **charte** si nécessaire pour ajuster les compétences, les rôles et les interventions de chacun.

(Le département) La loi ne dit pas que l'*Imad* serait le **coordinateur** des soins à domicile. Il s'agit d'une institution qui a une **obligation d'admettre** et il est donc évident que l'*Imad* va devoir faire tout ce que les autres ne veulent pas faire. L'**art. 4** ne dit pas que l'*Imad* organise la gouvernance mais que **l'Etat s'appuie sur l'Imad** pour mettre en œuvre sa politique de maintien à domicile, notamment pour les **tâches** qui ne sont pas effectuées par les institutions privées. **Ce n'est pas l'Imad qui est le chef d'orchestre mais l'Etat.**

Q (UDC) Il n'est pas au clair sur cette explication, étant compris que **l'Etat transmet sa politique à l'Imad** et donc que c'est l'*Imad* qui met en œuvre la politique de l'Etat. **R (le département)** Il se réfère à l'**art. 5** du PL, ainsi qu'à l'**art. 8** qui parle des **partenaires** dont les **médecins traitants** sont en tête de liste, et à l'**art. 9** concernant les **membres**. L'*Imad* a un rôle, raison pour laquelle elle a été maintenue et renforcée. L'*Imad* a une obligation d'admettre, qui a été voulue par l'Etat, comme les *HUG* ont une obligation d'admettre en soins aigus.

Q (PDC) **Voient-ils une évolution dans le rôle du médecin de ville ?** **R (AMGe)** Il y a une **coordination prévue** et un **partage d'informations**. On peut attendre beaucoup **plus d'efficience** de prise en charge à partir du moment où ces éléments sont mis en place. C'est une vision de **bon sens** de coordonner et de partager tout cela, étant précisé qu'aujourd'hui l'information a de la peine à circuler en dehors des réseaux. D'ailleurs, il a vu que les **membres** et les **partenaires** étaient distingués dans ce réseau. Cela ouvre la porte vers la pratique des médecins privés, même seuls en ville. Cela est assez inclusif.

Q (PDC) **Est-ce le médecin traitant qui a la responsabilité du patient dans ce réseau ?** **R (AMGe)** C'est une loi de coordination, de partenariat, d'objectifs et de procédés qualitatifs. Il ne voit pas, à part la coordination qui est précisée et échoie à l'Etat, ce qui change en termes de responsabilités.

Q (PLR) **Pensent-ils que l'art. 6 est plus précis pour gérer la coordination ?** **R (AMGe)** L'*AMG* a cette lecture-là. **R (le département)** L'**art. 5** précise bien que l'**autorité compétente** est le **département** et l'**art. 6** précise que le département est assisté par la commission, qui n'est pas une commission décisionnelle mais une commission d'accompagnement et de conseils. Selon l'**art. 6 al. 2**, il faudra établir des règles qui garantissent la fluidité et la qualité de la circulation de l'information pour la population sur le réseau de soins. Le **règlement** devra être édicté dans le respect de la

loi et ce n'est pas un règlement qui pourra donner des pouvoirs décisionnels à la commission. L'art. 6 est l'expression d'un **bon sens** puisque rien dans le réseau ne peut fonctionner s'il n'y a pas l'adhésion des professionnels du terrain.

Q (PLR) **Selon l'art. 8, les premiers partenaires sont les médecins traitants pour autant qu'ils aient signé une charte de collaboration des partenaires. Comment l'AMG réagit-elle à cette forme de contrôle par l'Etat ?** R (AMGe) On parle ici de **partenaires**. On peut être partenaires sans être membres. C'est cette position-là qui est visée pour les médecins traitants libéraux pratiquant de manière seule ou en cabinet. Rien n'empêcherait un **médecin traitant** de garder son autonomie et indépendance. Actuellement, l'ensemble des médecins sont en train de devenir les employés des **assureurs**. Il se réjouit que **l'Etat** prenne le pas et crée un **contre-pouvoir**. Sa préoccupation serait d'avoir petit à petit une concentration des partenaires ou des membres et s'inquiéterait de voir un membre devenir un interlocuteur privilégié. Il ne voit pas de **garde-fou** à cet égard dans le projet de loi.

Q (Ve) **Quel est le rôle du proche pour le maintien à domicile ?** R (AMGe) Le proche aidant est **crucial** et il a actuellement un **statut** un peu **flou**. La relation entre le médecin et le proche aidant est aussi floue. Il n'y a rien de structuré et pas de véritable réseau capable de coordonner cela. Faire un réseau de soins avec une réelle coordination peut apporter un plus. Il y aura un **enjeu très important** lors de la rédaction de la **réglementation**, qui aura pour but de définir les compétences de chacun, l'articulation du travail de toutes les parties prenantes, ainsi que les conditions pour pouvoir être admis à ce cercle qui peut paraître restreint. L'**AMG** y sera attentive.

Q (PLR) **Les médecins qui travaillent déjà en réseau devraient-ils faire partir des partenaires ?** R (AMGe) Ce sont ces deux cercles à géométrie variable qui permettent d'inclure des registres différents. Un **réseau de médecins** qui collaborent pourrait prétendre à une classe de partenaires puisque le cahier des charges n'est pas déliant et les choses sont simples et faciles à mettre en œuvre sans gros moyens. Un **cabinet de groupe** pourrait tout à fait prétendre à ce statut. Il est intéressant de permettre aux **médecins** de rester dans une position d'**indépendance totale** et de refuser la subvention qui est peut-être aussi un piège et induit aussi un contrôle.

Q (PLR) **Que pense l'AMG sur le fait que l'Imad évoque souvent le problème du temps de déplacement, qui n'est pas rémunéré ?** R (AMGe) *Tarmed* paie les frais de déplacement. Les tarifs vont changer, mais il ne pense

pas que la volonté de maintenir à domicile va toucher cette question. L'**AMG** a décidé de créer un groupe de travail générique à ce sujet.

Q (S) Y a-t-il des propositions d'amendements ? R (AMGe) La suggestion faite de spécifier dans la liste de partenaires l'inclusion des groupes de médecins est intéressante.

Q (le président) Est-ce que l'AMG va proposer des nouvelles prestations ? Il donne l'exemple d'avoir un groupe de médecins plutôt spécialisé dans les soins à domicile et sur lequel les médecins traitants pourraient s'appuyer en cas de besoin. **R (AMGe)** Une sous-spécialisation sur le terrain va inévitablement se créer. Cette loi pourrait également modifier le mode de fonctionnement de certains professionnels de la santé.

Q (UDC) Certaines professions vont devoir se réformer et donc perdre leur indépendance ? R (AMGe) Il n'a pas exclu les médecins de la réflexion. L'indépendance et le changement de la façon de fonctionner ne sont pas forcément incompatibles.

Q (UDC) Il informe qu'il a cité la cautele des infirmiers indépendants rendant leur indépendance caduque. **R (AMGe)** Il lui semble que ces deux cercles à géométrie variable existent également pour les infirmiers, qui peuvent intégrer ce réseau en tant que **partenaires** ou membres.

Q (UDC) Pour le métier d'infirmière indépendante, des cauteles sont ajoutées dans la loi pour intégrer le réseau et toucher la part complémentaire du canton, soit d'être disponibles 7j/7, 24h/24. **Cette cautele ne peut pas être remplie si les infirmiers ne se regroupent pas.** Aujourd'hui cela n'existe pas dans la loi. **R (AMGe)** C'est toutefois ce qui se fait aujourd'hui et il ne pense pas que ce soit lié à ce projet de loi. Il y a aussi la possibilité de rejoindre le réseau de manière non subventionnée.

Q (UDC) Ne craignent-ils pas que de telles cauteles soient mises pour les médecins dans le futur ? R (AMGe) Effectivement et cela est une préoccupation. **R (le département)** Il est normal de poser quelques **conditions supplémentaires** quand l'Etat donne de l'argent (art. 8, al. 2 : membres) mais, sans demander de l'argent, on peut pratiquer de manière libérale sa profession tout en étant partenaire (art. 8, al. 1 : partenaire).

Q (PLR) En quoi cette loi amènerait une sorte de contre-loi à la profession médicale ? R (AMGe) Cela crée un réseau sous la coordination bienveillante de l'Etat et qui n'aura pas de visée lucrative. Créer un réseau qu'on peut rejoindre en tant qu'indépendant ou en tant qu'institution, permet d'occuper le terrain, sans quoi il sera occupé par quelqu'un d'autre puisque cela avance vite.

8 février 2019 : Audition de l'ASI, de l'Imad, de Sitex, de CSI et du comité du Groupement des infirmières indépendantes (GiiGe)

Audition de l'ASI⁶⁴

Q (ASI) Les **infirmières** font **partie du système de santé** et il est important que la commission puisse entendre leurs propositions. Concernant **la lettre c de l'art. 5**, il faudrait une **clarification** sur qui va décider du choix de l'outil d'évaluation et qui va participer à la réflexion sur les indicateurs de performance ? **R (le département)** C'est le département qui va le faire. Ils sont néanmoins tout à fait ouverts à diverses propositions.

Q (ASI) Concernant **l'art. 9 let. h**, par rapport au **dossier électronique du patient**, tout a été mis en place, mais elle voudrait néanmoins être certaine que le dossier électronique est protégé des hackers et que tous les items sont bien sécurisés afin d'assurer le secret du patient.

A l'art. 13 sur les **bonnes pratiques**, il y manque un aspect : les prestations doivent être basées sur des données probantes et sur les préférences du patient.

Par ailleurs, à **l'art. 14, qui finance ces formations** ? **R (le président)** Un règlement accompagne en principe le PL, lequel ne peut pas être exhaustif. **R (le département)** La formation est indispensable pour maintenir la **qualité des soins** et il y a des obligations de formation continue dans certaines professions. Ce PL doit être vu en parallèle avec ce qui existe dans la **loi sur la santé**, laquelle fait référence aux **bonnes pratiques professionnelles** établies pour chaque profession. Ce n'est pas ici qu'on va mettre toutes les références nécessaires pour garder son titre de professionnels de la santé, mais on va par contre souligner les **conditions nécessaires pour être membre du réseau ou partenaire**. Dans le cadre de la formation, il s'agit de participer à l'effort de formation de la relève. **R (ASI)** Elle aurait souhaité que la loi stipule qui finance la formation et comment cette dernière doit être financée.

Echanges avec les député.e.s

Q (le président) **N'y a-t-il pas de toute façon une obligation de formation continue** ? **R (ASI)** Une infirmière d'un niveau **HES** devrait avoir l'obligation de suivre des formations continues, mais aujourd'hui, il ne s'agit que d'une recommandation. La collaboration entre partenaires est bien stipulée dans la loi, ce qu'elle approuve, mais par rapport à **l'art. 15**, dans la réalité, c'est

⁶⁴ ASI Genève : Association suisse des infirmiers et des infirmières : <https://www.asi-ge.ch/>

l'*Imad* qui est proposée aux patients, alors qu'il y a des patients qui souhaiteraient éviter que les visages changent tous les jours. C'est une bonne chose que l'offre soit étendue, mais il faut ouvrir à chaque fois toute la palette et ne pas se concentrer seulement sur l'*Imad*.

Sur la prévention, l'hôpital a un **rôle à jouer** pour le **maintien à domicile**. La **prévention des chutes** est un exemple et il convient de travailler pendant les hospitalisations pour maintenir le degré d'autonomie des patients. Or, le texte est très général sur l'hôpital. **R (le président)** L'article est assez clair, notamment dans ses **lettres a et b**, en termes de **préparation à la sortie**. **R (ASI)** Ce sont les **soins** eux-mêmes qui doivent être envisagés de manière à maintenir l'autonomie et retarder l'institutionnalisation. Il est important que les **partenariats** se fassent en **co-crédation**. Concernant l'**art. 31**, elle espère que la commission votera pour des **projets de promotion et de prévention de la santé**, au moment où il faudra débloquent des fonds pour de tels programmes.

L'**art. 7** de l'*OPAS*⁶⁵ est stipulé dans l'**art. 23** et elle désire rendre la commission attentive sur le fait que l'*ASI* a lancé **une initiative fédérale pour des soins infirmiers forts**⁶⁶ qui vise à ce qu'on n'ait pas besoin d'une prescription médicale pour les soins relevant du rôle propre des infirmières. Il faudra donc peut-être réviser cette loi d'ici quelques années.

Q (PDC) Est-ce qu'elles considèrent que la formation sur le réseau de soins pour les infirmières est suffisant ? Aujourd'hui, on sait que 80% du personnel soignant est frontalier. **R (ASI)** Une personne venant de l'étranger devrait avoir une **formation obligatoire** pour comprendre toutes les spécificités du réseau et du système. Par ailleurs, il faudrait un programme pour la formation et elle a l'espoir que les politiques fassent un **bon compromis** pour qu'on puisse exiger qu'il n'y ait **pas de silos dans le réseau**. On doit avoir une capacité à former les gens en place, mais aussi les nouveaux arrivants.

Q (le président) Est-ce que l'*ASI* ferait elle-même cette formation ? **R (ASI)** Elles ne sont pas un organe de **formation**. Elles ont des compétences au niveau fédéral, mais elles sont avant tout des miliciennes.

⁶⁵ OPAS : (Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS) : <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19950275/202001010000/832.112.31.pdf>

⁶⁶ Initiative fédérale pour des soins infirmiers forts : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/berufe-im-gesundheitswesen/gesundheitsberufe-der-tertiaerstufe/vi-pflegeinitiative.html>

Q (UDC) Est-ce que l'ASI est solidaire du combat des infirmières indépendantes sur la question du financement résiduel (art. 30) ? R (ASI) C'est la présidente du *Groupe des infirmières indépendantes (GII)* qui va parler de cela lors de son audition. Les infirmières indépendantes s'organisent, par spécialité, en groupe et elles peuvent assurer ainsi les soins 7j/7 et 24h/24, par exemple pour les soins palliatifs.

Q (UDC) Alors que le problème se pose davantage pour les personnes qui ne veulent pas se regrouper, pourquoi ne pas se positionner ? R (ASI) Les infirmières indépendantes s'entraident et il y a donc un relais. Elles ont néanmoins une obligation de formation continue. **R (UDC)** Ce sont les seules à suivre une formation continue obligatoire et elles sont aussi les seules qui ne peuvent pas toucher le financement résiduel.

Q (le président) Que manquerait-il dans les rouages ? R (ASI) Il manque de la **coordination**. La **commission de coordination** pourrait jouer ce rôle. Il y a encore beaucoup de choses à faire, notamment lors des **sorties d'hôpital**. **R (le président)** L'**art. 4** dit que c'est l'*Imad* qui fait cette coordination. **R (ASI)** Ce n'est pas forcément le cas, par exemple si une personne sort de l'hôpital pour rentrer directement dans une institution. Le problème des patients qui sortent à la dernière minute ou parfois avec des ordonnances comprenant des antibiotiques qui ne sont pas remboursés, est un problème qui revient régulièrement et qui est relevé par les **EMS**, les familles et les autres acteurs du réseau.

Q (le président) Est-ce vraiment le rôle d'une commission ? R (ASI) C'est à cette commission de définir qui va diriger et soutenir cette coordination, laquelle fait aujourd'hui défaut. **R (le président)** Elles ne font pas confiance à l'*Imad* pour cela. **R (ASI)** L'*Imad* défend avant tout ses propres intérêts et donc l'organisme de coordination devrait pouvoir dire qu'il n'y a pas que l'*Imad*, mais aussi en parallèle différents services privés. **R (le département) La loi ne dit pas que c'est l'Imad qui doit faire la coordination, mais qu'il y a des règles que tout le monde doit respecter pour que cela fonctionne. R (ASI)** L'*Imad* a beaucoup travaillé avec les **HUG** et les infirmières de liaison et il ne s'agit pas de la même problématique qu'avec les organismes privés, les infirmières indépendantes ou les **EMS**. Il y a environ vingt ans, il y avait une infirmière, dans chaque établissement public, qui avait fait une formation en santé publique.

Q (PDC) Est-ce que le rôle de « case manager » aurait sa place ici ? R (ASI) Les « case managers » font des choses différentes d'une institution à l'autre. Leur travail est surtout **intra-hospitalier**. Il faudrait une adaptation par rapport à tout ce qui se passe dans le **réseau extrahospitalier**. L'infirmière doit actuellement avoir une vision d'ensemble en se basant sur

le projet de vie du patient, en collaboration avec le médecin de ce dernier. L'infirmière spécialiste clinique a un rôle important qui complète la coordination. En Hollande, beaucoup d'infirmières s'intéressent au **système Buurtzorg**⁶⁷, un système créé par des infirmières qui sont capables de prendre en charge tout un **quartier**. Cela apporte de **l'économicité** et une **réduction du « turn-over » du personnel**. Elle propose que Genève fasse de ce système un nouveau projet.

(S) Il se dit sensible à **l'articulation** qu'il y a eu dans leur propos entre le **réseau** et **l'hôpital**. Cela doit figurer dans la loi, car il y a une contradiction entre **l'économicité** qu'on doit avoir à l'hôpital et **les coûts liés aux patients qui sortent trop tôt d'une hospitalisation**.

Q (PLR) **Comment faudrait-il faire pour que l'articulation entre ces différentes infirmières puisse permettre de fournir à la population une prestation semblable sur le plan technique, au niveau de la prise en charge et sur le plan économique ?** R (ASI) Cela passe par l'élaboration d'un **référentiel de compétences** en lien avec une **charte**, qui devrait être acquis de manière obligatoire. Le niveau de compétences attendues d'une **infirmière à domicile** est supérieur à celui demandé à **une infirmière à l'hôpital**, raison pour laquelle **l'ASI** est exigeante à ce niveau. En outre, les **HES** sont en train de mettre en place le champ professionnel de la **santé communautaire**.

Q (PLR) **Qui va établir le référentiel de compétences au niveau technique ?** R (ASI) Elles ont un département de formation qui pourrait aussi avoir un groupe sur Genève et qui pourrait participer à cette réflexion.

Audition de l'Imad

(Imad) Ils ont participé à la réflexion sur ce PL, dans le cadre du **Copil** qui a accompagné l'évaluation de PL. Un **réseau** ne se décrète pas, mais au contraire se construit peu à peu sur la **confiance**, la **connaissance** et la **reconnaissance**. La reconstruction effectuée en termes de confiance par la DGS a été un grand travail de qualité, avec une **logique orientée sur les besoins des patients** et les enjeux massifs de **coordination**. L'ancrage définitif de la *commission cantonale de coordination du réseau de soins* est fondamental pour pouvoir être dans une logique de projets communs. Le défi de la coordination, au niveau individuel de la prise en charge du patient est déterminante. Une prise en charge de maintien à domicile

⁶⁷ Système Buurtzorg :

https://www.eesp.ch/fileadmin/user_upload/evenements/Pres_04_Cavedon_190327.pdf

comprend aussi un **continuum** et un retour à domicile après hospitalisation, par exemple, engendre de nombreuses tâches de coordination à effectuer avec une multiplicité d'acteurs du réseau. A l'*Imad*, il y a 50 équipes décentralisées de 30 collaborateurs environ chacune, elles-mêmes divisées en trois micro-équipes de 10 collaborateurs. Le but est d'avoir des **infirmières référentes** qui assument la **coordination**. Il y a des enjeux de collaboration. Le mérite de cette loi est en ce sens **de clarifier le rôle et les responsabilités**, mais il y a aussi des **enjeux d'outils d'évaluation**.

On affirme souvent que l'*Imad* cherche à **garder des patients à domicile**, mais la **liberté de choix du patient** est importante, même lorsque les choix et les besoins sont parfois **contradictaires**. Elle donne l'exemple des **couchers tardifs**. Un tiers des personnes demandent à être couchées entre 22h et 23h, un tiers entre 23h et 0h et un tiers se distribuent entre 21h et 22h ou après minuit. Les personnes concernées par les couchers tardifs sont à 33% des tétraplégiques et 75% ont moins de 65 ans. Les **limites** de maintien à domicile ne doivent pas seulement être celles que les **assureurs** imposent, mais elles doivent relever aussi de la **qualité de vie** qu'on peut apporter au **patient**. En ce sens, les limites cliniques rendent parfois une prise en charge impossible ; on doit prendre en compte en outre la **sécurité des collaborateurs** et ce, malgré l'obligation d'admettre. L'*Imad* est donc **favorable** à ce PL qui est sans doute perfectible, mais il s'agit d'une avancée dans le cadre de l'ancrage de ce que doit être une coordination de mise en réseau, au niveau de l'ambition global et au niveau de l'ambition individuelle de coordination.

Echanges avec les député.e.s

Q (le président) **Ont-ils des propositions d'améliorations de la loi ?**

R (Imad) Lorsqu'ils font des prises en charge 7j/7 et 24h/24, la **disponibilité médicale** reste un problème récurrent. Le second élément à relever est l'**interface social-santé**, dans le but d'avoir un lien qui puisse se faire de manière simple et cohérent, avec de l'**inter-professionnalité**.

Q (PDC) **Quels sont les recours possibles pour les employés sur le terrain qui veulent éviter une hospitalisation à un patient, par rapport à la disponibilité 24h/24 et 7j/7 ?** **R (Imad)** Soit on a le médecin traitant qui laisse son numéro privé à disposition des collaborateurs (ce qui est rare), soit on se tourne alors vers les médecins organisés pour répondre de nuit (*Genève*

*Médecins*⁶⁸, *SOS Médecins*⁶⁹). En cas d'urgence, ils ont parfois recours au 144.

Q (PDC) **En cas de situation difficile, l'infirmière doit-elle prendre une décision à l'instant T ? R (Imad)** La décision est prise en collaboration avec le médecin qui est contacté, mais il manque néanmoins une spécialité car on n'a généralement pas un médecin gériatre disponible en pleine nuit.

Q (PDC) **Que pensent-ils de la démarche de sortir des spécialistes des HUG pour les amener vers le patient à domicile ? R (Imad)** Ils explorent actuellement plusieurs pistes telles que l'**unité mobile**, ou alors une organisation différente des **médecins de garde**. A un moment donné, on arrive gentiment aux **limites du système**. Avec le développement de l'hospitalisation à domicile (*HàD*) qu'il y a à l'*Imad*, il faudrait songer à un **partenariat** ou à un **conventionnement avec des médecins** pour pouvoir répondre vraiment à la demande, tout en étant agile dans les prises en charge. 40% de leurs patients sont suivis 6j/7 ou 7j/7 et que 8,5% des patients représentent 50% des heures de soins.

Q (PDC) **Est-ce que les personnes venant travailler à l'Imad suivent une formation sur le réseau et le système médical à Genève ? R (Imad)** Il est en effet essentiel de **connaître le microcosme** dans lequel on vit. Il y a un **socle de base** à connaître. Il y a un **cursus d'intégration** assez fort car toutes les infirmières *Imad* assurent de la référence et doivent monter des objectifs de soins et de prise en charge. Il existe une formation catalogue de 8h en partenariat avec les *HUG* et il y a des notions de coordination qui sont enseignées dans un cycle de formation pour les infirmières *Imad* qui dure 20h. Il y a aussi toute la **logique de proximité** entre équipes pour laquelle il y a des formations au **niveau du quartier**, pour connaître les ressources disponibles.

Q (UDC) **L'art. 30 du PL rend l'accès à ce financement résiduel impossible pour les infirmières indépendantes. Que pense-t-elle du financement résiduel ? R (Imad)** A un moment donné, lorsqu'on a l'**obligation d'admettre**, on ne choisit pas ces patients et il est difficile pour l'*Imad* d'admettre que des patients soient suivis la semaine et qu'on leur demande de les suivre le samedi et dimanche. Dans sa compréhension, le financement résiduel pour ces infirmières n'est pas contraint.

Q (UDC) Quand *Genève Médecins* est contacté, est-ce que ce dernier prend tout de suite **la responsabilité de la décision ? R (Imad)** On prend la

⁶⁸ Genève Médecins, à domicile 24h/24 : <https://gemed.ch/>

⁶⁹ SOS Médecins : <https://www.sos-medecins.ch/wordpress/>

responsabilité **conjointement** de ne pas courir un risque vital et donc **d'hospitaliser**.

Q (EAG) **Cette loi fait-elle l'impasse sur les acteurs sociaux intervenant dans le maintien à domicile ?** Y a-t-il encore une **intervention en aide pratique** ? La question de la **coordination** et de l'**évaluation des besoins** est difficile pour les personnes ayant des problèmes **d'addiction** ou des problèmes psychiques. R (Imad) La nouvelle répartition par rapport à la *LRT* sur tout ce qui est **l'aide de proximité** n'est pas simple à comprendre. Au niveau individuel, il s'agit de trouver une certaine agilité, avec *Pro Senectute* ou certaines **communes**. La notion de **coordination** est essentielle. A l'*Imad*, il y a **quatre assistants de liaison**. L'enjeu des équipes **décentralisées** vise à clarifier sur qui on peut s'appuyer. Au niveau du **quartier**, il s'agit d'un **enjeu éthique et sociétal** et, dans cette loi, on peut déjà clarifier les rôles pour savoir où accéder à certaines **compétences de proximité**. L'interlocuteur logique serait les communes. Ensuite, concernant **l'obligation d'admettre**, on a mis en place des **critères d'évaluation**. Il y a une volonté de se recentrer sur l'aide pratique nécessaire au maintien de l'autonomie. Dans des situations d'addictions et de problématique de santé mentale, la **fonction de l'aide pratique** permet de mettre le pied dans la porte. Ils songent à renommer cette fonction car leurs **aides à domicile** fonctionnent en parfaite **interdisciplinarité** avec le reste de la micro-équipe.

Sur la notion de **contrainte**, cela est délicat et il faut être formé, en particulier lorsqu'on a des patients avec des **troubles psychiques**. Cela est compliqué de signaler car, dès qu'on sort du cadre de la *LAMal*, alors on doit avoir *a minima* **l'accord du client** et ce dernier est souvent réticent.

Q (Ve) **L'Imad est-elle ouverte aux autres partenaires ?** R (Imad) Effectivement, mais ils ne souhaitent **pas de soins croisés** pour des questions de **continuité**. Les partenariats possibles doivent se faire sur une base conventionnelle, mais ils ne sont pas ouverts à prendre en charge des situations le week-end ou alors la veille des vacances.

Q (Ve) **La formation complémentaire pour la prise en charge des personnes en situation de handicap est-elle donnée à leurs collaborateurs ?** R (Imad) La complexité des situations nécessite en effet de la formation, d'où la création du **centre de simulation** qui va répondre à ces **enjeux interprofessionnels** et sur le niveau de technicité demandé pour chaque pathologie. La formation pour le handicap est celle qui les interroge le plus actuellement car chaque tétraplégique nécessite une formation et donc on doit apprendre aux soignants à prendre en compte l'« **empowerment** » **du patient**, lequel a très souvent plus d'informations sur son propre cas que les soignants. Il ne s'agit pas seulement d'un enjeu de formation, mais aussi de savoir

jusqu'où on peut **faire du sur mesure**. La **contribution d'assistance** est, dans certains cas, la meilleure solution. Il y a aujourd'hui une vraie prise de conscience par rapport à cette problématique, au travers de l'utilisation des compétences de chacun dans un travail en réseau.

Q (PLR) **Ne devrait-on pas passer par un nouveau modèle de consultation médicale et réfléchir aux moyens possibles grâce aux nouvelles technologies** pour que les médecins puissent répondre de manière centralisée le plus précisément possible aux infirmières qui sont sur le terrain ?
R (Imad) Elle le rejoint complètement sur sa réflexion sur les **télémédecines**. Il est clair qu'il n'y a pas de réseau de soins sans travail ensemble et inter-professionnalité.

Q (S) **Comment l'Imad travaille-t-elle avec les communes ?** **R (Imad)** La **LRT** suit une logique où c'est le canton qui assume le réseau de soins et donc les communes ne sont pas responsables de la planification ou de l'organisation des soins. Leurs relations avec les communes sur le terrain sont frappées par le **bon sens** et ils travaillent parfois avec certaines communes, parfois pas. Les **équipes délocalisées** de l'*Imad* fournissent des informations aux communes et ces dernières collaborent avec l'*Imad*, en fonction de nombreux paramètres : présence d'EMS, d'*IEPA*, nature de la commune (urbaine, périphérique, rurale...). En outre, dans les **projets de développement**, on prévoit des **écoles** mais plus rarement des infrastructures en lien avec le **vieillessement de la population**.
R (S) **L'Imad ne s'oppose donc pas au fait que l'on ajoute les communes comme partenaires dans la loi ?** **R (Imad)** Effectivement.

Audition de *Sitex*⁷⁰ de *CSI*⁷¹, et du *GiiGe*⁷²

(**CSI**) Elles forment **deux groupes distincts**. En tant que **CSI**, ils ont déjà été consultés par rapport à ce PL dans le cadre de la commission de coordination du réseau de soins. Elles sont globalement favorables aux mesures proposées.

(**SITEX**) **SITEX** n'aurait jamais pu travailler dans l'hospitalisation à domicile (*HàD*) sans le soutien du département. L'arrivée du **financement résiduel** va permettre aux services privés de pouvoir donner de meilleures conditions au personnel. Actuellement, une infirmière travaillant dans le privé gagne environ 1000 francs de moins que dans le public.

⁷⁰ Sitex : L'hôpital à domicile : <http://www.sitexsa.ch/>

⁷¹ CSI : Coopérative de soins infirmiers : <https://csi-ge.ch/>

⁷² GiiGe : Groupement des infirmiers/ères indépendantes : <http://giige.org/>

(GiiGe)⁷³ C'est la première fois que le **Groupement des infirmières indépendantes** est convié pour parler de son fonctionnement. Le **GiiGe** a été créé en 2011 pour créer des synergies entre les indépendants. Il s'agit d'un groupe d'intérêt commun de l'**ASI** qui est spécialement créé pour les indépendantes. Elles sont aussi membre de **CURACASA Suisse**⁷⁴, une association créée spécialement pour les indépendants. En 2018, il y avait **32 infirmières à des taux horaires différents** et elles ont effectués environ **20 000 heures par année**. Elles n'ont **pas de structure de coordination commune** entre les indépendants et chaque professionnel crée donc son réseau en fonction de la situation de soins.

Echanges avec les député.e.s

Q (UDC) **Que pensent-elles des infirmières indépendantes qui semblent exclues du financement résiduel ?** L'**art. 30** prévoit des **cautèles** qui ne sont pas prévues dans la **LAMal** pour l'obtention du **financement résiduel**. **Comment font-elles pour vivre sans ce financement ?** R (GiiGe) Le PL est daté de janvier 2018, c'est-à-dire avant l'**arrêté fédéral du Tribunal administratif fédéral de mars 2018**⁷⁵ qui dit qu'on ne peut établir de conditions pour obtenir la part cantonale du financement. Il y a donc des points de la loi qui ne correspondent pas à cet arrêté fédéral. Il y a souvent un deuxième salaire dans un ménage et elle a un autre job à 50% en plus.

Une seule infirmière indépendante ne peut répondre 24h/24 et 7j/7 et attendre à côté du téléphone. Ces **lettres a et b de l'art. 30** sont incompréhensibles. Elles ne peuvent pas non plus accepter de nouvelles demandes.

Les conditions mentionnées à l'**art. 9** et à l'**art. 30** ne semblent pas correspondre à l'**arrêté fédéral**. Il y a des articles qui s'adressent parfois à des **institutions de santé** et parfois aux **infirmières indépendantes**. On exclut donc l'infirmière indépendante de certains alinéas. Il y a des patients qui ont besoin de passages fréquents et qui n'ont pas envie de voir de nombreux visages différents. R (CSI) La **continuité de la prise en soin** pour certains patients est déterminante.

Q (le président) **Quelle est leur pratique dans des cas difficiles ?** L'**Imad** a tendance à ne pas prendre de risques et à hospitaliser les gens. R (GiiGe) Il s'agit avant tout de la relation personnelle de confiance.

⁷³ Annexe 14 : Prise de position GiiGe – PL 12263 – 3 mars 2019.

⁷⁴ CURACASA Suisse : <https://www.sbk.ch/fr/association/associations-specialisees>

⁷⁵ Voir note de bas de page 7, p. 6 du présent rapport.

Q (le président) **Ont-ils de bonnes relations avec l'Imad ?** R (GiiGe) L'*Imad* refuse les **situations croisées**. La situation croisée permet de privilégier une collaboration avec une aide-soignante de l'*Imad* et une infirmière indépendante. R (CSI) S'ils peuvent offrir des prestations ensemble, en les partageant équitablement avec l'*Imad*, ça pourrait être bénéfique pour le patient et le personnel.

Q (le président) **Y a-t-il des cas où l'assurance refuse le remboursement des soins ?** R (CSI) Effectivement. Cela est problématique pour les infirmières qui ne sont que rémunérées par ce que remboursent les assurances. R (GiiGe) Le temps est défini pour chaque soin et un dépassement doit toujours être justifié. R (CSI) Les **actes** sont facilement **justifiables**, mais le **temps** pris pour la **coordination** est plus difficile à expliquer. R (SITEX) Elles doivent faire à l'avance une forme de **devis** et, si elles dépassent 40 heures supplémentaires par mois, l'assurance demande des **justifications**. S'il y a un **outil** permettant d'avoir une **vision commune** vis-à-vis des assurances, il serait plus facile de pouvoir se justifier.

Q (S) **Comment SITEX a pu équilibrer ses comptes, par rapport aux problèmes de remboursements ?** R (GiiGe) En 2011, SITEX a obtenu un **subventionnement** du canton, lié à un nombre limité d'heures à domicile et ils en font en moyenne 25 000. Le personnel est néanmoins moins bien payé que dans le domaine public et une **ASSC en privé** touche le **même salaire** qu'une **aide-soignante à l'Imad**.

Q (S) **Est-ce que les assurances remboursent bien les traitements**, par exemple dans le domaine oncologique ? R (GiiGe) Pour une perfusion longue, il n'y a pas de problème car il suffit d'envoyer le protocole du médicament à l'assurance. R (CSI) Ils font pour leur part une **avance sur la rémunération des infirmières**. Un **remboursement** pour des **soins précis**, c'est plutôt facile, mais pour des **soins de longue durée**, c'est plus compliqué.

Q (PDC) Il y a beaucoup de cas où on ne peut pas justifier le **temps additionnel** consacré à un acte. Cela **est une vraie difficulté dans le financement du domicile et de l'ambulatorio**, ce qui fait que dans le privé, le personnel est moins bien rémunéré car il y a moins de subventions que dans le domaine public et la structure doit rester rentable. R (CSI) En outre, il n'y a pas de majoration pour le travail de nuit ou le weekend, contrairement à ce qui existait par le passé, avant la *LAMal*.

Discussion interne

Q (PLR) L'**arrêt fédéral** pourrait-il avoir une **incidence** sur ce PL ? **R (le département)** Il n'est pas impossible que la justice puisse considérer qu'il faut un **financement résiduel** sans limitation. Cela veut dire alors qu'il faut demander à chaque infirmière indépendante ses comptes et fixer quel est son coût de production de l'intervention pour ensuite fixer le financement résiduel. Un travail qu'il juge considérable. Pour sa part, les infirmières indépendantes pourraient se mettre d'accord pour intervenir 7j/7, ce qu'a dit par ailleurs la **CSI**, mais elles aimeraient que l'**Imad** travaille avec elles pour pouvoir choisir leurs patients et que quelqu'un les prenne en charge quand elles ne peuvent pas le faire. Lorsqu'on demande à l'Etat d'intervenir financièrement, il faut pouvoir donner un **minimum de collaboration**, notamment en se regroupant au sein de structures. Sans cela, il n'y aura plus que l'**Imad** et des infirmières indépendantes. L'Etat doit donc poser des règles.

(UDC) Les infirmières mettent en effet en commun leurs ressources, mais elles doivent payer 14% du revenu au groupement. Il y a un **arrêt du TAF** qui stipule qu'il n'y a pas de cautèles supplémentaires à apporter. Si le Grand Conseil vote ce PL, on pourrait retourner en justice pour discuter de l'**arrêt fédéral** qui a condamné le département. Il ne veut pas travailler sur un PL qui est déjà caduque car une partie des articles ont déjà été tranchés par le **TAF**.

R (le département) Il n'y a actuellement aucune disposition légale qui permet d'interdire à une infirmière de l'UE, avec un diplôme reconnu dans l'UE, de venir pratiquer en Suisse, travailler en tant qu'indépendante et demander le financement résiduel au canton de Genève.

15 février 2019 : Audition de la Plateforme des associations d'âinés de Genève et de l'association Alzheimer Genève

(Plateforme âinés)⁷⁶ Ils ont été consulté pour ce PL et ce qui ressort tout le temps est « **pourquoi une nouvelle loi ?** » Il y a un changement de paradigme car, au lieu de la mise en valeur du **réseau** lui-même, on met désormais l'**organisation** en tant que telle comme référence. Ce n'est plus la personne âgée qui est au centre mais la **gestion** des partenaires professionnels au sein du réseau, ce qui leur paraît réducteur. Dans la définition des usagers, des buts et des partenaires, les partenaires associatifs n'apparaissent pas dans la loi. Cette approche laisse peu de place à l'innovation et elle est exclusive par

⁷⁶ Annexe 8 : Prise de position Plateforme des âinés – PL 12169 et M2442 (et PL 12263) – 16 novembre 2018.

rapport aux partenaires qui ne sont pas liés aux soins, mais qui jouent néanmoins un rôle très important dans le maintien à domicile (proches aidants et associations). Ensuite, le maintien à domicile ne doit pas être vu sous l'angle exclusif des soins, mais aussi dans le maintien des **liens sociaux**. Dans la législature précédente, **la santé et le social** était réunis sous le même département, tandis qu'on se retrouve aujourd'hui dans un contexte organisationnel qui ne favorise pas la **transversalité** de ces demandes, même si elle comprend le souci **d'efficience** et **d'efficacité**. Le besoin de clarté se répercute tant dans cette loi, que dans **l'art. 4 de la LRT**. Les **tâches de proximité** dévolues aux **communes** pour la lutte contre l'isolement et la participation sociale participent activement au maintien à domicile en bonne santé de nos aînés. Elle se demande donc si elles font partie intégrante du réseau de soins et, si ce n'est pas le cas, pourquoi.

Elle va aborder **les art. 3, 10, 20 et 23** sur la **question du manque de transversalité social-santé**. Malgré la volonté de **synergies santé-social** efficaces et la vision commune exprimée dans l'exposé des motifs, ils regrettent l'absence d'une réelle **logique socio-sanitaire transversale** et explicite, permettant de rendre viable la **coordination** citée à **l'art. 10**. Le volet social manque à ce PL et les prestations sociales sont peu précisées. Quel est donc le **continuum** envisagé dans les prises en charge si les partenaires sociaux et leurs rôles ne figurent pas de manière explicite dans l'organisation du réseau ? Ne devrait-on pas renommer le réseau de soins le « **réseau socio-sanitaire** » ? D'ailleurs **l'art. 2** mentionne les partenaires de la santé mais pas ceux du social.

Concernant **l'art. 3**, à quel moment **les maisons de vacances seront intégrées dans les structures intermédiaires** ? Ensuite, il y a un manque de clarté dans la délimitation entre **partenaires** et **membres** et dans la différenciation de leurs rôles et prérogatives respectifs dans le réseau de soins (**art. 4, 8 et 9**). Par exemple, un article est dédié spécifiquement à *l'Imad*, alors que cette dernière est citée à **l'art. 8**, au même titre que les autres partenaires et qu'elle apparaît en outre en tant que fournisseur de prestations à **l'art. 20**. Ensuite, les conditions mentionnées à **l'art. 9** pour devenir membres leur semblent contraignantes, voire insurmontables pour une grande partie des partenaires, car elles engendreraient des coûts financiers trop importants dans un contexte économique déjà tendu. Par ailleurs, **l'obligation des démarches qualité** peuvent freiner l'esprit d'innovation et risquer de devenir obsolètes avec le temps. Du reste, qui évaluera la qualité, les critères, les sanctions, et selon quelle expertise particulière ? Quel sera le choix des **outils communs** ? Les structures sociales doivent être intégrées dans ces choix, et pas uniquement les grandes institutions. La coordination des acteurs de la santé et du social

passera par des outils communs, mais ces derniers doivent être accessibles financièrement. Enfin, **l'art. 9, lettre d** (« *poursuivre une politique salariale conforme* »), est un point qui est extrêmement difficile pour les structures sociales, et donc quels seront les coûts pour les associations ?

(Alzheimer Genève) Elle salue la mention du **proche aidant** et sa reconnaissance comme partenaire dans le **chapitre 2 de la loi**, mais elle se demande par quel biais favoriser l'aide au proche aidant, lequel n'est pas pris en charge par la *LAMal*. Ce sont aujourd'hui principalement les structures sociales qui le font et il faut donc pouvoir les doter des moyens nécessaires. En outre, la loi stipule que le réseau de soins garantit le répit, l'**accompagnement**, le conseil et l'information, mais ce sont principalement les **associations** qui remplissent ce rôle. Pourquoi le réseau de soins bénéficie d'une commission de coordination avec des jetons de présence, alors que les proches aidants ne bénéficient que d'une commission de consultation sans jetons de présence ?

(Plateforme aînés) La **commission de coordination** est en partie vidée de sa mission, dans **l'art. 6**, et son nouveau rôle est devenu purement **consultatif**. Le **rapport de Strategos** propose que cette commission participe réellement à l'élaboration du plan stratégique du réseau de soins. La commission de coordination devrait garder ses prérogatives, comme c'est le cas dans la loi actuelle aux **art. 2 et 3**. En outre, la **charte de collaboration** concerne uniquement les **partenaires** du dispositif sanitaire en ignorant le social et risque d'éloigner les partenaires associatifs. Est-ce que cela signifie que ces derniers seront exclus de la commission de coordination du réseau de soins ?

(Alzheimer Genève) Le défi de la **coordination** doit passer par la valorisation de la collaboration des acteurs, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui, notamment dans les institutions de soins. Les groupes de travail buttent sur le **manque d'outils et de référentiels communs** entre les **différents acteurs**. Concernant la **formation**, dans **l'art. 14**, on ne parle que de la formation des professionnels du réseau de santé et pas des acteurs sociaux. Enfin, si on parle de partage d'information, alors on doit parler du **représentant thérapeutique**. Sinon, cela pose problème en particulier dans les cas d'Alzheimer ou de démence. La mention de ce représentant devrait donc être présente sous cette rubrique **du partage d'information**.

Echanges avec les député.e.s

Q (PLR) **Quelles suggestions à faire sur la coordination des bénéficiaires ?** R (Plateforme aînés et Alzheimer) Il est important d'avoir des **outils communs** de manière à ce que l'information circule au mieux. Le problème des outils communs ne concerne pas seulement les soins, mais aussi les acteurs **sociaux** qui suivent la personne. Par ailleurs, il ne doit pas y avoir de hiérarchie dans les partenaires.

Q (PLR) **Quelles suggestions à faire sur la disponibilité des médecins ?** R (Plateforme aînés) Il n'y a pas de hiérarchie de partenaires, le médecin est important, mais les informations peuvent être données à tout **le réseau** car, moins on est restrictif, plus on est efficient. Il y a bien sûr une question de délégation à traiter.

Q (PDC) **Au fond, craignent-elles que le médical devienne finalement donneur d'ordre du social (art. 3 al. 2) ?** R (Plateforme aînés) On tend à oublier que la santé de la personne maintenue à domicile ne relève pas seulement des soins, mais aussi de facteurs sociaux. Ce **tissu social** doit être présent dans la loi. La commission de coordination du réseau de soins doit garder ses prérogatives actuelles. Dans la loi actuelle, cette commission apparaît comme partenaire, juste après la relation canton-communes.

Q (EAG) **Ont-elles l'impression que la préservation de l'autonomie des personnes (comme dans la *LSDom*) apparaît moins ?** R (Plateforme aînés) Tous leurs membres regrettent qu'on fasse une nouvelle loi, car ils se sont organisés avec la loi actuelle, avec des liens qui se sont peu à peu tissés. **Cela est la base de leur réflexion, d'où le rejet de ce PL qui balaye tout.** R (le département) L'humain n'est pas évacué de cette loi, mais cette dernière est néanmoins une **loi d'organisation**. Cette loi a pour but de s'organiser autour de la personne qui a déjà des besoins. R (Plateforme aînés) Il y a à un moment donné un contexte dans lequel quelqu'un peut se retrouver seul et, avec la seule porte d'entrée au niveau des soins, l'état de santé va se détériorer rapidement, tandis que si la porte d'entrée prend en compte une diminution des risques d'isolement, alors l'état de santé se péjorera moins rapidement. R (Alzheimer Genève) Pour les personnes atteintes de **démence**, la porte d'entrée n'est souvent pas la santé, car il y a **la question du déni** à prendre en compte.

Q (M. Poggia) Comment rentre-t-on dans la **reconnaissance d'un besoin** ? Au niveau de la santé, c'est le patient lui-même, des proches ou alors le médecin traitant qui identifie un besoin d'intervention à domicile. Lorsque les intervenants à domicile constatent qu'il y a en plus une problématique sociale, on appelle alors les bonnes personnes et, si ce n'est pas le cas, pourquoi ?

R (Plateforme aînés) La réponse se trouve dans la **lettre h de l'art. 23**. On admet que la personne âgée a besoin d'un soutien d'ordre social. Un règlement plus clair avec un rôle défini des acteurs sociaux serait plus utile.

R (M. Poggia) Ces prestations sont délivrées après évaluation du besoin.

R (Alzheimer Genève) Ce ne sont pas forcément les soins à domicile qui évaluent cela. **R (M. Poggia)** La porte d'entrée des besoins de soins permet aussi d'obtenir un soutien social, pour autant qu'il y ait une évaluation qui soit faite et que le soutien social puisse éviter une aggravation de l'état de santé.

R (Alzheimer Genève) C'est souvent en allant à domicile qu'on se rend compte de l'**isolement de la personne**. Le **lien social-santé** marche plutôt bien mais le **lien santé-social** semble marcher un peu moins bien.

Q (PLR) Dans le cas d'une dame veuve, c'est son veuvage qui va contribuer à son isolement et à une baisse de la fréquentation sociale, ce qui est un fort **déterminant de l'état de santé** et peut amener à une fragilité. On est là complètement **en amont** de l'intervention d'un médecin qui va prescrire des soins à domicile, à savoir le **déterminant de la santé**, alors même que la **prévention de perte d'autonomie** est pourtant mentionnée dans les buts de l'**art. 1** de la même loi. **R (Plateforme aînés)** C'est exactement cela.

Q (PLR) Quelles sont leurs suggestions pour améliorer le dispositif ? **R (Plateforme aînés)** L'institution la plus proche de ces problématiques est l'*Imad* et un intervenant à domicile peut observer un risque d'isolement. On doit pouvoir identifier les personnes qui seraient des espèces de **lanceurs d'alerte** au sein du réseau social.

Q (PLR) Est-ce qu'il s'agit des bonnes pratiques dans la loi ? **R (Plateforme aînés)** On ne doit pas être trop exigeant vis-à-vis des **partenaires associatifs** qui n'ont pas les moyens suffisants. La définition des partenaires doit être plus souple pour qu'ils soient plus présents au sein du réseau.

Q (EAG) Concernant la question des portes d'entrée, on peut prescrire des soins, mais on ne peut pas prescrire du social, à moins d'une alerte de mise en danger. Le texte de loi promeut la **collaboration** et la **coordination**. Il faut qu'il y ait un **travail d'approche intégrée** et une réflexion pour savoir comment on dépasse certaines barrières et comment on collabore. **Estiment-elles qu'il faut travailler à un autre niveau pour que ces modes de collaboration reviennent ?** **R (Alzheimer Genève)** C'est justement ce travail de **valorisation** de la coordination qu'ils effectuent au sein des groupes de travail. On doit décroisonner pour pouvoir répondre au vieillissement de la population. Savoir qui est intervenu, quels établissements la personne a

fréquenté, etc., va permettre à la personne de retourner à son domicile le plus rapidement possible.

Q (EAG) Est-ce que la réduction des postes de travailleurs sociaux aux HUG a affecté cette collaboration ? R (Alzheimer Genève) Il y a un clair manque d'assistants sociaux aux **HUG**. Ils mettent actuellement à disposition leur propre assistante sociale auprès du **Centre de la mémoire**⁷⁷.

(M. Poggia) Lorsqu'on est **donneur d'alerte**, on a des interlocuteurs : l'*Imad* pour les soins à domicile et les **HUG** pour les soins hospitaliers qui ont l'obligation de répondre. Il imagine le cas d'une personne qui n'aurait qu'un problème social et il se demande à qui il faudrait alors s'adresser. Du côté de la santé, on a donc deux acteurs qui doivent répondre de suite, mais du côté de l'encadrement social, il y a une interrogation quant à qui il faut s'adresser. **R (Alzheimer Genève)** C'est justement sur cela qu'ils essaient de travailler. Dans le cadre du *plan Alzheimer*, elles aimeraient proposer un **relais social**. **R (M. Poggia)** Cela ne peut se faire qu'avec l'accord de la personne concernée.

Discussion interne

Q (EAG) Comment comprendre la notion de besoins requis, en lien avec la lettre h de l'art. 23 (aide au ménage) ? R (le département) Il faut qu'il y ait une **évaluation** qui soit corrélée aux besoins qu'il faudrait suppléer pour la personne. Il s'agit d'évaluations relevant de l'**outil RAIL Home Care**. Ce sont des prestations pour des gens qui ont un risque avéré de fragilité.

8 mars 2019 : Deuxième débat sur le PL 12263 (LORSDom)⁷⁸

L'entrée en matière a été votée en décembre 2018 et plusieurs amendements ont été envoyés. Le **PS** se réserve la possibilité de proposer des amendements lors du 3^e débat. Les **Vertes** reprennent les amendements proposés par **INSOS**⁷⁹. Le groupe **PLR** a repris la plupart des amendements des propositions des infirmières indépendantes⁸⁰.

⁷⁷ Centre de la mémoire (HUG) : <https://www.hug-ge.ch/centre-memoire>

⁷⁸ Annexe 15 : 1^{er} Tableau synoptique des amendements – 2^e débat – PL 12263 – 8 mars 2019.

⁷⁹ Voir Annexe 10 : **INSOS** Amendements – **LORSDom** – 1^{er} mars 2019.

⁸⁰ Annexe 16 : **PLR** Amendements avec tableau synoptique – PL 12263 – 15 mars 2019.

(Le département) Ce PL a fait l'objet de **nombreux amendements**. Certains amendements peuvent faire débat, mais d'autres amendements semblent dénaturer la loi.

Ce PL se veut subtil par rapport à son insertion dans le cadre de la législation fédérale, notamment la *LAMal*, et le canton n'a que très peu de possibilités de réglementer. Il rend la commission attentive par rapport à certaines idées lancées au cours des auditions. Par exemple, on ne peut pas rajouter des conditions à l'exercice de la médecine dans le droit cantonal. La *LSDom* a aujourd'hui de telles zones d'ombre et de telles formulations déclamatoires qu'il est difficile d'être convaincu de l'application de cette loi. **Cette nouvelle loi amène donc de la clarté**. On doit clarifier les règles qui prévalent au sein des acteurs de la santé (professionnels et institutions), ce qui n'est néanmoins pas exclusif. Il y a des règles volontaires assez simples qui disent qu'on peut devenir **partenaire** du réseau de soins si on les respecte et qu'elles deviennent obligatoires, si on veut recevoir de l'argent public et devenir alors **membre** du réseau. Si on respecte toutes les règles imposées aux membres, on aura alors un réseau de soins très efficace et exemplaire. Ils ont pris garde à ne pas refaire le débat sur la loi sur la répartition des tâches avec les communes car ce débat a déjà eu lieu. Des règles s'appliquent pour d'autres institutions (*EPH*) qui ne sont pas dans le périmètre de cette loi, même si on peut parfois les mentionner.

2^e débat

Titre et préambule :

La *Plateforme des aînés*⁸¹ proposait de maintenir le titre de la loi actuelle mais personne ne reprend cet amendement.

Titre et préambule : pas d'opposition, adopté

Article 1 :

Amendement DSES⁸² : **Ajouter à l'article 1 alinéa 2** : « e) soutenir et développer le concept d'Hospitalisation A Domicile (HAD) »

Le département a pris en considération l'amendement proposé par le PDC⁸³ et, si on parle de maintien à domicile, il n'y a pas de contrindication avec le **concept d'hospitalisation à domicile (HAD)**. Ils ont un problème avec

⁸¹ Annexe 8 : Prise de position *Plateforme des aînés* – PL 12169 et M 2442 – 16 novembre 2018.

⁸² Annexe 17 : Amendements DSES – *LORSDom* – 8 mars 2019.

⁸³ Annexe 18 : Amendement Buchs – Art. 1 – *LORSDom*.

la formulation proposée car il y a déjà un service d'hospitalisation à domicile qui existe formellement à l'**Imad** et des prestations de HAD à **Sitex**. Il propose donc **la formulation** « *soutenir et développer le concept* » plutôt que « *mettre en place* ». **R (PDC)** Le groupe accepte la proposition de formulation. **Le PDC retire son amendement.**

L'amendement DSES est adopté à l'unanimité par 15 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG). L'art. 1, let. e est modifié.

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

(Ve) Cet amendement^{84, 85} permet de rajouter le **côté humain** qui était dans la *LSDom* afin de comprendre à qui on s'adresse. **R (le département)** La lecture est compliquée avec les « **et/ou** ». Cela est déjà présent dans l'**al. 2**, de manière plus concrète. Leur intention est justement de clarifier le but de la loi.

(Ve) La mention **d'aide** est importante. Elles se sont beaucoup concentrées sur les **personnes en situation de handicap** et leur inclusion est, pour les Vertes, une **condition sine qua non** pour qu'elles acceptent ce PL. Dès qu'on inclut **les proches aidants** dans la loi, il faut alors inclure également les personnes en situation de handicap. En tant que législatrices, on peut faire preuve de créativité pour que ce PL ait du sens. **R (EAG)** La **réponse coordonnée** aux besoins de ces personnes dans leur **trajectoire de vie** est essentielle, car les besoins peuvent être multiples. Cela répond aussi à la question de la **plateforme des aînés** qui soulignait qu'il y avait un manque de personnalisation dans le PL.

Elle propose un sous-amendement et donc **de remplacer les « et/ou » par des « ou »**.

(Le président) **Tout le monde est d'accord pour qu'on mette le handicap dans la loi**. La loi est claire, elle organise et donc, si on change le titre, on se contredit ensuite avec la loi. **R (le département)** On a déjà inséré dans le PL les **personnes en situation de handicap aux art. 8 et 9**.

(EAG) Dans la question du maintien à domicile, il y a aussi la prise en considération de la **question de l'action sociale** qui n'apparaît pas ici. Cette

⁸⁴ Annexe 19 : Amendements conjoints Ve-EAG et email Haller – *LORSDom* – 5 mars 2019.

⁸⁵ Annexe 20 : Email Amendements Haller – de Chastonay – 5 mars 2019.

question n'a pas été résolue au niveau de la *LRT*. On doit prendre cela en compte dans le PL.

L'amendement Ve-EAG est refusé par 8 non (4 PLR, 2 MCG, 2 PDC), 7 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 1 UDC) et 0 abstention. L'art. 1, al. 1 reste donc inchangé.

Article 1, al. 2 :

Amendement Ve-EAG : «² Elle vise notamment à :

a) mettre en place un réseau de soins qui permette de répondre de manière adéquate aux besoins de la population afin de préserver son autonomie en restant le plus longtemps possible à domicile, en évitant les hospitalisations et en retardant l'admission dans des institutions de santé ou des EPH ; »

L'amendement Ve-EAG est adopté par 13 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 1 UDC), 2 non (2 MCG) et 0 abstention. L'art. 1, al. 2 est amendé.

L'article 1, ainsi amendé, est adopté par 14 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG), 0 non et 1 abstention (1 UDC).

Article 2 :

Amendement PDC-PLR⁸⁶ : « *La présente loi s'applique aux partenaires tels que définis à l'article 8.)* » **(le reste est supprimé).**

(Le président) Le but de ces suppressions est **d'éviter des redondances** par rapport à **l'art. 8**.

(Le département) Les **professionnels de la santé** énoncés à l'art. 8 n'œuvrent pas tous auprès des patients à domicile, raison pour laquelle ils veulent spécifier qu'il s'agit de **partenaires** « *qui œuvrent au maintien à domicile* ». Concernant les **communes**, on a défini **l'aide pratique** pour les personnes âgées, lorsqu'elle est **décorrélée des soins**, et qu'il y a l'aide de proximité, de même pour les personnes handicapées. Tant que les communes ne veulent pas le faire, l'Etat est obligé de prendre ces prestations en charge. Il ne faut donc pas donner un chèque en blanc aux communes. **(Le président)** L'art. 8 parle d'une signature de la **charte de collaboration** et donc ils vont par définition œuvrer au maintien à domicile. **(EAG)** Parler des services sociaux communaux, indépendamment des services sociaux cantonaux, n'est pas explicite, raison pour laquelle elle préconise une suppression de la fin de la phrase. **(Le département)** L'intention du département est de dire que, dans

⁸⁶ Annexe 21 : Amendements Buchs, art. 2 – *LORSDom*.

le champ d'application, il y a en plus un certain nombre d'institutions qui ont des définitions au niveau fédéral et par ailleurs, qu'on ne veut plus rouvrir le débat sur l'aide sociale qui incombe aux communes, comme cela est défini par la **LRT. (MCG) Le MCG soutiendra l'amendement Ve-EAG.**

L'amendement PDC-PLR est adopté par 10 oui (1 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 1 UDC), 5 non (1 EAG, 2 S, 2 MCG) et 0 abstention.

L'article 2, ainsi amendé, est adopté par 11 oui (2 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 1 UDC), 3 non (1 EAG, 2 MCG) et 1 abstention (1 S).

Article 3, al. 3 :

Amendement PDC⁸⁷ : « ³Par **HAD**, 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 occasion une hospitalisation en institution, **en offrant** une prise en charge médicale spécialisée. »

Le département est inquiet sur l'aspect « **garantissant en tout temps** » mentionné dans *l'amendement PDC* et propose de remplacer cette formulation par « **en offrant** », ce que reprennent les auteurs de l'amendement.

L'amendement PDC est adopté à l'unanimité par 15 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG). L'art. 3, al. 3 est amendé. (al. 3 devient al. 4, al. 4 devient al. 5, al. 5 devient al. 6, al. 6 devient al. 7 et al. 7 devient al. 8).

Article 3, al. 4 :

(Ve) L'idée de l'amendement vert est **d'inclure les EPH** suite à la demande **d'INSOS⁸⁸** et de définir pour qui seraient ces **structures intermédiaires**, notamment aussi pour les **personnes en situation de handicap**, un besoin exprimé notamment par *Insieme⁸⁹*.

(PLR) Le PLR a aussi pensé à insérer les **EPH⁹⁰**, mais en **supprimant la suite du paragraphe** car il ne leur semble pas clair. **R (le département)** Le Conseil d'Etat perçoit un risque à mentionner les **EPH** comme structures

⁸⁷ Annexe 22 : Amendement Buchs – Art.3, al. 3 – *LORSDom*.

⁸⁸ Annexe 23 : Amendements Verts – Courriel de Chastonay – PL 12263 – 8 mars 2019.

⁸⁹ Annexe 9 : Prise de position Insieme – PL 12169 et M 2442 – 9 novembre 2018.

⁹⁰ Annexe 16 : Tableau synoptique des amendements PLR – *LORSDom* – 15 mars 2019.

intermédiaires de soins. La *LAMal* n'intervient pas au niveau de la prise en charge en *EPH*, contrairement aux EMS. Les personnes handicapées sont domiciliées dans les *EPH* et l'hébergement n'est donc pas pris en charge par la *LAMal*. Ils peuvent néanmoins vivre avec cette mention.

(Le président) Il n'existe pas de liste des fondations ou des associations, ce qui est problématique. **(Le département)** Il est particulier de mentionner les *EPH*, sachant que les *EPH* sont déjà éligibles aux soutiens financiers de l'Etat définis par la *LIPH*⁹¹. **(Ve)** Il est important que les personnes handicapées ne soient **pas discriminées** dans ce projet lorsqu'elles sont dans des lieux d'accueil spécialisés. **(Le département)** On définit ici les **structures intermédiaires** et non pas toutes les structures qui offrent des prestations de week-ends aux familles.

(EAG) Il est important de maintenir la mention des autres fondations ou associations qui offrent des **prestations de répit aux proches aidants**. **(Le département)** L'al. 4 dit « *notamment* » et par ailleurs l'art. 25, al. 3 stipule que, dans le cadre du règlement, le département fixe le catalogue des structures intermédiaires et leurs prestations. **(PLR)** Cela est déjà inclus dans l'art. 6. **Le PLR retire son amendement. L'UDC reprend l'amendement.**

Amendement UDC : « ⁴ Par structures intermédiaires, on entend notamment les foyers de jour et de jour/nuit, les unités d'accueil temporaire médicalisées (UATM) ou de répit (UATR), les immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA), les établissements pour personnes handicapées (EPH). »

L'amendement UDC est refusé par 8 non (1 S, 1 Ve, 4 PLR, 2 MCG), 3 oui (2 PDC, 1 UDC) et 4 abstentions (1 EAG, 2 S, 1 Ve). L'art. 3, al. 4 reste inchangé.

Amendement Ve (INSOS) : « ⁴ Par structures intermédiaires, on entend notamment les foyers de jour et de jour/nuit, les unités d'accueil temporaire médicalisées (UATM) ou de répit (UATR), les immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA), les établissements pour personnes handicapées (EPH) ainsi que toutes les associations ou fondations offrant des prestations de répit aux proches aidants. »

L'amendement Ve est refusé par 8 non (2 PDC, 4 PLR, 2 MCG), 7 oui et 0 abstention. L'art. 3, al. 4 reste inchangé.

⁹¹ LIPH : Loi sur l'intégration des personnes handicapées : https://www.ge.ch/legislation/rsg/f/s/rsg_K1_36.html

Article 3, al. 5 :

Amendement Ve/EAG (al. 5) :

(EAG) Il ne s'agit pas seulement du **domicile**, car un enfant en situation de handicap peut vivre à la fois **chez ses parents** et **en institution**. En outre, le but de **supprimer « non professionnel et informel »** est d'éviter la disqualification d'une intervention qui ne serait pas professionnelle. Par ailleurs, la **notion d'accompagnement** a été rajoutée car cela renvoie à la fois à la question **sociale** mais aussi à la question de tous les actes quotidiens de la vie. **(Ve)** Le **handicap** ne signifie pas forcément la **maladie**, raison pour laquelle elles souhaitent qu'on ajoute **l'accompagnement**, ce qui se distingue de **l'aide** puisque cela demande de mettre en place des **outils**. Pour certains handicaps, l'accompagnement est essentiel.

Le PDC craint qu'un **marché** se crée autour des **proches aidants** et la **définition** doit permettre de comprendre qu'il s'agit des personnes qui sont vraiment proches des personnes aidées. Il est obligatoire de définir le proche aidant car, sans cela, il n'y a plus de PL.

Le PLR propose de mettre « **non rémunéré** » sans supprimer « **non professionnel** ». Par ailleurs, il faut respecter la définition décidée par la commission consultative. **R (PDC)** Le PDC soutient la proposition de la députée PLR sur le « **non rémunéré** ».

(Ve) Sur la **notion d'accompagnement**, si on prend l'exemple d'une **personne handicapée**, elle aura par exemple besoin qu'on l'accompagne dans l'acte de faire à manger, mais pas de lui faire à manger. **(UDC)** La notion d'accompagnement n'est pas seulement pour les personnes handicapées. On retrouve cette notion dans la mention de la « **présence** ». **(EAG)** L'accompagnement suppose d'être plus **proactif** qu'une simple présence. **(Ve)** Il s'agit d'un suivi et, au fond, **d'apprendre à faire et apprendre à apprendre**. L'accompagnement est essentiel à **l'inclusion** vers laquelle notre société doit tendre. **(PLR)** Le PLR propose donc d'ajouter simplement « **à titre non rémunéré** » :

Amendement PLR : « ⁵ Par proche aidant, on entend une personne de l'entourage immédiat d'un bénéficiaire, dépendant d'assistance pour certaines activités de la vie quotidienne qui, **à titre non rémunéré**, non professionnel et informel, lui assure de façon régulière des services d'aide, de soins ou de présence, de nature et d'intensité variées destinés à compenser ses incapacités ou difficultés, ou encore à assurer sa sécurité, le maintien de son identité et de son lien social. »

L'amendement PLR est refusé par 8 non (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 MCG), 6 oui (2 PDC), 4 PLR) et 1 abstention (1 UDC). L'art. 3, al. 5 reste inchangé.

Amendement Ve-EAG.⁶ « Par proche aidant, on entend une personne de l'entourage immédiat d'un bénéficiaire, **quel que soit son lieu de vie**, dépendant d'assistance pour certaines activités de la vie quotidienne, qui, à **titre non rémunéré** lui assure de façon régulière des services d'aide, **d'accompagnement**, de soins ou de présence, de nature et d'intensité variées destinés à compenser ses incapacités ou difficultés, ou encore à assurer sa sécurité, le maintien de son identité et de son lien social. »

L'amendement Ve-EAG est refusé par 9 non (2 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG), 6 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve) et 0 abstention. L'art. 3, al. 5 reste inchangé.

Article 3, al. 7 :

Amendement Ve/EAG (al. 7) :

(Ve) Cette proposition s'inscrit dans la **pluralité des troubles existants**. Sans cela, il y a une **discrimination** vis-à-vis de certaines personnes. **(MCG)** Le terme « **social** » est trop ouvert, raison pour laquelle le MCG va refuser l'amendement. **(Ve) Si on exclut le sensoriel, on exclut alors toutes les personnes sourdes ou aveugles**. On peut remplacer « **sociaux** » par « **autistiques** ». Il conviendrait de mettre « **troubles du spectre autistique (TSA)** ». **(Le président)** Les articulations, mais aussi la vue et l'audition sont des éléments qui relèvent du physique. **(EAG)** Les **troubles** sociaux ne signifient pas les **problèmes** sociaux. **(MCG)** L'autisme comprend un éventail de particularités cognitives et l'élément cognitif se retrouve déjà dans la loi. **(PLR)** Le fait de mentionner « **troubles sociaux** » peut être compris différemment. Le fait de mentionner « **troubles sensoriels** » est trop large. **(Le département)** Avec les trois termes de base, on incluait tout le monde. Il propose simplement « **atteints dans leur santé** » pour en être certain. **Le MCG reprend cette proposition.**

Amendement MCG : ⁷ « Par mesure de répit, on entend du conseil, de l'assistance, de l'accompagnement et de la relève à domicile ou dans une structure dédiée aux proches aidants, notamment par la prise en charge provisoire de leurs proches **atteints dans leur santé**, pour les actes de la vie quotidienne et les soins de base. »

L'amendement est refusé par 10 non (1 EAG, 3 S, 1 Ve, 1 PDC, 4 PLR), 3 oui (1 UDC, 2 MCG) et 2 abstentions (1Ve, 1 PDC). L'art. 3, al. 7 reste inchangé.

Amendement Ve/EAG : « ⁷ Par mesure de répit, on entend du conseil, de l'assistance, de l'accompagnement et de la relève à domicile ou dans une structure dédiée aux proches aidants, notamment par la prise en charge provisoire de leurs proches atteints de troubles physiques, psychiques, cognitifs, **sociaux ou moteurs**, pour les actes de la vie quotidienne et les soins de base. »

L'amendement Ve-EAG est adopté par 9 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 1 UDC), 6 non (4 PLR, 2 MCG) et 0 abstention. L'art. 3, al. 7 est accepté tel qu'amendé.

Le PDC retire son amendement⁹² concernant l'entourage immédiat.

L'art. 3 ainsi amendé est adopté par 9 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 1 UDC), 2 non (2 MCG) et 4 abstentions (4 PLR).

Article 4 :

(Le président) L'*Imad* est un membre parmi d'autres dans le réseau de soins et on ne doit pas le mettre en évidence⁹³. Cela pourrait être contraire au droit fédéral. **(Le département)** L'*Imad* est pourtant le seul acteur qui doit répondre présent de **manière obligatoire** dans le domaine des soins à domicile et donc il a une spécificité. Néanmoins, ils n'entendent bien entendu pas exclure les autres acteurs et, en ce sens, ils proposent une modification de la formulation par un **amendement**. Ensuite, ils ont proposé de changer l'élément sur le **financement résiduel** des soins, ce qui est une obligation de la *LAMal*, par un **subventionnement**. Si quelqu'un demande l'argent en plus du financement résiduel, alors on lui demande quelque chose de plus. Concernant **l'art. 4**, le département propose d'alléger la terminologie.

(PLR) Le PL demande à l'*Imad* d'assumer le rôle de grand gestionnaire du réseau. Cela est n'est pas correct et le réseau doit être géré par ses membres afin qu'il soit ainsi plus efficient grâce à une gouvernance représentative des membres et institutions qui en font partie. Pour cela, ils proposent **la création d'une commission formée de cinq membres** (*Imad*, *HUG*, *Infirmières à domicile*, *médecins de famille*, *AMGe*) et qui devient

⁹² Annexe 24 : Amendement Buchs – Art. 3, al. 6 – *LORSDom*.

⁹³ Annexe 25 : Amendement Buchs – Art. 4 – *LORSDom*.

l'organe de gouvernance du réseau. Cette **commission** aura pour mission de garantir l'admission de tout citoyen ayant un besoin de soins à domicile sur le canton. La composition de la commission est spécifiée dans **l'art. 5** qu'ils proposent, mais cela amène d'autres changements à **l'art. 4** et ailleurs. Ils souhaitent pouvoir définir le rôle du réseau et le rôle de l'Etat. En termes d'organisation, ce seraient les acteurs qui organiseraient la prise en charge des bénéficiaires de l'aide à domicile, tandis que l'Etat assumerait la responsabilité du financement.

(UDC) L'*Imad* occupe *de facto* un rôle plus important que celui d'un simple membre du réseau de soin. Toute une série de cas compris dans **l'art. 21 limitent la portée de la prise en charge obligatoire de l'Imad**. Il souhaite qu'on associe systématiquement ces limites lorsqu'on parle de **l'obligation d'admettre**. Enfin, concernant l'amendement du PLR, la composition de la commission pose problème. Il s'agira d'un **lieu de conflit mêlant des acteurs publics et privés** et il y aura des considérations mercantiles sur la santé.

(Le président) Le PDC ne nie pas le rôle de l'*Imad* mais, dans le reste de la loi, les choses sont déjà spécifiées. Il y a en effet un réseau et il doit y avoir une coordination au sein du réseau. **Leur amendement a au moins incité le Conseil d'Etat à proposer un amendement.**

(EAG) Il est important de préciser la place de l'*Imad*. C'est bien la logique d'intervention qui définit qui est aux commandes dans l'intervention, mais cela ne veut pas dire que l'*Imad* a plus de pouvoir que les autres. En outre, les modifications proposées par le PLR à **l'art. 4** et à **l'art. 5** visent à donner un tout autre sens et à définir un nouveau patron, alors que le prétendu patron *Imad* n'est pas le problème, mais plutôt le rôle d'employeur et de décisionnaire de l'Etat. Enfin, **l'amendement PDC** est trop radical et fait l'impasse sur une réalité incontournable. **Elle invite la commission à voter l'amendement Ve-EAG et, sinon, à soutenir la proposition du département.**

(MCG) L'amendement du PLR est une usine à gaz avec une majorité de privés qui décideraient pour l'*Imad* et lui donneraient le rôle qu'ils veulent. Le MCG ne soutiendra donc pas les amendements du PLR pour les art. 4 et 5, ni celui du PDC.

(Le département) Ici, on se trouve dans l'ambulatorio que l'Etat ne planifie pas. Le PLR propose un **comité de pilotage** qui piloterait le réseau et il est contre cela. Désormais lorsqu'un patient fait appel à une institution privée de soins à domicile, cette dernière a **droit au financement résiduel**, à savoir ce qui n'est pas pris en charge par la *LAMal*. Cela n'est cependant

de loin pas la grande partie de la prise en charge. On doit alors calculer le coût de production des soins pour l'institution concernée ou alors l'infirmière indépendante pour déterminer ce que le canton doit payer en plus de ce qui est couvert par la *LAMal* et du financement résiduel. Ils prévoient donc, dans cette art. 4, de **reprendre l'amendement Ve-EAG et de le mettre comme al. 2, à la suite de l'al. 1 que le département propose**. C'est cette loi qui précise l'obligation d'admettre et pas la *loi sur l'Imad*. (PLR) Le PLR demande, à travers son amendement, aux infirmières indépendantes et aux institutions privées d'avoir une obligation d'admettre. Ainsi, l'Etat ne s'appuie pas essentiellement sur l'*Imad* pour organiser le réseau de soins.

(UDC) Celui qui coordonne l'action des infirmières et des médecins sur le terrain est bien le **pharmacien**, lequel est centralisateur et facilite la vie des infirmières qui n'ont pas toujours accès aux médicaments nécessaires. Les pharmaciens ne sont pas représentés dans la commission proposée par le PLR.

Le PDC retire son amendement car ce dernier a fait l'effet escompté.

Article 4, al. 1 :

Amendement PLR : « Art. 4 Mise en œuvre

¹ *Le département chargé de la santé (ci-après : département) est l'autorité compétente pour mettre en œuvre la présente loi.*

² *Le département s'appuie sur le réseau de soins pour mettre en œuvre sa politique du maintien à domicile dans le canton de Genève.*

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

L'amendement PLR est refusé par 8 non (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 MCG), 6 oui (4 PLR, 2 PDC) et 1 abstention (1 UDC). L'art. 4, al. 1 à 3 reste inchangé.

Article 4 :

Amendement DSES : (Inversion des al. 1 et 2 et modification de l'al. 1)

« ¹ *De par son statut d'établissement de droit public autonome et d'organisation à but non lucratif, sa mission légale et son financement par l'Etat, l'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) a une obligation de prise en charge dans le domaine des soins LAMal à domicile, sur l'ensemble du territoire du canton de Genève, sous réserve des limites de la prise en soins conformément à l'article 21 de la présente loi.*

² *L'Etat s'appuie sur le réseau de soins, notamment l'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) pour mettre en œuvre sa politique du maintien à*

domicile dans le canton de Genève, notamment pour les tâches qui ne sont pas effectuées par des institutions privées. »

L'amendement DSES est accepté par 9 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 1 UDC, 2 MCG), 4 non (4 PLR) et 2 abstentions (2 PDC). L'art. 4, al. 1 est accepté tel qu'amendé et il y a inversion des alinéas 1 et 2.

L'art. 4 tel qu'amendé est accepté par 11 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 1 UDC, 2 MCG), 4 non (4 PLR) et 0 abstention.

15 mars 2019 : suite du deuxième débat sur le PL 12263

Vote (suite)

Article 5 :

Amendement PLR :

(PLR) Ils ont **modifié leur amendement**, en rajoutant une personne dans la **composition de la commission**, de manière à empêcher que les médecins puissent prendre une décision eux seuls en ayant une majorité. Cependant, le fond est le même : ils veulent que l'organisation fonctionnelle soit supervisée par les professionnels concernés et pas seulement par l'*Imad*. Enfin, ils proposent **d'intervir les art. 5 et 6** afin de définir d'abord les **organes** et ensuite leurs **responsabilités**.

Q (EAG) **Quelle est la composition de la commission que le département avait prévue ?** R (Le département) On a aujourd'hui une **commission de coordination** du réseau de soins qui va être maintenue, alors que là, on désire faire une **commission de gestion et de coordination**. On délèguerait la gestion du réseau de soins à un ensemble de partenaires, mais les intérêts des uns et des autres ne sont pas les mêmes. Ils proposent, pour la **commission de coordination**, la composition suivante : *l'ACG, l'Association des foyers pour personnes âgées, la FEGEMS, l'AGEMS, Genève Clinique, les HUG, le Groupement des services privés d'aide et de soins à domicile, l'Imad, l'Hospice général, les EPI, l'Association des physiothérapeutes, l'Association des pharmaciens, la Plateforme des associations d'ainés de Genève, Pro Senectute, la DGAS, la DGS et le Service de la planification et du réseau de soins*. Il s'agit seulement d'une **commission consultative**. Si elle devient une commission de gestion, il va être difficile de travailler.

(PLR) La raison pour laquelle la **commission est plus resserrée** est qu'il serait impossible de faire quoi que ce soit avec autant d'acteurs. La responsabilité de cette commission est de nommer une direction et de la superviser, de donner de grandes stratégies et avoir une responsabilité dans l'organisation et la gestion du réseau. (EAG) Le rôle d'une telle commission

est de représenter les intérêts des personnes du terrain et de relayer leurs préoccupations auprès du département. **Cet amendement modifie fondamentalement le sens de l'article.**

(MCG) On donne ici un pouvoir à une **association de pharmaciens** alors qu'il y en a une autre qui existe. Cela est au fond un problème lié à l'inclusion **d'associations corporatives** dans la loi. **(UDC)** Dans le cadre de l'**API**⁹⁴, dont il est membre, cela ne pose en l'occurrence aucun problème à l'**API**.

(Ve) Cette proposition est innovante, mais elle vient tard, puisqu'on n'a pas consulté les partenaires à ce sujet. Par ailleurs, elle salue l'insertion d'un représentant du DCS dans la composition de la commission proposée.

Q (MCG) **Quels sont les éventuels risques de recours, lors du vote de la loi ? R (le département)** Le département s'oppose catégoriquement à cette proposition de nouvelle gouvernance. Si une telle proposition passait, ils retireraient alors leur PL. Par ailleurs, l'**Action sociale** est intégrée dans la commission consultative et donc ils ont répondu à la volonté de la commission **d'inclure le social** dans la réflexion.

(PLR) Il pensait initialement que la commission consultative était inutile, mais il revient sur sa position. **Il retire donc l'amendement PLR.**

Vote de la modification du titre de l'article 5 :

Art. 5 Commission de gestion et de coordination du réseau de soins (modifié)

La modification du titre de l'article 5 est refusée par 8 non (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 MCG), 7 oui (2 PDC, 4 PLR, 1 UDC) et 0 abstention. Le titre de l'art. 5 reste inchangé. La suite de l'amendement n'a désormais plus raison d'être. Le président ne la fait donc pas voter.

Amendement PS⁹⁵ :

(S) Sa proposition vise à charger le département du **contrôle de la qualification du personnel**, des risques de manque de contrôles et de l'existence de **pratiques sauvages**.

Q (PLR) **Qu'entend-il par « dumping salarial » ? R (S)** Il entend par là à travail équivalent, un salaire qui ne l'est pas et des prestataires de soins qui payent à leurs employés des salaires indécents.

⁹⁴ API : Association genevoise des pharmaciens indépendants.

⁹⁵ Annexe 26 : Amendements Thévoz – PL 12263 – 11 mars 2019.

Q (PLR) **Qu'est-ce un salaire indécent ?** R (S) Il s'agit d'un salaire en dessous des salaires fixés par les conventions collectives quand il y en a ou en dessous des usages. R (PLR) Cela est le rôle de l'*OCIRT*⁹⁶ et cette disposition n'a pas à figurer dans ce PL.

Q (le président) **Est-ce que l'OCIRT a dû intervenir pour les partenaires privés travaillant à domicile ?** R (le département) L'*OCIRT* mène une enquête pour savoir s'il y a de la sous-enchère salariale répétée par rapport aux salaires d'usage. Cette préoccupation est légitime pour les nouveaux acteurs qui interviennent sur le terrain, mais elle n'a pas à figurer dans la loi, si ce n'est à l'**art. 9**, où il y a déjà une mention des **conventions collectives**. La *loi sur la santé* permet le contrôle de la qualification de personnel.

(EAG) L'**art. 9** n'est pas le même, car l'**art. 5** dit de quoi est chargé l'Etat et non pas ce que doivent faire les membres du réseau. Il n'est donc pas inutile de le préciser ici.

(UDC) Les **infirmières indépendantes** ne recevant pas la part résiduelle, font l'objet d'une forme d'inégalité salariale, même si cela ne constitue pas une forme de dumping salarial. Par ailleurs, dans son métier, on a supprimé le statut de **préparateur**, mais des confrères emploient des préparatrices françaises qui sont basculées dans la catégorie « **assistante en pharmacie** », ce qui fait que la requalification de leur profession constitue déjà une forme de **dumping salarial**. Il y a des **petites niches**, dans diverses professions, où il peut y avoir un certain nombre de problèmes. **Il soutiendra donc l'amendement.**

Article 5, al. 2 :

Amendement PS :² « j) De prévoir et garantir le contrôle des prestataires privés et de s'assurer de la qualification du personnel afin d'éviter le dumping salarial. » (**nouveau**)

L'amendement S est refusé par 8 non (2 PDC, 4 PLR, 2 MCG), 7 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 1 UDC) et 0 abstention. L'art. 5 al. 2 reste inchangé.

Article 5 : pas d'opposition adopté

⁹⁶ OCIRT : Office cantonal de l'inspection et des relations du travail : <https://www.ge.ch/organisation/ocirt-direction-generale-office-cantonal-inspection-relations-du-travail>

Article 6, al. 2 let. a :

L'amendement PLR est retiré.

Amendement Ve-EAG :

(Ve) L'idée est de reprendre le contenu de la *LSDom* car **la mobilisation des potentialités, l'adaptation de l'offre ainsi que la mise en œuvre coordonnée** sont des éléments essentiels à inclure dans la mission principale de la **commission de coordination**. Celle-ci doit pouvoir se coordonner en fonction des **évolutions** et des changements de pratiques. **R (EAG)** En supprimant la mention « *de conseiller le département dans le cadre* », il s'agit d'insister sur « *la mobilisation des potentialités du réseau, etc.* ».

Q (PLR) Est-ce que le mot « potentialités » signifie « ressources » ? R (EAG) Il s'agit du libellé initial de la *LSDom* qui n'avait jusqu'alors pas été remis en question. **R (Ve)** Lors des auditions, il est ressorti que le fait de **repenser les pratiques** serait une des missions importantes de cette future commission de coordination.

Q (PLR) Ne devrait-on pas remplacer « potentialités » par « ressources » ? R (Ve) Elle accepte de remplacer « *potentialités* » par « *ressources* ».

(PDC) La **lettre e de l'art. 9** répond au besoin de connaissance des évolutions des nouvelles pratiques de soins. **(S)** Cet amendement vise à habilitier les acteurs à échanger et nourrir un dialogue sur des questions complexes et évolutives. **(Ve)** Cette commission est idéale pour discuter des potentielles évolutions et coordonner les bonnes pratiques et les compétences.

Les Vertes abandonnent la partie de leur amendement concernant la suppression de « de conseiller le département dans le cadre : ». (PLR) Il reprend l'amendement initiale car cela lui paraît plus clair.

(Le département) La commission considère qu'il faudrait qu'il y ait un retour du terrain en matière de bonnes pratiques. **Il propose la formulation suivante :**

- a) « *de l'établissement des bonnes pratiques de soins en fonction des connaissances et des besoins des bénéficiaires* »

Amendement du député PLR (amendement Ve-EAG initial) :

L'amendement PLR est refusé par 11 non (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 1 UDC, 2 MCG), 4 oui (4 PLR) et 0 abstention. L'art. 6, al. 2 let. a reste inchangé.

Amendement Ve-EAG : 2 « *La commission a notamment pour mission de conseiller le département dans le cadre de :*

- a) « *de la mobilisation des potentialités et des compétences des partenaires dans le but d'adapter l'offre aux besoins des bénéficiaires et aux évolutions des connaissances et pratiques de soins.* » (**Reprise de l'al. 2., art. 10 (LSDom)**)

L'amendement Ve-EAG est refusé par 9 non (2 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG), 6 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve) et 0 abstention. L'art. 6, al. 2 let. a reste inchangé.

Article 6, al. 2, let. d : (**nouvelle lettre**)

Amendement Ve-EAG :

(Ve) L'idée de la **lettre d** est de se coordonner au niveau des **questions de prévention**. Cela figurait déjà dans la *LSDom*. Le but est d'avoir une **vision à long terme** de la santé, en mettant en avant la promotion, la prévention et seulement après les soins.

(PLR) Il faut faire de la promotion et de la prévention de manière plus large, mais cela n'a pas de lien avec le réseau de soins. (**Ve**) Il est essentiel que cela figure dans cette loi car on parle de maintien à domicile, lequel est possible grâce aux **bons comportements** qui permettent de rester en bonne santé et donc à la promotion de ces derniers. Les personnes sur le terrain doivent donner des conseils de prévention et cela doit faire l'objet d'une coordination.

Q (PDC) **N'y a-t-il pas un double emploi ? R (le département)** La promotion et la prévention se trouvent dans les **art. 11 et 12**, au niveau de la charte de collaboration et des buts de cette collaboration, car c'est avec les partenaires qu'on doit mettre en place les campagnes de prévention. La formulation est plus large car les plans cantonaux comprennent aussi le *programme Alzheimer*, le *programme proches aidants* ou encore le *programme soins palliatifs*. Il propose donc de préciser le cas échéant les différents programmes à cet art. 12 de la loi. **R (EAG)** Ce sont des interlocuteurs différents qui interviennent à l'**art. 6** et à l'**art. 12**.

Le PLR soutiendra l'amendement, car cet ajout permet de conseiller le département alors que, si la commission de coordination souhaite émettre un avis sur la mise en œuvre de ces programmes, elle ne pourrait pas le faire sans cet ajout.

« d) de la mise en œuvre coordonnée des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies et des accidents. » (**Reprise art. 10, al. 2 let. e) (LSDom)**)

L'amendement Ve-EAG est adopté à l'unanimité par 15 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG). L'art. 6, al. 2, let. d est modifié.

Article 6, al. 3 :

Amendement Ve-EAG :

La proposition Ve-EAG pour **l'alinéa 3** est une simple correction sémantique. (**Le département**) En effet, le terme de partenaires a été utilisé ici à mauvais escient et prêtait à confusion.

Q (PLR) Quels vont être les moyens de cette commission pour promouvoir auprès des acteurs du réseau de soins ? R (le département) La force de conviction et les partenaires s'engagent à être aussi les porteurs des valeurs. **R (UDC)** Il manque dans la loi des **éléments de reconnaissance** pour toutes les personnes qui ne sont ni membre, ni partenaire du réseau et qui interviennent malgré tout de manière bénévole. Tous les privés n'offrent pas leurs espaces pour pouvoir diffuser un message de santé publique, comme le font les **pharmaciens**.

*Amendement Ve-EAG :*³ « Les membres de la commission s'engagent, en outre, à promouvoir auprès des **acteurs** du réseau de soins la charte de collaboration mentionnée à l'article 11 de la présente loi. »

L'amendement Ve-EAG adopté par 13 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 1 UDC), 0 non et 2 abstentions (2 MCG). L'art. 6, al. 3 est modifié.

L'article 6 tel qu'amendé est accepté à l'unanimité par 15 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG).

Titre II :	pas d'opposition, adopté
Chapitre I :	pas d'opposition, adopté
Article 7 :	pas d'opposition, adopté

Article 8 :

(Le département) **Leur proposition d'amendement devrait normalement couvrir l'amendement Ve-EAG et celui du PLR.** Il propose « **monde du handicap** », car cela permet à beaucoup plus de structures et en

autre aux proches aidants d'être inclus. **(EAG)** Cette proposition convient tout à fait.

Q (Ve) Est-ce que par « **structures** », ils sous-entendent **établissements** et par « **organisations** », ils sous-entendent **associations** ou fondations ? **R (le département)** Oui. **(Ve)** Il faudrait mettre la lettre concernant le « **monde du handicap** » après celle concernant les « **personnes âgées** », ce qui convient au département, même s'il n'y a pas d'ordre de priorité dans la liste.

Les Vertes et EAG proposent la **lettre q** car on n'a inclus pour le moment dans cette loi uniquement les personnes âgées et les personnes en situation de handicap mais pas les organisations qui s'occupent du maintien à domicile de « **personnes qui sont atteintes dans leurs santé** ». **(EAG)** En outre, les gens mentionnés **sous r** doivent aussi être mentionnés dans l'article car ils figurent dans le réseau.

(Le département) Concernant les « **communes** », l'**ACG** fait partie de la commission. **(EAG)** Chaque commune met en place de manière différenciée des mesures spécifiques et la **LRT** leur a assigné l'exclusivité du développement des tâches de proximité pour les personnes âgées. Elles doivent pouvoir devenir **partenaires** du réseau de soins. **(Le département)** Cela est intégré dans la **lettre f** des « **services sociaux publics** ». **(EAG)** Les communes n'interviennent pas forcément par le biais d'un service social. **(Le département)** Il propose « **toute autre entité publique ou privée active dans le domaine des soins à domicile qui ont rempli les conditions** ».

Le PLR présente un **amendement** à la **lettre a** qui propose aux **organisations de médecins** de pouvoir être membre du réseau et **pas seulement un médecin seul**.

Article 8, let. a :

Amendement PLR : « *a) les médecins traitants, les réseaux et organisations de médecins traitants ;* »

L'amendement PLR est adopté à l'unanimité par 15 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG). L'art. 8, let. a est modifié.

Article 8, let. 1 :

Amendement DSES : « *1) les structures et organisations représentant le monde du handicap* » (**avec ensuite un décalage des lettres suivantes**)

L'amendement DSES est adopté à l'unanimité par 15 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG). L'art. 8, let. 1 est modifié.

Article 8, let. p :

Amendement Ve-EAG : « p) les associations représentant les personnes atteintes dans leur santé »

L'amendement Ve-EAG est adopté à l'unanimité par 15 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG). L'art. 8, let. p est modifié.

Article 8, let. q :

Amendement Ve-EAG : « q) les services sociaux publics et privés intervenant auprès des catégories de personnes précitées »

L'amendement Ve-EAG est adopté à l'unanimité par 15 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG). L'art. 8, let. q est modifié.

Article 8, let. r :

Amendement Ve-EAG : « r) les communes »

L'amendement Ve-EAG est adopté à l'unanimité par 15 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG). L'art. 8, let. r est modifié.

L'article 8 ainsi amendé est adopté à l'unanimité par 15 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG).

29 mars 2019 : suite du deuxième débat

Article 9 :

L'amendement du **département** vise à préciser le périmètre de la loi quant aux **établissements pour personnes handicapées (EPH)**. Il est important de pouvoir faire les bons renvois par rapport aux références légales existantes. **(Ve)** Cet amendement est correct. Il vaut mieux en effet garder la **formulation « personnes handicapées »** dans l'ensemble de la loi, de manière à être en accord avec les différents cadres légaux.

Article 9, let. b :

Amendement DSES : b) « être autorisé en qualité de professionnel de la santé ou d'institution de santé au sens de la loi sur la santé **ou d'établissement au sens de la loi sur l'intégration des personnes handicapées, du 16 mai 2003** ; »

L'amendement DSES est adopté à l'unanimité par 15 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG). L'art. 9, let. b est modifié.

Les Vertes et EAG proposent un **amendement** afin d'inclure la **dimension du lien entre la santé et le social**.

Q (PDC) **Si on ajoute cette formulation, les acteurs du monde social pourront-ils ouvrir un service d'aide à domicile ? R (le département)** Il y a une *loi sur la santé* qui définit les professions de santé qui sont autorisées et on ne peut pas en dire autant du côté du social, ce qui les conduit à plutôt soutenir leur propre formulation pour cet article. **R (PLR)** L'amendement va à l'encontre de ce que recherchent les Vertes et EAG, car il n'y a actuellement pas de barrières pour que les partenaires sociaux soient reconnus. L'amendement crée de nouvelles barrières.

Q (PLR) **Attend-on que les membres donnent des soins, car les EPH sont des lieux de vie et pas des lieux de soins ?** Il craint que ces établissements doivent répondre demain à une double logique. **R (le département)** C'est pour cette **raison qu'ils renvoient à la loi sur l'intégration des personnes handicapées (LIPH)**, pour éviter des ambiguïtés dans le domaine financier et le flux d'information. La portée de cette **lettre b** vise à préciser les institutions qui peuvent devenir membres.

(PLR) **INSOS** n'a pas fait d'amendement pour devenir **membre**, mais seulement pour être **partenaire**. **(Le président)** On est là dans la **définition du membre**. **(Le département)** L'objectif n'est pas d'exclure, ni du périmètre de cette loi, ni du financement, les acteurs du domaine social énumérés à l'**art. 8**. Cependant, les conditions pour être **membres sont des conditions spécifiques pour les professionnels des institutions de santé et inapplicables à des acteurs sociaux**. Cela n'exclut néanmoins pas la possibilité de financer ces acteurs avec cette loi. **(PDC)** L'**art. 17** met en avant le rôle des partenaires et les partenaires sociaux ne sont exclus.

Les Vertes et EAG retirent leur amendement pour la lettre b.

Amendement PLR :

(PLR) La formulation proposée dans le PL leur semble redondante et constitue un doublon. Les conventions collectives doivent être simplement appliquées. **(UDC)** Il soutiendra cette simplification, mais ce qui pose problème, ce sont les professions qui ne sont pas couvertes par des conventions collectives.

(Le département) Il est important de regarder les deux éléments qui suivent, car il y a aujourd'hui des professionnels de la santé qui ne sont pas du tout couverts. Il est central de laisser cette disposition. La suite de la formule concerne les indépendants. **(MCG)** L'amendement modifie fondamentalement

l'article. La formulation initiale permet d'avoir un contrôle sur les travailleurs du secteur et il faut donc la maintenir.

Q (le président) **Est-ce que la formulation de base « lorsque cela s'applique » n'est pas suffisante ?** R (UDC) On doit traiter le personnel relevant des collections collectives et celui qui n'en relève pas dans deux lettres différentes. R (le département) Cette formulation a pour but de ne pas inclure des acteurs qui ne respecteraient pas les règles de la branche.

Article 9, let. c :

Amendement PLR (reformulé en séance) : c) « poursuivre une politique salariale conforme aux conventions collectives ou aux normes cantonales appliquées aux professionnels concernés »

L'amendement PLR est refusé par 8 non (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 MCG), 7 oui (2 PDC, 4 PLR, 1 UDC) et 0 abstention. L'art. 9, let. c reste inchangé.

Article 9, let. e à supprimer :

Amendement PLR :

(PLR) Ils proposent de **supprimer la lettre e** pour permettre à de plus petites organisations de pouvoir avoir le statut **de membre**. On peut faire une analogie avec les **médecins indépendants**. Exiger que les indépendants aient leur propre **plan de formation** est difficile. Demander à toutes les organisations d'avoir leur propre plan de financement serait discriminatoire pour les plus petites.

(Le département) Un plan de formation peut être un cours externe. En tant qu'employeur, on doit s'assurer que le personnel suive une formation pour être au niveau des évolutions des différents soins. On parle des **conditions pour être membre** et donc de recevoir de l'argent de l'Etat. Une entreprise n'est pas obligée d'avoir son propre plan de formation. (PLR) La formulation proposée laisse penser que tout le monde doit créer son propre plan de formation continue. Il faudrait cibler sur la formation continue des professionnels.

(UDC) Certaines personnes ont eu leur diplôme avant que le principe de la formation continue ait été mis en place et donc elles n'ont pas l'obligation de suivre une forme spécifique de formation continue. (Le président) Certaines professions n'ont pas de formation continue et en effet il ne faut pas qu'il y ait des flibustiers. (UDC) La formation continue est obligatoire selon la date du diplôme obtenu. Si on rend cela obligatoire, on va devoir être rétroactif. (Le président) Le diplôme *FMH* de médecine ne peut pas être

retiré, mais on peut tout à fait retirer le droit d'être remboursé par les assurances maladie.

(Ve) Elle propose de mettre « *s'assurer du suivi par leur personnel d'une formation continue et garantir l'engagement de personnel formé aux tâches spécifiques requises* », afin de répondre aux demandes des personnes auditionnées et mieux écouter la personne soignée. **(Le président)** Est-ce que cela à sa place ici puisqu'on ne parle que de la **formation continue** ? **(PLR)** Il conviendrait de faire une lettre spécifique pour cela. Des choses vont devoir être apprises une fois l'engagement effectué et, dans le cas contraire, on aurait des difficultés à l'heure du recrutement.

(Le président) Cela empêche beaucoup de personnes de pouvoir évoluer dans leur vie professionnelle et d'être formées en cours d'emploi. Les infirmières qui se chargent des plaies par exemple se sont formées par la suite car il y avait un intérêt et des besoins.

(Ve) Elle propose de mettre : « *s'assurer du suivi par leur personnel d'une formation continue afin de garantir l'engagement de personnel formée aux tâches spécifiques* ». **(S)** C'est un bon compromis. **(PLR)** Cela n'est pas cohérent, car on ne peut pas fixer des critères de formation continue pour l'engagement de personnes qui sont déjà engagées.

(Le président) Il propose : « *s'assurer du suivi par leur personnel d'une formation continue afin de disposer d'un personnel formé aux tâches spécifiques requises* ».

Amendement PLR (reformulé en séance) : e) « *s'assurer du suivi par leur personnel d'une formation continue afin de disposer d'un personnel formé aux tâches spécifiques requises* »

L'amendement PLR est adopté à l'unanimité par 15 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG). L'art. 9, let. e est modifié.

Article 9, let. i :

Amendement PLR

(PLR) La **lettre i** indique l'obligation d'utiliser le **dossier électronique** du patient choisi par l'Etat, mais le **courrier électronique individuel** permettrait à tous les professionnels d'échanger et **forcer une numérisation** pour éviter les fax et ce, sans attendre l'adoption par tous du dossier électronique. Le **courrier électronique** ne vise pas à remplacer le **dossier électronique**, mais plutôt les autres formes de communication non numériques. Il existe différentes solutions d'**e-mails sécurisés** sur le marché.

Cet amendement a pour but d'accélérer la transition numérique dans le domaine de la santé. **(Ve)** On va donc se retrouver par la suite avec **deux outils** : la boîte électronique et le dossier électronique du patient. **(PLR)** Il y a des plateformes qui sont en train de se mettre en place et qui vont devenir obligatoire pour la médecine stationnaire, mais pas encore pour l'ambulatoire. **(Le président)** Il ne s'agit pas du même outil. Il utilise une adresse sécurisée grâce à la plateforme *Health Info Net (HIN)*⁹⁷ et ses e-mails sont sécurisés.

(Le département) L'Etat maîtrise bien les données et le dispositif de *Mondossiermedical.ch* grâce à des dispositions contractuelles bétonnées. *Mondossiermedical.ch* fonctionne et cela permet à **50 000 personnes d'avoir accès à leur dossier médical**, ce qui est utile pour la qualité de prise en charge. Par ailleurs, *Mondossiermedical.ch* comporte un **courriel sécurisé**. La transition numérique doit se faire de façon transparente avec le patient en lui permettant d'avoir un **réel « empowerment »**. Le département a un problème quant au fait d'imposer cette sécurisation dans la loi car l'Etat ne maîtrise ni le modèle économique, ni le modèle technique, ni le stockage des données. Cela va inciter des professionnels à créer un outil qui sera ensuite utilisé par préférence par rapport à *Mondossiermedical.ch* qui est encore en phase d'évolution. **R (PLR)** Il découvre qu'il y a un **courrier sécurisé** avec *Mondossiermedical.ch* et on pourrait donc ajouter « *Mondossiermedical.ch ou une autre forme de courriel sécurisé* » dans la formulation de l'article.

Q (S) Est-ce que toute personne qui rentre aux *HUG* reçoit un dossier médical électronique ? Et pour l'*Imad* ? **R (le département)** C'est le cas dans certains services des *HUG*, mais pas systématiquement. Il en est de même pour l'*Imad*. **R (le président)** Il utilise *Mondossiermedical.ch* mais toutes les demandes de l'*Imad* lui proviennent néanmoins par fax. **R (le département)** Ils emploient des personnes externes aux *HUG* pour entrer les données des patients dans *Mondossiermedical.ch*, et il y a eu une forte avancée **en pédiatrie** ainsi **qu'en gériatrie**. Au niveau **fédéral**, on discute sur une obligation pour les médecins d'utiliser une forme de dossier médical électronique.

Q (Ve) Elle a des doutes quant aux **certificats de sécurité**. **R (le président)** Les médecins de l'*AMG* utilisent *HIN*, une technologie très éprouvée. **R (PLR)** La technologie standard est la technologie *HIN*, laquelle est implémentée par le serveur des *HUG*. Cela est beaucoup mieux que *Gmail*, qui est pourtant utilisé par de nombreux médecins. **Beaucoup de médecins ne sont pas en**

⁹⁷ HIN : Health Info Net : <https://www.hin.ch/fr/>

règles avec les questions de garantie de sécurité sur les échanges d'informations.

Q (S) Que penser des réseaux développés par les assurances ?
R (PLR) Les données appartiennent au patient, le médecin est garant de la protection de ces données. Par ailleurs, un patient ayant une assurance obligatoire de soins dans un modèle alternatif accepte **deux choses** : une **restriction du choix de son prestataire**, car il sera pris en charge par un médecin de premier recours qui doit être sur la liste de l'assurance ; le fait que les **données de facturation soient transmises au réseau**. En contrepartie, l'assuré a un rabais de 10% à 15%. **R (S)** Ces enjeux fondamentaux n'ont pas leur place ici, mais plutôt directement dans la **loi sur la santé**. **R (PLR)** Ce sera plus rapide que de reprendre la loi sur la santé. Cette lettre fait suite à **h**. Il propose de compléter par : « **utiliser le système de courriel prévu par Mondossiermedical.ch ou un autre système de courriel personnel sécurisé** ». **R (le département)** Le fait de créer des voies parallèles va rendre encore plus difficile l'implémentation de Mondossiermedical.ch.

Q (le président) Les systèmes sécurisés sont-ils compatibles ? **R (PLR)** Oui. **R (MCG)** Personne ne peut garantir un système de cryptage inviolable. L'utilisation de divers systèmes de cryptage ne fonctionne pas.

Article 9, let. i :

Amendement PLR (reformulé en séance) : *i) « utiliser le système de courrier électronique selon l'outil choisi par l'Etat ou un autre système de courriel électronique sécurisé permettant l'échange de données médicales » (nouveau)*

L'amendement PLR est refusé par 8 non (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 MCG), 7 oui (2 PDC, 4 PLR, 1 UDC) et 0 abstention. L'art. 9, let. i reste inchangé.

Article 9, al. 2 (nouveau) :

Amendement PLR :

(PLR) Il y a des **professionnels de la santé** qui sont **indépendants** ou qui sont de petites structures et, ici, il y a la possibilité pour ces personnes de **se regrouper et de devenir membres**, sans créer nécessairement une institution. Par exemple, si toutes les infirmières indépendantes de la coopérative de soins infirmiers répondent aux critères, même si la coopérative n'est pas reconnue comme institution, alors elles peuvent quand même devenir membres. **(Le département)** Les convergences d'intérêt

permettant de se regrouper sont difficilement imaginables ainsi, mais il n'est pas contre cette proposition.

Amendement PLR : ² « Les regroupements ou organisations de professionnels peuvent devenir membre lorsqu'ils regroupent des professionnels répondant tous individuellement aux critères de l'article 9, alinéa 1. » (**nouveau**)

L'amendement PLR est adopté par 13 oui (1 EAG, 2 S, 1 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG), 0 non et 1 abstention (1 S). L'art. 9, al. 2 est modifié.

L'ensemble de la commission vote l'introduction d'un alinéa 1 qui reprend l'ensemble des lettres votées précédemment (de manière à être en cohérence avec l'amendement qui introduit un alinéa 2 et qui vient d'être voté).

L'article 9 tel qu'amendé est adopté à l'unanimité par 15 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG).

Chapitre II :	pas d'opposition, adopté
Article 10 :	pas d'opposition, adopté
Article 11 :	pas d'opposition, adopté
Article 12 :	pas d'opposition, adopté

Article 13 :

(Ve) Mentionner l'aspect de **l'autonomie**, notamment suite aux auditions permet de mieux préciser les besoins. L'article ne mentionne que très peu les bénéficiaires de la loi.

(PLR) Il s'agissait d'une demande du *CFRGe*⁹⁸ qui se plaignait du fait que la prise en charge n'était pas toujours organisée en fonction de leurs propres horaires. **(Ve)** Il s'agit de tenir compte des besoins des bénéficiaires qui sont en quête d'autonomie. **(Le département)** Une grande variabilité de l'intervention peut parfois dépasser les possibilités réelles de la structure. **(UDC)** Il faudrait ajouter « *dans la mesure du possible* » car on doit prendre en compte les limites réelles du système. **(Ve)** Il est inadéquat de rajouter cela, même si on sait que l'*Imad* fait déjà son possible. **(PLR)** L'autonomie est une valeur fondamentale et elle ne peut pas être limitative. La formulation incluant la promotion de l'autonomie va dans le bon sens, car cela signifie qu'on

⁹⁸ Annexe 13 : Prise de position *CFRGe* et *FéGAPH* – PL 12263 – 18 janvier 2019.

promeut la capacité de la personne à prendre les bonnes décisions et à en assumer les conséquences. La commission s'accorde finalement sur la formulation suivante : **« respecter le bénéficiaire et promouvoir son autonomie »**.

Article 13, let. c :

Amendement Ve-EAG (reformulé en séance) : « c) *respecter le bénéficiaire et promouvoir son autonomie* »

L'amendement Ve-EAG est adopté par 9 oui (3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 PLR), 0 non et 6 abstentions (1 EAG, 2 PLR, 1 UDC, 2 MCG). L'art. 13, let. c est modifié.

L'article 13 tel qu'amendé est adopté par 13 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 3 PLR, 2 MCG), 2 non (1 PLR, 1 UDC) et 0 abstention.

Article 14 :

(PLR) Ils proposent de **supprimer les points 3 et 4** car cela est trop détaillé et inutile. Ce n'est pas forcément le bon endroit pour mentionner les objectifs de formation des organisations du réseau de soins. **(Le département)** Lorsqu'on a la qualité de **membre**, on doit être particulièrement concerné par une relève, raison pour laquelle ils demandent aux membres d'être actifs dans la formation de la relève en organisant notamment des **stages**. L'**al. 3** parle de la **formation de la relève** alors que le **2** ne parle que de la **formation continue**. Concernant l'**harmonisation** de la formation continue, des choses vont être faites de manière **transversale** et il y a des choses à faire **en commun** pour la formation des professionnels de santé. Le dernier point permet de spécifier qu'on doit participer à l'élaboration de l'image du réseau de soins de manière à déterminer les professionnels nécessaires au fonctionnement du réseau de soins et le personnel formé à mettre en adéquation avec ceux-ci. Enfin, le fait d'ancrer une obligation légale pour participer à cet effort statistique qui va au-delà des statistiques officielles est pour eux quelque chose de central.

(PLR) On a un **al. 1** qui parle de la **formation professionnelle de base**, puis un **al. 2** qui parle de la **formation continue**. On ne peut pas dire que c'est la commission qui fixe les règles et en même temps fixer ici des objectifs.

Q (le département) **Pourquoi suppriment-ils la mise en place de places de stages et d'apprentissages ?** R (PLR) L'objectif est de laisser plus de

flexibilité à des structures plus petites qui n'auraient pas la possibilité d'avoir des stagiaires ou des places d'apprentissage.

Amendement PLR (reformulé en séance) : « ¹ Conformément à l'article 9, lettres e et f, les membres du réseau de soins participent à la formation des professionnels de la santé **selon les règles fixées par la commission de coordination.** »

3 supprimé

4 supprimé

L'amendement PLR est refusé par 8 non (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 MCG), 7 oui (2 PDC, 4 PLR, 1 UDC) et 0 abstention. L'art. 14 n'est pas modifié.

Amendement Ve-EAG :

(Ve) La commission a accepté l'amendement de la **lettre b** qui inclut les **EPH** et donc cela veut dire que « **les membres du réseau de soins** » incluent désormais les **EPH**. La proposition est donc cohérente.

Amendement Ve-EAG (reformulé en séance) : « ¹ Conformément à l'article 9, lettres e et f, les membres du réseau de soins participent à la formation des professionnels du **domaine social et sanitaire** »

L'amendement Ve-EAG est adopté par 9 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 1 PDC, 1 PLR, 1 MCG), 0 non et 6 abstentions (1 PDC, 3 PLR, 1 UDC, 1 MCG). L'art. 14, al. 1 est modifié.

L'article 14 tel qu'amendé est adopté par 11 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 1 PLR, 2 MCG), 3 non (3 PLR) et 1 abstention (1 UDC). L'art. 14 est modifié.

Article 15 : pas d'opposition, adopté

5 avril 2019 : suite du deuxième débat sur le PL 12263

Vote (suite)

Article 16 :

Amendement Ve-EAG :

(Ve) Il convient de mettre à nouveau « **social et sanitaire** » afin d'être cohérent avec les articles déjà votés.

Article 16, let. a :

Amendement Ve-EAG : « a) la mise à disposition des informations nécessaires à la continuité des prises en charge lors, notamment, d'un transfert vers une autre institution **social et sanitaire** ou de situations partagées, y compris par voie électronique, avec le consentement explicite du bénéficiaire ; »

L'amendement Ve-EAG est adopté à l'unanimité par 13 oui (1 EAG, 2 S, 2 Ve, 2 PDC, 3 PLR, 1 UDC, 2 MCG). L'art. 16, let. a est modifié.

Article 16, let. d :

Amendement Ve-EAG

(Ve) Il convient de terminer la phrase **par « incapacité »** pour être en accord avec la législation en vigueur qui encadre le droit du handicap. **Q (UDC) Est-ce qu'on pourrait se retrouver ainsi avec des données mentionnant le nom des personnes concernées ? R (EAG) Non.**

« d) l'utilisation des outils permettant le partage, au sein du réseau, d'indicateurs et de statistiques de santé publique **ou d'incapacité.** »

L'amendement Ve-EAG est adopté à l'unanimité par 14 oui (1 EAG, 2 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG). L'art. 16, let. d est modifié.

L'article 16 tel qu'amendé est adopté à l'unanimité par 14 oui (1 EAG, 2 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG) L'art. 16 est modifié.

Article 17 : pas d'opposition, adopté

Chapitre III : pas d'opposition, adopté

Article 18 :

Amendement Ve-EAG :

(EAG) La préoccupation autour de la conciliation des activités professionnelles et celles des proches aidants doit être mentionnée. **(Le département)** Le fait de mentionner « **auprès des employeurs** » est peut-être restrictif.

Q (PDC) De quels types d'informations et de quelles campagnes s'agit-il ? R (Ve) Les moyens restent ouverts et on laisse la liberté à l'employeur de choisir la manière dont il diffuse l'information. **R (PLR)** Cela est traité au niveau fédéral. **R (le département)** Le Conseil d'Etat a répondu à

la consultation fédérale et le département a transmis la réponse du Conseil d'Etat à la commission⁹⁹.

(EAG) Cet alinéa vient en complément du premier alinéa. Le terme « **veillent** » donne un rôle actif à l'Etat et donc on pourrait le remplacer par « **appellent** ».

Q (PLR) **Qu'est-ce qui est attendu de la part des employeurs ?**
R (EAG) Une plus grande souplesse, notamment au niveau de **l'aménagement des heures de travail**. **R (le département)** La Confédération devrait en principe se charger de cela mais, si la commission veut marquer la préoccupation que l'autorité doit aussi avoir à Genève, il suggère de **supprimer « auprès des employeurs »**, car il s'agit d'une information générale, également à l'attention des proches aidants. Il propose de mettre « **favorisent** » au lieu de « **veillent à favoriser** ». **R (EAG)** L'intention qui a présidé la rédaction de cet alinéa était plus **proactive**. Il est donc souhaitable d'écrire plutôt « **appellent** » au lieu de « **favorisent** » et maintenir « **les employeurs** ».

Q (PLR) **Est-ce qu'il y a deux amendements ?** **R (le département)** Il ne proposera pas d'amendement, si l'amendement Ve-EAG est refusé. Q (le président) **Est-ce qu'EAG et les Vertes reprennent la formulation du DSES ?** **R (EAG)** Ils maintiennent leur amendement et, le cas échéant, ils reviendront en 3^e débat.

Le président soumet au vote le **refus de l'amendement Ve-EAG** consistant à **ajouter un alinéa 3**.

Le refus de l'amendement consistant à ajouter un alinéa 3 à l'article 18 est accepté à la majorité par 9 oui (2 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG), 5 non (1 EAG, 2 S, 2 Ve) et 0 abstention.

Article 18 : pas d'opposition, adopté

Article 19 :

Amendement PDC-PLR¹⁰⁰ :

(Le président) La commission de coordination de soins peut jouer ce rôle et la **multiplication des commissions** ne fait que rajouter de la complexité. **(EAG)** Elle s'oppose à la suppression de cette commission car le champ d'activités du réseau de soins est vaste. Cela risque de faire passer à la trappe

⁹⁹ Annexes 4 et 5 : Prise de position du Conseil d'Etat sur la consultation fédérale.

¹⁰⁰ Annexe 27 – Amendement Buchs – Art. 19 – *LORSDom*.

toute la problématique des proches aidants. **(Ve)** Les Vertes refuseront cet amendement car la **commission consultative** et la **commission de coordination** n'ont pas les mêmes prérogatives et donc elles peuvent très bien coexister. **(MCG)** Le MCG refusera également la suppression de la commission consultative, car ce type de commission permet de créer un lien avec l'Etat et en outre de consulter divers interlocuteurs. Le MCG acceptera néanmoins l'amendement du DSES.

Le département a été surpris par cet amendement, puisque la commission consultative a été élaborée à la demande de la commission afin de porter le *plan d'action cantonal en faveur des proches aidants*. Sa composition n'est pas la même que celle de la commission de coordination et cette commission est très engagée sur le terrain. Les associations qui y sont représentées sont nombreuses et tiennent beaucoup à cette commission.

Amendement PDC-PLR (suppression de l'art. 19) :

L'amendement PDC-PLR est refusé par 7 non (1 EAG, 2 S, 2 Ve, 2 MCG), 5 oui (1 PDC, 4 PLR) et 2 abstentions (1 UDC, 1 PDC). L'art. 19 n'est pas supprimé.

Amendement Ve-EAG :

(Ve) L'idée de l'amendement Ve-EAG est de prendre en considération les **personnes qui sont aidées en institution**, afin d'inclure tous les cas de figure.

Q (PLR) Le terme « *instituer* » l'a quelque peu troublée puisque la commission existe déjà. **Qui est dans cette commission ? R (le département)** Actuellement, il y a *l'association des proches aidants à Genève, l'association le Relais, l'association de Genève de parents et amis mentalement handicapés, l'association genevoise des foyers pour personnes âgées, l'association Alzheimer Genève, Pro Infirmis, Pro Senectute, la Croix-Rouge genevoise, la Ligue genevoise contre le cancer, l'Imad, l'Hospice générale, la Plateforme des aînés, l'association romande des familles d'enfants atteints d'un cancer, les HUG, Palliative Genève, le DCS, la DGAS, la DGS, Insieme et INSOS*. **R (Ve)** Elle prend acte de cette composition mais tous les acteurs ne s'y trouvent néanmoins pas. Elle prône donc une réflexion à ce sujet afin qu'il y ait une représentativité équitable.

Q (le président) **Est-ce que des associations se sont plaintes de ne pas être incluses dans la liste ? R (le département)** Non. La liste n'est pas fermée. L'aspect consultatif de la commission permet d'inclure à chaque fois un acteur qui demande à participer. **L'ACG** n'a pas souhaité y siéger. **R (UDC)**

La **multiplicité des acteurs** va rendre très difficile la sortie d'une position commune de la commission. Si les **communes** ne sont pas associées, on perd une partie du sens de la commission. Il serait plus simple d'avoir des représentants au sein de la commission de coordination pour qu'il s'agisse d'une commission en contact avec les professionnels de la santé. **R (Ve)** Il ne s'agit pas de mettre en place quelque chose de contraignant, mais on doit savoir qui représente cette commission et cela doit être présent dans la loi.

(EAG) La mention « *auprès de proches aidés partiellement institutionnalisés* » est la seule qui peut compliquer la lecture de l'article, mais cela répond à la réalité d'une série de cas qui reçoivent de l'aide et cela n'a été rajouté que parce qu'on parle de « *proches aidants actifs à domicile* ». On peut donc supprimer cet ajout si la notion d'actifs à domicile est enlevée.

(Ve) Elle propose d'alléger leur proposition. Il y a plusieurs acteurs au niveau de la problématique des proches aidants, mais le retrait de *l'ACG* sur cette thématique est regrettable.

La députée EAG propose une nouvelle formulation de leur amendement.

Article 19, al. 1 :

Amendement Ve-EAG : « ¹ Il est institué une commission consultative pour le soutien des proches aidants représentative des acteurs associatifs concernés agissant dans le champ de compétences de la présente loi. »

L'amendement Ve-EAG est refusé par 9 non (2 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG), 5 oui (1 EAG, 2 S, 2 Ve) et 0 abstention. L'art. 19, al. 1 n'est pas modifié.

Article 19, al. 2 :

Amendement Ve-EAG :

(EAG) Cette question ne relève pas uniquement des compétences du **DSES**, mais également de celui du **DCS**. (PDC) L'ajout est intéressant car cela évite de travailler en silos et cela donne du sens aux injonctions qu'on a mises dans le PL au sujet du **volet social et sanitaire**. (UDC) Les doubles directions des départements ont toujours été compliquées. Cette compétence doit rester sous la présidence de la direction de la santé et la direction de l'action sociale peut y être associée. (MCG) C'est un système où personne ne va prendre de décision.

(Ve) Leur proposition va à l'opposition de la création de silos. Les deux départements se voient actuellement toutes les six semaines pour discuter sur des **thématiques conjointes** et cette collaboration sur la question des proches aidants doit figurer dans la loi. **L'al. 3** va aussi dans ce sens. **(Le département)** Le DCS fait partie de l'ensemble des acteurs. La DGAS et le DCS de la *Ville de Genève* y figurent également. La création d'une double présidence pose problème et il est préférable qu'il n'y ait qu'un pilote.

(EAG) Elles retirent finalement leur proposition.

Amendement DSES (Ve-EAG) : « ² **Le Conseil d'Etat** fixe par voie réglementaire la composition et les tâches de cette commission ainsi que le catalogue des prestations aux proches aidants. »

L'amendement DSES et Ve-EAG est accepté à l'unanimité par 14 oui (1 EAG, 2 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG).

L'article 19 tel qu'amendé est accepté par 10 oui (2S, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG), 0 non et 4 abstentions (1 EAG, 2 Ve, 1 UDC). L'art. 19 est modifié.

Titre III : pas d'opposition, adopté

Chapitre I : pas d'opposition, adopté

Article 20 :

(PLR) L'amendement va dans la continuité de ce qui a déjà été accepté dans **l'art. 8, al. 1, let. a** et donc la notion d'organisations et de réseaux de médecin.

Amendement PLR : « ¹ **Le maintien à domicile des bénéficiaires est assuré par :**

a) les médecins, les réseaux et organisations de médecins ; »

L'amendement PLR est adopté à l'unanimité par 14 oui (1 EAG, 2 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG). L'art. 20, al. 1 est modifié.

L'article 20 tel qu'amendé est adopté à l'unanimité par 14 oui (1 EAG, 2 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG). L'art. 20 est modifié.

Article 21 :

(EAG) Il s'agit d'ajouter **le droit des bénéficiaires à être entendus s'impose.**

Q (PDC) Ne sont-ils pas déjà entendus ? R (le département) Ils entendent bien sûr déjà le patient ou son représentant, ainsi que le proche aidant concerné. **R (Ve)** On est quand même ici dans les limites de la prise en charge *LAMal* et, lorsqu'on arrive à l'**al. 3**, il s'agit d'une véritable **rupture**. Cela doit être inscrit dans la loi. **R (le président)** C'est déjà le cas actuellement. **R (UDC)** Cet article est plutôt comme une protection du soignant qui, confronté à un patient violent, va interrompre les soins pour ne pas se mettre lui-même en danger. Par ailleurs, pour pouvoir se défendre face à un patient, le professionnel de la santé doit demander une levée du secret médical alors que le bénéficiaire peut se faire entendre directement.

(EAG) Il n'y a pas une confusion des genres puisqu'il s'agit ici de la fin des interventions. Il s'agit de préserver l'intérêt des usagers, à savoir le fait que les fournisseurs de prestations doivent veiller à assurer la continuité de la prise en charge avant la cessation effective de leurs prestations. De la même manière, ils proposent qu'ils soient entendus avant la cessation effective de la prestation.

(Le département) Ce n'est pas parce que l'*Imad* ne peut plus envoyer une aide à domicile que tous les fournisseurs de prestations vont interrompre leurs services. On ne peut pas mettre en danger la vie du patient du jour au lendemain et donc on va devoir se demander si on doit mettre la personne en institution ou alors prendre contact avec le *Tribunal de protection de l'adulte*.

Article 21 :

Amendement Ve-EAG : « ² Le droit des bénéficiaires à être entendu s'impose. »

L'amendement Ve-EAG est refusé par 8 non (2 PDC, 4 PLR, 2 MCG), 5 oui (1 EAG, 2 S, 2 Ve) et 1 abstention (1 UDC). L'art. 21, al. 2 n'est pas modifié.

Article 21 :	pas d'opposition, adopté
Article 22 :	pas d'opposition, adopté
Chapitre II :	pas d'opposition, adopté

Article 23 :

Amendement PLR :

(PLR) Les **infirmières** et les **organisations de soins à domicile** sont traitées dans le PL comme des **entités séparées**. Leur amendement propose de les mettre ensemble dans un seul article et donc de **supprimer l'art. 24**.

Q (S) Pourquoi à l'**art. 8**, on parle d'organisations privées, alors que le mot « *privées* » tombe ici ? R (PLR) Lorsqu'on parle d'organisations d'aide de soins à domicile, on inclut tout le monde.

Q (S) Est-ce que tout ce qui relève des prescriptions *LAMal* est prescrit par un médecin ou alors y a-t-il d'autres prestations qui peuvent être remboursées et prescrites par d'autres acteurs de la santé ? R (UDC) Il y a une obligation constitutionnelle au niveau fédéral indiquant qu'un pharmacien peut délivrer un médicament de liste A ou de liste B normalement soumis à ordonnance, dans des cas exceptionnels. R (le département) Tout ce qui relève des prises en charge *LAMal* en matière de soins sont des prescriptions faites par le médecin. R (le président) Lorsqu'un malade sort de l'hôpital, souvent l'hôpital ne fait pas de prescription et il y a un **vide juridique qui persiste**. Le médecin signe donc des ordonnances à bien plaisir à la place de l'hôpital.

(PLR) Ils proposent **d'intégrer les infirmières indépendantes dans l'art. 23**, car l'art. 24 souligne que les infirmières indépendantes ne peuvent faire que **trois choses**, alors qu'elles avaient affirmé qu'il y a toute une série de prestations qu'elles fournissent déjà. (Le président) **Les prestations fournies par les infirmières indépendantes sont** : conseils aux diabétiques prévus à l'article 9c de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins ; conseils en cas d'allaitement prévus à l'article 15 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins ; coordination générale avec l'ensemble des intervenants autour d'une situation ; relais, notamment social, des bénéficiaires en vue de les orienter vers l'institution compétente ; mesures de soutien et d'accompagnement aux proches aidants ; mesures de prévention et détection des fragilités en vue d'une entrée en institution.

Q (EAG) **Quel était la raison de la distinction établie ?** R (le département) Les tâches mentionnées sont les tâches fondamentales rémunérées selon l'*OPAS*. Le reste étant des tâches pour lesquelles ils donnent le cas échéant des mandats spécifiques. C'est essentiellement l'*Imad* qui donnent ces mandats, mais cela ne veut pas dire qu'ils interdisent aux infirmières indépendantes d'effectuer ces prestations.

Q (le président) **Pourquoi doit-on alors séparer des acteurs qui font la même chose ?** Le département parle de ne pas vouloir discriminer, mais le fait de ne mentionner que trois points pour les prestations des infirmières indépendantes discrimine bel et bien. R (le département) Il y a par exemple des soins d'ergothérapie qui sont parfois prescrits et les infirmières ne peuvent pas faire cela. Cela n'a rien à faire dans un article sur les infirmières. R (le président) Si une infirmière à domicile le contacte pour conseiller de donner des prestations d'ergothérapie, il va alors signer l'ordonnance pour la

prestation. **R (le département)** Le mot « *dispense* » des aides l'interpelle. Une infirmière ne va pas pouvoir dispenser des prestations d'ergothérapie, ni de prestations de type d'urgence sociale. Il ne s'agit pas de la possibilité qu'elles ont de déléguer un certain nombre de prestations basées sur une observation à domicile, au moment où elles font les soins prescrits. **Si on ajoute les infirmières dans l'al. 1, alors on les contraint à dispenser cette prestation.** **R (PDC)** Mais toutes les organisations d'aide et de soins à domicile n'ont pas forcément un ergothérapeute et on ne répond donc pas à l'al. 2. Il convient d'être plus pointu ou alors de retirer la liste.

Q (PLR) On ne devrait pas mettre de liste pour ne pas être discriminant et donc il conviendrait peut-être de **supprimer l'al. 2.** **R (EAG)** Le fait de vouloir mettre sur le même pied les organisations d'aide et de soins à domicile et les infirmières indépendantes ne fait qu'induire de la confusion. **R (UDC)** On n'a pas à changer les compétences déjà définies au niveau fédéral.

Le département propose, pour l'**art. 24, al. 2**, de mettre : « *ils peuvent en outre, selon leurs compétences, dispenser les prestations indiquées à l'art. 23, al. 2, prévues par l'OPAS.* »

(Le président) On ne doit pas différencier le travail d'une infirmière indépendante de celui d'une infirmière travaillant dans une organisation de l'Etat.

Amendement PLR : « *Art. 23 Organisation d'aide et de soins à domicile et infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant* »

L'amendement PLR est refusé par 7 non (1 EAG, 2 S, 2 Ve, 2 MCG), 7 oui (2 PDC, 4 PLR, 1 UDC) et 0 abstention. Le titre de l'art. 23 n'est pas modifié.

Amendement Ve :

(Ve) Elle propose pour **la lettre g de l'art. 23 de rajouter « et accompagnement »**, car cette notion d'accompagnement ressort dans beaucoup d'articles. L'accompagnement signifie un processus d'intervention comprenant plusieurs phases de travail et il ne s'agit pas seulement d'aide.

« *g) aide et accompagnement, comprenant notamment la suppléance parentale, l'alimentation, la sécurité à domicile et le maintien du lien social ;* »

L'amendement Ve est refusé par 7 non (1 PDC, 3 PLR, 1 UDC, 2 MCG), 5 oui (1 EAG, 2 S, 2 Ve) et 2 abstentions (1 PLR, 1 PDC). L'art. 23, let. g n'est pas modifié.

Article 23 : pas d'opposition adopté

Article 24 :

Le département propose la formulation suivante : « *Les infirmières et infirmiers peuvent en outre, selon leurs compétences, dispenser les prestations indiquées à l'art. 23 al. 2 et prévues par l'Ordonnance sur les prestations de soins (OPAS).* »

Le PLR reprend la proposition du DSES.

Art. 24, al. 2

Amendement DSES-PLR : « *Les infirmières et infirmiers peuvent en outre, selon leurs compétences, dispenser les prestations indiquées à l'art. 23 al. 2 et prévues par l'Ordonnance sur les prestations de soins (OPAS).* »

L'amendement DSES/PLR est adopté à l'unanimité par 14 oui (1 EAG, 2 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG). L'art. 24, al. 2 est modifié.

L'article 24 ainsi amendé est adopté à l'unanimité par 14 oui (1 EAG, 2 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG). L'art. 24 est modifié.

Article X

Amendement PLR :

(PLR) Le **chapitre II** présente tous les prestataires et, les **médecins** ne sont présentés qu'à l'**art. 28**. Cette proposition vise à les remonter dans la liste. Il pourrait s'agir d'un **nouvel art. 24**, car l'emplacement n'est pas important.

Q (EAG) **Est-ce que la proposition signifie que le médecin porterait dans tous les cas l'entière responsabilité ?** R (PLR) Le médecin n'est pas responsable de l'exécution des soins partagés, mais il a la responsabilité médicale de faire les ordonnances et faire en sorte que le plan de soins partagés soins mis à jour, notamment au niveau des outils informatiques.

Les Vertes proposent de remplacer « **portent** » par « **partagent** ».

(**Le département**) Le **médecin** a bien sûr un **rôle central**, mais on est en train de créer une **inter-professionnalité** autour du patient. On ne doit pas décréter dans une loi que le médecin a un rôle central.

Q (UDC) Il y a en outre des **responsabilités partagées** en cas d'erreurs par le médecin sur une ordonnance, situation dans laquelle le pharmacien aura alors la moitié de la responsabilité s'il ne se rend pas compte de l'erreur. Si on dit que c'est le médecin qui est responsable, le pharmacien pourra alors créer toutes les erreurs qu'il veut et ne sera pas responsable. **Qu'en est-il des prestations nécessaires à domicile qui ne sont pas prescrites par le médecin ?** R (le président) Toutes les prestations sont prescrites par un médecin.

Q (UDC) Toutes les prestations du réseau de soins doivent être prescrites par le médecin. Cependant, ce n'est pas le cas pour tout ce qui relève de la **parapharmacie**. R (le président) En tant que médecin, il a l'obligation d'établir une ordonnance sur ce qu'il veut que la personne à domicile fasse, qu'il s'agisse de soins ou alors d'aide pour le ménage. **Si la commission ne veut pas voter cet article proposé par le PLR, il demandera au PDC de ne pas voter la loi.**

Q (UDC) Le médecin ne peut pas porter toutes les responsabilités. R (le président) Si le pharmacien décide d'arrêter le traitement, il va appeler le médecin pour dire qu'il arrête de donner le traitement. Si le médecin est d'accord avec le pharmacien, alors il va envoyer un ordre pour arrêter le traitement, mais si le médecin n'est pas d'accord avec le pharmacien, alors ce dernier n'est plus responsable. R (PDC) L'infirmière a le même devoir, elle ne doit pas donner de médicaments si elle estime qu'il s'agit d'une dose qui ne correspond pas. Elles ont une certaine responsabilité et c'est donc la raison pour laquelle les infirmières indépendantes prennent une assurance RC.

Q (S) Il y a souvent plusieurs médecins qui font des prescriptions. **Qui porte la responsabilité ?** R (le président) L'Etat n'a jamais pris de décision à ce sujet alors que la remarque a été faite il y a déjà 30 ans.

Le département veut dépassionner les débats sur ce **chapitre 2**, lequel doit définir dans le droit cantonal ce qu'on entend par **prestations de soins**. Cet **art. 28** n'est pas très habile et on peut sortir spécifiquement les médecins, mais il convient cependant de se rendre compte qu'on a aussi tous les autres professionnels de la santé qui ont un référentiel de compétences qui est défini par ordonnance fédérale. La formulation « **et porte la responsabilité des plans de soins partagés** » les interpelle quelque peu. Néanmoins il n'y a pas de contrindication à mettre les médecins en évidence par rapport aux autres.

(PLR) Il ne s'agit que d'éviter la redondance. **L'art. 23** mentionne 14 prestations dont 7 qui se réfèrent à *l'OPAS*. Néanmoins, la formulation pose problème. Il propose de modifier la fin de la formulation en mettant : « **ils supervisent la prise en charge médical ainsi que le plan de soins partagés.** »

(Le département) On ne définit pas dans la loi le **plan de soins partagés**, alors qu'il s'agit pourtant de quelque chose de très précis, à savoir le **mécanisme** qu'ils mettent sur pied pour avoir une **inter-professionnalité** autour du patient. Cette notion n'est pas encore assez robuste sur le plan législatif et donc le fait d'y faire référence pose problème.

(EAG) Cet amendement induit une **logique médecin** qui n'apporte rien à la définition même du médecin et à la responsabilité intrinsèque de sa profession.

(Le président) Cela est la réalité sur le terrain et on est dans le même dialogue disant que les médecins sont trop puissants. L'**Imad** ne fait rien sans un ordre médical. Les patients sortant des **HUG** n'ont que très rarement des prescriptions. (Le département) **La pratique veut que les patients admis sortent avec deux jours de traitement et ils doivent aller ensuite voir leur médecin traitant pour la suite, ce qui est une pratique qui permet de garder le pré carré de chacun.** (Le président) Le problème ne se situe pas au niveau des médicaments, mais de tout le reste et le médecin a un bon de délégation à signer pour chaque prestation. Le médecin généralement signe, mais cela peut néanmoins se retourner contre lui s'il y a un problème.

Q (PDC) **Que pense le département de la dynamique interprofessionnelle ?** R (le département) Le **plan de soins partagés** est ce qu'ils essaient de faire exister, car cela permet de créer une coordination entre le patient, ses proches, le médecin, les soins à domicile et le cas échéant le pharmacien. Ce plan doit fixer des objectifs clairs et être suivi par l'ensemble des intervenants. Le but n'est pas qu'il y ait un chef au-delà des compétences déjà prévues et par ailleurs que c'est plutôt l'intervenant à domicile qui va être l'acteur qui est le plus au front pour suivre et mettre à jour le plan de soins partagés.

Q (PDC) **Qui in fine a la responsabilité de ce plan de soins ?** R (le département) Tous les acteurs sont responsables du suivi et de la mise à jour du plan de soins partagés, selon leurs compétences professionnelles. Cela ne change rien au fait que, si on veut avoir des remboursements, il faut que le médecin prescrive tout ce qui doit être effectué.

(EAG) Elle est opposée à cet amendement car, même avec la notion de **supervision**, on est en train de **verticaliser** le travail du réseau de soins alors qu'il est par essence **horizontal**. Concernant les **sorties d'hôpital**, il y a des **infirmières de liaison** qui doivent s'assurer des conditions de sortie. Il y avait par le passé des travailleurs sociaux qui s'assuraient que les conditions étaient requises pour que le retour à domicile se fasse de la manière la plus adéquate

possible, mais ces postes ont été réduits. Il faudrait donc réfléchir à ces éléments. L'amendement proposé n'apporte pas une solution à ce problème.

Amendement PLR :

Article 25 : Médecins, réseaux et regroupements de médecins traitants (nouveau)

L'amendement PLR est refusé par 7 non (1 EAG, 2 S, 2 Ve, 2 MCG), 6 oui (2 PDC, 4 PLR) et 1 abstention (1 UDC). L'art. 25 (**nouveau**) est refusé.

Article 25 :

(Ve) Il faut prendre en compte les **maladies psychiques** et éviter l'institutionnalisation en ayant une prise en charge momentanée par une structure intermédiaire. **(Le président)** Il s'agit alors d'une **hospitalisation** et les structures intermédiaires ne peuvent pas faire cela. **(Le département)** Les **structures intermédiaires** sont destinées justement à des personnes qui sont dans un état stable et les personnes en décompensation ne sont pas concernées. **(EAG)** Leur proposition est imprécise, même s'il y avait initialement la volonté d'inclure les personnes avec des difficultés psychiques. On pourrait supprimer « **en situation de décompensation** ». **(PDC)** Cela est redondant car une perte d'autonomie est *de facto* physique ou psychique. **(EAG)** Si on ne précise pas que les personnes avec des difficultés psychiques sont concernées, on ne comprendra pas cet article de la même manière.

Article 25, let. a :

Amendement Ve-EAG : « *a) un accueil de jour/de nuit ou un séjour de courte durée pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou provisoire **physique ou psychique** ;* »

L'amendement Ve-EAG est adopté par 7 oui (1 EAG, 2 S, 2 Ve, 1 PDC, 1 UDC), 6 non (4 PLR, 2 MCG) et 1 abstention (1 PDC). L'art. 25, let. a est modifié.

Article 25, let. c :

« *c) un lieu de vie pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou durable sur le plan **physique ou psychique**.* »

L'amendement Ve-EAG est adopté par 7 oui (1 EAG, 2 S, 2 Ve, 1 PDC, 1 UDC), 6 non (4 PLR, 2 MCG) et 1 abstention (1 PDC). L'art. 25, let. c est modifié.

Le PLR retire son amendement.

L'article 25 tel qu'amendé est adopté à l'unanimité par 14 oui (1 EAG, 2 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG).

Article 26 : pas d'opposition, adopté

Article 27 : pas d'opposition, adopté

Article 28 :

Le PLR retire son amendement.

Article 28 : pas d'opposition, adopté

Titre IV : pas d'opposition, adopté

Article 29 : pas d'opposition, adopté

12 avril 2019 : suite et fin du deuxième débat¹⁰¹

(Le président) Il y a eu un long débat sur les **sorties de l'hôpital** et sur l'amendement PLR qui a au final été refusé. Le député UDC a connu un exemple de cas récent sur la question de la gestion des ordres de sortie des *HUG*.

(UDC) Concernant la **continuité des soins**, il met en exergue certaines **contradictions** en lien avec la problématique des **sorties HUG**, les **ordonnances** et le **rôle des pharmaciens**. Le **plan de traitement**, dans le PL du département, passerait sous la responsabilité du médecin, ce qu'il juge un problème. L'ordonnance ne correspond pas aux normes fédérales, car elle n'est pas signée et tamponnée par le médecin et elle peut comporter des problèmes concernant les produits appartenant au registre des stupéfiants. **L'enchaînement de la prise en charge est notamment délicate pour l'infirmière de l'Imad mais également pour le pharmacien**. Il y a un problème **temporalité** et de **responsabilité** qui n'est pas résolu en termes de **légalité**. Le pharmacien n'apparaît pas dans le PL alors que, pour sa part, il s'agit du centre du réseau de soins. Il désire qu'on produise un PL sur le réseau de soins qui lui permette de travailler dans la légalité.

¹⁰¹ Annexe 28 : Dernier tableau synoptique des amendements du 2^e débat – PL 12263 – 10 mai 2019

Q (EAG) **Quels types de modifications doivent être présentes dans ce PL ?** R (le président) Chaque semaine, il y a des **sorties d'hôpital** pour lesquelles il doit bricoler de manière à ce que le pharmacien ne soit pas en faute en délivrant des opiacés. Ce genre de cas, à savoir la signature d'ordres qu'il n'a pas lui-même demandés, arrivent 3 à 4 fois par semaine. Ce point doit être réglé car il ne comprend pas que les **HUG** n'assument pas les ordres. R (UDC) Les cliniques privées ne sont pas meilleures sur ce plan-là.

R (le département) Ce PL doit s'insérer dans un **dispositif législatif fédéral** et ce n'est donc pas son objectif que de changer la loi sur les produits thérapeutiques, ni les pratiques dans le domaine des ordonnances. Néanmoins une amélioration de la continuité des soins est possible et il convient de reprendre les choses avec les acteurs concernés.

Q (UDC) Il demande avant tout à pouvoir travailler dans le **cadre légal**. Il demande donc des **dérogations**. R (le département) Le canton ne peut pas lui délivrer de dérogation par rapport au droit fédéral. **L'AMG** doit être le relais des médecins sur cette problématique. Si le problème survient au rythme que le président décrit, alors cela doit être mis sur la table. On n'a en effet pas à faire **d'ordonnances rétroactives**, même si cela peut parfois se justifier au niveau médical. C'est le médecin qui prépare la sortie qui doit faire en sorte que la sortie soit correctement préparée et il faut qu'il y ait une reprise de témoin par les acteurs des soins à domicile.

Néanmoins, le canton ne peut pas dire que le pharmacien peut valider une ordonnance normalement soumise au carnet à souches, car cela est clairement contraire au droit fédéral. Par ailleurs, dans les **EPH**, c'est souvent l'encadrement qui prépare les médicaments, alors que cela n'est pas légal non plus. Il y a en effet une **adaptation du droit** qu'il faut faire par rapport à la pratique, mais il ne s'agit néanmoins pas de faire du pharmacien un médecin ou de l'infirmière un médecin.

(UDC) Dans le PL, on attribue la **compétence du plan de traitement au médecin**, alors qu'en réalité, c'est le **pharmacien** qui fait ce plan pour que l'infirmière puisse travailler avec le patient.

Article 30 :

(Le président) L'amendement PDC¹⁰² vise avant tout à être en accord avec la **décision du Tribunal fédéral**.

Q (PDC) L'amendement DSES propose de remplacer « **financement résiduel** » par « **subvention** ». Quelle implication y a-t-il par rapport à la

¹⁰² Voir Annexe 29 : Amendement Buchs – Art. 30 – *LORSDom*.

décision du TF ? R (le département) Le financement résiduel des soins est une obligation légale résultant de la *LAMal* et ils n'ont pas de conditions à poser pour le financement résiduel, raison pour laquelle ils ont **supprimé les conditions posées initialement**. Les conditions qu'ils posent ici le sont pour obtenir une **subvention de l'Etat, en plus du financement résiduel**. Une infirmière indépendante travaillant à domicile pourra demander le financement résiduel des soins, pour lequel ils vont sans doute se déterminer sur un montant fixe par jour car ils ne peuvent pas analyser la comptabilité de chaque infirmière indépendante. La **jurisprudence du TF** permet aussi aux infirmières françaises de venir travailler pour des soins à domicile en Suisse et demander le financement résiduel, ce qui risque à la fois de mettre en concurrence des travailleurs domiciliés dans le canton et de poser problème à la France voisine puisqu'il semblera plus intéressant de venir travailler en indépendant à domicile à temps partiel en Suisse, plutôt que de travailler à temps plein en France. Il s'agit d'un effet pervers de cette jurisprudence.

(PLR) **L'amendement PLR** met en avant le fait que chaque organisation qui participe au réseau doit aussi participer à l'effort de **coordination** et de prise en charge. Il y aurait donc une coordination de la prise en charge 7j/7 et 24h/24, de sorte à donner la possibilité aux plus petites structures de participer au réseau. Par ailleurs, la demande de **comptabilité analytique** exigée par l'Etat ne leur semblait pas claire, car cela manque de critères et une petite organisation ne peut assumer une telle comptabilité analytique. Enfin, on peut en fin de compte **remplacer « financement résiduel » par « subvention » dans leur propre amendement**.

Q (Ve) **Ne doit-on pas quand même insérer le financement résiduel et l'explicitier ? R (le département)** On pourrait se dire que leur amendement essaie d'habiller ce qu'est le financement résiduel par une subvention. Pour parer à ce doute, il propose de mettre au début de l'article **« Indépendamment du financement résiduel au sens de l'article 25a de loi fédérale sur l'assurance maladie, une subvention peut être accordée... »**. Il y a un attrait clair de Genève, pour les acteurs européens de la santé, et il convient d'être très attentif sur la qualité de la concurrence qui pourrait se mettre en place, car la simple reconnaissance d'un diplôme d'infirmier par le droit suisse permet d'exercer sur le territoire. **Enfin, bon perdant, il reconnaît que, jusqu'à la prochaine modification législative fédérale, il faudra passer à la caisse.**

Q (EAG) **Peut-on avoir des précisions car l'art. 20 parle d'organisations ? R (PLR)** Ils parlent des infirmières indépendantes qui ne sont pas réunies dans une organisation de soins à domicile à proprement parler, mais qui s'organisent en association. Il entend ainsi **inclure ces infirmières**

indépendantes dans le réseau de soins. (EAG) Cela revient à subventionner tout le monde. **(PLR)** Il s'agit seulement des personnes qui participent à l'effort de garde 7j/7 et 24h/24. **(EAG)** Cette proposition n'assure pas une réponse complète aux conditions posées dans l'**art. 30. (PLR)** La **garde des médecins**, dans d'autres cantons, doit être faite par chaque médecin, lequel est tenu de participer à l'effort commun de garde. Il entend mettre en place le même système pour les infirmières indépendantes.

Q (EAG) Qui serait subventionné : les entités indépendantes ou les infirmières elles-mêmes ? R (PLR) Ce serait l'un ou l'autre.

Q (PLR) Quelle est la complémentarité entre l'al. 1 et l'al. 2 de l'amendement DSES ? R (le département) L'al. 1 est un rappel des principes. Il suggère de mettre au début de la formulation « *Indépendamment du financement résiduel au sens de l'article 25a de loi fédérale sur l'assurance-maladie,...* ». Leur al. 2 va plus loin que ce que propose le PLR puisque que tout membre du réseau de soins peut recevoir une subvention, si on lui donne des tâches particulières au sens de la *LIAF*¹⁰³. L'al. 2 parle précisément des organisations d'aide et de soins à domicile et des infirmières indépendantes qui peuvent recevoir une subvention lorsque certaines conditions leurs sont imposées. Ils choisissent avec qui ils veulent travailler pour confier cette prestation supplémentaire.

(PLR) On ne parle plus du financement résiduel, sauf à la **lettre d**. On ne finance plus directement le financement résiduel, mais on utilise les données comptables pour fixer la subvention. **(Le département)** Ils ont maintenu cette disposition car, au-delà d'un coût normatif qu'ils vont déterminer, il peut être utile de maintenir ces informations pour déterminer la subvention. Ce n'est pas pour le versement du coût résiduel qui est dû à l'ensemble des acteurs mais peut-être pour fixer un nouveau coût résiduel de manière à savoir comment évolue le marché. On ne peut pas fixer le coût résiduel, acteur par acteur, et donc il va falloir mettre en place des chiffres qui correspondent à une moyenne. **R (EAG)** Cela est contradictoire avec le texte.

(PLR) Le montant de la subvention pourra être calculé, notamment sur la base des informations données conformément à la **lettre d**.

Q (UDC) Le département va-t-il aussi remplir ses obligations par rapport aux frais résiduels non versés depuis 2011 ? L'arrêté stipule qu'il faut payer les frais de 2011 à 2013, alors quid pour les années 2013 à 2019 ? R (le département) Les provisions ont été faites car le risque de perdre la procédure a été considéré comme existant. En outre les infirmières et les

¹⁰³ LIAF : Loi sur les indemnités et les aides financières :
https://www.ge.ch/legislation/rsg/f/s/rsg_D1_11.html

organisations feraient valoir leur droits pour le futur et donc il faut maintenant négocier. Ils ne vont pas repartir en procédure.

(PLR) Le fait de ne plus parler de **frais résiduels** mais de **subvention** est important et il faut donc inclure cela dans leur propre amendement.

Q (le président) **Est-il nécessaire de parler de subvention dans une loi ? R (le département)** Il est important d'avoir une base légale pour légitimer l'intervention de l'Etat dans certaines prestations qui font sens dans le réseau de soins.

Q (le président) **Qu'advierait-il si une infirmière faisait recours contre cet art. 30 ? R (le département)** Une infirmière qui fait recours pour se plaindre du fait qu'on ne lui donne pas une subvention devrait pouvoir répondre aux conditions qu'il faut pour qu'il y ait une véritable inégalité de traitement. C'est pour les organisations choisies qui prennent l'engagement d'accueillir tout patient à tout moment et de le suivre jour et nuit, toute l'année, qu'on prévoit une subvention. Cela n'est donc pas contradictoire, mais il propose de **supprimer les lettres d et e** car elles apportent de la confusion.

(EAG) Cela n'est pas problématique de mentionner la **subvention** dans le texte et il vaut mieux avoir la précision, de manière à éviter la **confusion** qu'on peut se faire entre **financement résiduel et subvention**. Il est important de préciser ce qu'on subventionne et ce qu'on ne subventionne pas.

Q **(PDC)** **Les infirmières qui ne font pas partie d'une organisation sont-elles exclues de la subvention ? R (le département)** Elles doivent se regrouper en entité pour prétendre à la subvention.

(PLR) **Leur amendement est modifié selon les amendements du département.**

Le président propose de faire voter alinéa par alinéa.

Article 30, al. 1 :

Amendement DSES : (reformulé en séance) : ¹ « Indépendamment du financement résiduel au sens de l'article 25a de loi fédérale sur l'assurance maladie, l'Etat peut accorder une subvention sous forme d'indemnité ou d'aide financière, au sens de la loi sur les indemnités et les aides financières du 15 décembre 2005, aux membres du réseau de soins, au sens de l'article 9 de la présente loi. »

L'amendement DSES est approuvé par 13 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 1 PDC, 4 PLR, 2 MCG), 0 non et 2 abstentions (1 UDC, 1 PDC). L'art. 30, al. 1 est modifié.

Article 30, al. 2

Amendement DSES : 2 « Une subvention peut être accordée par l'Etat aux organisations d'aide et de soins à domicile ainsi qu'aux infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant, membres du réseau de soins au sens de l'article 9 de la présente loi, aux conditions cumulatives supplémentaires : »

L'amendement DSES est adopté par 13 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 1 PDC, 4 PLR, 2 MCG), 0 non et 2 abstentions (1 UDC, 1 PDC). L'art. 30, al. 2 est modifié.

L'amendement PDC est retiré.

Amendement PLR : a) « participer à l'effort de coordination garantissant la continuité de la prise en charge des bénéficiaires »

L'amendement PLR est refusé par 7 non (1 EAG, 3 S, 1 Ve, 2 MCG), 6 oui (2 PDC, 4 PLR) et 2 abstentions (1 Ve, 1 UDC). L'art. 30, al. 2 n'est pas modifié.

Amendement DSES : **Abrogation des lettres d et e**

L'amendement DSES est adopté par 13 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 1 PDC, 4 PLR, 2 MCG), 0 non et 2 abstentions (1 UDC, 1 PDC). Les lettres d et e sont supprimées de l'art. 30, al. 2. L'art. 30, al. 2 est modifié.

Article 30, al. 3 :

Amendement DSES : « ³ Le versement de la subvention fait l'objet d'une décision du département sujette à recours auprès de la chambre administrative de la Cour de justice, la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985, étant applicable pour le surplus. »

L'amendement DSES est adopté par 13 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 1 PDC, 4 PLR, 2 MCG), 0 non et 2 abstentions (1 UDC, 1 PDC). L'art. 30, al. 3 est modifié.

Article 30, al. 4

Amendement DSES : « ⁴ Les subventions éventuelles aux établissements concernés par la loi sur l'intégration des personnes handicapées, du 6 mai 2003, découlent de ladite loi. »

L'amendement DSES est adopté par 14 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG), 0 non et 1 abstention (1 UDC). L'art. 30, al. 4 est modifié.

L'article 30 tel qu'amendé est accepté par 12 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 1 PDC, 3 PLR, 2 MCG), 2 non (1 PLR, 1 PDC) et 1 abstention (1 UDC).

Article 31 : pas d'opposition, adopté

Titre V : pas d'opposition, adopté

Article 32 : pas d'opposition, adopté

Article 33 : pas d'opposition, adopté

Article 34 : pas d'opposition, adopté

Article 35 :

Le département propose de supprimer cet article car il contient une disposition qui concernait **des conditions imposées pour le financement résiduel** et il est désormais **caduque**.

L'abrogation de l'article 35 est adoptée par 14 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG), 0 non et 1 abstention (1 UDC).

Article 36 :

L'article 36 devient l'article 35.

L'amendement DSES est adopté par 14 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 2 MCG), 0 non et 1 abstention (1 UDC).

Article 35 (ancien art. 36) : pas d'opposition, adopté

Loi A 2 05 :

art. 5, al. 1 : pas d'opposition, adopté

Loi A 2 24 :

art. 3, al. 1, let. f : pas d'opposition, adopté

Loi B 1 01 :

art. 200A, al. 2, let. c : pas d'opposition, adopté

Loi B 5 05 :

art. 1, al. 1, let. g : pas d'opposition, adopté

Loi D 3 17 :

art. 12, al. 1, phr. introductive : pas d'opposition, adopté

art. 12, al. 1, let. u : pas d'opposition, adopté

Loi J 7 20 :

art. 35A : pas d'opposition, adopté

art. 35B : pas d'opposition, adopté

art. 35C : pas d'opposition, adopté

K 1 03 :

art. 13A : pas d'opposition, adopté

K 1 07 :

Intitulé de la loi : pas d'opposition, adopté

art. 1, al. 1 et 3 : pas d'opposition, adopté

art. 2 : pas d'opposition, adopté

art. 29 (abrogé) : pas d'opposition, adopté

art. 31 : pas d'opposition, adopté

Amendement PLR :

(PLR) Ils n'ont pas trouvé de référence sur la définition des **structures intermédiaires**. Leur amendement n'a plus lieu d'être car l'art. 25 a été voté et n'a pas été modifié.

Le deuxième débat est terminé.

Discussion sur le PL 12169 et M 2442 en lien avec le PL 12263 et sur la question du répit pour les proches aidants

Q (le président) **Le PS souhaite-t-il qu'on termine le PL sur les soins à domicile avant d'aborder le PL 12169 ? (Ve)** Il serait intéressant d'intégrer certains éléments du PL 12169 dans ce PL sur les soins à domicile, car il y a beaucoup de choses intéressantes. **R (S)** Il est préférable que la commission attende le traitement de la *LORSDom*, avant de traiter le PL 12169.

Q (EAG) On a bien compris que le fait de **fixer un minimum de 28 jours est très contraignant** car certaines personnes ont **besoin d'un répit** de moins de jours et par ailleurs il y avait a priori déjà une garantie dans la *LAMal* sur le

répit maximum de 45 jours. **Est-ce que cela vaut la peine que cela soit inscrit dans la LORSDom ? R (le département)** On met un **maximum** avant tout pour des raisons budgétaires. Le **minimum** à l'inverse est contraignant et absurde, car cela empêcherait certaines personnes d'avoir du répit, si elles ne souhaitent pas avoir autant de jours de répit. Ensuite, soit le maximum est inférieur au droit fédéral, ce qui est absurde, soit il est supérieur à celui du droit fédéral et on met donc en place un droit qui serait supérieur à la *LAMal* et totalement pris en charge par le canton. Le maximum de 45 jours a été repris de l'actuelle *LSDom*.

(Le président) Il propose au PS de regarder ce qu'ils maintiennent dans le projet de loi et de décider ce qu'ils veulent inclure dans la *LORSDom*. Il y a aussi des modifications à faire pour la M 2442 du PDC par rapport à la *LORSDom* et il propose donc de suspendre également les travaux sur cet objet, en attendant la fin des travaux sur la *LORSDom*.

10 mai 2019 : Troisième débat sur le PL 12263

Vote (suite)

3^e débat

Article 2 :

Amendement Alternative¹⁰⁴ :

(EAG) Il s'agit de reprendre la formule originale, compte tenu du développement des travaux lors du deuxième débat. **(Le département)** Le Conseil d'Etat appuie cette demande car il s'agit de son texte initial.

« La présente loi s'applique aux partenaires tels que définis à l'article 8, œuvrant dans le réseau de soins en faveur du maintien à domicile, en particulier aux professionnels de la santé et aux institutions de santé au sens de la loi sur la santé qui prodiguent des soins pris en charge par la loi fédérale sur l'assurance-maladie, à l'exception des aspects sociaux qui incombent aux communes. »

L'amendement Alternative est adopté par 12 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 PLR, 2 MCG), 0 non et 2 abstentions (1 PLR, 1 UDC). L'art. 2 est modifié.

L'article 2 tel qu'amendé est adopté par 12 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 3 PLR, 2 MCG), 0 non et 1 abstention (1 UDC).

¹⁰⁴ Annexe 30 : Amendements Alternative (EAG-Ve-S) – Tableau synoptique 3e – PL 12263 – 10 mai 2019.

Article 3, al. 4 :

Amendement Alternative :

Q (Ve) Il s'agit **d'harmoniser** ce PL. Cet ajout est proposé à nouveau. **R (le département)** La commission a intégré à plusieurs reprises les personnes handicapées ou alors ses représentants dans le PL. Le fait de rajouter cela ici est inutile et en outre dangereux car la K 1 36 définit déjà ce que sont les **EPA**. En outre, une **structure intermédiaire** n'est pas une « **structure finale** » et, pour une personne trisomique par exemple, un **EPH** est un **lieu de vie** et pas une structure intermédiaire. **L'Alternative renonce finalement à son amendement.**

Article 3, al. 6 :

Amendement Alternative :

(Ve) On ne parle pas **d'accompagnement** dans la définition du **proche-aidant**. Il est primordial de le faire figurer dans l'article concernant la **définition** du proche-aidant. **R (le département)** Pas d'objection.

« 6) *Par proche aidant, on entend une personne de l'entourage immédiat d'un bénéficiaire dépendant d'assistance pour certaines activités de la vie quotidienne, qui, à titre non-professionnel et informel, lui assure de façon régulière des services d'aide, de soins, **d'accompagnement** ou de présence, de nature et d'intensité variées destinés à compenser ses incapacités ou difficultés, ou encore à assurer sa sécurité, le maintien de son identité et de son lien social.* »

L'amendement Alternative est adopté à l'unanimité par 14 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 3 PLR, 1 UDC, 2 MCG). L'art. 3, al. 6 est modifié.

L'article 3 tel qu'amendé est adopté à l'unanimité par 14 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 3 PLR, 2 MCG, 1 UDC).

Article 4 :

Amendement PLR :

(PLR) Il faut l'opportunité d'avoir plusieurs outils. **(Le département)** Ils travaillent sur l'**outil Interail**, lequel est déjà utilisé dans sa version provisoire par l'**Imad** pour ses évaluations à domicile et présente l'avantage d'être composé d'une série de suites pouvant être utilisées tant en **EMS** que pour les soins à domicile ou les soins aigus. **Le fait d'avoir plusieurs outils va empêcher la standardisation de la prise en charge et cela pourrait provoquer des décalages dans la prise en charge des personnes.**

Q (PLR) Y a-t-il un planning pour le développement de cet outil ? R (le département) Ils sont en phase pilote dans les **EMS** et les soins à domicile, les **HUG** sont sur le point de le mettre en place aux urgences et ils devraient déjà pouvoir déployer l'outil en 2020. Il y a une bonne acceptation et les infirmières indépendantes font partie intégrante du projet.

Le PLR **retire son amendement pour le point c.** Ensuite, leur proposition pour la **lettre d** permet d'éviter qu'il y ait, avec le mot « **réseau** », une confusion entre le réseau de soins, le réseau de soins à domicile ou encore le réseau des dossiers électroniques. **Il convient néanmoins d'enlever le mot « électronique »** dans la dernière ligne de leur amendement.

Q (le département) Pourquoi désirent-ils enlever le terme « électronique » ? R (PLR) Mondossiermedical.ch est justement ce qui permet la mutualisation des dossiers électroniques des patients. **(Le département)** Il peut s'agir de dossiers scannés et il convient de préciser « électronique ». **(PLR)** Ils laissent donc ce terme dans leur amendement.

Q (PLR) Que se passe-t-il pour les patients à domicile qui refusent que leurs données soient numérisées ? R (le département) Cela ne pose pas de problème. C'est une prestation sur une base volontaire.

Q (S) Est-ce que les patients peuvent décider en tout temps des accès et des restrictions sur certaines parties de son dossier ? R (le département) Effectivement, mais cela reste toujours documenté.

« d) de désigner la plateforme numérique sécurisée permettant le partage des informations des dossiers électroniques des patients ; »

L'amendement PLR est adopté à l'unanimité par 14 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 3 PLR, 1 UDC, 2 MCG). L'art. 4 est modifié.

Article 5 :

Amendement Alternative¹⁰⁵ :

(S) Il s'agit d'avoir une garantie sur la qualité et sur les formations, afin que le personnel soit adéquatement qualifié et qu'il y ait un mécanisme de garantie de contrôle sur la qualité.

Q (PLR) Est-ce que le devoir de surveillance de l'Etat n'est pas déjà prévu ailleurs ? R (le département) Le département n'est pas favorable à cet amendement car cela est déjà prévu dans la **loi sur la santé**. Il devient

¹⁰⁵ Annexe 31 : Lt. prise de position du SIT – PL 12263 – 2 mai 2019.

compliqué d'obliger le département de la santé de contrôler la qualification du personnel du domaine social.

(Ve) Elle propose d'ajouter dans le **domaine « social et sanitaire »**. **(Le département)** Cela compliquerait les choses. Le personnel du social doit être contrôlé par son employeur et pas par le département de la santé. **(PLR)** Il s'agit d'une loi d'organisation du réseau de soins et pas d'une loi sur les professionnels de la santé. **(S)** Les **syndicats** insistent sur les risques découlant du fait que les **contrôles** ne soient pas appliqués correctement. **(Le département)** Il n'a jamais vu un seul cas où on considérerait qu'il y avait un manque de qualifications de l'intervenant. Concernant la **qualité des prestations**, il y a eu une intervention de l'**OCIRT** qui a fait des contrôles et qui n'a retenu pour l'instant que des problèmes relevant du droit du travail, notamment des problématiques d'horaires et de travail sur appel.

Q (EAG) **Est-ce que le personnel qui dispense des aides pratiques est aussi couvert par la loi sur la santé ?** Si tel n'est pas le cas, il faudrait prévoir des dispositions pour ces derniers, car de nouvelles sociétés du secteur de l'aide à domicile sont en train de se constituer. Il convient de mettre des **garde-fous**. **R (le département)** **Le personnel qui dispense des aides pratiques n'est pas couvert par la loi sur la santé.** Face à des **personnes fragilisées**, on doit s'assurer que les personnes qui les approchent sont des personnes compétentes. Cela devient très compliqué si on étend cela au privé. **(EAG)** Si des acteurs veulent intégrer le réseau et remplir des **exigences minimales**, il faudrait pouvoir rendre cela possible par une **disposition ad hoc**. **(Le département)** Cela devrait figurer plutôt dans la **charte**. Si on dit « **veiller au contrôle des prestataires publics et privés** », on ouvre alors la porte de manière trop large. **(S)** Il s'agit de s'assurer que l'Etat s'engage et fait ce travail de vérification et de garantie, de manière à contrer la fragilisation du monde du travail.

Q (le président) **Les auteurs de l'amendement craignent-ils la sous-enchère salariale ?** **R (EAG)** Effectivement, et on peut fixer des **exigences qualitatives** pour le personnel qui intervient dans le réseau de soins. **(Le département)** Les professionnels de la santé font déjà **l'objet d'autorisation de pratique** et, pour être **membre**, on s'engage davantage et les contrôles sont d'autant plus poussés.

(EAG) Pour les **membres**, les exigences sont en effet plus poussées, mais pour les **partenaires** ce n'est pas toujours le cas, notamment pour les associations au service de la personne âgée qui peuvent proposer des services de garde-malades, de courses ou autres. **(Le département)** Il s'agit parfois de prestations bénévoles et parfois contre rémunération. Toute atteinte à la liberté économique doit reposer sur une base légale, reposer sur un intérêt

public et être proportionnelle. On doit donc laisser le département intervenir avec le **bon sens** nécessaire. Il y a des **donneurs d'alerte** un peu partout dans ce domaine.

(EAG) Leur volonté était de s'assurer que l'ensemble des **membres et partenaires** fassent l'objet d'un **contrôle**. (S) Ils pensent à des protagonistes qui ne sont ni des membres, ni des proches aidants, mais des acteurs de l'action sociale, qui sont en train d'évoluer dans le secteur des soins à domicile. (PLR) Dès qu'ils sont des **partenaires**, ils seront contrôlés et cette disposition par ailleurs n'empêchera jamais des acteurs qui ne sont pas des partenaires d'agir en dehors du réseau. Si le fait qu'on étaye **la lettre a** permet de satisfaire tout le monde, il propose :

a) « de valider et de contrôler régulièrement la qualité de membre du réseau de soins en fonction des conditions d'admission citées à l'article 9 de la présente loi »

L'amendement est adopté à l'unanimité par 14 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG). L'art. 5, let. a est modifié.

(S) **L'Alternative retire son amendement.**

L'article 5 tel qu'amendé est adopté à l'unanimité par 14 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG).

Article 6 :

Amendement Alternative :

(Ve) Ils modifient leur amendement en mettant une **nouvelle lettre b** :

« b) de l'adaptation de l'offre aux besoins des bénéficiaires et aux évolutions des pratiques de soins. » (La lettre b devient c et ainsi de suite.)

L'amendement Alternative est adopté à l'unanimité par 14 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 3 PLR, 1 UDC, 2 MCG). L'art. 6 let. b est modifié. La lettre b devient c et ainsi de suite.

Amendement PLR :

(PLR) Ils ont remarqué qu'il n'était nulle part écrit qui était en charge **de rédiger la charte de collaboration**, d'où leur proposition.

Le département propose de mettre cela à **l'al. 3** de la manière suivante :

Art. 6, al. 2 nouveau, al. 2 et suivant devient al. 3 et suivant : « ³ *La commission rédige la charte de collaboration, mentionnée à l'article 11 de la présente loi, et la soumet au département pour validation. Les membres de la*

commission s'engagent à la promouvoir auprès des partenaires du réseau de soins. »

L'amendement PLR est adopté à l'unanimité par 14 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 3 PLR, 1 UDC, 2 MCG). L'art. 6, al. 2 nouveau est ajouté. L'al. 2 et suivant devient al. 3 et suivant.

L'article 6 ainsi amendé est adopté à l'unanimité par 14 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 3 PLR, 1 UDC, 2 MCG).

Article 8

Le PLR retire son amendement.

Amendement Alternative :

(Ve) Le terme « **monde du handicap** » est trop ambigu et, par souci d'équité, il convient de se calquer sur les éléments de l'**art. 8** consacrés aux personnes âgées. Elles désirent revenir au terme « **les personnes handicapées** » plutôt que « **personnes en situation en handicap** » par souci de **cohérence** et d'uniformisation avec les autres lois, en concertation avec les milieux concernés. **(Le département)** Ils sont d'accord qu'on rajoute **le h** proposé, mais il estime que **le o et le n** proposés sont quelque peu redondants. **(Ve)** On a pourtant dans la loi exactement la même chose pour les personnes âgées. **(Le département)** Il accepte cette proposition. **(PLR)** Ils vont soutenir cette proposition car le monde du handicap peut se définir de manière plus précise.

Art. 8, let. h (nouvelle) : « *h) les établissements publics pour les personnes handicapées (EPH)* »

L'amendement Alternative est adopté à l'unanimité par 14 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 3 PLR, 1 UDC, 2 MCG). L'art. 8 est modifié avec la let. h (nouvelle).

Suppression de la let. l du deuxième débat :

L'amendement Alternative est adopté à l'unanimité par 14 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 3 PLR, 1 UDC, 2 MCG). La let. l de l'art. 8 est supprimée.

« o) les associations représentant les personnes handicapées »

L'amendement Alternative est adopté à l'unanimité par 14 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 3 PLR, 1 UDC, 2 MCG). La let. o de l'art. 8 est ajoutée.

« n) les associations au service des personnes handicapées. »

L'amendement Alternative est adopté à l'unanimité par 14 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 3 PLR, 1 UDC, 2 MCG). La let. n de l'art. 8 est ajoutée. Jusqu'à g, les lettres restent la même chose, la h devient i, la i devient j, la j devient k, la k devient l, la l devient m, la m devient p, la n devient q, la p devient r, la q devient s, la r devient t.

L'article 8 ainsi amendé est adopté à l'unanimité par 14 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 3 PLR, 1 UDC, 2 MCG).

Article 9, al. 1, let. b :

Amendement Alternative : « b) Etre autorisé en qualité de professionnel de la santé ou d'institution de santé ou du domaine social au sens de la loi sur la santé ou d'établissement au sens de la loi sur l'intégration des personnes handicapées, du 16 mai 2003 ; »

(Ve) Elle souhaite intégrer la **notion de social** afin d'être symétrique. (**Le département**) On doit savoir quel membre du réseau de soins serait du social est concerné par cette article. Il estime que tout est déjà prévu dans le projet de loi. **La même députée Ve renonce à cet amendement.**

Article 9, al. 1, let. f :

Amendement Alternative :

(Ve) Ils reviennent avec cette proposition au 3^e débat par souci de **cohérence** et de clarté par rapport à ce qui a été voté en 2^e débat à l'**art. 14**.

« f) participer à l'effort de relève en professionnels **du domaine social et sanitaire**, selon les objectifs fixés par le département, conformément à l'article 14 de la présente loi ; »

L'amendement Alternative est adopté à l'unanimité par 14 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 3 PLR, 1 UDC, 2 MCG). L'art. 9, let. f est modifié. L'art. 9, al. 1, let. i (nouvelle), j à k deviennent k à l.

Article 9, al. 1, let. i

Amendement PLR :

(PLR) On avait discuté de la **communication sécurisée** entre partenaires de la santé et membres du réseau. Ils proposent une nouvelle condition pour devenir **membre**, à savoir utiliser un courrier électronique **crypté**. Il propose « **crypté** » et pas « **sécurisé** » car cela permet d'avoir une sécurité accrue sur le fait que seul le destinataire est capable de lire l'e-mail envoyé. (**Le**

département) C'est un but à atteindre, mais le fait d'exiger cela à ce stade lui paraît **compliqué**. Ce n'est pas dans cette loi qu'on doit mettre de telles exigences et on doit laisser les choses se mettre en place.

(PLR) Le **minimum** requis en termes d'outils de communication est d'utiliser un mail crypté. **(Le département)** Une **charte** doit être élaborée et elle définira les pratiques professionnelles. **(PLR)** Cela montre qu'on a **la préoccupation de la sécurisation des données**. **(Ve)** Certains médecins échangent des données de patients via *WhatsApp*, application qui est gérée par *Facebook*, et donc les données transitent aux USA, ce qui est inacceptable. Les Vertes souhaiteraient que l'utilisation de *Mondossiermedical.ch* soit une **pratique généralisée**, mais elles soutiendront cette proposition, en attendant que cela soit possible.

Q (EAG) **Est-ce que cela contraint le patient au niveau de l'accès et de la communication ?** R (PLR) N'importe qui peut recevoir un e-mail crypté. Le patient peut en outre envoyer un e-mail non crypté à son médecin, mais cela relève de sa propre responsabilité. **(Le département)** On est en train de réserver un **marché** à des sociétés. Or, personne n'est obligé de rentrer dans *Mondossiermedical.ch*. **(PLR)** L'idée est de **faciliter** en particulier la **communication** entre les médecins et les infirmières de l'*Imad*.

Le PS soutiendra cet amendement. Il est important, malgré cette question de marché, **de garantir la sécurisation des données**.

Le département propose la formule suivante : « ***s'engager à utiliser un courrier électronique crypté*** ».

(PLR) On doit avoir la même réflexion que pour *Interail*, lequel est un **outil** qui est en cours de **finalisation**. Il maintient la proposition d'amendement. **(Le département)** La **Crainte** du département est qu'on se dise que *Mondossiermedical.ch* n'est pas quelque chose d'utile et qu'on donne un mauvais signe à l'ensemble du secteur.

« *i) utiliser un courrier électronique crypté ;* »

L'amendement PLR est adopté par 12 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 3 PLR, 1 UDC), 2 non (2 MCG) et 0 abstention. L'art. 9, al. 1, let. i (**nouvelle**), j à k deviennent k à l.

(S) Il propose pour la nouvelle lettre k de supprimer « ***s'engager à*** » et donc d'écrire :

« *k) mettre en place une démarche qualité reconnue par le département ;* »

L'amendement PS est adopté à l'unanimité par 14 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 3 PLR, 1 UDC, 2 MCG). La nouvelle lettre k est ajoutée à l'art. 9.

Le PLR retire son amendement concernant la lettre k.

Amendement Alternative :

(S) Cet amendement est important pour la protection des professionnels, lesquels doivent pouvoir avoir **des conditions salariales** qui soient dignes du réseau où ils vont exercer. Il s'agit d'une demande provenant des syndicats¹⁰⁶. **(PLR)** L'échelle de rémunération de l'Etat est ici imposée à l'économie privée. Cela n'est pas réalisable. **(Le département)** La lettre d parle du respect des conventions collectives et c'est le partenariat social qui définit si on crée une convention collective ou pas. Cette proposition est illégale, car elle va à l'encontre de la liberté économique.

(EAG) Le champ de cette disposition n'est pas aussi large puisqu'il y a toute une série d'entreprises qui ne sont pas comprises dans cette disposition. Il s'agit simplement de valider l'existant. **(PLR)** Cet amendement ne va dans le sens de ce que souhaitent ses auteurs et au contraire, cela va pousser certaines personnes à ne pas participer au réseau. **(PDC)** Le but de la loi est d'organiser les soins à domicile et d'accentuer le contrôle et la mise en place de directives plus claires pour que le réseau puisse être plus contrôlable. Avec cet amendement, il y aurait **deux réseaux**, dont l'un sur lequel il n'y aurait plus de réseau.

(S) On peut imaginer qu'il s'agit d'un **club** et que c'est donc une nouvelle condition pour être membre, mais par gain de paix, **ils vont le retirer**. Néanmoins, ils souhaitent changer **la lettre d** et il propose :

« d) **appliquer** une politique salariale conforme aux conventions collectives ou aux normes cantonales appliquées aux professionnels concernés, respectivement être affilié à une caisse de compensation, au sens de l'article 64 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 20 décembre 1946, lorsque cela s'applique »

L'amendement Alternative est adopté à l'unanimité par 14 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 3 PLR, 2 MCG, 1 UDC). La let. d de l'art. 9 est modifiée.

L'article 9 ainsi amendé est adopté à l'unanimité par 14 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 3 PLR, 1 UDC, 2 MCG).

¹⁰⁶ Annexe 31 : Prise de position SIT – PL 12263 – 2 mai 2019.

Article 10, al. 2, let. c :

Amendement Alternative :

(Ve) Leur amendement vise à être **cohérent** avec les autres dispositions concernant **l'accompagnement**.

c) « *de favoriser l'aide **et l'accompagnement** aux proches aidants ;* »

L'amendement Alternative est adopté à l'unanimité par 14 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 3 PLR, 1 UDC, 2 MCG). L'art. 10, al. 2, let. c est modifié.

L'article 10 ainsi amendé est adopté à l'unanimité par 14 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 3 PLR, 1 UDC, 2 MCG).

Article 14, al. 1 :

Amendement PLR :

(PLR) Ils ne veulent pas remettre en cause l'obligation pour les membres d'être impliqués dans la **formation professionnelle**, mais ils veulent être sûrs que les exigences du réseau seront proportionnées à la taille des organisations. Un **médecin seul** qui voudrait avoir un médecin-stagiaire des *HUG* chez lui aura besoin de locaux et ce sera compliqué, mais ce sera beaucoup plus facile pour le faire s'il se trouve dans un groupe médical. Une infirmière seule ne peut pas assurer le suivi d'un apprenti, mais elle peut néanmoins accueillir un stagiaire. **(EAG)** L'intention du législateur est d'adapter ce qui est mis à disposition de manière proportionnée à l'activité de celui qui met à disposition, mais en aucun cas, cela signifie qu'on ratiboiserait sur la qualité de la formation.

« ¹ Conformément à l'article 9, lettres e et f, les membres du réseau de soins participent à la formation des professionnels du domaine social et sanitaire et mettent à disposition des places de stages ou d'apprentissage de manière proportionnée à leur activité. »

L'amendement PLR est adopté à l'unanimité par 14 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 3 PLR, 1 UDC, 2 MCG). L'art. 14, al. 1 est modifié.

L'article 14 ainsi amendé est adopté à l'unanimité par 14 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 3 PLR, 1 UDC, 2 MCG).

Article 18, al. 3 :

Amendement Alternative :

(S) Leur proposition peut sembler redondante avec l'art. 2, mais cela est plus contraignant et cible mieux les buts. **C'est une reprise du PL 12169.**

« ³ Le réseau de soin permet la prise en charge des bénéficiaires afin que les proches aidants puissent pleinement exercer leur droit au répit. »

L'amendement Alternative est adopté à l'unanimité par 14 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 3 PLR, 1 UDC, 2 MCG). L'art. 18, al. 3 est modifié.

Article 18, al. 4 :

(EAG) **L'objectif de l'alinéa 4 est de garantir au proche aidant le droit au répit. Cet amendement provient du PL 12169. (Le département)** Cette disposition permet quasiment au proche aidant de déposer le proche aidé devant la porte pendant 45 jours et dire que l'Etat doit s'en occuper.

Q (PLR) **L'idée est-elle d'intégrer cette disposition dans la LORSDom et de retirer ce PL 12169 ?** R (S) Effectivement.

(EAG) Le fait d'avoir un droit ne signifie pas qu'on va l'exercer. Pour concrétiser la **politique** de l'Etat en matière de **soutien aux proches aidants**, il faut offrir **un droit au répit**. R (MCG) On doit faire attention, car on ne vote pas ici une motion mais une loi. Il y a un grand problème, car il y a des lois qui ne sont pas appliquées. Le MCG est pour la défense des proches aidants, mais on fait ici fausse route puisqu'il s'agirait d'une norme qui ne pourrait être appliquée. Le MCG ne votera pas cet amendement.

Q (PLR) **Y a-t-il déjà un règlement qui fixe ces 45 jours ?** 45 jours par année civile signifient que ce n'est pas le proche aidant qui décide quand et où le répit a lieu, mais que cela est encore piloté par le département. R (EAG) Il y a une mention de ces 45 jours dans la **LSDom** en vigueur, mais ceci n'est pas un droit. **Le séjour est au minimum de 5 jours et au maximum de 45 jours.** La mention de l'année civile traduit le fait que les gens ne prennent pas tous les 45 jours et que ce sont d'habitude des périodes plus courtes.

(UDC) Dans la mesure où l'UDC est opposée au PL 12169, ils ne vont pas accepter cette disposition. 28 jours, c'est déjà trop long et trop coûteux et en outre ce n'est pas ce que veulent les bénéficiaires. Enfin, **si cet amendement passe, cela risquerait de mener l'UDC à refuser l'entier du PL.**

Q (PLR) **Que fait-on des familles qui réclament ce droit, mais qui ne peuvent pas payer la prestation ?** Lors des auditions, ce qui est apparu était que le minimum de 5 jours était problématique, plutôt que le maximum. On devrait donc assouplir vers le bas. R (S) Personne n'oblige les proches aidants à prendre la totalité des 45 jours de répit.

Q (PLR) **Le minimum de 5 jours serait-il assoupli vers le bas ?**
 R (EAG) Ce minimum est fixé dans le **règlement** d'application mais, si cela va à l'encontre de ce que veulent les principaux concernés, le département doit alors modifier cette disposition dans le règlement d'application. **(Le président)** Le problème est que, si on met une personne aidée seulement pour un ou deux jours en institution, cela rend l'organisation de la structure d'accueil compliquée. **(Le département)** Ce n'est pas la famille qui paie, mais le résident lui-même, à moins qu'il ne soit aux prestations complémentaires, auquel cas le **SPC**¹⁰⁷ pourrait intervenir. On ne prend pas en compte la fortune de la famille pour le financement de cette prestation. Il s'agit de 105 francs par jour + 8 francs de contribution personnelle et donc il s'agit au maximum de 5100 francs pour 45 jours par année. Ils peuvent au coup par coup déroger sur les 45 jours, car cela est généralement annonciateur d'un placement. En outre, un répit qui dure moins de 5 jours est finalement plus stressant pour le proche-aidant et en réalité, ils dérogent très peu vers le bas.

Les Vertes vont soutenir cette disposition. On est ici au cœur du PL.
45 jours de répit signifient que les autres 320 jours de l'année, les proches aidants continuent à faire le job. Les **proches aidants**, dans le milieu du **handicap**, sont proches aidants **à vie**. Selon *Insieme* et la *FéGAPH*, il y a des périodes difficiles notamment pendant l'adolescence. Les femmes sont surreprésentées et elles doivent baisser leur temps de travail. 80% à 90% des personnes handicapées sont à domicile. Il s'agit parfois d'un abandon de l'activité professionnelle ou de la carrière du proche aidant. Cela implique une baisse de revenu et cela a un impact sur leur santé. Ces proches aidantes ont souvent beaucoup de peine à retrouver du travail après de longues périodes d'arrêt. En outre, cela concerne beaucoup de familles monoparentales. Enfin, ce sont les propositions *d'Insieme* qui souhaitait plus de 45 jours de répit car, lorsqu'on est 24h/24 avec une personne qui a des troubles du comportement, 45 jours de répit ne représentent même pas un jour par semaine¹⁰⁸.

(Le département) C'est au minimum 5 jours, mais ça peut être 10 ou 20 jours et donc pas 45 jours à la suite. **(Le président)** Très peu de gens utilisent ces 45 jours, mais 5 jours minimum est essentiel pour au moins marquer une pause. Sans répit, on peut parfois tendre vers de la maltraitance.

¹⁰⁷ SPC : Prestations complémentaires AVS/AI :

<https://www.ge.ch/prestations-complementaires-avsai>

¹⁰⁸ Annexe 9 – Prise de position Insieme – PL 12169 – 9 novembre 2018.

Q (PLR) **Y a-t-il de nombreuses demandes refusées dans les UATR ? R (le département)** Les UATR de l'*Imad* sont remplis à environ 80% sur l'année. Le fait que ce n'est pas plein est avant tout lié à une question de coûts.

(PLR) Le fait de fixer un maximum dans la loi n'est donc pas très inquiétant. **(Le département)** Il n'y a pas seulement les UATR, mais on pourrait aussi prendre en compte les **suppléances de proches aidants à domicile**. Il n'y a alors plus lieu de définir des limites de 5 jours et 45 jours.

Q (S) **Où se trouvent ces limites de 5 jours et 45 jours ? R (le département)** Il s'agit de l'**art. 30, al. 3 de la LSDom** actuelle. Le texte proposé mentionne un droit à 45 jours, mais ne le définit pas comme un maximum. Ce qui est en vigueur fonctionne bien, mais on pourrait l'améliorer en rendant la prestation plus accessible. Le **coût** de ce répit peut en effet être problématique pour certaines familles.

(Le président) La plupart des proches aidants sont les conjoints. **(EAG)** Les gens ont beaucoup de peine à laisser leur proche, car ils ont l'impression de l'abandonner. L'idée est de dire qu'il y a un véritable droit au répit et cela doit permettre de faire évoluer les mentalités. C'est avant tout un message politique.

« 4 Le réseau de soin garantit aux proches aidants qui en font la demande un droit à 45 jours de répit par année civile. »

L'amendement Alternative est adopté par 9 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 1 PLR), 4 non (1 PLR, 1 UDC, 2 MCG) et 1 abstention (1 PLR). L'art. 18, al. 4 est modifié.

Article 18, al. 5 :

(EAG) Pour le **point 5**, il s'agirait ici de faire des campagnes d'informations auprès des **employeurs** pour que ces derniers soient plus facilement favorables à des **aménagements** du travail pour faciliter l'activité du **proche aidant**, au niveau horaire, géographique, etc. **(Le département)** De telles campagnes ont un coût. Il y a une *journée des proches aidants*, qui peut s'étendre sur une semaine, pour sensibiliser la population, mais cibler une campagne d'information auprès des employeurs n'est pas pertinent. **(PLR)** Il est particulier d'écrire « **les autorités favorisent par des campagnes** », mais elle ne va pas s'opposer à cet alinéa. **(Ve)** Cette disposition a certes un coût, mais on sous-estime largement le rôle de la **prévention** et de la **promotion** dans la santé. Le fait d'informer sur les **bonnes pratiques** est la chose minimale que l'Etat peut faire.

(EAG) Elle **propose de modifier la proposition** en disant : « *Les autorités favorisent la conciliation des apports des proches aidants et de leurs activités professionnelles en intégrant cette question spécifique dans leurs campagnes d'information et de sensibilisation auprès du public.* »

(S) Ce n'est pas la même chose de compter sur la souplesse et la flexibilité d'une personne ou d'une entreprise que de faire d'un problème concernant **55 000 personnes** une priorité sociale. Ce n'est pas la même chose d'être proche aidant que de vaguement savoir ce qu'est un proche aidant. Il souhaite donc inclure une mesure claire de prévention et de promotion de la problématique des proches-aidants dans le PL.

« ⁵ *Les autorités favorisent la conciliation des apports des proches aidants et de leurs activités professionnelles en intégrant cette question spécifique dans leurs campagnes d'information et de sensibilisation auprès du public.* »

L'amendement Alternative est adopté par 12 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 PLR, 2 MCG), 0 non et 2 abstentions (1 PLR, 1 UDC). L'art. 18, al. 5 est modifié.

L'article 18 ainsi amendé est adopté par 12 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 PLR, 2 MCG), 1 non (1 UDC) et 1 abstention (1 PLR).

Article 21 :

Amendement Alternative :

(Ve) Il s'agit d'une clarification du droit des bénéficiaires. Elle désirerait que cela soit présent dans la loi pour plus de clarté. **(Le département)** Les fournisseurs de prestations doivent veiller à assurer la continuité de la prise en charge avant la cessation effective de leurs prestations. **(EAG)** S'il y a des relations difficiles avec la personne, on met fin à la prestation et on a l'impression que la personne peut se débrouiller alors qu'on la laisse en fait dans sa situation. **(Le président)** Cela n'est pas possible. **(Le département)** Le cas échéant, c'est le *Service de protection de l'adulte* qui agit. **Les Vertes retirent finalement leur amendement.**

Article 23, let. g :

Amendement Alternative :

(Ve) Il s'agit à d'être en **cohérence** avec les autres articles amendés. **(Le département)** Il est cette fois plus compliqué de rajouter « *accompagnement* », car on parle ici des organisations d'aide et de soins à

domicile. Ce n'est pas le rôle d'une telle organisation de faire de l'accompagnement. **(Ve)** L'**art. 3, al. 2** précise pourtant qu'on comprend notamment l'accompagnement dans la définition du maintien à domicile. **(Le département)** Cela est le but de la loi mais cela ne veut pas dire que c'est forcément par le biais des organisations d'aide et de soins à domicile.

(Le département) L'accompagnement de la sage-femme qui vient à domicile de la maman qui vient d'accoucher est une prestation qui est facturée. **En outre l'accompagnement pur n'est pas financé par un organisme de soins à domicile.** Si une structure délègue de l'accompagnement, ce n'est pas directement remboursé par les aides de l'Etat. **(EAG)** Cela rentre quand même dans la subvention de l'*Imad* car cette dernière n'est pas financée exclusivement par des remboursements *LAMal*. **(Le département)** Cela rentre dans la définition du maintien à domicile, mais pas dans la prestation telle qu'elle est décrite au sens des organisations d'aide et de soins à domicile.

(Ve) Il est préférable de faire de l'accompagnement de manière à éviter à terme une hospitalisation. **(Le département)** Il s'agit d'accompagnement au sens commun du terme, mais pas au sens de cette loi. Le maintien social, comme prestation prise isolément, n'est pas remboursée.

(PLR) Il y a un doux mélange entre ce qui est remboursé et ce qui ne l'est pas et donc l'argument **de dire que l'accompagnement n'est pas remboursé ne tient pas.** **(Le département)** L'argument tient au sens des lettres a, b et c de l'article 7 de l'*OPAS*. **(EAG)** L'accompagnement en tant que tel n'est peut-être pas remboursé par la *LAMal*, mais il y a toute une série d'actes qui sont dispensés notamment par les organisations d'aide et de soins à domicile et qui relèvent de l'accompagnement.

(S) La notion de **réciprocité** est plus clairement amenée par le terme « **accompagnement** » que par l'aide et cela doit donc figurer au PL.

« g) aide et accompagnement, comprenant notamment la suppléance parentale, l'alimentation, la sécurité à domicile et le maintien du lien social. »

L'amendement Alternative est accepté par 9 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 3 PLR), 3 non (1 UDC, 2 MCG) et 2 abstentions (2 PDC). L'art. 23, let. g est modifié.

L'article 23 ainsi amendé est accepté par 13 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 3 PLR, 2 MCG), 0 non et 1 abstention (1 UDC).

21 juin 2019 : suite du troisième débat et vote final :

Vote : 3^e débat (suite)

Article 24 (**nouveau**) :

Amendement PLR¹⁰⁹ :

(PLR) L'objectif de cet amendement est de mettre en avant les **médecins** dans leur **rôle** déjà défini. Il conviendrait qu'ils aient leur propre article. (**Le département**) Le « *sans délai* » est peut-être la seule chose nouvelle à cette proposition. Concernant l'**al. 2** proposé, c'est déjà une réalité et une évidence. Cela est donc superflu. Cela pourrait être considéré comme une dévalorisation des autres professionnels.

(EAG) Il y avait en effet une crainte de mettre en avant le rôle du médecin devant celui des autres professionnels, mais il y a eu un consensus entre les partis qui vise à rappeler **que le médecin doit assumer ses responsabilités sachant qu'il y a souvent des gens qui sortent de l'hôpital sans prescription et sans une coordination avec l'Imad**. Le fait que les médecins passent de l'art. 28 à l'art. 24 est secondaire. Cette formulation consensuelle permet donc d'éviter la mise en avant d'une hiérarchie.

(PDC) Cela permet aussi de **responsabiliser** le rôle du médecin afin que ce dernier renvoie dans la journée les prescriptions qu'on lui demande de signer. La loi ne peut pas fonctionner si on n'y mentionne pas les médecins.

Q (S) **Que veut dire la notion du « sans délai » ?** R (PLR) Cela fait partie des responsabilités qu'on demande au médecin. Le **délai** peut être **variable** par rapport à la **tâche** concernée. R (PDC) Il y a de façon récurrente des problèmes au niveau des **sorties d'hôpital** et des ordres médicaux qui doivent être signés par le médecin-traitant justement sans délai. (**Le département**) Il y a un effort pour énoncer quelque chose de consensuel auquel ils peuvent sur le fond se rallier. Par ailleurs, les règles de fonctionnement du réseau de soins iront bien au-delà de ce qui est proposé dans **cet art. 24**.

Article 24 : (nouveau) Médecins (tous les articles suivants sont décalés)

1. *« Les médecins dispensent les prestations médicales prévues par la LAMal. Ils se coordonnent entre eux afin d'assurer la continuité de la responsabilité médicale et de la prise en charge de leurs patients. Ils prescrivent sans délai, non seulement les investigations et les traitements*

¹⁰⁹ Annexe 32 : Amendements Nicollier – PLR – PL12263 – 24 mai 2019.

requis mais aussi les actes délégués aux autres professionnels. Ils effectuent le suivi et la réévaluation de leurs prescriptions.

2 « *Ils collaborent activement avec les organisations d'aide et de soins à domicile et les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant dans le cadre de la prise en charge des urgences domiciliaires.* »

L'amendement PLR est adopté par 13 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 1 UDC), 2 non (2 MCG) et 0 abstention. L'art. 24 (**nouveau**) est ajouté. Tous les articles suivants sont décalés.

L'article 24 (**nouveau**) dans son ensemble est adopté par 13 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 1 UDC), 2 non (2 MCG) et 0 abstention.

Article 29 (ancien art. 28) :

Amendement PLR : Suppression de l'alinéa 2

L'amendement PLR est adopté à l'unanimité par 15 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG). L'al. 2 de l'art. 29 (ancien art. 28) est supprimé.

L'article 29 ainsi amendé est adopté à l'unanimité par 15 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG).

Article 31, al. 2, let. a (ancien art. 30) :

Amendement PLR : « *a) participer à la coordination permettant de fournir, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, sur l'ensemble du territoire cantonal, des soins à domicile reconnus comme nécessaires à la couverture des besoins du canton de Genève et en assurer la continuité et le suivi ;* »

L'amendement PLR est adopté par 9 oui (2 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG), 0 non et 6 abstentions (1 EAG, 3 S, 2 Ve). L'art. 31 (ancien art. 30), al. 2 let. a est modifié.

Article 31, al. 2 let. b :

Amendement PLR : « *b) participer à la coordination permettant de prendre en charge, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, les besoins en soins urgents et les nouvelles demandes et en assurer la continuité ;* »

L'amendement PLR est adopté par 9 oui (2 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG), 4 non (1 EAG, 3 S) et 2 abstentions (2 Ve). L'art. 31 (ancien art. 30), al. 2, let. b est modifié.

Article 31, al. 2, let. d (nouvelle) :

Amendement Alternative :

(S) L'amendement suivant reprend les revendications des syndicats au niveau de la protection des salariés. Cette formulation est consensuelle par rapport à la proposition de deuxième débat au sujet du dumping salarial. **(PLR)** Il est en effet important qu'il n'y ait pas de dumping salarial et qu'on respecte les conditions de travail des salariés. Le PLR va voter cet amendement qui a fait l'objet d'un consensus. **(Le département)** La **lettre d de l'art. 9** sur les **membres** aborde déjà la question. Cette adjonction lui semble superflue et la formulation est lourde. Les entreprises qui peuvent recevoir la subvention ne sont que les membres et cela est évident. On ne sait donc plus **quelle lettre d va s'appliquer : celle de l'art. 9 ou celle de l'art. 31 nouveau.**

(PLR) On est à **l'art. 31** (anc. 30) et cela ne concerne que le **financement résiduel**. **(Le département)** Cela concerne aussi la **subvention** qui peut être accordée.

Q (MCG) Est-ce que les auteurs de l'amendement sont d'accord de retirer leur amendement de manière à éviter les doublons ? R (S) Les auteurs n'y voient pas de doublons et ils ne sont donc pas prêts à retirer leur amendement.

« d) Respecter le cadre de la réglementation répondant à des conditions garantissant la protection des salarié.e.s et respecter les dispositions de droit public ou de la convention collective de travail du secteur ; sont réservées les dispositions applicables aux infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant, les associations au service de la personne âgée, des aînée.e.s et des proches aidants ; »

L'amendement Alternative est adopté par 11 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 1 PDC, 4 PLR), 2 non (2 MCG) et 2 abstentions (1 UDC, 1 PDC). L'art. 31 (ancien art. 30), al. 2, let. d est modifié.

L'article 31 (**nouveau**) ainsi amendé est refusé par 9 non (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 1 UDC, 2 MCG), 6 oui (2 PDC, 4 PLR) et 0 abstentions.

Q (PLR) En cours des travaux, le TF est intervenu au niveau du **financement résiduel**. Ce sont les organisations de soins à domicile qui sont concernées. Il aborde le cas des infirmières qui sont employées dans les *EPH*, lesquels sont **des lieux de vie**. Il y a des prestations analogues à celles données par *l'Imad* qui sont données dans ces *EPH*. On pourrait imaginer une **inégalité de traitement** entre les infirmières qui font partie d'organisations à domicile

ou les infirmières indépendantes sous mandat et les infirmières qui travaillent en *EPH* et fournissent les mêmes types de prestations. **Pourrait-on envisager que ces infirmières aient aussi accès à ce financement ? R (le département)** Les personnes handicapées en *EPH* sont à domicile et donc, concernant les soins qui sont délivrés, s'il s'agit de soins prescrits par un médecin et remboursés par la *LAMal*, il n'y a aucune inégalité de traitement. S'il s'agit d'une employée d'un *EPH*, **la facturation devra alors être faite à l'établissement et pas directement à l'infirmière**. En outre, il s'agira de prestations qui sont circonscrites au sein de l'établissement. Les assureurs ne devraient donc pas s'opposer à cela et il ne voit pas sur quel base le canton pourrait refuser cela.

Déclarations finales :

(EAG) Son groupe considérerait qu'il était intéressant de redéfinir l'organisation du réseau de soins, d'ouvrir la conception classique qu'on a de l'aide et des soins autour des maladies et d'indiquer qu'il y avait d'autres champs d'intervention et d'autres acteurs du réseau de soins, avec une ouverture vers le social. Le champ des soins à domicile est un marché qui s'ouvre et qui est de plus en plus rentable. La volonté de libéraliser ce marché existe, mais cette loi permettra de préserver un certain nombre de **garde-fous**. Les conditions de travail du personnel œuvrant dans ce domaine sont inquiétantes et les contours qu'on a réussi à maintenir dans ce PL sont fondamentaux, raison pour laquelle EAG va voter le PL.

(PDC) C'est un très bon PL **consensuel**, des choses importantes y ont été ajoutées et donc le PDC va le voter. Cela permettra au PDC de retirer le PL sur l'hospitalisation à domicile.

L'UDC va refuser ce PL car **l'art. 28** sur les proches aidants a été amendé, ce qui équivaut à inclure le **PL 12169** dans ce PL, et compte tenu du fait que **l'art. 31**, comme il a subsisté, ne rencontre pas du tout leur adhésion.

Le PLR approuvera ce PL, car la thématique est très importante pour la santé de la population et pour trouver un **équilibre économique** dans la prise en charge des patients. Les bénéfices en santé à garder les patients le plus longtemps possible à domicile sont importants. Le texte trouvé est un pas en avant par rapport à ce qui existe actuellement et par ailleurs ils sont heureux d'avoir pu collaborer pour arriver à un texte qui convient à une majorité.

Le PS va aussi voter ce PL, son intervention va dans le sens de celle du député PLR, qu'il remercie car ce dernier était à l'origine des discussions qui ont permis, en marge des séances de commission, de construire le consensus. Ils ont fait un pas en direction du PLR et du PDC en échange du pas qui a été

fait en avant sur le **nombre de jours de répit**. Enfin, le PL 12169 va sans doute pouvoir être retiré.

Les Vertes accepteront ce PL. Elles remercient le député PLR d'avoir permis une discussion interpartis sur la construction de ce PL consensuel. Il est souhaitable de procéder ainsi lorsque cela est possible. Il était important d'avoir un PL autour du patient, incluant **tous types de pathologies** et qu'un soin puisse être aussi apporté aux **personnes en situation de handicap**. Elles seront donc soucieuses de la mise en œuvre de ce PL.

Le MCG votera ce PL, lequel permettra de répondre aux demandes et aux **nécessités** à venir dans le domaine.

(La présidente) Ce PL a été un travail de plusieurs mois durant lesquels les Vertes se sont beaucoup consultées avec EAG, ensuite l'Alternative et ensuite tous les partis. Il s'agit d'une belle façon de travailler et il était très important à ses yeux que les **personnes en situation de handicap** soient incluses et prises en considération dans ce projet au niveau de l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile. La notion de **proche aidant**, avec l'inclusion du PL 12169 au sein de ce PL, était aussi un point important à ses yeux. Elle remercie les commissaires pour avoir fait des efforts pour qu'il y ait une certaine **cohérence** dans cette loi, notamment en incluant la **notion de social et sanitaire**. Elle est heureuse que ce PL aboutisse et espère enfin que ce PL sera appliqué de façon **transversale et interdépartementale**.

La présidente met aux voix l'ensemble du PL 12263 ainsi amendé :

Le PL 12263 ainsi amendé est accepté par 13 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 1 PDC, 4 PLR, 2 MCG), 1 non (1 UDC) et 0 abstention.

Q (la présidente) **Le PS va-t-il retirer le PL 12169 ? R (PS)** Le PS le fera une fois que le PL 12263 aura été voté en plénière.

Q (la présidente) Le PDC attend-il aussi la plénière pour retirer le PL 12384 évoqué par le député PDC ? **R (PDC)** Ils vont le retirer sans attendre.

28 juin 2019 : discussion, prise de position et retrait de la motion 2442. Cette motion est liée au PL 12169 ainsi qu'au PL 12263.

La motion 2442 a été traitée en parallèle du PL 12169 du 1^{er} juin au 30 novembre 2018, puis elle a été liée aux travaux du PL 12263 du 18 janvier

au 28 juin 2019. (voir les annexes concernant le PL 12169 et M 2442 comprenant de nombreuses auditions).

(PDC) Il est vrai qu'on a défini certaines choses dans le PL 12263, mais ce dernier ne répond pas à toutes les questions concernant les proches aidants et ces derniers méritent donc une **loi connexe spécifique**, raison pour laquelle ils maintiennent cette motion.

Prises de positions :

(PLR) Son groupe votera contre cette motion et regrette que cela n'a pas pu être développé autrement dans le cadre du PL 12263. Par ailleurs, la motion demande de **légiférer spécifiquement**. Si la motion faisait référence à la *LORSDom*, ils auraient peut-être pu la voter, mais pas sous cette forme-là.

(S) La **première invite** de la motion est **dépassée**. Certains éléments se retrouvent dans la *LORSDom*. Il y a eu un débat de qualité pour inclure des éléments sous la forme d'un consensus et il ne s'agit pas d'une bonne idée d'accorder des **déductions fiscales** à certaines personnes, car cela pourrait péjorer la situation de ceux qui ont peu de revenu, puisqu'ils n'auraient que peu ou pas de déductions fiscales du tout.

(EAG) Son groupe va aussi refuser la motion estimant que le travail effectué **aux art. 15 et 18** de la *LORSDom* permettent déjà d'élargir la notion de proche aidant. **On a pu aussi y introduire la conciliation des activités professionnelles et personnelles** et il y a eu une belle avancée en la matière. Par ailleurs, ils ne sont pas convaincus qu'une déduction fiscale répondent aux besoins des proches aidants.

(MCG) Son groupe refusera cette motion, non pas qu'ils soient opposés au développement autour du proche aidant, qui doit certes aller plus loin, mais car la **structure multiforme** de la motion ne leur semble pas judicieuse.

(UDC) Son groupe s'abstiendra sur cette motion. Ils sont d'accord sur certaines invites mais la forme de la motion est questionnable. Il aurait fallu **plus travailler au niveau du PL 12263, au lieu de créer une juxtaposition de deux lois**.

Les Vertes sont conscientes du fait qu'il faut soutenir les proches aidants, mais elles demeurent sceptiques quant à la création d'une loi spécifique. Les **déductions fiscales** ne sont pas le meilleur moyen d'aider les proches aidants et donc elles refuseront cette motion.

(PDC) Vu l'enthousiasme absolu reçu par la commission et par gain de paix, **son groupe décide de retirer la motion**, mais ils seront néanmoins très

attentifs à l'application de la *LORSDom*. **En outre que la PL 12384 va aussi être retirée en plénière.**

Conclusion de la rapporteure

Mesdames et Messieurs les député.e.s,

Au nom de la majorité de la commission, je vous recommande d'entrer en matière sur ce projet de loi, qui condense une multitude d'enjeux concernant l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile. Des personnes âgées aux personnes en situation de handicap, de la définition du proche aidant au droit de répit, en passant par le financement résiduel ou encore le rôle de médecins, etc. Par ailleurs, durant les travaux, le *TAF* a rendu son jugement concernant le financement résiduel. Dès lors, les discussions se sont aussi focalisées sur les conséquences d'un tel arrêt.

Ce projet de loi a le bénéfice de réunir une majorité autour de nombreux consensus trouvés en commission et de travaux accomplis de manière constructive. Il permettra d'améliorer de nombreuses problématiques existantes aujourd'hui telles que les sorties d'hôpital, le manque de structure de répit pour les proches aidants, le manque de coordination, et enfin l'absolue nécessité de prendre en considération une société qui évolue avec une population vieillissante mais aussi une société plus inclusive. L'autonomie est une des clés du maintien à domicile. La promotion et la prévention en sont d'autres. Il y en a encore d'autres et pour éviter des hospitalisations inutiles ou à répétitions ainsi que des institutionnalisations, il est nécessaire d'avoir des outils communs, évolutifs, consensuels, sécurisés afin que tous les membres et partenaires du réseau de soins puissent effectuer une prise en charge voire un accompagnement de qualité à la hauteur de notre canton. La frontière entre la santé et le social reste difficile à effacer, même si de nombreux amendements ont permis d'atténuer les silos existants. Il s'agira désormais d'être attentifs à la mise en application de ce projet de loi.

En guise de conclusion, et après des mois de travaux de commission, la majorité des membres de la commission de la santé vous invitent à entrer en matière et à accepter ce projet de loi fondamental.

Annexes par ordre des objets traités

Annexes au PL 12169 et à la M 2442 :

- Annexe 2 : PL 12169 – le texte (*consultable sur internet : <http://ge.ch/grandconseil/data/texte/PL12169.pdf>*)
- Annexe 3 : Motion 2442 – le texte (*consultable sur internet : <http://ge.ch/grandconseil/data/texte/M02442.pdf>*)
- Annexe 4 : Lt. Conseil d'Etat au DFI du 17 octobre 2018
- Annexe 5 : Lt. DFI du 4 septembre 2018
- Annexe 6 – Prise de position *FéGAPH* sur le PL 12169 et M 2442 – 18 janvier 2019
- Annexe 7 : Lt. ACG du 11 octobre 2018
- Annexe 8 : Note Berberat – Prise de position de la Plateforme des associations d'ainés de Genève – PL 12169 et M 2442 – du 16 novembre 2018
- Annexe 9 : Prise de position *Insieme* du 9 novembre 2018

Annexes au PL 12263 :

- Annexe 1 – PL 12263 – *LORSDom* (*consultable sur internet : <http://ge.ch/grandconseil/data/texte/PL12263.pdf>*)
- Annexe 10 – INSOS Amendements – 1 – 03 – 2019 – *LORSDom*
- Annexe 11 – *LORSDom* – Présentation Powerpoint du PL par le Département – juin 2018
- Annexe 12 – Email Bron – 15 – 01 – 19 – Consultation PL *LORSDom*
- Annexe 13 : Prise de position *CFRGe* et *FéGAPH* sur le PL 12263 – 18 janvier 2019
- Annexe 14 – Prise de position *GIIGe* – 3 mars 2019
- Annexe 15 – 2^e débat – 1^{er} tableau synoptique des amendements – PL 12263 – 8 mars 2019
- Annexe 16 – Tableau synoptique des amendements PLR – PL 12263 – 15 mars 2019
- Annexe 17 – Amendements DSES – PL 12263 – 8 mars 2019
- Annexe 18 – Amendement Buchs – Art. 1 *LORSDom*

- Annexe 19 – Amendements conjoints Verts – EAG et e-mail Haller – PL 12263 – 5 mars 2019
- Annexe 20 – Email Haller – de Chastonay (Amendements) – 3 mars 2019
- Annexe 21 – Amendement Buchs – Art. 2 – *LORSDom*
- Annexe 22 – Amendement Buchs – Art. 3, al. 3. *LORSDom*
- Annexe 23 – Amendements Verts – e-mail de Chastonay – PL 12263 – 8 mars 2019
- Annexe 24 – Amendement Buchs – Art. 3, al. 6 – *LORSDom*
- Annexe 25 – Amendement Buchs – Art. 4 – *LORSDom*
- Annexe 26 – Amendements Thévoz – PL 12263 – 11 mars 2019
- Annexe 27 – Amendement Buchs – Art. 19 – *LORSDom*
- Annexe 28 – 2^e débat – Dernier tableau synoptique des amendements – PL 12263 – 12 avril 2019
- Annexe 29 – Amendement Buchs – Art. 30 – *LORSDom*
- Annexe 30 – 3^e débat tableau synoptique des amendements – PL 12263 – Amendements Alternative (EAG-Ve-S) – PL 12263 – 10 mai 2019
- Annexe 31 – Lt. *SIT* et prise de position – PL 12263 – 2 mai 2019
- Annexe 32 – Amendements Nicollier – PLR – PL 12263 – 24 mai 2019

Projet de loi (12263-A)

sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile (LORSDom) (K 1 04)

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève,
vu la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (ci-après : la loi fédérale sur l'assurance-maladie);
vu l'ordonnance fédérale sur l'assurance-maladie, du 27 juin 1995;
vu l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, du 29 septembre 1995 (ci-après : l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins);
vu la loi fédérale sur le dossier électronique du patient, du 19 juin 2015;
vu la constitution de la République et canton de Genève, du 14 octobre 2012;
vu la loi sur la santé, du 7 avril 2006 (ci-après : la loi sur la santé),
décrète ce qui suit :

Titre I Dispositions générales

Art. 1 But

¹ La présente loi a pour but d'organiser le réseau de soins en vue de favoriser le maintien à domicile.

² Elle vise notamment à :

- a) mettre en place un réseau de soins qui permette de répondre de manière adéquate aux besoins de la population afin de préserver son autonomie en restant le plus longtemps possible à domicile, en évitant les hospitalisations et en retardant l'admission dans des institutions de santé ou les établissements pour personnes handicapées (EPH);
- b) soutenir toute mesure utile à l'aide et aux soins à domicile et en matière de prévention de la perte d'autonomie;
- c) promouvoir la collaboration et la coordination au sein du réseau de soins;
- d) soutenir les proches aidants, en promouvant, notamment, des mesures de répit appropriées;
- e) soutenir et développer le concept d'Hospitalisation à domicile (HAD).

³ Elle règle les conditions relatives au financement public des prestataires de soins en matière de maintien à domicile.

Art. 2 Champ d'application

La présente loi s'applique aux partenaires tels que définis à l'article 8, œuvrant dans le réseau de soins en faveur du maintien à domicile, en particulier aux professionnels de la santé et aux institutions de santé au sens de la loi sur la santé qui prodiguent des soins pris en charge par la loi fédérale sur l'assurance-maladie, à l'exception des aspects sociaux qui incombent aux communes.

Art. 3 Définitions

¹ Par réseau de soins, on entend un dispositif réunissant un ensemble de partenaires au sens de l'article 8 qui collaborent entre eux, poursuivent des objectifs communs et adoptent des bonnes pratiques communes en matière de prise en charge des bénéficiaires.

² Par maintien à domicile, on entend toutes les prestations médicales ou sociales, d'aide, de soins, de soutien, d'accompagnement et de prévention en vue d'éviter ou de retarder la péjoration de l'état de santé ainsi que le recours à l'hospitalisation ou à l'entrée en institution.

³ Par HAD, 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 occasion une hospitalisation en institution, tout en offrant une prise en charge médicale spécialisée.

⁴ Par structures intermédiaires, on entend notamment les foyers de jour et de jour/nuit, les unités d'accueil temporaire médicalisées (UATM) ou de répit (UATR) et les immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA).

⁵ Par bénéficiaire, on entend la personne physique qui est récipiendaire d'une ou de plusieurs prestations mentionnées dans la présente loi.

⁶ Par proche aidant, on entend une personne de l'entourage immédiat d'un bénéficiaire dépendant d'assistance pour certaines activités de la vie quotidienne, qui, à titre non-professionnel et informel, lui assure de façon régulière des services d'aide, de soins, d'accompagnement ou de présence, de nature et d'intensité variées destinés à compenser ses incapacités ou difficultés, ou encore à assurer sa sécurité, le maintien de son identité et de son lien social.

⁷ Par mesure de répit, on entend du conseil, de l'assistance, de l'accompagnement et de la relève à domicile ou dans une structure dédiée aux proches aidants, notamment par la prise en charge provisoire de leurs proches atteints de troubles physiques, psychiques ou cognitifs, pour les actes de la vie quotidienne et les soins de base.

⁸ Par urgence domiciliaire, on entend l'intervention par un médecin en urgence au domicile du bénéficiaire permettant de déterminer si ce dernier nécessite une hospitalisation ou une entrée en établissement.

Art. 4 Rôle de l'Institution genevoise de maintien à domicile

¹ De par son statut d'établissement de droit public autonome et d'organisation à but non lucratif, sa mission légale et son financement par l'Etat, l'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) a une obligation de prise en charge dans le domaine des soins LAMal à domicile, sur l'ensemble du territoire du canton de Genève, sous réserve des limites de la prise en soins conformément à l'article 21 de la présente loi.

² L'Etat s'appuie sur le réseau de soins, notamment l'IMAD, pour mettre en œuvre sa politique du maintien à domicile dans le canton de Genève, notamment pour les tâches qui ne sont pas effectuées par des institutions privées.

³ La loi sur l'Institution genevoise de maintien à domicile, du 18 mars 2011, s'applique pour le surplus.

Art. 5 Autorité compétente

¹ Le département chargé de la santé (ci-après : département) est l'autorité compétente pour mettre en œuvre la présente loi.

² Il est chargé, notamment :

- a) de valider et contrôler régulièrement la qualité de membre du réseau de soins en fonction des conditions d'admission citées à l'article 9 de la présente loi;
- b) de décider du financement des activités liées au réseau de soins, tant au niveau des indemnités et des aides financières que du financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie;
- c) de désigner l'outil d'évaluation standardisée des besoins requis;
- d) de désigner la plateforme numérique sécurisée permettant le partage des informations des dossiers électroniques de patients;
- e) d'assurer la coordination entre les partenaires du réseau de soins, les communes et les milieux associatifs;
- f) de valider les règles communes de fonctionnement des partenaires du réseau de soins;
- g) de fixer les objectifs annuels et les indicateurs de performance du réseau de soins;

- h) de négocier les contrats de prestations avec les partenaires du réseau de soins;
- i) de mettre à disposition des bénéficiaires l'information utile.

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

Art. 6 Commission de coordination du réseau de soins

¹ Le département est assisté par la commission de coordination du réseau de soins (ci-après : la commission), laquelle est composée de partenaires du réseau de soins et de l'Association des communes genevoises.

² La commission a notamment pour mission de conseiller le département dans le cadre :

- a) de l'établissement de règles de comportement communes aux partenaires;
- b) de l'adaptation de l'offre aux besoins des bénéficiaires et aux évolutions des pratiques de soins;
- c) du développement de projets communs visant à améliorer le fonctionnement du réseau de soins;
- d) de l'information de la population sur les prestations du réseau de soins.

³ La commission rédige la charge de collaboration mentionnée à l'article 11 de la présente loi. Les membres de la commission s'engagent à la promouvoir auprès des partenaires du réseau de soins.

⁴ La composition et les tâches de la commission sont fixées par règlement du Conseil d'Etat.

⁵ La loi sur les commissions officielles, du 18 septembre 2009, est applicable pour le surplus.

Titre II Réseau de soins

Chapitre I Partenaires et membres

Art. 7 Organisation

Le Conseil d'Etat fixe par règlement les modalités d'organisation du réseau de soins.

Art. 8 Partenaires

¹ Pour autant qu'ils aient signé la charte de collaboration des partenaires du réseau de soins (ci-après : la charte de collaboration) validée par le département, les partenaires sont notamment les suivants :

- a) les médecins traitants, les réseaux et organisations de médecins traitants;
- b) l'Institution genevoise de maintien à domicile;
- c) les organisations privées d'aide et de soins à domicile;
- d) les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant;
- e) les établissements publics médicaux;
- f) les cliniques privées;
- g) les établissements médico-sociaux;
- h) les établissements publics pour les personnes handicapées (EPH);
- i) les structures intermédiaires;
- j) les pharmacies;
- k) les physiothérapeutes;
- l) les associations au service de la personne âgée;
- m) les associations représentant les aînés;
- n) les associations au service de la personne handicapée;
- o) les associations représentant les personnes handicapées;
- p) les associations représentant les proches aidants;
- q) tout autre professionnel de santé ou institution de santé au sens de la loi sur la santé;
- r) les associations représentant les personnes atteintes dans leur santé;
- s) les services sociaux publics ou privés intervenant auprès des catégories de personnes précitées;
- t) les communes.

² L'Etat peut octroyer un financement aux partenaires qui satisfont aux conditions des articles 9 ou 30 de la présente loi. Les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-maladie sont réservées.

Art. 9 Membres

Les partenaires qui satisfont aux conditions suivantes peuvent devenir membres du réseau de soins :

- a) correspondre aux besoins de la planification sanitaire cantonale;
- b) être autorisé en qualité de professionnel de la santé ou d'institution de santé au sens de la loi sur la santé;
- c) appliquer les tarifs des prestations en vigueur au niveau fédéral, conventionnés avec les assureurs-maladie ou fixés ou approuvés par le Conseil d'Etat;

- d) appliquer une politique salariale conforme aux conventions collectives ou aux normes cantonales appliquées aux professionnels concernés, respectivement être affilié à une caisse de compensation, au sens de l'article 64 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 20 décembre 1946, lorsque cela s'applique;
- e) disposer d'un plan de formation continue du personnel;
- f) participer à l'effort de relève en professionnels du domaine social et sanitaire, selon les objectifs fixés par le département, conformément à l'article 14 de la présente loi;
- g) être signataire de la charte de collaboration;
- h) utiliser le dossier électronique du patient selon l'outil choisi par l'Etat;
- i) utiliser un courrier électronique crypté;
- j) fournir au département les informations statistiques requises et nécessaires à la définition de la politique sanitaire du canton;
- k) s'engager à mettre en place une démarche qualité reconnue par le département;
- l) effectuer l'évaluation standardisée des besoins requis selon l'outil validé par le département.

Chapitre II Collaboration

Art. 10 Missions

¹ Le réseau de soins a pour missions :

- a) de collaborer au sens des articles 11 et suivants, afin de permettre aux bénéficiaires de rester le plus longtemps à domicile, sous réserve de l'alinéa 2 du présent article;
- b) de garantir l'équité d'accès aux soins;
- c) de favoriser l'aide et l'accompagnement aux proches aidants;
- d) de promouvoir l'information aux bénéficiaires et à leurs proches aidants;
- e) d'assurer le développement des compétences des professionnels du réseau de soins.

² Le réseau de soins vise à garantir la qualité et l'efficacité des prestations en veillant à la maîtrise de leurs coûts, quel que soit le lieu d'intervention et sous réserve des limites du maintien à domicile, notamment la limite de la prise en soins, en vertu de l'article 21.

Art. 11 Charte de collaboration

¹ La charte de collaboration définit les engagements des partenaires du réseau de soins en matière de collaboration.

² En mettant au centre de leurs préoccupations le bénéficiaire et ses proches aidants, les partenaires du réseau de soins s'engagent notamment dans les domaines suivants :

- a) la collaboration;
- b) la définition et le respect des pratiques professionnelles;
- c) la formation;
- d) la diffusion des informations aux bénéficiaires et à leurs proches aidants;
- e) le partage d'informations relatives à la prise en charge;
- f) la communication entre partenaires du réseau de soins.

Art. 12 Buts de la collaboration

La collaboration vise notamment à :

- a) promouvoir les interactions au sein du réseau de soins afin d'améliorer et d'optimiser les prises en charge;
- b) établir des conventions entre partenaires du réseau de soins afin d'améliorer la qualité et l'économicité des prestations;
- c) assurer la coordination lors de prises en charge partagées;
- d) identifier les dysfonctionnements du réseau, contribuer à la recherche de solutions et les mettre en œuvre;
- e) conduire des projets communs;
- f) collaborer à la mise en œuvre des plans et programmes cantonaux;
- g) collaborer de façon concertée lors de situations de crise.

Art. 13 Bonnes pratiques professionnelles

¹ Dans le cadre du réseau de soins, la définition de bonnes pratiques professionnelles communes vise notamment à :

- a) partager les expériences et échanger sur les pratiques afin de les améliorer et d'adopter des référentiels communs;
- b) garantir, quel que soit le fournisseur de prestations, une prise en charge globale et continue du bénéficiaire;
- c) respecter le bénéficiaire et promouvoir son autonomie.

² Chaque partenaire s'engage à respecter les bonnes pratiques établies par sa profession.

Art. 14 Formation

¹ Conformément à l'article 9, lettres e et f, les membres du réseau de soins participent à la formation des professionnels de la santé et mettent à disposition des places de stages ou d'apprentissage de manière proportionnée à leur activité.

² Les membres du réseau de soins participent également à la formation continue, au perfectionnement et à l'évolution des métiers des professionnels de la santé.

³ Les objectifs sont :

- a) la participation à l'effort de formation afin de couvrir les besoins en professionnels de la santé nécessaires au réseau de soins;
- b) l'harmonisation de la formation continue.

⁴ Les partenaires du réseau de soins participent à l'enquête annuelle du programme de mesures pour favoriser la relève des professionnels de la santé et fournissent les informations requises.

Art. 15 Information aux bénéficiaires et à leurs proches aidants

Dans le but de garantir l'équité d'accès aux soins, les partenaires du réseau de soins :

- a) fournissent une information complète sur les prestations disponibles;
- b) donnent aux bénéficiaires les moyens de faire des choix éclairés, notamment en matière de directives anticipées et de désignation du représentant thérapeutique.

Art. 16 Partage d'informations relatives à la prise en charge

Afin de favoriser la continuité de la prise en charge du bénéficiaire, le partage d'informations entre partenaires du réseau de soins est requis et comprend notamment les tâches et utilisations suivantes :

- a) la mise à disposition des informations nécessaires à la continuité des prises en charge lors, notamment, d'un transfert vers une autre institution sociale et sanitaire ou de situations partagées, y compris par voie électronique, avec le consentement explicite du bénéficiaire;
- b) l'inscription des patients pris en charge, avec leur consentement explicite, au dossier électronique désigné par le département, en proposant celle-ci à tous;
- c) l'utilisation des outils communs existants validés par l'Etat;
- d) l'utilisation des outils permettant le partage, au sein du réseau, d'indicateurs et de statistiques de santé publique ou d'incapacité.

Art. 17 Communication entre partenaires du réseau de soins

Les partenaires s'informent mutuellement des nouveautés et des changements en matière de structures et de prestations.

Chapitre III Proches aidants

Art. 18 But et prestations

¹ Le soutien aux proches aidants a pour but de reconnaître l'importance de leur rôle et de l'aide qu'ils procurent aux personnes de leur entourage.

² Le réseau de soins garantit des mesures de répit, d'accompagnement, de conseil et d'information aux proches aidants dans le but de favoriser le maintien à domicile.

³ Le réseau de soin permet la prise en charge des bénéficiaires afin que les proches aidants puissent pleinement exercer leur droit au répit.

⁴ Le réseau de soins garantit aux proches aidants qui en font la demande un droit à 45 jours de répit par année civile.

⁵ Les autorités favorisent la conciliation des apports des proches aidants et de leurs activités professionnelles en intégrant cette question spécifique dans leurs campagnes d'information auprès du public.

Art. 19 Commission consultative

¹ Il est institué une commission consultative pour le soutien des proches aidants actifs à domicile, sous la présidence de la direction générale de la santé.

² Le département fixe par voie réglementaire la composition et les tâches de cette commission ainsi que le catalogue des prestations aux proches aidants.

Titre III Maintien à domicile

Chapitre I Principes généraux

Art. 20 Fournisseurs de prestations de soins

¹ Le maintien à domicile des bénéficiaires est assuré par :

- a) les médecins, les réseaux et organisations de médecins;
- b) les organisations d'aide et de soins à domicile publiques ou privées;
- c) les infirmières et les infirmiers pratiquant à titre indépendant;
- d) les structures intermédiaires publiques ou privées;
- e) tout professionnel de la santé au sens du règlement sur les professions de la santé, du 22 août 2006, qui intervient sur prescription médicale.

² Les organisations d'aide et de soins à domicile et les structures intermédiaires sont des institutions de santé au sens de la loi sur la santé.

Art. 21 Limites de la prise en soins LAMal à domicile

¹ Les fournisseurs de prestations peuvent mettre fin aux soins fournis à domicile au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, dans les cas suivants :

- a) éléments cliniques justifiant une telle décision, d'entente avec le prescripteur des soins, ou
- b) éléments en lien avec la préservation de la santé et de la sécurité des professionnels de la santé, ou
- c) décisions des assureurs-maladie s'agissant du remboursement à charge de l'assurance obligatoire des soins.

² Les fournisseurs de prestations doivent veiller à assurer la continuité de la prise en charge avant la cessation effective de leurs prestations.

Art. 22 Lieux d'intervention

Les prestations favorisant le maintien à domicile s'effectuent :

- a) en priorité au domicile des bénéficiaires;
- b) dans les services de soins ambulatoires publics et privés;
- c) dans les lieux d'accueil des organisations d'aide et de soins à domicile ou tout autre lieu approprié;
- d) dans les structures intermédiaires.

Chapitre II Prestations**Art. 23 Organisation d'aide et de soins à domicile**

¹ Les organisations d'aide et de soins à domicile dispensent les prestations prescrites par un médecin et prévues à l'article 7 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, à savoir :

- a) l'évaluation, les conseils et la coordination;
- b) les examens et les traitements;
- c) les soins de base.

² Elles peuvent en outre dispenser, notamment, les prestations suivantes :

- a) prestations d'ergothérapie prévues à l'article 6 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins;
- b) conseils nutritionnels prévus à l'article 9b de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins;
- c) conseils aux diabétiques prévus à l'article 9c de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins;
- d) conseils en cas d'allaitement prévus à l'article 15 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins;

- e) liaison, notamment dans le cadre des entrées, respectivement des sorties, des établissements publics médicaux ou des cliniques privées;
- f) coordination générale avec l'ensemble des intervenants autour d'une situation;
- g) aide et accompagnement, comprenant notamment la suppléance parentale, l'alimentation, la sécurité à domicile et le maintien du lien social;
- h) aide au ménage, incluant notamment les tâches d'économie domestique, pour autant que les besoins requis aient fait l'objet d'une évaluation;
- i) relais, notamment social, des bénéficiaires en vue de les orienter vers l'institution compétente;
- j) mesures de soutien et d'accompagnement aux proches aidants;
- k) urgences sociales qui permettent la prise en charge de personnes sur le plan de la santé et sur le plan social dans des situations de crise liées, entre autres, à la précarité, à l'exclusion, aux violences domestiques ou aux troubles du comportement. Elles sont fournies après la fermeture des services, la nuit, le week-end et les jours fériés;
- l) mesures de prévention et détection des fragilités en vue d'une entrée en institution.

Art. 24 Médecins

¹ Les médecins dispensent les prestations médicales prévues par la LAMal. Ils se coordonnent entre eux afin d'assurer la continuité de la responsabilité médicale et de la prise en charge de leurs patients. Ils prescrivent sans délai, non seulement les investigations et les traitements requis mais aussi les actes délégués aux autres professionnels. Ils effectuent le suivi et la réévaluation de leurs prescriptions.

² Ils collaborent activement avec les organisations d'aide et de soins à domicile et les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant dans le cadre de la prise en charge des urgences domiciliaires.

Art. 25 Infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant

¹ Les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant dispensent les prestations prescrites par un médecin et prévues à l'article 7 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, à savoir :

- a) l'évaluation, les conseils et la coordination;
- b) les examens et les traitements;
- c) les soins de base.

² Les infirmières et infirmiers peuvent en outre, selon leurs compétences, dispenser les prestations indiquées à l'article 23, alinéa 2 et prévues par l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins.

Art. 26 Structures intermédiaires

¹ Les structures intermédiaires, médicalisées ou non, dispensent notamment les prestations suivantes :

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

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

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

Art. 27 Etablissements médico-sociaux

¹ Conformément à la loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées, du 4 décembre 2009, les établissements médico-sociaux peuvent créer des lits spécialement affectés au court séjour en unité d'accueil temporaire de répit (UATR), avec l'aval du département, pour favoriser le répit des proches aidants et dans une perspective de découverte de la vie en institution.

² Les établissements médico-sociaux peuvent exploiter des structures intermédiaires et délivrer des prestations sociales de proximité.

Art. 27 Etablissements publics médicaux

Les établissements publics médicaux contribuent au maintien à domicile en :

- a) participant aux mesures en amont et en aval des hospitalisations afin de préparer les entrées, respectivement préparer les retours à domicile, dans les meilleures conditions possibles pour le bénéficiaire;
- b) participant aux projets favorisant le maintien à domicile;
- c) organisant la prise en charge des urgences gériatriques et psychiatriques.

Art. 29 Autres professionnels de la santé ou institutions de santé

D'autres professionnels de la santé ou institutions de santé peuvent également être amenés à prodiguer des prestations dans le cadre de leurs champs de compétences propres.

Titre IV Financement

Art. 30 Sources

Les prestations du réseau de soins en vue du maintien à domicile sont financées par :

- a) les bénéficiaires;
- b) les assureurs-maladie;
- c) les indemnités et les aides financières;
- d) le financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie;
- e) les dons et les legs;
- f) toutes autres formes de rémunération versées par les collectivités publiques.

Art. 31 Financement des prestations de soins à domicile

¹ Indépendamment du financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, l'Etat peut accorder une subvention sous forme d'indemnité ou d'aide financière, au sens de la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005, aux membres du réseau de soins au sens de l'article 9 de la présente loi.

² Une subvention peut être accordée par l'Etat aux organisations d'aide et de soins à domicile ainsi qu'aux infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant, membres du réseau de soins au sens de l'article 9 de la présente loi, aux conditions cumulatives supplémentaires suivantes :

- a) fournir, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, sur l'ensemble du territoire cantonal, des soins à domicile reconnus comme nécessaires à la couverture des besoins du canton de Genève et en assurer la continuité et le suivi;
- b) prendre en charge, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, les besoins en soins urgents et les nouvelles demandes et en assurer la continuité;
- c) garantir au sein de l'organisation, respectivement par une relève entre infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant, la prise en charge et le suivi des soins infirmiers prescrits, y compris en cas d'absence planifiée ou imprévue.

³ Le versement de la subvention fait l'objet d'une décision du département sujette à recours auprès de la chambre administrative de la Cour de justice, la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985, étant applicable pour le surplus.

⁴ Les subventions éventuelles aux établissements concernés par la loi sur l'intégration des personnes handicapées, du 6 mai 2003, découlent de ladite loi.

Art. 32 Financement de projets du réseau de soins

¹ Conformément aux principes prévus dans la charte de collaboration, l'Etat peut financer des projets favorisant l'efficacité, la qualité du réseau de soins et la coordination des prestations, ainsi que des projets pilotes relatifs aux programmes cantonaux, notamment de prévention et de promotion de la santé.

² Le financement s'opère conformément à la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005, subsidiairement aux autres sources de financement, telles que dons et legs.

Titre V Dispositions finales et transitoires

Art. 33 Dispositions d'application

Le Conseil d'Etat édicte les dispositions d'application de la présente loi.

Art. 34 Clause abrogatoire

La loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du 26 juin 2008, est abrogée.

Art. 35 Entrée en vigueur

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

Art. 36 Modifications à d'autres lois

¹ La loi sur la répartition des tâches entre les communes et le canton (1^{er} train), du 18 mars 2016 (A 2 05), est modifiée comme suit :

Art. 5, al. 1 (nouvelle teneur)

¹ L'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) est titulaire des baux à loyer ou des droits réels ou personnels sur les locaux nécessaires à l'exercice des tâches qui lui sont attribuées.

* * *

² La loi sur l'organisation des institutions de droit public, du 22 septembre 2017 (A 2 24), est modifiée comme suit :

Art. 3, al. 1, lettre f (nouvelle teneur)

¹ La présente loi s'applique aux institutions suivantes :

- f) l'Institution genevoise de maintien à domicile;

* * *

³ La loi portant règlement du Grand Conseil, du 13 septembre 1985 (B 1 01), est modifiée comme suit :

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

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

- c) le maintien à domicile, au sens de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (*à compléter*).

* * *

⁴ La loi générale relative au personnel de l'administration cantonale, du pouvoir judiciaire et des établissements publics médicaux, du 4 décembre 1997 (B 5 05), est modifiée comme suit :

Art. 1, al. 1, lettre g (nouvelle teneur)

¹ La présente loi s'applique :

- g) au personnel de l'Institution genevoise de maintien à domicile.

* * *

⁵ La loi de procédure fiscale, du 4 octobre 2001 (D 3 17), est modifiée comme suit :

Art. 12, al. 1, phrase introductive (substitution de termes)

Les termes « de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du 26 juin 2008 » sont remplacés par « de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (*à compléter*) ».

Art. 12, al. 1, lettre u (nouvelle teneur)

- u) au personnel de l'institution compétente chargée de l'orientation des bénéficiaires au sens de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... *(à compléter)*;

* * *

⁶ La loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées, du 4 décembre 2009 (J 7 20), est modifiée comme suit :

Chapitre IIIA Structures intermédiaires (nouveau)**Art. 35A Unités d'accueil temporaire de répit (UATR) (nouveau)**

¹ Les établissements sont autorisés à exploiter en leurs murs des lits d'unités d'accueil temporaire de répit pour autant que le nombre de lits de long séjour ne soit pas modifié.

² Les prestations et les critères d'admission doivent correspondre aux exigences définies par le règlement d'application de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... *(à compléter)*.

Art. 35B Immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA) (nouveau)

¹ Les établissements peuvent être autorisés à exploiter des immeubles avec encadrement pour personnes âgées.

² Le Conseil d'Etat définit par voie réglementaire les prestations, critères d'attribution de logements et autorisation d'exploiter.

Art. 35C Financement (nouveau)

¹ L'établissement autorisé à exploiter des lits d'unités d'accueil temporaire de répit ou un immeuble avec encadrement pour personnes âgées peut bénéficier d'une subvention à l'exploitation régie par la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005.

² L'article 32 de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... *(à compléter)*, est applicable pour le surplus.

³ Les états financiers doivent présenter avec clarté et distinctement tous les éléments de charges et de produits des structures financées, lorsqu'exigé par l'Etat, au moyen d'une comptabilité analytique d'exploitation.

⁴ La surveillance de l'exploitant est assurée par le département selon le règlement sur les institutions de santé, du 22 août 2006.

* * *

⁷ La loi sur la santé, du 7 avril 2006 (K 1 03), est modifiée comme suit :

Art. 13A Réseau de soins (nouveau)

Un réseau de soins est créé dont les conditions de fonctionnement sont prévues dans la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (*à compléter*).

* * *

⁸ La loi sur l'Institution de maintien, d'aide et de soins à domicile, du 18 mars 2011 (K 1 07), est modifiée comme suit :

Intitulé de la loi (nouvelle teneur)

Loi sur l'Institution genevoise de maintien à domicile

Art. 1, al. 1 et 3 (nouvelle teneur)

¹ Sous la dénomination « Institution genevoise de maintien à domicile » (ci-après : l'institution), il est créé un établissement de droit public autonome, doté de la personnalité juridique et régi par les dispositions de la présente loi.

³ Elle fait partie du réseau de soins, tel qu'institué par la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (*à compléter*).

Art. 2 Siège (nouvelle teneur avec modification de la note)

L'institution a son siège dans le canton de Genève et est inscrite au registre du commerce du même canton.

Art. 29 (abrogé)

Art. 31 (nouvelle teneur)

La communication des données entre l'institution et les partenaires publics et/ou privés du réseau de soins est régie par la législation fédérale, la législation cantonale sur la protection des données personnelles, ainsi que par les dispositions spéciales de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (*à compléter*).

47 83 - 20 18



RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

Genève, le 17 octobre 2018

Le Conseil d'Etat

4783-2018

Département fédéral de l'intérieur (DFI)
Monsieur Alain Berset
Président de la Confédération
Inselgasse 1
3003 Berne

Concerne : consultation relative à l'avant-projet de loi fédérale sur l'amélioration de la conciliation entre activité professionnelle et prise en charge de proches

Monsieur le Président,

Votre courrier du 27 juin 2018, adressé aux gouvernements cantonaux et aux milieux intéressés concernant l'objet cité sous rubrique, ainsi que la correspondance complémentaire de Monsieur Pascal Strupler, directeur de l'office fédéral de la santé publique du 4 septembre 2018, nous sont bien parvenus et nous vous en remercions.

Après un examen attentif de l'avant-projet soumis et du rapport explicatif qui l'accompagne, nous vous informons que notre Conseil salue les modifications proposées qui constituent incontestablement un pas significatif vers une meilleure reconnaissance des proches aidants, tout en contribuant à améliorer la sécurité juridique du dispositif.

A l'heure actuelle, le travail des proches aidants constitue une part importante des soins et de l'aide dispensés aux personnes concernées. Cet engagement de celles et ceux qui s'occupent d'un proche malade est d'autant plus inestimable pour la société que la santé publique n'est pas en mesure de les prendre en charge seule, tant au niveau des coûts que de la disponibilité du personnel soignant.

La nouvelle réglementation proposée en matière d'absences professionnelles de courte durée permet d'accorder un temps pour accompagner la personne concernée en cas d'urgence médicale et/ou prendre les mesures requises par sa prise en charge à plus long terme tout en maintenant le salaire de la personne employée. Elle présente le mérite de définir un cadre juridique clair en garantissant aux personnes employées que les tâches d'assistance qu'elles assument n'entraîneront pas des conséquences économiques défavorables.

Toutefois, il nous paraît que la durée du congé avec maintien du salaire fixée à trois jours par cas dans l'avant-projet devrait être complétée en introduisant une limite de 15 jours par an afin de contenir les coûts résultant des absences de courte durée assumés par les entreprises.

De même, l'instauration d'un congé de 14 semaines, avec versement d'une allocation de prise en charge de même durée à l'intérieur d'un délai-cadre de 18 mois, destiné à permettre aux parents d'interrompre leur activité professionnelle pour s'occuper de leur enfant gravement malade ou accidenté sans craindre de perdre leur emploi ou de connaître d'importantes pertes de salaire, est approuvée par notre Conseil. Cette mesure prend en compte le fait que les atteintes graves à la santé nécessitent une prise en charge intense et un investissement considérable de la part des parents concernés. De plus, plusieurs études indiquent que les enfants malades réagissent mieux à leur traitement médical, lorsqu'ils peuvent être accompagnés de façon continue par un proche. Ainsi, il sera possible de mieux concilier vie professionnelle et vie familiale, y compris en cas de problèmes de santé des enfants. Une telle approche permettra d'éviter des interruptions de carrière qui peuvent avoir un impact important et souvent de longue durée sur les parcours professionnels, en particulier ceux des femmes qui investissent plus de temps dans ces tâches d'encadrement et de soins que les hommes.

Nous sommes également favorables à l'extension du droit à des bonifications pour tâches d'assistance accordées aux personnes s'occupant d'un proche dès les cas d'impotence légère qui favorise la reconnaissance des prestations fournies par les proches aidants. Cette proposition présente l'avantage de promouvoir une vie plus autonome à la maison pour la personne ayant besoin de soins, tout en contribuant également à permettre aux proches aidants d'atteindre une rente plus élevée. Il paraît juste et bienvenu de mieux reconnaître la contribution des proches aidants en les faisant bénéficier d'une forme de contre-prestation, même si cette dernière reste modeste en regard des sommes économisées par la société grâce à leur engagement. De plus, la reconnaissance des tâches d'assistance fournies par le partenaire de vie, au même titre que celles assurées par un conjoint, permet d'assimiler à juste titre les couples en ménage commun depuis au moins cinq ans aux couples mariés. Cette extension du cercle des bénéficiaires aux relations stables (concubins) est donc soutenue.

Par ailleurs, afin de permettre une application coordonnée des nouveaux articles 329g et 329h du code des obligations (CO), nous proposons qu'un renvoi aux dispositions précitées soit introduit à l'article 36, alinéa 3, de la loi sur le travail (LTr), dès lors que ces nouvelles règles complètent manifestement cet article.

Pour le surplus, notre position se fonde sur les éléments figurant dans le questionnaire annexé.

En vous remerciant par avance de l'attention que vous porterez à notre prise de position, nous vous prions de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de notre parfaite considération.

AU NOM DU CONSEIL D'ÉTAT

La chancelière :



Michèle Righetti

Le président :



Antonio Hodgers

Annexe mentionnée

Copie à : *via mail* : proches.aidants@bag.admin.ch



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP
Unité de direction Politique de la santé

Loi fédérale sur l'amélioration de la conciliation entre activité professionnelle et prise en charge de proches : questionnaire pour la procédure de consultation

Expéditeur

Nom et adresse du canton ou de l'organisation

République et canton de Genève, soit pour lui
Département de la cohésion sociale, représenté par la Direction générale de l'action sociale
Boulevard Georges-Favon 26
Case postale 5684 - 1211 Genève 11

Interlocuteur pour toute question [nom, courriel, téléphone]

Camille Nanchen, camille.nanchen@etat.ge.ch, 022 546 51 18

1. Absences de courte durée

- 1.1. Acceptez-vous que le maintien du salaire pour ces absences de courte durée soit inscrit dans le code des obligations (art. 329g CO) pour les parents ou les proches de personnes malades ou accidentées ?

☐ Oui ☒ Oui, avec des réserves ☐ Non (c.-à-d., pas de nouvel art. dans le CO)

Remarque :

Définir un nombre de jours maximum par an, à l'instar de la réglementation en vigueur à Genève, soit 15 jours par année pour maladie grave d'un proche (art. 33, al. 1, let. o, du règlement relatif au personnel de l'administration cantonale (RPAC), du 24 février 1999 – B 5 05.01).

- 1.2. Si la réponse à la question 1.1 est « oui, avec des réserves » : approuveriez-vous une variante selon laquelle le salaire ne serait maintenu que pour un nombre limité de jours par an en cas de prise en charge de membres de la famille ou de proches adultes ?

☒ Oui ☐ Non

Si oui, proposez un nombre de jours par an :

Remarque :

15 jours par an. Voir réponse apportée sous ch. 1.1.

- 1.3. Avez-vous des remarques concernant la formulation de l'art. 329g CO ?

Nous soulignons la reconnaissance de la diversité des constellations familiales par l'élargissement du cercle des bénéficiaires (cf. Rapport explicatif, p. 15-16, ch. 1.2.1).

2. Allocation pour la prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident

- 2.1. Êtes-vous d'accord avec l'introduction d'un congé pour les parents qui prennent en charge un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident ?

☒ Oui ☐ Oui, avec des réserves ☐ Non

Remarque :

Nous soutenons l'inclusion de la diversité des constellations familiales par l'élargissement du cercle des bénéficiaires de l'allocation de prise en charge qui est non seulement destinée aux parents ayant un lien de filiation au sens de l'article 252 CC, mais également aux parents nourriciers, comme le prévoit l'article 16i, alinéa 4, lettre a, AP-LAPG.

- 2.2. Avez-vous des remarques concernant la formulation de l'art. 329h CO ainsi que sur la modification des art. 329b, al. 3, art. 336c et art. 362, al. 1, CO, qui en découle ?

Non

- 2.3. Êtes-vous d'accord avec l'introduction d'une allocation de prise en charge calquée sur le modèle des allocations pour perte de gain en cas de service ou de maternité (LAPG) ?

☒ Oui ☐ Oui, avec des réserves ☐ Non

Remarque :

Il importe de veiller à ce que les organes d'exécutions puissent se prononcer sur la réalisation de la condition de l'atteinte grave à la santé, condition essentielle de l'octroi du droit à l'allocation de prise en charge, sans devoir procéder à une instruction excessive. L'adoption d'une définition précise de l'atteinte grave à la santé au niveau du règlement sur les allocations pour perte de gain (RAPG) devrait y contribuer.

S'agissant des nouveaux aspects prévus par l'avant-projet, tels que l'instauration d'un délai-cadre, les modalités de versements hebdomadaires pour les indemnités journalières selon l'article 16k LAPG et la possibilité de partage de l'allocation de prise en charge entre les parents, ils nous paraissent devoir faire l'objet d'une définition claire des compétences des caisses par le Conseil fédéral, notamment en cas de caisses différentes des parents ou de changement de caisse pendant le délai-cadre.

- 2.4. Avez-vous des remarques concernant les nouvelles dispositions de la LAPG (art. 16j ss) ?

Non

- 2.5. Avez-vous des remarques concernant l'ajout du congé pour prise en charge dans d'autres lois fédérales, comme le prévoient les ch. 5 et 6 du projet de loi ?

Non

3. Extension des bonifications pour tâches d'assistance dans l'assurance-vieillesse et survivants (AVS)

- 3.1. Êtes-vous d'accord pour que le droit à une bonification pour tâches d'assistance soit étendu aux cas d'impotence faible ?

☒ Oui ☐ Oui, avec des réserves ☐ Non

Remarque :

Nous soutenons l'extension des bonifications pour tâches d'assistance dès une impotence légère qui représente une reconnaissance de la société envers des proches aidants, mais soulignons que les montants alloués (soit 40 F par mois) sont faibles par rapport aux économies importantes générées par les multiples tâches accomplies par les proches aidants (cf. Rapport explicatif, p. 29, ch. 3.1.3, 3ème paragraphe).

- 3.2. Êtes-vous d'accord pour que le droit à une bonification pour tâches d'assistance soit étendu aux concubins ?

☒ Oui ☐ Oui, avec des réserves ☐ Non

Remarque :

L'élargissement de la notion de parents aux partenaires, avec qui l'assuré fait ménage commun depuis au moins cinq ans sans interruption, devrait, à notre sens, être complété par l'adoption de dispositions réglementaires précises permettant aux organes d'exécution d'examiner aisément la réalisation de cette condition.

3.3. Avez-vous des remarques concernant la nouvelle formulation de l'art. 29^{septies}, al. 1, LAVS?

Non

Nous vous remercions de votre participation à la consultation et vous saurions gré de nous renvoyer votre réponse en format PDF et WORD, **d'ici au 16 novembre 2018**, à l'adresse suivante : proches.aidants@bag.admin.ch.




Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI

4164-2018

Berne, le 4 septembre 2018

Destinataires :
Gouvernements.cantonaux

 REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE CONSEIL D'ETAT	
04 SEP. 2018	
<input checked="" type="checkbox"/> PLCE <input type="checkbox"/> Traitement dép. <input type="checkbox"/> Pour info.	AR : <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non

Loi fédérale sur l'amélioration de la conciliation entre activité professionnelle et prise en charge de proches : précisions concernant la procédure de consultation

Madame la Présidente,
Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs les membres du gouvernement,

Le 27 juin 2018, le Conseil fédéral a chargé le Département fédéral de l'intérieur de consulter les cantons, les partis politiques, les associations faîtières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national, les associations faîtières de l'économie qui œuvrent également au niveau national ainsi que les milieux intéressés au sujet de l'élaboration de nouvelles dispositions légales en faveur des proches aidants. La consultation porte sur les absences liées à la prise en charge et sur l'extension du droit aux bonifications pour tâches d'assistance.

En raison d'un problème technique, les courriels envoyés aux cantons le 28 juin 2018 ne sont jamais parvenus à leurs destinataires. Mandatés par le chef du DFI, le président de la Confédération Alain Berset, nous vous renvoyons les documents par la présente. Par voie de conséquence, le délai imparti pour la consultation est prolongé du 19 octobre 2018 jusqu'au **16 novembre 2018**.

Par le présent avant-projet, le Conseil fédéral entend améliorer la compatibilité entre l'activité professionnelle et la prise en charge de proches.

- Absences de courte durée : Le code des obligations est complété par un nouvel article qui réglementera le maintien du salaire en cas de prise en charge de proches malades ou victimes d'un accident. À ce sujet, veuillez vous reporter aux questions 1.1 à 1.3 du questionnaire ci-joint.
- Allocation pour les parents qui prennent en charge un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident : Grâce à l'introduction d'un congé de prise en charge, les parents seront plus à même d'accompagner leur enfant en cas de situation difficile et ne craindront plus ni de perdre leur emploi (modification du droit des obligations), ni d'en subir les conséquences financières. Ce droit sera réglemanté sur le modèle du congé de maternité (modification de la loi sur les allocations pour perte de gain).

DEPT RAPPOREUR : **DCS**

CO-RAPPOREUR :

DF DES



- Bonifications pour tâches d'assistance : Afin qu'il soit possible d'aider les personnes impotentes à mener une existence indépendante et à continuer de vivre chez elles, le droit à des bonifications pour tâches d'assistance sera introduit dès l'impotence légère. De plus, la prise en charge de la personne avec laquelle on fait ménage commun (concubinage) donnera aussi droit à une telle bonification (modification de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants).

En outre, nous attirons votre attention sur l'existence d'une version corrigée de l'avant-projet concernant la partie «I Code des obligations » (cf. annexe 2). La version envoyée le 28 juin 2018 en pièce jointe n'était malheureusement pas la plus récente.

Nous vous invitons donc à émettre un avis sur les projets de texte normatif et sur les commentaires du rapport explicatif. À cette fin, vous trouverez un questionnaire dans le dossier.

Les documents relatifs à la consultation sont disponibles à l'adresse : <https://www.admin.ch/ch/f/gg/pc/pendent.html>.

Nous nous efforçons de publier les documents sous des formes totalement accessibles conformément à la loi sur l'égalité pour les handicapés (LHand ; RS 151.3). Nous vous saurions donc gré de nous faire parvenir votre avis si possible sous forme électronique (**prière de joindre une version Word en plus d'une version PDF**) à aux adresses suivantes, dans la limite du délai imparti, et de nous communiquer les coordonnées des interlocuteurs chargés du dossier :

proches.aidants@bag.admin.ch / gever@bag.admin.ch

Pour toute question ou demande d'informations, vous pouvez prendre contact avec :

- Généralités : M^{me} Regula Rička, Office fédéral de la santé publique (tél. : 058 462 63 79, courriel : regula.ricka@bag.admin.ch)
- Droit des obligations : M. Bassem Zein, Office fédéral de la justice (tél. : 058 462 36 22, courriel : bassem.zein@bj.admin.ch)
- Loi sur les allocations pour perte de gain et bonifications pour tâches d'assistance : M^{me} Katharina Schubarth, Office fédéral des assurances sociales (tél. : 058 462 84 11, courriel : katharina.schubarth@bsv.admin.ch)
- Loi sur le travail : M^{me} Deborah Balicki, Secrétariat d'État à l'économie (tél. : 058 462 29 36, courriel : deborah.balicki@seco.admin.ch)



En vous remerciant de votre participation, nous vous prions d'agréer, Madame la Présidente, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les membres du gouvernement, l'expression de notre considération distinguée.

Pascal Strupler
Directeur de l'Office fédéral de la santé publique



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

[Signature]

[QR Code]

Corrigendum, 23.08.18

Loi fédérale sur l'amélioration de la conciliation entre activité professionnelle et prise en charge de proches

Avant-projet

du ...

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,
vu le message du Conseil fédéral du ...¹,

arrête:

I

Les actes mentionnés ci-après sont modifiés comme suit :

1. Code des obligations²

Art. 329 Titre marginal

VIII. Congé hebdomadaire, vacances, congé pour les activités de jeunesse, congé de maternité et congé de prise en charge

1. Congés hebdomadaire et usuels

Art. 329b, al. 3

³ L'employeur ne peut pas non plus réduire la durée des vacances :

- a. d'une travailleuse qu'une grossesse empêche de travailler pendant deux mois au plus ou qui a bénéficié d'une allocation de maternité au sens des art. 16b à 16h de la loi du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain (LAPG)³ ;
- b. d'un travailleur ou d'une travailleuse qui a bénéficié d'une allocation de prise en charge au sens des art. 16i à 16m LAPG.

RS ...

1 FF 2018 ...

2 RS 220

3 RS 834.1

2017-.....

1

Loi fédérale sur l'amélioration de la conciliation entre activité professionnelle et prise en charge de proches

BB1 2018

Art. 329g

5. Congé pour la prise en charge de proches

Le travailleur a droit à un congé payé pour la prise en charge d'un enfant, d'un membre de la parenté ou d'un proche malade ou victime d'un accident ; le congé est limité au temps nécessaire à la prise en charge, mais ne dépassera pas trois jours par cas.

Art. 329h

6. Congé pour la prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident

¹ Si le travailleur a droit à une allocation de prise en charge au sens des art. 16i à 16m LAPG⁴ parce que son enfant est gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident, il a droit à un congé de prise en charge de 14 semaines au plus.

² Si les deux parents travaillent, chacun d'eux a droit à un congé de prise en charge de 7 semaines au plus. Ils peuvent convenir de se partager le congé de manière différente.

³ Le congé peut être pris en une fois ou par périodes d'une semaine.

⁴ L'employeur est informé sans délai des modalités selon lesquelles le congé est pris et de tout changement.

Art. 336c, al. 1, let. c^{bis}

¹ Après le temps d'essai, l'employeur ne peut pas résilier le contrat :

c^{bis} tant que dure le droit au congé de prise en charge visé à l'art. 329h.

Art. 362, al. 1, phrase introductive et nouveaux membres de l'énumération, et 2

¹ Il ne peut pas être dérogé aux dispositions ci-après par accord, contrat-type de travail ou convention collective au détriment du travailleur :

art. 329g, (congé pour la prise en charge de proches) ;

art. 329h, (congé pour la prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident)

² Les accords et les dispositions de contrats-types de travail et de conventions collectives qui dérogent aux dispositions susdites au détriment du travailleur sont nuls.

Art. 336c, al. 1, let. c^{bis}

⁴ Après le temps d'essai, l'employeur ne peut pas résilier le contrat :

c^{bis} tant que dure le droit au congé de prise en charge visé à l'art. 329g ;

⁴ SR 834.1

Loi fédérale sur l'amélioration de la conciliation entre activité professionnelle et prise en charge de proches

BB1 2018

Art. 362, al. 1, phrase introductive et nouveau membre de l'énumération, et 2

¹ Il ne peut pas être dérogé aux dispositions ci-après par accord, contrat-type de travail ou convention collective au détriment du travailleur :

art. 329g, (congé pour la prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident)

² Les accords et les dispositions de contrats-types de travail et de conventions collectives qui dérogent aux dispositions susdites au détriment du travailleur sont nuls.

2. Loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants⁵

Art. 29^{septies}, al. 1

¹ Les assurés qui prennent en charge des parents de ligne ascendante ou descendante ou des frères et sœurs au bénéfice d'une allocation pour impotent de l'AVS, de l'AI, de l'assurance-accidents obligatoire ou de l'assurance militaire ont droit à une bonification pour tâches d'assistance, à condition qu'ils puissent se déplacer facilement auprès de la personne prise en charge. Ils doivent faire valoir ce droit par écrit chaque année. Sont assimilés aux parents le conjoint, les beaux-parents, les enfants d'un autre lit ainsi que le partenaire avec qui l'assuré fait ménage commun depuis au moins cinq ans sans interruption.

3. Loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité⁶

Remplacement d'une expression

Dans tout l'acte, « du code des obligations » est remplacé par « CO ».

Art. 8, al. 3, 1^{re} phrase

³ Si le salaire annuel diminue temporairement par suite de maladie, d'accident, de chômage, de maternité ou d'autres circonstances semblables, le salaire coordonné est maintenu au moins pour la durée de l'obligation légale de l'employeur de verser le salaire prévu à l'art. 324a du code des obligations⁷ (CO), du congé de maternité prévu à l'art. 329f CO ou du congé de prise en charge prévu à l'art. 329h CO. ...

⁵ RS 831.10

⁶ RS 831.40

⁷ SR 220

Loi fédérale sur l'amélioration de la conciliation entre activité professionnelle et prise en charge de proches

BB1 2018

4. Loi du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain⁸

Titre

Loi fédérale
sur les allocations pour perte de gain (LAPG)

Préambule

vu les art. 59, al. 4, 61, al. 4, 116, al. 3 et 4, 117, al. 1, 122 et 123 de la Constitution⁹,

Art. 16g, al. 1, let. f

¹ L'allocation de maternité exclut le versement des indemnités journalières :

- f. de l'allocation de prise en charge visée aux art. 16i à 16m si elle concerne le même enfant.

Titre précédant l'art. 16i

IIIb. L'allocation pour les parents qui prennent en charge un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident

Art. 16i Ayants droit à l'allocation

¹ Ont droit à l'allocation de prise en charge les personnes qui remplissent les conditions suivantes :

- a. elles sont les parents d'un enfant mineur gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident ;
- b. elles interrompent leur activité lucrative pour prendre en charge l'enfant.
- c. au moment de l'interruption de leur activité lucrative :
 - 1. elles sont salariées au sens de l'art. 10 LPG¹⁰,
 - 2. elles exercent une activité lucrative indépendante au sens de l'art. 12 LPG, ou
 - 3. elles travaillent dans l'entreprise de leur conjoint contre un salaire en espèces ;

² Chaque cas de maladie ou d'accident ne donne droit qu'à une allocation.

³ Aucune allocation n'est versée lorsqu'il existe un droit au supplément pour soins intenses au sens de l'art. 42^{ter} de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité¹¹.

⁸ RS 834.1

⁹ RS 101

¹⁰ RS 830.1

¹¹ RS 831.20

⁴ Le Conseil fédéral règle :

- a. le droit à l'allocation des parents nourriciers ;
- b. les conditions que doivent remplir, pour avoir droit à l'allocation, les personnes ne satisfaisant pas aux conditions prévues à l'al. 1, let. c, parce qu'elles sont en incapacité de travail ou au chômage ;
- c. la définition de l'atteinte grave à la santé.

Art. 16j Délai-cadre, début et fin du droit à l'allocation

¹ L'allocation de prise en charge est versée dans un délai-cadre de 18 mois.

² Le délai-cadre commence à courir le jour où la première indemnité journalière est versée.

³ Le droit à l'allocation est accordé lorsque les conditions prévues à l'art. 16i sont remplies.

⁴ Il s'éteint :

- a. après la fin du délai-cadre, ou
- b. une fois les indemnités journalières épuisées.

⁵ Il s'éteint prématurément lorsque les conditions ne sont plus remplies. Par contre, il ne s'éteint pas prématurément lorsque l'enfant devient majeur avant l'échéance du délai-cadre.

Art. 16k Forme et nombre des indemnités journalières

¹ L'allocation de prise en charge est versée sous la forme d'indemnités journalières.

² Dans les limites du délai-cadre, 98 indemnités journalières au plus peuvent être versées.

³ L'indemnité journalière est chaque fois versée pour une semaine. Par semaine de congé de prise en charge, sept indemnités journalières sont versées.

⁴ Lorsque les deux parents exercent une activité lucrative, chacun d'eux a droit au plus à la moitié des indemnités journalières. Ils peuvent convenir de se partager les indemnités de manière différente.

Art. 16l Montant et calcul de l'allocation

¹ L'indemnité journalière est égale à 80 % du revenu moyen de l'activité lucrative obtenu avant le début du droit à l'allocation de prise en charge.

² Pour déterminer le montant de ce revenu, l'art. 11, al. 1, est applicable par analogie.

³ En ce qui concerne le montant maximal, l'art. 16f est applicable par analogie.

Loi fédérale sur l'amélioration de la conciliation entre activité professionnelle et prise en charge de proches

BBI 2018

Art. 16m Rapport avec les prestations d'autres assurances sociales

¹ L'allocation de prise en charge prime les indemnités journalières ou les prestations d'assurances sociales suivantes :

- a. l'assurance-chômage ;
- b. l'assurance-invalidité ;
- c. l'assurance-accidents ;
- d. l'assurance militaire.

² Si, avant la naissance du droit à l'allocation de prise en charge, le bénéficiaire avait droit à une indemnité journalière sur la base de l'art. 16b ou de l'une des lois ci-après, le montant de l'allocation de prise en charge est au moins égal au montant de l'indemnité journalière versée jusqu'alors:

- a. loi fédérale du 19 juin 1959 fédérale sur l'assurance-invalidité¹² ;
- b. loi fédérale du 18 mars 1994 fédérale sur l'assurance-maladie¹³ ;
- c. loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents¹⁴ ;
- d. loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire¹⁵ ;
- e. loi du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage¹⁶.

Art. 20, al. 1

¹ En dérogation à l'art. 24 LPG¹⁷, le droit aux allocations non versées s'éteint :

- c. en cas de service, cinq ans après la fin du service donnant droit aux allocations ;
- d. en cas de maternité, cinq ans après la fin du droit visé à l'art. 16d ;
- e. en cas de congé pour les parents qui prennent en charge un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident, cinq ans après le dernier jour du congé de prise en charge.

6. Loi fédérale du 20 juin 1952 sur les allocations familiales dans l'agriculture¹⁸

Art. 10, al. 4

¹² RS 831.20

¹³ RS 832.10

¹⁴ RS 832.20

¹⁵ RS 833.1

¹⁶ RS 837.0

¹⁷ RS 830.1

¹⁸ RS 836.1

Loi fédérale sur l'amélioration de la conciliation entre activité professionnelle et
prise en charge de proches

BBl 2018

⁴ Le droit aux allocations familiales est maintenu durant le congé de maternité prévu à l'art. 329^f du code des obligations (CO)¹⁹ et durant le congé de prise en charge prévu à l'art 329^h CO.

II

¹ La présente loi est sujette au référendum.

² Le Conseil fédéral fixe la date de l'entrée en vigueur.

¹⁹ RS 220



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

[Signature]

[QR Code]

Loi fédérale sur l'amélioration de la conciliation entre activité professionnelle et prise en charge de proches

Avant-projet

du ...

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,
vu le message du Conseil fédéral du ...¹,

arrête:

I

Les actes mentionnés ci-après sont modifiés comme suit :

1. Code des obligations²

Art. 329 Titre marginal

VIII. Congé hebdomadaire, vacances, congé pour les activités de jeunesse, congé de maternité et congé de prise en charge

1. Congés hebdomadaire et usuels

Art. 329b, al. 3

³ L'employeur ne peut pas non plus réduire la durée des vacances :

- a. d'une travailleuse qu'une grossesse empêche de travailler pendant deux mois au plus ou qui a bénéficié d'une allocation de maternité au sens des art. 16b à 16h de la loi du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain (LAPG)³ ;
- b. d'un travailleur ou d'une travailleuse qui a bénéficié d'une allocation de prise en charge au sens des art. 16i à 16m LAPG.

RS ...

¹ FF 2018 ...

² RS 220

³ RS 834.1

2017-.....

Loi fédérale sur l'amélioration de la conciliation entre activité professionnelle et prise en charge de proches

BB1 2018

Art. 329g

5. Congé pour la prise en charge de proches

Le travailleur a droit à un congé payé pour la prise en charge d'un enfant, d'un membre de la parenté ou d'un proche malade ou victime d'un accident ; le congé est limité au temps nécessaire à la prise en charge, mais ne dépassera pas trois jours par cas.

Art. 329h

6. Congé pour la prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident

¹ Si le travailleur a droit à une allocation de prise en charge au sens des art. 16i à 16m LAPG⁴ parce que son enfant est gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident, il a droit à un congé de prise en charge de 14 semaines au plus.

² Si les deux parents travaillent, chacun d'eux a droit à un congé de prise en charge de 7 semaines au plus. Ils peuvent convenir de se partager le congé de manière différente.

³ Le congé peut être pris en une fois ou par périodes d'une semaine.

⁴ L'employeur est informé sans délai des modalités selon lesquelles le congé est pris et de tout changement.

Art. 336c, al. 1, let. c^{bis}

¹ Après le temps d'essai, l'employeur ne peut pas résilier le contrat :

c^{bis} tant que dure le droit au congé de prise en charge visé à l'art. 329h.

Art. 362, al. 1, phrase introductive et nouveaux membres de l'énumération, et 2

¹ Il ne peut pas être dérogé aux dispositions ci-après par accord, contrat-type de travail ou convention collective au détriment du travailleur :

art. 329g, (congé pour la prise en charge de proches) ;

art. 329h, (congé pour la prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident)

² Les accords et les dispositions de contrats-types de travail et de conventions collectives qui dérogent aux dispositions susdites au détriment du travailleur sont nuls.

Art. 336c, al. 1, let. c^{bis}

¹ Après le temps d'essai, l'employeur ne peut pas résilier le contrat :

c^{bis} tant que dure le droit au congé de prise en charge visé à l'art. 329g ;

Loi fédérale sur l'amélioration de la conciliation entre activité professionnelle et prise en charge de proches

BB1 2018

Art. 362, al. 1, phrase introductive et nouveau membre de l'énumération, et 2

¹ Il ne peut pas être dérogé aux dispositions ci-après par accord, contrat-type de travail ou convention collective au détriment du travailleur :

art. 329g, (congé pour la prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident)

² Les accords et les dispositions de contrats-types de travail et de conventions collectives qui dérogent aux dispositions susdites au détriment du travailleur sont nuls.

2. Loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants⁵

Art. 29^{septies}, al. 1

¹ Les assurés qui prennent en charge des parents de ligne ascendante ou descendante ou des frères et sœurs au bénéfice d'une allocation pour impotent de l'AVS, de l'AI, de l'assurance-accidents obligatoire ou de l'assurance militaire ont droit à une bonification pour tâches d'assistance, à condition qu'ils puissent se déplacer facilement auprès de la personne prise en charge. Ils doivent faire valoir ce droit par écrit chaque année. Sont assimilés aux parents le conjoint, les beaux-parents, les enfants d'un autre lit ainsi que le partenaire avec qui l'assuré fait ménage commun depuis au moins cinq ans sans interruption.

3. Loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité⁶

Remplacement d'une expression

Dans tout l'acte, « du code des obligations » est remplacé par « CO ».

Art. 8, al. 3, 1^{re} phrase

³ Si le salaire annuel diminue temporairement par suite de maladie, d'accident, de chômage, de maternité ou d'autres circonstances semblables, le salaire coordonné est maintenu au moins pour la durée de l'obligation légale de l'employeur de verser le salaire prévu à l'art. 324a du code des obligations⁷ (CO), du congé de maternité prévu à l'art. 329f CO ou du congé de prise en charge prévu à l'art. 329h CO. ...

⁵ RS 831.10

⁶ RS 831.40

⁷ SR 220

Loi fédérale sur l'amélioration de la conciliation entre activité professionnelle et prise en charge de proches

BB1 2018

4. Loi du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain⁸

Titre

Loi fédérale
sur les allocations pour perte de gain (LAPG)

Préambule

vu les art. 59, al. 4, 61, al. 4, 116, al. 3 et 4, 117, al. 1, 122 et 123 de la Constitution⁹,

Art. 16g, al. 1, let. f

¹ L'allocation de maternité exclut le versement des indemnités journalières :

- f. de l'allocation de prise en charge visée aux art. 16i à 16m si elle concerne le même enfant.

Titre précédant l'art. 16i

IIIb. L'allocation pour les parents qui prennent en charge un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident

Art. 16i Ayants droit à l'allocation

¹ Ont droit à l'allocation de prise en charge les personnes qui remplissent les conditions suivantes :

- a. elles sont les parents d'un enfant mineur gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident ;
- b. elles interrompent leur activité lucrative pour prendre en charge l'enfant.
- c. au moment de l'interruption de leur activité lucrative :
 - 1. elles sont salariées au sens de l'art. 10 LPG¹⁰,
 - 2. elles exercent une activité lucrative indépendante au sens de l'art. 12 LPG¹⁰, ou
 - 3. elles travaillent dans l'entreprise de leur conjoint contre un salaire en espèces ;

² Chaque cas de maladie ou d'accident ne donne droit qu'à une allocation.

³ Aucune allocation n'est versée lorsqu'il existe un droit au supplément pour soins intensifs au sens de l'art. 42^{ter} de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité¹¹.

⁸ RS 834.1

⁹ RS 101

¹⁰ RS 830.1

¹¹ RS 831.20

⁴ Le Conseil fédéral règle :

- a. le droit à l'allocation des parents nourriciers ;
- b. les conditions que doivent remplir, pour avoir droit à l'allocation, les personnes ne satisfaisant pas aux conditions prévues à l'al. 1, let. c, parce qu'elles sont en incapacité de travail ou au chômage ;
- c. la définition de l'atteinte grave à la santé.

Art. 16j Délai-cadre, début et fin du droit à l'allocation

¹ L'allocation de prise en charge est versée dans un délai-cadre de 18 mois.

² Le délai-cadre commence à courir le jour où la première indemnité journalière est versée.

³ Le droit à l'allocation est accordé lorsque les conditions prévues à l'art. 16i sont remplies.

⁴ Il s'éteint :

- a. après la fin du délai-cadre, ou
- b. une fois les indemnités journalières épuisées.

⁵ Il s'éteint prématurément lorsque les conditions ne sont plus remplies. Par contre, il ne s'éteint pas prématurément lorsque l'enfant devient majeur avant l'échéance du délai-cadre.

Art. 16k Forme et nombre des indemnités journalières

¹ L'allocation de prise en charge est versée sous la forme d'indemnités journalières.

² Dans les limites du délai-cadre, 98 indemnités journalières au plus peuvent être versées.

³ L'indemnité journalière est chaque fois versée pour une semaine. Par semaine de congé de prise en charge, sept indemnités journalières sont versées.

⁴ Lorsque les deux parents exercent une activité lucrative, chacun d'eux a droit au plus à la moitié des indemnités journalières. Ils peuvent convenir de se partager les indemnités de manière différente.

Art. 16l Montant et calcul de l'allocation

¹ L'indemnité journalière est égale à 80 % du revenu moyen de l'activité lucrative obtenu avant le début du droit à l'allocation de prise en charge.

² Pour déterminer le montant de ce revenu, l'art. 11, al. 1, est applicable par analogie.

³ En ce qui concerne le montant maximal, l'art. 16f est applicable par analogie.

Art. 16m Rapport avec les prestations d'autres assurances sociales

¹ L'allocation de prise en charge prime les indemnités journalières ou les prestations d'assurances sociales suivantes :

- a. l'assurance-chômage ;
- b. l'assurance-invalidité ;
- c. l'assurance-accidents ;
- d. l'assurance militaire.

² Si, avant la naissance du droit à l'allocation de prise en charge, le bénéficiaire avait droit à une indemnité journalière sur la base de l'art. 16b ou de l'une des lois ci-après, le montant de l'allocation de prise en charge est au moins égal au montant de l'indemnité journalière versée jusqu'alors :

- a. loi fédérale du 19 juin 1959 fédérale sur l'assurance-invalidité¹² ;
- b. loi fédérale du 18 mars 1994 fédérale sur l'assurance-maladie¹³ ;
- c. loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents¹⁴ ;
- d. loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire¹⁵ ;
- e. loi du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage¹⁶.

Art. 20, al. 1

¹ En dérogation à l'art. 24 LPGA¹⁷, le droit aux allocations non versées s'éteint :

- c. en cas de service, cinq ans après la fin du service donnant droit aux allocations ;
- d. en cas de maternité, cinq ans après la fin du droit visé à l'art. 16d ;
- e. en cas de congé pour les parents qui prennent en charge un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident, cinq ans après le dernier jour du congé de prise en charge.

6. Loi fédérale du 20 juin 1952 sur les allocations familiales dans l'agriculture¹⁸**Art. 10, al. 4**

¹² RS 831.20

¹³ RS 832.10

¹⁴ RS 832.20

¹⁵ RS 833.1

¹⁶ RS 837.0

¹⁷ RS 830.1

¹⁸ RS 836.1

Loi fédérale sur l'amélioration de la conciliation entre activité professionnelle et
prise en charge de proches

BBl 2018

⁴ Le droit aux allocations familiales est maintenu durant le congé de maternité prévu à l'art. 329f du code des obligations (CO)¹⁹ et durant le congé de prise en charge prévu à l'art 329h CO.

II

¹ La présente loi est sujette au référendum.

² Le Conseil fédéral fixe la date de l'entrée en vigueur.

¹⁹ RS 220



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP
Unité de direction Politique de la santé

Rapport explicatif concernant

l'avant-projet de la loi fédérale sur l'amélioration
de la conciliation entre activité professionnelle et
prise en charge de proches

27 juin 2018

Condensé

Les besoins croissants en assistance et en soins auxquels la santé publique ne peut faire face à elle seule, les nouvelles formes de vie de famille et la hausse continue du taux d'activité professionnelle des femmes ont placé les soins aux proches malades sous les feux de l'actualité politique, incitant le Conseil fédéral à adopter, le 5 décembre 2014, le « plan d'action de soutien et de décharge en faveur des proches aidants ».

Le 1^{er} février 2017, dans la perspective de concrétiser les modifications légales proposées par le plan d'action aux fins de mieux concilier activité professionnelle et prise en charge des proches, le Conseil fédéral a chargé le DFI d'élaborer le présent projet destiné à la consultation, en collaboration avec le Département fédéral de justice et police (DFJP) et le Département fédéral de l'économie, de la formation et de la recherche (DEFR).

Éléments essentiels du projet

- L'introduction du nouvel art. 329g dans le code des obligations (CO RS 220) vise à régler le maintien du salaire d'une personne durant le congé pour la prise en charge d'un membre de la parenté ou d'un proche malade ou victime d'un accident

Le congé avec maintien du salaire doit permettre à un nombre maximum de personnes exerçant une activité lucrative d'assumer des tâches d'assistance de courte durée sans diminution de salaire. La durée maximale du congé de courte durée est de trois jours.

Allocation destinée aux parents qui s'occupent d'un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident

En réponse au postulat Seydoux-Christe (09.4199) : « Congé rémunéré d'une durée suffisante pour les parents d'enfants gravement atteints dans leur santé », les modifications suivantes doivent être apportées :

- le nouvel art. 329h CO doit ancrer dans la loi le droit de prendre un congé d'une durée maximale de 14 semaines, dans les limites d'un délai-cadre de 18 mois, pour s'occuper d'un enfant gravement malade ou victime d'un accident grave ;
- pour ce type de congé, l'allocation de prise en charge est introduite dans la loi sur les allocations pour perte de gain (LAPG, RS 834.1), qui régit déjà les allocations pour perte de gain en cas de service dans l'armée et de maternité. Les dispositions du CO et de la LAPG sont couplées et harmonisées.

Le droit à l'allocation doit s'appliquer aux parents qui exercent une activité lucrative tout en s'occupant d'un enfant gravement malade ou victime d'un accident grave et qui, en raison des tâches d'assistance réalisées, se voient contraints d'interrompre leur activité professionnelle.

Extension du droit aux bonifications d'assistance dans le système de l'assurance-vieillesse et survivants

Afin de renforcer les possibilités des personnes concernées de mener une vie autonome chez elles, une modification de l'art. 299^{seppies} de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS, RS 831.10) doit permettre d'accorder le droit aux bonifications d'assistance en cas d'impotence légère déjà. L'extension du droit à l'impotence faible favorise la reconnaissance des prestations d'assistance fournies par les proches aidants. Dans le même temps, la prise en charge de partenaires formant une communauté de vie (concubins) doit désormais elle aussi donner droit à des bonifications pour tâches d'assistance.

Conséquences financières

Confédération

Pour la Confédération, ni les modifications légales relatives aux dispositions applicables aux absences professionnelles de courte durée, ni l'introduction d'un congé de prise en charge n'ont d'incidence sur le personnel ni sur les finances.

Rapport explicatif concernant Vorentwurf des Bundesgesetzes über die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung

L'extension du droit aux bonifications pour tâches d'assistance aux cas d'impotence légère se traduirait pour l'AVS par des charges supplémentaires de quelque 1 million de francs par an (sur un total de dépenses de l'AVS d'environ 42,5 milliards en 2016). Les coûts supplémentaires générés par l'extension du droit aux bonifications pour tâches d'assistance aux couples vivant en concubinage sont impossibles à chiffrer, car ces couples ne sont pas enregistrés et leur nombre n'est donc pas connu.

Entreprises, personnes exerçant une activité lucrative et économie publique

Selon l'enquête menée auprès de diverses entreprises dans le cadre de l'analyse d'impact de la réglementation, seule la moitié de toutes les sociétés interrogées a indiqué que des employés avaient fait valoir leur droit à une absence professionnelle de courte durée pour s'occuper d'un membre de leur parenté durant l'année 2016. Environ 70 % de ces absences étaient justifiées par la prise en charge d'un enfant malade ou victime d'un accident et quelque 30 % par l'accompagnement d'un autre membre de la famille (p. ex. parent ou conjoint). Dans près des deux tiers des absences professionnelles dues à la prise en charge d'un parent ou d'un autre membre de la famille, les entreprises ont continué à verser le salaire bien qu'aucune loi ne les y oblige.

Une nouvelle réglementation des absences professionnelles de courte durée assortie du maintien du salaire bénéficierait tout particulièrement au tiers du personnel qui ne reçoit actuellement pas de salaire en cas de congé dû à la prise en charge d'un membre de la parenté malade ou victime d'un accident. Il en résulterait un surcoût direct de quelque 30 millions de francs par an. Compte tenu des coûts indirects et autres qui s'y ajoutent, on peut estimer les coûts totaux à un montant situé entre 90 et 150 millions de francs. Dans l'hypothèse d'une nouvelle réglementation des absences professionnelles de courte durée qui n'imposerait pas le maintien du salaire, les coûts des entreprises ne devraient pas subir de modification substantielle. Toutefois, le risque est que certaines sociétés renoncent à l'avenir à assurer volontairement le versement du salaire.

Dans la même enquête auprès des entreprises, quelque 5 % d'entre elles ont déclaré employer ou avoir employé une personne ayant un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident.

Chiffrer les conséquences financières du versement de l'allocation de prise en charge pour l'APG est ardu en raison de la difficulté à estimer le nombre de familles concernées. Si l'on table sur le fait qu'une hospitalisation d'une durée de plus de deux semaines indique que l'enfant concerné est gravement malade ou victime d'un accident grave, il devrait s'agir d'un maximum de 4400 familles par an. Avec un congé de prise en charge d'une durée maximale de 98 jours, les coûts grevant l'APG pourraient ainsi atteindre jusqu'à 77 millions de francs par an. Le taux de cotisation de l'APG (actuellement 0,45 %) devrait donc être relevé de 0,017 point de pourcentage, une hausse qui pourrait être réalisée par le biais de l'ordonnance (art. 27, al. 2, LAPG). Cette augmentation du taux de l'APG se traduirait tant pour l'employeur que pour le personnel par une légère majoration des cotisations sociales.

Table des matières

1	Grandes lignes du projet	6
1.1	Contexte	6
1.1.1	Assistance et soins dispensés par des proches	7
1.1.2	Défis en matière de politique de la santé	7
1.1.3	Défis en matière de politique sociale	9
1.1.4	Conciliation entre vie professionnelle et prise en charge de proches	10
1.1.5	Législation actuelle	11
1.1.5.1	Absences professionnelles de courte durée	11
1.1.5.2	Absences professionnelles de longue durée	14
1.1.5.3	Bonifications pour tâches d'assistance	14
1.2	Nouvelle réglementation proposée	15
1.2.1	Absences professionnelles de courte durée	15
1.2.2	Allocation pour la prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident (allocation de prise en charge)	16
1.2.2.1	Introduction	16
1.2.2.2	Ayants droit	17
1.2.2.3	Délai-cadre de 18 mois et de 14 semaines	18
1.2.2.4	Montant et calcul de l'allocation de prise en charge	19
1.2.2.5	Coordination avec les autres assurances sociales	19
1.2.2.6	Dispositions complémentaires et coordination avec le droit des obligations	19
1.2.3	Extension des bonifications pour tâches d'assistance	20
1.3	Harmonisation des tâches et des finances	20
1.4	Comparaison juridique, en particulier avec le droit européen	20
1.5	Mise en œuvre	22
1.5.1	Absences professionnelles de courte durée	22
1.5.2	Allocation pour la prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident	22
1.6	Classement d'interventions parlementaires	23
2	Commentaire article par article	23
2.1	Absences professionnelles de courte durée	23
2.2	Allocation pour la prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident (allocation de prise en charge)	24
2.3	Extension des bonifications pour tâches d'assistance	28
3	Conséquences	29
3.1	Conséquences pour la Confédération en matière de finances et de personnel	29
3.1.1	Absences professionnelles de courte durée	29
3.1.2	Allocation pour la prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident	29
3.1.3	Extension des bonifications pour tâches d'assistance	29
3.2	Conséquences pour les cantons et les communes ainsi que pour les centres urbains, les agglomérations et les régions de montagne	30
3.3	Conséquences pour les entreprises et l'économie	30
3.3.1	Étude relative à l'analyse d'impact de la réglementation	30
3.3.2	Absences professionnelles de courte durée	31
3.3.3	Absences professionnelles de longue durée	33
3.4	Conséquences pour la société	34
3.4.1	Absences professionnelles de courte durée	34
3.4.2	Absences professionnelles de longue durée	34

Rapport explicatif concernant Vorentwurf des Bundesgesetzes über die Vereinbarkeit von
Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung

3.5	Conséquences pour l'environnement	35
4	Rapport avec le programme de législature et les stratégies du Conseil fédéral	35
4.1	Rapport avec le programme de législature	35
4.2	Rapport avec les stratégies du Conseil fédéral	35
5	Aspects juridiques	35
5.1	Constitutionnalité	35
5.1.1	Absences professionnelles de courte durée	35
5.1.2	Allocation pour la prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident	36
5.2	Compatibilité avec les accords internationaux de la Suisse	36
5.2.1	Absences professionnelles de courte durée	36
5.2.2	Allocation pour la prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident	37
5.3	Forme de l'acte législatif	38
5.3.1	Absences professionnelles de courte durée	38
5.3.2	Allocation pour la prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident	38
5.4	Assujettissement au frein aux dépenses	38
5.5	Délégation législative	38
5.6	Protection des données	38

1 Grandes lignes du projet

1.1 Contexte

Les besoins croissants en assistance et en soins auxquels la santé publique ne peut faire face à elle seule, les nouvelles formes de vie de famille et la hausse continue du taux d'activité professionnelle des femmes ont placé les soins aux proches malades sous les feux de l'actualité politique.

Entre 2009 et 2013, le Parlement et le Conseil fédéral ont octroyé divers mandats faisant suite à des interventions visant à améliorer la situation des proches aidants, dont le postulat Seydoux-Christe (09.4199) : « Congé rémunéré d'une durée suffisante pour les parents d'enfants gravement atteints dans leur santé », le postulat de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (13.3366) : « Prévoir des allocations d'assistance et des possibilités de décharge pour les personnes qui prennent soin d'un proche » ainsi que la mesure 65 de l'arrêté fédéral sur le programme de la législature du 15 juin 2012 : « Encourager la conciliation entre activité professionnelle et prise en charge de proches » (art. 18).

Dans son rapport « Soins palliatifs, prévention du suicide et assistance organisée au suicide » de juin 2011, le Conseil fédéral a également chargé le Département fédéral de l'intérieur (DFI) de proposer des mesures pour favoriser une meilleure compatibilité entre l'exercice d'une activité professionnelle et les soins aux proches. Les mesures du domaine d'action n° 1 « Garantir la qualité de la vie » figurant parmi les priorités fixées dans la stratégie Santé2020 approuvée par le Conseil fédéral le 23 janvier 2013 visent elles aussi à adapter les structures, les processus et les offres des systèmes ambulatoire et hospitalier de manière à répondre à l'évolution sociétale, médicale et technique en cours.

Dans son rapport sur le « Soutien aux proches aidants » du 5 décembre 2014, le Conseil fédéral a établi les besoins existants et adopté un plan d'action correspondant¹. Les diverses mesures des domaines d'action n° 1 « Information et données » et n° 2 « Qualité des offres de décharge et accès aux prestations » doivent d'une part améliorer l'accès des proches aidants aux informations pertinentes et d'autre part aider les cantons et les communes à développer un réseau solide de services sociaux et de structures de jour et de nuit.

Les domaines d'action n° 3 « Compatibilité entre activité professionnelle et prise en charge d'un proche malade et en situation de dépendance » et n° 4 « Congé pour tâches d'assistance ou autres formes de soutien » visent en outre à adapter les dispositions légales existantes comme suit. À cette fin, le Conseil fédéral a défini, le 1^{er} février 2018, les jalons suivants :

- amélioration de la sécurité juridique en cas d'absences de courte durée : il convient de réfléchir à la manière de définir la durée des absences prises durant une courte période par des proches pour s'occuper de personnes, mineures ou adultes, ayant besoin d'assistance et de soins, et d'édicter une législation uniforme concernant le maintien du salaire durant ces congés ;
- adoption d'une base légale introduisant un congé de prise en charge, avec ou sans maintien du salaire, ou d'autres formes de soutien pour des absences de longue durée dues à des tâches d'assistance assumées auprès d'un proche malade : l'examen devrait porter sur la durée, les conditions, le droit aux prestations et les modalités de financement d'un congé de prise en charge ou d'une autre forme de soutien aux proches aidants, ainsi que sur les dispositions complémentaires à intégrer au code des obligations ;
- extension des bonifications pour tâches d'assistance du système de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) : s'agissant de la prévoyance vieillesse de proches en âge de travailler qui n'exercent pas d'activité lucrative, il conviendrait d'établir dans quelle mesure le droit aux bonifications pour tâches

¹ <<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/aktionsplan-pflegende-angehoerige.html>> État : 9 août 2017

Rapport explicatif concernant Vorentwurf des Bundesgesetzes über die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung

d'assistance au sens de l'art. 29^{septies} de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS)² pourrait être étendu à d'autres personnes proches comme les beaux-parents et les partenaires non mariés, etc., ainsi qu'à des cas d'impotence faible.

Le 1^{er} février 2017, le Conseil fédéral a chargé le DFI d'adapter la législation, en collaboration avec les autres départements concernés, le DFJP et le DEFR, afin d'améliorer la sécurité juridique et la reconnaissance des proches aidants. Le présent avant-projet de loi fédérale sur l'amélioration de la conciliation entre activité professionnelle et prise en charge de proches répond à ce mandat.

La possibilité de mieux concilier activité professionnelle et tâches d'assistance et de soins remplit également l'objectif fixé par l'initiative visant à combattre la pénurie de personnel qualifié (FKI plus) lancée par la Confédération et les cantons en 2015, à savoir mieux exploiter le potentiel indigène de personnel qualifié. Dans le cadre de FKI plus, le Conseil fédéral a approuvé, le 4 mars 2016, le programme de promotion « Offres visant à soutenir et à décharger les proches aidants »³. Ce programme, qui s'étend de 2017 à 2020, a pour ambition particulière de contribuer à établir une base de connaissances pratiques destinée à faciliter la conciliation entre vie professionnelle et tâches d'assistance. Par ailleurs, il vise d'une part à mieux cerner les besoins et la situation des proches aidants, afin de permettre l'élaboration d'offres de soutien et de décharge adaptées, et d'autre part à analyser l'utilisation et l'organisation des offres existantes, afin que les prestataires concernés puissent développer leurs offres professionnelles et informelles en faveur des proches aidants.

1.1.1 Assistance et soins dispensés par des proches

Les soins et l'accompagnement assurés par des membres de la famille auprès de leurs enfants, en particulier, mais aussi auprès d'adultes nécessitant une aide, sont indispensables. Lors d'urgences médicales, notamment, les proches se voient souvent contraints d'assurer un accompagnement ou une prise en charge à court terme. Les personnes qui s'occupent de proches malades ou nécessitant une aide fournissent pour l'essentiel un soutien psychologique et social, effectuent des tâches ménagères, gèrent les transports et règlent des questions organisationnelles et administratives. Si elles sont amenées à offrir des soins, leurs prestations viennent compléter les soins professionnels dispensés par les services d'aide et de soins à domicile, les hôpitaux ou les EMS.

Dans le cadre de l'assistance et des soins, les proches, tout comme les personnes qu'ils prennent en charge, traversent des phases critiques et éprouvent des émotions comme la peur, le doute, mais aussi l'espoir. Les inconnues sont nombreuses et l'évolution de la maladie incertaine. On observe ainsi que les proches aidants sont souvent dépassés, surmenés et finissent par souffrir d'épuisement et d'autres problèmes de santé. Lorsqu'ils exercent en parallèle une activité professionnelle, les difficultés à concilier leurs deux fonctions peuvent poser des problèmes supplémentaires, voire mettre en danger leur carrière et leurs moyens de subsistance.

Aux yeux de la Confédération, la société ne devrait pas exercer de pression sur les membres d'une famille pour qu'ils soignent et accompagnent le plus possible leurs proches. Pour les personnes qui sont néanmoins disposées à assumer cette prise en charge, il convient d'introduire des mesures leur permettant d'assumer au mieux leurs tâches d'assistance s'ils exercent une activité professionnelle.

1.1.2 Défis en matière de politique de la santé

Grâce à des conditions de vie appropriées et à un bon système de santé, la population suisse jouit d'une forte longévité. Il est aujourd'hui possible de traiter de nombreuses maladies qui, par le passé, étaient pratiquement toujours mortelles. Les phases aiguës d'une maladie peuvent cependant impliquer une prise en charge et des soins très lourds et il n'est pas toujours possible d'éviter les atteintes

² RS 831.10

³ <<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/aktionsplan-pflegende-angehoerige.html>> État au 1^{er} mars 2018

Rapport explicatif concernant Vorentwurf des Bundesgesetzes über die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung

définitives à la santé susceptibles d'en résulter.

Enfants gravement atteints dans leur santé en raison d'une maladie ou d'un accident

Les progrès médico-thérapeutiques ont permis à une majorité d'enfants atteints de maladies jadis incurables, qui seraient autrefois morts précocement, de recouvrer la santé ou d'atteindre l'âge adulte malgré des handicaps liés à leur maladie. Chez les enfants, les phases aiguës d'une maladie nécessitent une prise en charge importante étant donné qu'ils doivent être accompagnés au minimum par l'un de leurs parents à chaque visite chez le médecin ou à chaque hospitalisation.

Les maladies et les accidents provoquant de graves problèmes de santé sont souvent synonymes de longues et/ou multiples hospitalisations (cf. tableau 1). Pour l'année 2015, la Statistique médicale des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique (OFS) fait état pour les enfants et adolescents de 8400 séjours hospitaliers de plus d'une semaine. Près de 4400 hospitalisations ont duré plus de deux semaines. Quelque 60 % de tous les séjours hospitaliers d'enfants et d'adolescents ayant duré plus de 14 jours concernent des jeunes âgés d'au moins 12 ans. En 2015, 7700 enfants et adolescents ont subi plusieurs traitements hospitaliers. Quelque 2000 d'entre eux ont été hospitalisés au moins trois fois. Durant la même année, 160 enfants ont nécessité plus de huit hospitalisations.

Tableau 1 Nombre de séjours hospitaliers par classe d'âge et durée du séjour en 2015

Âge	1 à 2 jours	3 à 7 jours	8 à 14 jours	15 jours et plus	Total
De 91 jours à 5 ans	18 945	7 936	1 440	892	29 213
De 6 à 11 ans	10 688	3 720	811	713	15 932
De 12 à 17 ans	16 003	8 111	1 826	2 758	28 698
Total	45 636	19 767	4077	4 363	73 843

Source : Évaluation OFS, Statistique médicale des hôpitaux. Nombre de cas de patients âgés de 3 mois à 17 ans (âge révolu au moment de l'hospitalisation) sans les cas traités en ambulatoire.

Par ailleurs, quelque 9200 familles s'occupent à domicile d'un enfant atteint d'une infirmité grave, la plupart du temps congénitale, exigeant une prise en charge permanente⁴.

Adultes présentant des problèmes de santé

Une étude réalisée en 2012 révèle qu'environ 40 % de la population âgée de 50 à 64 ans souffrent d'une ou plusieurs maladies chroniques⁵. Ce pourcentage augmente avec l'âge pour dépasser les 70 % chez les personnes de plus de 80 ans. Les maladies chroniques peuvent certes être traitées, mais pas guéries. Au vu du vieillissement de la population, le nombre absolu de personnes atteintes d'une ou de plusieurs maladies chroniques continuera à progresser au cours des prochaines années et décennies. Il s'agit dans la plupart des cas de maladies cardiovasculaires, de cancers, de maladies des voies respiratoires, de diabètes, de dépressions et de maladies musculo-squelettiques. Le grand âge est souvent aussi lié à l'apparition de troubles dégénératifs du cerveau, comme la démence, qui peuvent considérablement restreindre la possibilité de vivre de manière autonome.

En conséquence, le nombre de personnes qui, au fil des ans, souffrent de problèmes de santé et nécessitent, en cas de détérioration aiguë de leur état de santé mais aussi souvent dans leur quotidien, l'assistance de services de soins et d'accompagnement dispensés par des professionnels et/ou par des membres de la parenté ou d'autres proches ne cesse d'augmenter⁶.

⁴ Office fédéral des assurances sociales (OFS), Statistique AI 2013, Berne, p. 38

⁵ Moreau-Gruet Florence. La multimorbidité chez les personnes de 50 ans et plus. Obsan Bulletin 4/2013. Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé

⁶ Berthod Marc-Antoine, Papadaniel Yannis, Brzak Nicole. Les proches aidants : entre monde du travail et accompagnement de fin de vie, Lay Summary, End of Life National Research Programme NRP 67, Lausanne, 2016

Rapport explicatif concernant Vorentwurf des Bundesgesetzes über die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung

Dernière phase de vie

Indépendamment de l'âge de la personne malade et tributaire de soins, la dernière phase de vie requiert de la part des proches un degré de prise en charge considérable. Une étude réalisée dans le cadre du programme national de recherche 67 « Fin de vie » révèle que les personnes les plus importantes pour préserver la qualité de vie d'une personne en fin de vie sont ses proches⁷. Au vu de l'évolution démographique, le nombre de décès annuel devrait passer de 64 200 en 2015 à environ 83 200 en 2035⁸. Près de 60 % des décès enregistrés font suite à une maladie évolutive grave (p. ex. cancer). La durée de la phase de maladie est variable. Dans les cas de démence, elle peut aller jusqu'à dix ans, en fonction de la forme et de l'évolution de la maladie⁹.

Recours aux prestations de soins et d'assistance

Le recours aux prestations fournies par des organisations de soins et d'aide au ménage (p. ex. services d'aide et de soins à domicile) sont un indicateur important pour établir les besoins de prise en charge à domicile. Selon la statistique « Aide et soins à domicile » de l'OFS, le recours aux prestations marque une hausse constante depuis 2011. Entre 2011 et 2016, les prestations d'aide et de soins à domicile (nombre de clients) ont ainsi progressé de 35 % : alors qu'en 2011, un peu plus de 250 000 personnes ont bénéficié de ces services, elles étaient près de 340 000 en 2016¹⁰, soit quelque 4 % de la population. En 2016, plus de 44 % des personnes nécessitant de l'aide étaient âgées d'au moins 80 ans. Les deux tiers de la clientèle étaient des femmes. Souvent, les personnes qui ont besoin d'assistance sollicitent aussi bien des soins que de l'aide au ménage : en 2016, les heures facturées par client pour des prestations de soins s'élevaient en moyenne à 52, contre 51 heures pour l'économie domestique et l'accompagnement social¹¹.

1.1.3 Défis en matière de politique sociale

Parallèlement aux services professionnels et institutionnels d'assistance et de soins, la prise en charge assurée par des membres de la famille ou des proches représente une ressource importante pour la société. Il est important que les tâches de soins et d'accompagnement n'entraînent pas un risque de pauvreté pour leurs prestataires¹². Une étude internationale à laquelle la Suisse a participé indique que les parents d'enfants atteints d'un cancer font état d'un revenu plus bas et d'un risque de pauvreté accru. Les parents ne bénéficiant pas d'un niveau de formation élevé sont particulièrement menacés¹³.

La priorité consiste donc à introduire des mesures visant à favoriser la conciliation entre vie professionnelle et prise en charge de proches. Ces mesures sont d'autant plus indispensables que la plupart des femmes, qui assumaient jusqu'ici des tâches d'assistance non rémunérées, exercent aujourd'hui une activité professionnelle. Depuis 1991, le taux d'activité des femmes âgées de 15 à 64 ans ne cesse d'augmenter : en 2016, il s'élevait ainsi à 79,5 % pour les femmes et 88,2 % pour les hommes¹⁴. Pour pouvoir exploiter le potentiel de main d'œuvre disponible en Suisse, il est essentiel que les femmes soient plus solidement ancrées encore dans le monde du travail. En ces temps de pénurie de personnel qualifié, l'économie n'a pas d'autre choix¹⁵.

⁷ Borasio Gian D., Bernard Mathieu, Gamondi Palmesin Claudia. Meaning in life, personal values, and spirituality at the end of life. Lay Summary, End of Life National Research Programme NRP 67, Lausanne, 2016

⁸ Office fédéral de la statistique (OFS) : Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse 2015-2045. Neuchâtel, 2015, p. 9

⁹ <<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitstrategien/nationale-demenzstrategie.html>> État : 25 février 2018

¹⁰ <<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/spitex.html>> État : 26 février 2018

¹¹ <<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/hilfe-pflege-hauser.html>> État : 14 mars 2018

¹² Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes (BFEG), Reconnaissance et revalorisation du travail de care. Agir pour l'égalité, Bern, 2010

¹³ Mader Luzius, Roser Katharina, Baenziger Julia et al. Household income and risk-of-poverty of parents of long-term childhood cancer survivors. *Pediatr Blood Cancer* 2017 ; août ; 64(8) : 326245

¹⁴ <<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/travail/remuneration/activite-professionnelle-temps-travail/personnes-actives/taux-activite.html>> État : 13 mars 2018

¹⁵ <<https://www.seco.admin.ch/seco/fr/home/Arbeit/Fachkraeftinitiative.html>> État : 26 février 2018

Rapport explicatif concernant Vorentwurf des Bundesgesetzes über die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung

Concilier vie professionnelle et prise en charge est particulièrement problématique pour les personnes se trouvant dans l'incapacité de partager ces tâches avec un partenaire ou avec d'autres membres de la parenté. Selon le Rapport sur les familles 2017 du Conseil fédéral, les personnes vivant seules représentent le plus grand groupe de l'ensemble des ménages, soit 35 %. Les ménages constitués d'une personne vont continuer à progresser à l'avenir. Ce rapport révèle également que les formes de vie en commun se sont diversifiées et que les ménages qui comptent plusieurs personnes exerçant une activité professionnelle jouissent d'une meilleure situation financière¹⁶.

1.1.4 Conciliation entre vie professionnelle et prise en charge de proches

Considérant d'une part la pénurie généralisée de main d'œuvre qualifiée et d'autre part les objectifs de la politique de croissance du Conseil fédéral, il convient de maintenir le taux d'activité professionnelle au plus haut niveau, car il constitue un facteur déterminant du développement économique de la Suisse. Les femmes disposant d'une bonne formation professionnelle, en particulier, offrent un potentiel supplémentaire mobilisable. Les investissements dans la formation professionnelle des femmes doivent en outre pouvoir être exploités au profit du marché du travail, comme dans le cas des hommes. Toutefois, les mesures visant à mieux concilier l'activité professionnelle et la prise en charge de proches malades ou en situation de dépendance ne sauraient prêter les chances (p. ex. obstacle à la sélection lors d'un engagement) sur le marché du travail des personnes actives occupées, un phénomène qui toucherait majoritairement les femmes et les travailleurs plus âgés.

Dans le cadre de l'Enquête suisse sur la population active (ESPA), l'OFS collecte tous les trois à quatre ans, dans un module complémentaire introduit en 1997, les données relatives au travail non rémunéré réalisé tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du ménage, dont l'assistance apportée aux adultes ayant besoin de soins. En 2016, quelque 300 000 personnes âgées de plus de 15 ans ont effectué en Suisse un travail non rémunéré auprès de personnes nécessitant une prise en charge.

Selon les exploitations de données menées par l'OFS sur la base de l'ESPA en 2016, près de 56 000 personnes en activité professionnelle âgées de 15 à 64 ans font ménage commun avec une personne tributaire de prestations d'aide. Celles qui assument des tâches d'assistance y consacrent en moyenne 8,5 heures par semaine. Avec 11,2 heures par semaine, les femmes investissent plus de temps dans ce travail que les hommes, qui comptent 6,5 heures¹⁷. Quelque 127 000 personnes exerçant une activité professionnelle ont indiqué avoir fourni des prestations d'encadrement ou de soins pour des adultes vivant dans d'autres ménages au cours des quatre semaines précédentes. En moyenne, ces personnes y consacrent 3,7 heures par semaine.

Tableau 2 : Personnes exerçant une activité professionnelle qui assument des tâches d'assistance pour des proches nécessitant des soins, en milliers

Femmes exerçant une activité professionnelle		Hommes exerçant une activité professionnelle	
Dans son propre ménage	À l'extérieur du ménage	Dans son propre ménage	À l'extérieur du ménage
22	78	35*	48

Source : Évaluation spéciale de l'OFS, 2016 / *Si l'on tient compte uniquement des personnes exerçant une activité lucrative âgées de 15 à 64 ans, le nombre d'hommes se trouvant dans cette situation est supérieur à celui des femmes, car les femmes sans activité lucrative sont plus nombreuses que les hommes.

Selon l'OFS, les proches aidants en Suisse ont fourni un total de 80 millions d'heures de travail non rémunéré sous forme d'accompagnement et de soins en 2016. En admettant qu'une heure de travail coûte en moyenne 45,50 francs, cela représente une valeur monétaire de 3,7 milliards de francs par an¹⁸.

¹⁶ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/evolution-future/scenarios-menages.html> État : 13 mars 2018

¹⁷ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/travail-remuneration/enquetes/espas.html> État : 1^{er} septembre 2017

¹⁸ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/travail-remuneration/travail-non-remunere/compte-satellite-production-menages.html> État : 14 mars 2018

Rapport explicatif concernant Vorentwurf des Bundesgesetzes über die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung

Problèmes de conciliation entre vie professionnelle et prise en charge de proches

Pour les proches aidants qui conservent une activité professionnelle, il convient de trouver un équilibre entre le temps consacré aux tâches d'assistance et les horaires de travail. La possibilité de concilier vie professionnelle et prise en charge de proches dépend de différents facteurs : la situation personnelle au travail (marge d'autonomie), le type de tâches et l'organisation du travail (possibilité d'être remplacé en cas d'absence, modèles de temps de travail flexibles) ainsi que la culture d'entreprise.

L'étude comparative des congés d'assistance de courte durée et de longue durée au niveau international montre que pour la majeure partie des personnes exerçant une activité professionnelle chargées d'assumer des tâches d'assistance pendant une longue période, l'aménagement d'horaires de travail flexibles ne remplace pas un congé d'assistance ou que dans la pratique le temps de travail flexible est irréalisable. Pour les personnes qui disposent d'un revenu faible, occupent le bas de la hiérarchie ou ont des horaires de travail irréguliers (p. ex. travail par équipes), en particulier, il est généralement très difficile d'organiser son temps de travail de manière flexible. De même, les horaires de travail flexibles ne permettent pas de soulager les familles avec plusieurs enfants dont l'un est gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident, car les différentes exigences et tâches sont soumises à des contraintes horaires et la présence sur place est en partie indispensable¹⁹.

Les personnes exerçant une activité professionnelle qui doivent s'absenter du travail durant une courte période, réduire provisoirement leur taux d'activité ou prendre un congé pour assumer des tâches d'assistance devraient avoir la possibilité de le faire sans mettre en danger leur situation financière, leur carrière ou leur prévoyance vieillesse ultérieure. Au vu de la pénurie de main d'œuvre, les personnes, jeunes ou âgées, qui prennent en charge des proches tout en poursuivant une activité professionnelle doivent pouvoir préserver leurs chances sur le marché du travail. Dans le même esprit, il convient de réduire le risque de voir des coups du sort compromettre les chances de préserver ou de retrouver un emploi.

1.1.5 Législation actuelle

1.1.5.1 Absences professionnelles de courte durée

La loi fédérale du 13 mars 1964²⁰ sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce (loi sur le travail, LTr) régit les conditions de travail des employeurs privés et partiellement des employeurs publics. L'art. 36, al.1, LTr définit les travailleurs ayant des responsabilités familiales. Sont réputées responsabilités familiales l'éducation des enfants jusqu'à l'âge de 15 ans et la prise en charge de membres de la parenté ou d'autres proches exigeant des soins. Selon cette disposition, l'employeur doit tenir compte de la situation familiale de ses employés dans l'aménagement du temps de travail, notamment en leur accordant des pauses plus longues et en évitant de leur imposer des heures supplémentaires. A son alinéa 3, l'article 36 LTr limite le droit aux congés de courte durée pour prise en charge de proches à la prise en charge d'enfants malades, sans faire mention de l'aide apportée à d'autres membres de la parenté ou à d'autres proches exigeant des soins. En vertu de l'art. 36, al. 3, LTr, l'employeur est tenu, sur présentation d'un certificat médical, de donner congé à l'employé pour le temps nécessaire à la garde d'un enfant malade, jusqu'à concurrence de trois jours. La loi sur le travail ne contient aucune disposition concernant le maintien du salaire.

S'agissant des rapports de travail soumis au droit privé, les dispositions applicables sont celles du code des obligations (CO)²¹. L'art. 324a CO régit l'obligation de l'employeur de verser le salaire lorsque la

¹⁹ Schmidt Andrea E, Fuchs Michael, Rodrigues Ricardo. Vergleichende Studie zu Betreuungsurlauben für Angehörige im internationalen Vergleich : Gesetzgebung und politische Massnahmen, Vienne, 2016

²⁰ RS 822.11

²¹ RS 220

Rapport explicatif concernant Vorentwurf des Bundesgesetzes über die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung

personne employée est empêchée de travailler pour des causes inhérentes à sa personne, ce qui est le cas si elle ne peut assumer son obligation de travailler ou si celle-ci ne peut être raisonnablement exigée d'elle. Cette obligation de verser le salaire est due non seulement en cas de maladie ou d'accident de la personne employée, mais aussi lorsque celle-ci doit accomplir une obligation légale (art. 324a, al. 1, CO). Par obligation légale, il faut entendre en particulier l'obligation d'entretien des enfants (art. 276 du code civil suisse, CC²²), du conjoint ou du partenaire enregistré (art. 163 CC), à l'exclusion des personnes menant de fait une vie de couple, c'est-à-dire des relations de couple stables durant depuis plusieurs années. L'obligation d'entretien ne s'applique pas non plus à l'un ou l'autre des parents ni aux frères et sœurs, ces derniers n'y étant plus soumis depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2000, de la version révisée des art. 328 et 329 CC²³, et le soutien prévu dans ces dispositions étant de toute façon uniquement de nature financière. Bien qu'une décision cantonale et une partie de la doctrine reconnaissent l'empêchement de travailler pour cause d'obligation d'entretien fondée sur un devoir moral, celui-ci n'est juridiquement pas établi²⁴. L'obligation de verser le salaire ne perdure en outre que jusqu'à ce que le travailleur ait trouvé une solution de remplacement appropriée ou, dans le cas d'un enfant malade ou victime d'un accident, lorsque la prise en charge par les parents est considérée comme nécessaire pour des raisons médicales²⁵. Les solutions de remplacement envisageables incluent notamment les offres de garde de tiers.

L'obligation de verser le salaire est en outre limitée dans le temps. Durant la première année de service, l'art. 324a, al. 2, CO prévoit un contingent maximal de trois semaines. Le salaire est ensuite versé pour une « période plus longue fixée équitablement », compte tenu de la durée des rapports de travail et des circonstances particulières. Dans la pratique, on utilise des barèmes appelés respectivement échelle bâloise, échelle bernoise et échelle zurichoise pour déterminer la durée du maintien du salaire²⁶. Selon ces trois échelles, un total de 16 semaines est par exemple considéré comme approprié pour des rapports de travail d'une durée d'au moins six ans. Le crédit de temps correspondant s'applique à toutes les absences dues à un empêchement au sens de l'art. 324a, al. 2, CO. Les tribunaux peuvent s'écarter de ces échelles, comme en témoigne la jurisprudence cantonale en lien avec la prise en charge d'enfants en bas âge²⁷. Cela présuppose toutefois que, lorsque la personne employée n'est pas d'accord, elle agisse devant les tribunaux et sollicite l'aide d'un avocat, ce qui, à son tour, constitue un obstacle important à l'exercice du droit au salaire.

Cette réglementation présente à la fois des avantages et des inconvénients : d'un côté, au vu de la large marge d'appréciation du tribunal, le droit au salaire n'est pas garanti durant l'intégralité de la période de la prise en charge, car son application peut être évaluée différemment selon le tribunal concerné et implique une procédure longue et coûteuse. Si, en plus, la personne employée qui s'occupe d'un proche nécessitant des soins tombe elle-même malade durant cette année-là, le nombre de jours de congé de

²² Code civil suisse, RS 210

²³ Voir le message du Conseil fédéral du 15 novembre 1995 concernant la révision du code civil suisse (état civil, conclusion du mariage, divorce, droit de la famille, dette alimentaire, asiles de famille, tutelle et cooptage matrimonial), FF 1996 I 1 ss, ch. 245

²⁴ Arrêt du tribunal du travail de Zurich, 20 mars 1981, RSJ / SJZ 1981, 234 ss. Empêchement pour un motif autre qu'une obligation légale ; ZK-STAEHELIN, n° 17 ad art. 324a CO ; HENSCH, Angela, Arbeitnehmer mit Familienpflichten, AJP 2016, 1631 ss, 1639 ; CH-EMMEL, n° 1 ad art. 324a CO ; STREIFF, Ulrike/VON KAENEL, Adrian/RUDOLPH, Roger, Arbeitsvertrag, Praxiskommentar zu den Art. 319-362 OR, 7^e édition, Zurich/Bâle/Genève 2012, n° 20 ad art. 324a CO (für deren Pflege man verantwortlich ist) ; BRÜHWILER, Jürg, Einzelarbeitsvertrag – Kommentar zu den Art. 319-343 OR, 3^e édition, Bâle 2014, n° 2 ad art. 324a CO (schwere Erkrankung eines Elternteils) ; SUBILIA, Olivier/DUC, Jean-Michel, Droit du travail – Eléments de droit suisse, 2^e édition, Lausanne 2010, n° 20 ad art. 324a CO (maladie grave d'un proche) ; GELSER, Thomas/MÜLLER, Roland, Arbeitsrecht in der Schweiz, 3^e édition, Berne 2015, n° 428 (Betreuung nahestehender Angehöriger) ; BSK-PORTMANN/RUDOLPH, n° 47 ad art. 324a CO (Erkrankung nahestehender Angehöriger)

Empêchement motivé uniquement par une obligation légale : Arrêt du Tribunal fédéral du 7 avril 1998, 4C.459/1997, consid. 4 et CS-LONG-CHAMP, 13 ad art. 324a CO ; BK-REHBINDER/STÖCKLI, 11 ad art. 324a CO ; EGLI, Hans-Peter, Lohnfortzahlung und Versicherungsschutz gemäss Art. 324a OR, AJP 2000, 1065, 1067 ; RÜETSCHI, David, Die Rechte des Arbeitnehmers bei der Betreuung kranker Kinder und anderer Angehöriger, in : Andrea Büchler Markus Müller-Chen (éd.), Private Law – national global – comparative. Festschrift für Ingeborg Schwenzer zum 60. Geburtstag (vol. I et II), Berne 2011, 1449 ss, 1461 ; VISCHER, Frank/MÜLLER, Roland M., Der Arbeitsvertrag, 4^e édition, Bâle 2014, n° 10, §12 ; WYLER, Rémy/HEINZER, Boris, Droit du travail, 3^e édition, Berne 2014, 223-224 ; BRUNNER, Christiane/BÜHLER, Jean-Michel/WAEER, Jean-Bernard/BRUCHEZ, Christian, Commentaire du contrat de travail, 3^e édition, Lausanne 2010, n° 8 ad art. 324a CO ; KUJO OR-PIETRUSZAK, n° 5 ad art. 324a CO ; CR-AUBERT, n° 28

²⁵ Arrêt du Tribunal fédéral du 7 avril 1998, 4C.459/1997, consid. 4b

²⁶ <<http://www.arbeitsverhinderung.ch/lohnfortzahlung/lohnfortzahlungsskalen>> État : mercredi, 2 août 2017

²⁷ Arrêt du tribunal cantonal de Berne du 27 juillet 2004, JAR 2005, 352, 356

Rapport explicatif concernant Vorentwurf des Bundesgesetzes über die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung

prise en charge rémunérés est réduit d'autant. Par ailleurs, le Tribunal fédéral fait preuve de retenue dans l'examen des décisions cantonales rendues²⁸ avec pour conséquence que les décisions divergentes des différents tribunaux cantonaux ne sont pas forcément uniformisées. De l'autre, l'examen au cas par cas permet de tenir compte de chaque situation concrète.

Les absences prises pour s'occuper de proches malades à l'égard desquels il n'existe aucune obligation d'entretien légale peuvent être considérées comme des heures et des jours de congé usuels au sens de l'art. 329, al. 3, CO²⁹. La date et la durée du congé doivent être fixées équitablement selon les circonstances, en tenant compte des intérêts de l'employeur et du travailleur (art. 329, al. 4, CO). L'art. 329, al. 3, CO ne prévoit pas de versement du salaire durant cette absence, celui-ci devant être convenu ou usuel (art. 322, al. 1, CO).

On pourrait ainsi résumer les réglementations actuelles en disant que la LTr prévoit uniquement un congé pour la prise en charge d'enfants malades. Pour ce qui est du droit des obligations, il convient de constater que dans le cas d'absences pour tâches d'assistance en faveur de personnes à l'égard desquelles il n'existe pas d'obligation légale, l'obligation de verser le salaire n'est pas établie par la jurisprudence et est controversée dans la doctrine. Lorsque la personne employée est elle-même malade ou victime d'un accident ou lorsqu'il existe un devoir de prise en charge envers plusieurs personnes, par exemple en présence de plusieurs enfants, il n'est par ailleurs pas exclu que le nombre limité de jours d'absence excusés donnant droit au versement du salaire soit insuffisant. Ce problème est particulièrement aigu durant les premières années de service ou pour les mères qui ont eu plusieurs complications durant la grossesse et dont l'enfant nécessite un traitement continu après la naissance.

La législation en vigueur est illustrée ci-après.

Tableau 3 Aperçu des absences de courte durée en vertu du droit en vigueur

Personne employée	Article 324a CO		Article 36 LTr	
	Congé	Maintien du salaire	Congé	Maintien du salaire
Personne employée avec enfant malade (obligation d'entretien)	Oui, jusqu'à solution de remplacement ou tant que présence des parents nécessaire, et selon échelles	En principe contingent selon échelles	3 jours de travail par événement	Pas réglé
Personne employée avec conjoint ou partenaire enregistré malade (obligation d'entretien)	Oui, jusqu'à solution de remplacement	En principe contingent selon échelles	Pas réglé	Pas réglé
Partenaires menant de fait une vie de couple (pas d'obligation d'entretien)	Controversé ; pas de sécurité juridique	Controversé ; pas de sécurité juridique	Pas réglé	Pas réglé
Liens de parenté directs (p. ex. parent vivant seul, frère ou sœur vivant seul)	Controversé ; pas de sécurité juridique	Controversé ; pas de sécurité juridique	Pas réglé	Pas réglé
Personnes proches	Controversé ; pas de sécurité juridique	Controversé ; pas de sécurité juridique	Pas réglé	Pas réglé

Dispositions applicables au personnel de la Confédération

Les dispositions déterminantes pour les rapports de travail de droit public dans les cantons sont celles

²⁸ P. ex. en cas de licenciement avec effet immédiat pour justes motifs : ATF 130 III 28, consid. 4.1

²⁹ Arrêt du Tribunal fédéral du 7 avril 1998, 4C.459/1997, consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral du 31 janvier 2006, 4C.298k/2005, consid. 5.2

du droit public cantonal et, au niveau fédéral, la loi sur le personnel de la Confédération et les ordonnances y relatives. En vertu de l'art. 40, al. 3, let. c, de l'ordonnance du Département fédéral des finances (DFF) du 6 décembre 2001³⁰ concernant l'ordonnance sur le personnel de la Confédération (O-OPers), les employés de la Confédération peuvent bénéficier d'un congé payé pouvant aller jusqu'à trois jours de travail par événement en cas de premiers soins et d'organisation des soins ultérieurs à donner à un membre de la famille ou au partenaire tombé malade ou victime d'un accident.

1.1.5.2 Absences professionnelles de longue durée

Il n'existe aujourd'hui pas de véritable compensation de la perte de gain causée par une absence prolongée du travail due à la survenance d'un besoin de prise en charge. Un droit prolongé au salaire ne peut découler que de l'art. 324a CO. Au vu des conditions et des restrictions de ladite disposition, ce droit est en principe limité dans le temps, en particulier en raison de l'obligation de trouver une solution de remplacement et du plafond annuel fixé pour la durée du congé. Le maintien prolongé du salaire a été accordé pour la prise en charge d'enfants en bas âge, autrement dit dans des cas pour lesquels il n'est pas nécessaire de trouver une solution de remplacement, la présence personnelle d'un parent étant jugée indispensable.

S'agissant des mesures de soutien supplémentaires, elles ne bénéficient actuellement qu'aux parents d'enfants atteints d'une infirmité congénitale. Le cas échéant, l'AI rembourse les prestations d'aide et de soins pédiatriques à domicile dispensées dans le cadre d'un traitement et verse aux mineurs l'allocation pour impotent et un supplément pour soins intenses³¹. Ces indemnités, octroyées de manière forfaitaire et calculées indépendamment du salaire, ne sont en principe versées qu'à l'échéance d'une année, lorsqu'il est établi que l'impotence est durable. Une contribution d'assistance peut en outre être attribuée lorsque les parents engagent un tiers pour s'occuper de leur enfant malade³².

1.1.5.3 Bonifications pour tâches d'assistance

Des bonifications pour tâches d'assistance sont accordées à des personnes qui s'occupent d'un proche ayant droit à une allocation pour une impotence de degré moyen au moins. Ces bonifications sont une illustration de la reconnaissance de la société envers les proches aidants. Il s'agit de revenus fictifs qui correspondent au triple du montant de la rente minimale annuelle (2018 : 42 300 francs par année civile). Elles sont prises en compte dans le calcul de la rente AVS et augmentent le salaire moyen qui détermine le montant de cette rente. Ainsi, elles compensent les éventuelles pertes de revenu et contribuent, à l'instar des bonifications pour tâches éducatives, à atteindre une rente plus élevée. Pendant les années durant lesquelles elles déclarent des enfants de moins de 16 ans, les personnes assurées bénéficient aussi de bonifications pour tâches éducatives.

En vertu de l'art. 29^{septies} LAVS³³, les assurés qui prennent en charge des parents de ligne ascendante ou descendante ou des frères et sœurs au bénéfice d'une allocation de l'AVS, de l'AI, de l'assurance-accidents obligatoire ou de l'assurance militaire pour une impotence de degré moyen au moins ont droit à une bonification pour tâches d'assistance à condition qu'ils puissent se déplacer facilement auprès de la personne prise en charge. Sont assimilés aux parents, les conjoints, les beaux-parents et les enfants d'un autre lit. Il n'est pas possible de prétendre simultanément à plusieurs bonifications. Autrement dit, la prise en charge de plusieurs personnes ou enfants ne donne pas droit à plus d'une bonification. De même, aucune bonification pour tâches d'assistance ne peut être attribuée si, durant la même période, il existe un droit à une bonification pour tâches éducatives.

La législation actuelle présuppose ainsi une prise en charge d'une certaine intensité et ne reconnaît l'assistance à des proches qu'à partir d'une impotence de degré moyen. L'on ne saurait pourtant exclure

³⁰ RS 172.220.111.31

³¹ Art. 42^{bis} et 42^{ter}, al. 3, LAI

³² Art. 42^{quater} à 42^{sexies} LAI

³³ RS 830.11

Rapport explicatif concernant Vorentwurf des Bundesgesetzes über die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung

que des personnes présentant une impotence légère aient besoin de l'aide de leurs proches.

1.2 Nouvelle réglementation proposée

1.2.1 Absences professionnelles de courte durée

L'avant-projet propose d'introduire dans le CO un nouvel art. 329g dans le CO, qui règle le congé pour tâches d'assistance de parents et de proches malades ou accidentés.

Par rapport à la situation actuelle, l'introduction du nouvel art. 329g CO apporte deux améliorations importantes : d'une part, l'octroi d'un congé pour des soins prodigués à des membres de la parenté envers lesquelles il n'existe pas d'obligation d'entretien légale (art. 324a CO), d'autre part, l'inapplicabilité des restrictions découlant de l'art. 324a CO et le comblement des lacunes qui en résultent. Le congé de trois jours, en particulier, n'est plus imputé au crédit annuel au sens de l'art. 324a CO. La nécessité de la prise en charge doit être prouvée ; cette condition, qui concerne en particulier l'absence de solution de remplacement ou la nécessité de la présence personnelle du membre de la parenté ou du proche concerné, doit déjà être remplie aujourd'hui dans le cadre de l'art. 324a CO.

L'introduction du nouvel article dans le CO vise à mieux concilier activité lucrative et vie familiale en définissant un cadre juridique clair. Elle se fonde sur les jours de congé qui existent déjà pour les membres de la famille à charge dans le droit en vigueur et sont courants dans la pratique d'entreprise (voir les résultats de l'enquête menée dans le cadre de l'évaluation des conséquences de la réglementation, sous ch. 3). À noter qu'il s'agit aussi d'accorder le temps nécessaire pour accompagner la personne concernée en cas d'urgence médicale et/ou prendre les premières mesures requises par sa prise en charge à long terme. Ancrer le maintien du salaire dans la loi doit permettre de garantir à la personne employée que les tâches d'assistance qu'elle assume n'aient pas des conséquences économiques négatives et vise particulièrement à lutter contre la précarisation des personnes à bas revenus.

Rapport explicatif concernant Vorentwurf des Bundesgesetzes über die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung

La nouvelle réglementation proposée est exposée dans le tableau ci-après.

Tableau 4 Aperçu de la nouvelle réglementation des absences professionnelles de courte durée

Personne employée	Nouvel art. 329g dans le CO		Statu quo dans la LTr
	Congé	Maintien du salaire	Congé (art. 36, al. 3, LTr)
Personne employée avec enfant malade (obligation d'entretien)	3 jours de travail par événement	3 jours de travail par événement	3 jours de travail par événement
Personne employée avec conjoint ou partenaire enregistré malade en phase aiguë (obligation d'entretien)	3 jours de travail par événement	3 jours de travail par événement	Non
Partenaires menant de fait une vie de couple (pas d'obligation d'entretien)	3 jours de travail par événement	3 jours de travail par événement	Non
Liens de parenté directs (p. ex. parent vivant seul, frère ou sœur vivant seul)	3 jours de travail par événement	3 jours de travail par événement	Non
Personnes proches	3 jours de travail par événement	3 jours de travail par événement	Non

1.2.2 Allocation pour la prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident (allocation de prise en charge)

1.2.2.1 Introduction

Un problème de santé grave ou un accident d'un enfant bouleverse profondément la vie d'une famille, qui se retrouve en proie à une charge émotionnelle et à une pression temporelle énormes. La situation peut encore être aggravée par des problèmes financiers, en particulier lorsque l'un des parents interrompt son travail et subit donc une perte de revenu. Il faut réorganiser le quotidien de la famille et trouver des arrangements avec les employeurs. Pour soulager les parents et favoriser les chances et le processus de guérison de l'enfant, il convient d'instaurer un congé permettant aux parents d'interrompre leur activité professionnelle pendant une certaine période sans craindre de perdre leur emploi ou de connaître d'importantes pertes de salaire.

La législation relative aux allocations pour perte de gain³⁴ accorde actuellement des indemnités journalières en cas de service dans l'armée, le service civil et la protection civile ainsi qu'en cas de maternité. Étant donné qu'il existe un parallèle entre le congé prévu par la nouvelle réglementation pour la prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident et le congé de maternité, il semble logique de se référer à la loi sur les allocations pour perte de gain.

³⁴ RS 834.1

1.2.2.2 Ayants droit

Le droit aux allocations pour perte de gain est prévu pour les parents d'enfants gravement atteints dans leur santé en raison d'une maladie ou d'un accident et requérant un niveau accru d'accompagnement et de soins. Le rapport parents-enfant repose sur la définition donnée à l'art. 252 CC³⁵. L'état civil des parents est par conséquent sans importance. Il convient de prendre autant que possible en considération la diversité des constellations familiales pour éviter qu'un enfant soit désavantagé du fait de la situation de sa famille. Le droit des parents nourriciers à l'indemnité doit être réglé dans l'ordonnance.

Gravité de l'atteinte à la santé

Les parents d'enfants gravement atteints dans leur santé doivent pouvoir prétendre à cette allocation. La notion d'atteinte grave à la santé doit être définie dans l'ordonnance. Si la définition doit établir une distinction entre une atteinte grave à la santé et une maladie ou un accident bénin, elle doit aussi être suffisamment générale pour englober au mieux toute la diversité des atteintes graves à la santé.

La gravité de l'atteinte à la santé est d'abord déterminée par les symptômes observés. Il n'est pas indispensable de disposer d'un diagnostic ; les atteintes à la santé impliquent cependant fréquemment un traitement médical hospitalier et/ou ambulatoire de longue durée (plusieurs mois) qu'il est toutefois souvent encore difficile à évaluer lors de la première consultation.

Les atteintes graves à la santé nécessitent une prise en charge intense de la part des parents. Outre la gravité du cas, l'importance du besoin de prise en charge dépend essentiellement de l'âge de l'enfant. Pour le même problème de santé, un enfant de quatre ans ne nécessite pas le même accompagnement qu'un jeune de 15 ans. La même atteinte peut ainsi être jugée plus ou moins grave selon l'âge de l'enfant.

L'idée de fixer une condition liée à la durée minimale du traitement du cas, par exemple d'un mois, a été écartée, car elle ne permet pas d'exclure, par exemple, les fractures du bras ou de la jambe. Faire d'une durée minimale une condition d'octroi à l'indemnité retarderait en outre la naissance du droit, puisqu'il faudrait d'abord attendre l'échéance du délai requis. Cela irait à l'encontre du but visé par l'indemnité, à savoir atténuer rapidement les effets d'une situation aiguë.

Rapport de travail de l'un des parents

Le droit à la prestation prend naissance lorsqu'au moins un des parents est engagé dans un rapport de travail avec un employeur ou exerce une activité professionnelle indépendante. Contrairement aux conditions requises pour l'allocation de maternité, l'octroi de la prestation n'est soumis à aucune durée d'assujettissement ni aucune durée d'exercice d'une activité professionnelle préalables. La durée préalable de l'assujettissement qui s'applique à certaines assurances sociales, en particulier, vise à lutter contre le tourisme des prestations. Étant donné qu'une maladie grave ou un accident grave survient en général de manière inattendue, il est peu probable que quelqu'un se rende en Suisse pour un tel événement. Cette condition préalable n'est donc pas nécessaire.

Pour obtenir cette allocation, il suffit que l'un des parents exerce une activité lucrative. Il convient de renoncer à soumettre l'octroi du droit à la condition selon laquelle les deux parents sont tenus d'avoir un emploi. On peut présumer que dans les familles qui ont plusieurs enfants, l'un des parents est entièrement absorbé par les prestations d'accompagnement et de soins fournies à l'enfant gravement atteint dans sa santé et que, du fait de la répartition des rôles (activité professionnelle / prise en charge des enfants), il n'est plus en mesure de s'occuper de ses autres enfants. Dans de telles situations, il est important que le parent qui exerce une activité lucrative puisse prendre congé pour veiller sur les frères

³⁵ RS 210

Rapport explicatif concernant Vorentwurf des Bundesgesetzes über die Vereinbarkeit von
Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung

et sœurs. Par ailleurs, les couples dans lesquels le même parent s'occupe de l'enfant et exerce une activité professionnelle alors que l'autre ne fait ni l'un ni l'autre doivent eux aussi pouvoir bénéficier de ce congé. Si les deux parents devaient avoir un emploi, cette constellation ne donnerait pas droit à l'allocation. La condition selon laquelle un seul parent doit exercer une activité lucrative garantit la prise en compte de toutes les formes familiales. Il faut prendre en compte que les familles dans lesquelles un seul parent a une occupation professionnelle pourraient être avantagées ; toutefois, il ne s'agira sans doute que de quelques cas, puisque les situations dans lesquelles un seul parent exerce une activité lucrative ne concernent qu'un quart des familles³⁶. Les abus potentiels seront évités vu l'obligation d'établir son droit (certificat médical) et la possibilité de contrôle de l'employeur.

Tableau 5 : Statut professionnel et droit à l'allocation

Statut professionnel	Droit
Famille monoparentale, activité professionnelle	14 semaines d'indemnités journalières dans les limites du délai-cadre
Un parent exerce une activité professionnelle, l'autre pas	14 semaines d'indemnités journalières dans les limites du délai-cadre
Les deux parents exercent une activité professionnelle	14 semaines d'indemnités journalières dans les limites du délai-cadre divisés en deux ou répartis selon accord
Aucun parent n'exerce d'activité professionnelle	0 jour d'indemnités journalières

1.2.2.3 Délai-cadre de 18 mois et de 14 semaines

L'investissement que représente la prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé est considérable et l'évolution de l'état de santé varie d'un cas à l'autre. De même, le besoin de prise en charge diffère en fonction de l'âge de l'enfant et du degré de l'atteinte. Il est possible que durant un certain temps, l'enfant n'ait plus besoin de l'aide supplémentaire de ses parents au point de leur permettre de reprendre leur activité professionnelle, puis qu'une présence aux côtés de l'enfant se révèle indispensable à une période ultérieure de sa vie, par exemple suite à une rechute. Selon les indications du Registre suisse du cancer de l'enfant (RSCE)³⁷, l'investissement moyen dans la prise en charge d'un enfant atteint d'un cancer représente 155 jours de travail. Il s'agit là du nombre de jours qu'un parent doit passer à l'hôpital avec son enfant, auxquels il faut ajouter le temps consacré aux soins à fournir en dehors des visites à l'hôpital. Cela signifie que l'année de la survenance d'un cancer chez un enfant, l'un de ses parents sera en principe absent de son travail pendant une année entière (environ 240 jours de travail). Si l'on y additionne les jours de prise en charge de la deuxième année (1 à 2 jours par semaine) et le temps nécessaire aux contrôles de suivi à long terme, les parents exerçant une activité professionnelle sont absents de leur travail durant un total de quelque 320 jours (240 l'année de la survenance de la maladie puis 80 répartis sur les années suivantes).

La durée du congé, soit 14 semaines pouvant être répartis sur 18 mois, ne couvre pas entièrement le besoin d'assistance des enfants atteints d'un cancer. Le congé de prise en charge devant toutefois aussi s'appliquer aux atteintes à la santé d'une durée plus courte, il ne saurait englober toutes les situations. Dans les cas de maladies graves, la durée proposée suffit donc uniquement à alléger la situation et à couvrir une partie de la perte de gain. Le congé doit pouvoir être pris par semaines entières. Pour le délimiter, un délai-cadre est introduit au cours duquel il est possible de prendre congé par semaines entières ou en bloc (cf. explications concernant l'art. 16j LAPG).

³⁶ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/situation-economique-sociale-population/egalite-femmes-hommes/conciliation-emploi-famille/participation-meres-peres-marche-emploi.html>

³⁷ Schindler Mathias, Kuehni Claudia. Betreuungsaufwand für Eltern von Kindern und Jugendlichen mit Krebs in der Schweiz. Berne, 2014 ; www.bag.admin.ch >Faktenblatt_Pflegeaufwand_Kinderkrebs >betreuungsaufwand

Rapport explicatif concernant Vorentwurf des Bundesgesetzes über die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung

1.2.2.4 Montant et calcul de l'allocation de prise en charge

Le calcul de l'allocation de prise en charge repose sur les mêmes règles que celles applicables à l'allocation de maternité³⁸. L'indemnité journalière s'élève à 80 % du revenu obtenu avant le début du droit à l'allocation et est limitée par un montant maximal. Cette règle s'applique indépendamment du fait que les jours de congé soient pris séparément ou en une seule fois (cf. commentaire de l'art. 16k LAPG).

1.2.2.5 Coordination avec les autres assurances sociales

Introduction

La coordination avec les autres assurances sociales vise aussi bien à éviter une surindemnisation qu'à garantir que le congé de prise en charge ne se traduise par des lacunes dans d'autres assurances sociales.

Exclusion d'autres prestations mais primauté de l'allocation de maternité et du supplément pour soins intenses

En principe, aucune prestation provenant d'autres assurances sociales n'est versée durant la période de prestation de l'allocation de prise en charge. L'allocation de maternité constitue une exception à cet égard en ce sens que lorsqu'un enfant naît avec une grave maladie, la mère a droit à l'allocation de maternité et non pas à l'allocation de prise en charge (art. 16g LAPG). Il existe une deuxième exception en ce qui concerne le supplément pour soins intenses (SSI) octroyé par l'assurance-invalidité³⁹. En effet, les parents n'ont en principe pas droit à l'allocation de prise en charge ou ce droit s'éteint en cas de naissance ou d'existence d'un droit au supplément pour soins intenses. Il est toutefois possible de faire valoir ce droit lorsque le versement du supplément pour soins intenses est interrompu en raison de l'hospitalisation de l'enfant.

Cotisations aux assurances sociales

Sont payées sur l'allocation de prise en charge comme sur l'allocation de maternité des cotisations à l'AVS, à l'AI, à l'APG et à l'AC (art. 19a LAPG). La part de l'employeur est prélevée sur le Fonds, comme c'est le cas pour l'allocation de maternité. Cette disposition s'appliquant à toutes les indemnités régies par la LAPG, il n'est pas nécessaire de la modifier.

Assurance-accidents

En vertu de l'art. 7, al. 1, de l'ordonnance sur l'assurance-accidents⁴⁰, les indemnités versées au titre de la loi sur les allocations pour perte de gain sont réputées salaire au sens de la LAA, de sorte que le versement du salaire est garanti durant le congé de prise en charge.

Prévoyance professionnelle

La protection de l'assurance de la prévoyance professionnelle doit également s'appliquer durant le congé de prise en charge, raison pour laquelle l'art. 8, al. 3, de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle est complété par le congé de prise en charge au sens de l'art. 329h CO.

1.2.2.6 Dispositions complémentaires et coordination avec le droit des obligations

Tandis que la LAPG régleme la indemnisation versée pour compenser la perte de revenu découlant du congé, le CO doit régir les conséquences du congé de prise en charge sur les rapports de travail en droit privé. L'essentiel à cet égard est de définir dans le CO le droit de la personne employée à faire valoir le congé auprès de son employeur. L'employeur vérifie l'existence de l'atteinte grave à la santé, généralement par le biais d'un certificat médical. Des mesures d'accompagnement s'imposent par ailleurs pour empêcher l'employeur de contourner le congé de prise en charge en licenciant son

³⁸ Art. 16e LAPG ; RS 834.1

³⁹ Art. 42^{ter}, al. 3 LAI ; RS 831.20

⁴⁰ RS 832.202

Rapport explicatif concernant Vorentwurf des Bundesgesetzes über die Vereinbarkeit von
Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung

employé ou en réduisant la durée des vacances de ce dernier. Il est donc impératif de garantir une protection contre le licenciement et d'enlever la possibilité de raccourcir les vacances durant le délai-cadre (cf. Commentaire article par article). La coordination avec le droit au salaire selon l'art. 324a CO se fait conformément au droit en vigueur. L'art. 324b, al. 1, CO prévoit que l'employeur est libéré de l'obligation de payer le salaire si les quatre cinquièmes de celui-ci sont couverts par une assurance légale obligatoire. Si, en raison de ce plafond, l'allocation de prise en charge ne couvre pas 80 % du salaire, c'est-à-dire si les 80 % du salaire dépassent le plafond fixé dans la LAPG, ce sont les dispositions sur le maintien du salaire conformément à l'art. 324a et 324b du droit des obligations qui s'appliquent.

1.2.3 Extension des bonifications pour tâches d'assistance

Extension du droit aux cas d'allocation pour une impotence de degré léger

Actuellement, les proches aidants n'ont droit à une bonification pour tâches d'assistance de l'AVS que si la personne exigeant des soins bénéficie d'une allocation pour une impotence moyenne ou grave⁴¹. Afin de pouvoir promouvoir une vie autonome à la maison, le droit à la bonification pour tâches d'assistance doit être accordé en cas d'impotence légère déjà. L'extension du droit aux cas d'impotence faible favorise la reconnaissance des prestations d'assistance fournies par les proches aidants. Les conditions requises pour obtenir le droit de faire valoir une impotence de degré léger montrent qu'il s'agit déjà de situations susceptibles d'impliquer un investissement considérable de la part des proches. Une personne au bénéfice d'une allocation pour impotence faible a ainsi déjà besoin d'aide pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (se vêtir, se dévêtir, se lever, s'asseoir, se coucher ; manger ; faire sa toilette ; aller aux toilettes ou se déplacer). Une allocation pour impotence légère est également attribuée lorsqu'une personne a besoin d'une surveillance permanente, nécessite des soins astreignants en raison de son infirmité ou requiert l'aide d'autrui en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle l'empêchant d'entretenir des contacts sociaux sans l'assistance d'un tiers⁴².

Extension du droit aux couples formant une communauté de vie

Il arrive aussi qu'une prise en charge soit nécessaire dans des couples non mariés. Les tâches d'assistance fournies par le partenaire de vie doivent être reconnues de la même manière que celles assurées par un conjoint, raison pour laquelle les couples formant une communauté de vie doivent être assimilés aux couples mariés. Le droit aux bonifications pour tâches d'assistance doit ainsi désormais être octroyé aux partenaires de vie qui s'occupent d'un proche exigeant des soins au bénéfice d'une allocation pour impotent. Une communauté de vie ne donne droit aux bonifications pour tâches d'assistance que lorsque le couple fait ménage commun depuis au moins cinq ans.

1.3 Harmonisation des tâches et des finances

L'avant-projet de loi ne contient aucune nouvelle tâche que la Confédération serait tenue de réaliser suite à l'adoption du texte concerné. Le nouvel acte législatif n'a donc aucune répercussion sur les finances fédérales.

1.4 Comparaison juridique, en particulier avec le droit européen

Selon une étude menée en 2016 sur mandat de l'OFSP concernant les absences pour tâches d'assistance de courte durée et de longue durée, les pays analysés, à savoir l'Autriche, l'Allemagne, la

⁴¹ Art. 29^{septies} LAVS ; RS 831.10

⁴² Art. 66^{bis}, al. 1, RAVS, et art. 37, al. 1 et 2, let. a et b, ainsi qu'al. 3, let. a à d, RAI ; RS 831.101 et 831.201

Rapport explicatif concernant Vorentwurf des Bundesgesetzes über die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung

France, l'Italie, les Pays-Bas et le Canada, ont récemment introduit des réglementations relatives aux absences professionnelles de courte ou de longue durée motivées par la nécessité d'accompagner ou de soigner un membre de la parenté ou un proche malade ou victime d'un accident⁴³.

Absences professionnelles de courte durée

Dans les pays étudiés, les législations ont limité les congés à une durée oscillant entre 5 et 36 jours par an et par personne employée. Le nombre annuel maximal ne peut être pris que dans le cadre de congés successifs, d'une durée maximale de trois jours chacun. Alors que ces absences ne sont pas rémunérées en France et au Canada, le salaire entier ou partiel continue d'être versé, généralement par l'employeur, dans les quatre autres pays.

Absences professionnelles de longue durée

Pour les absences professionnelles de longue durée, les pays étudiés proposent une multitude d'approches différentes. La durée des congés pour tâches d'assistance ou les coûts attendus de ces absences peuvent être considérés dans les quatre perspectives suivantes :

- définition du besoin de soins de la personne prise en charge à partir duquel un congé est accordé ;
- cercle des ayants droit pouvant prétendre à un congé ;
- montant des prestations financières ; et
- durée des congés.

La durée des congés proposés par les pays étudiés varie entre 6 semaines (Pays-Bas) et 24 mois (Italie ou Allemagne en tant que variante à temps partiel). À noter que seuls 3 des 13 modèles de congé de longue durée examinés ne prévoient aucun soutien financier de l'État.

L'approche retenue dans les règlements spécifiques aux différents pays s'explique en partie par des raisons historiques : en Autriche, le débat sur l'euthanasie mené au niveau international dans les années 2000 a conduit au rejet de ce concept sur le plan national et, en corollaire, à l'introduction d'un congé de prise en charge de longue durée. Ce congé était initialement prévu principalement pour accompagner les membres de la parenté en phase terminale et les enfants gravement malades. Par la suite, il a été étendu à d'autres situations où des soins sont nécessaires.

Outre les quatre points mentionnés ci-avant, le droit légal, la couverture sociale et l'égalité des sexes sont autant de critères importants aux yeux des proches aidants. Un droit légal à un congé (de courte ou de longue durée) est inclus dans toutes les réglementations, à l'exception de celle de l'Autriche, qui ne comprend pas de congé pour tâches de soins. En Allemagne, ce droit légal n'est toutefois accordé que lorsque l'entreprise atteint une certaine taille. La couverture sociale est assurée dans tous les pays. Les droits à la retraite demeurent généralement les mêmes.

En 2017, l'Institut suisse de droit comparé (ISDC) à Lausanne a actualisé l'étude précitée réalisée en 2016 à la lumière des développements ultérieurs dans les pays concernés⁴⁴ : dans la province canadienne de Colombie britannique, le maintien du salaire a été amélioré et le délai d'attente pour obtenir un congé de longue durée a été raccourci. Au Canada, une législation a en outre été adoptée à l'échelle nationale afin d'apporter un net élargissement des droits accordés en cas d'absences professionnelles dues à des tâches d'assistance. En Allemagne, les conditions se sont également améliorées ; les motifs justifiant un congé ont évolué pour passer d'une nécessité des soins exprimée en temps à une définition reposant sur le besoin d'assistance requis par la personne exigeant la prise en charge. En Italie, le Tribunal constitutionnel a étendu le cercle des bénéficiaires aux relations de fait

⁴³ Schmidt Andrea E., Fuchs Michael, Rodrigues Ricardo. Vergleichende Studie zu Betreuungsurlauben für Angehörige im internationalen Vergleich: Gesetzgebung und politische Massnahmen. Vienne, 2016

⁴⁴ Nadakavukaren Krista, Fournier Johanna, Curran John, et. al. Care Leave in Austria, Germany, Italy and the Netherlands – an update of the report of 2016. Lausanne, 2017

Rapport explicatif concernant Vorentwurf des Bundesgesetzes über die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung

stables (concubins). Les législations autrichienne et néerlandaise n'ont subi aucun changement depuis 2016.

Les législations analysées se réfèrent principalement au cercle des ayants droit et au degré de gravité d'une maladie ou d'un accident donnant droit à un congé de prise en charge de longue durée. Dans la plupart des cas, le droit au congé n'est lié à des obligations d'assistance définies légalement ni pour le congé de courte durée, ni pour celui de longue durée. En d'autres termes, des partenaires menant de fait une vie de couple, des frères et sœurs et des membres de la famille élargie ou des membres du ménage sont réputés ayants droit s'ils peuvent prouver qu'ils sont impliqués dans les tâches de soins.

En cas de réglementation du droit à une absence professionnelle de longue durée, le principal élément déterminant pris en compte est le degré de gravité de la maladie de la personne concernée. À l'âge adulte, le critère le plus fréquemment retenu pour accorder un congé de prise en charge de longue durée est la probabilité de la mort imminente. À cet égard, les ordres juridiques étudiés reposaient toujours sur l'expertise de professionnels de la santé. En Autriche et dans la province canadienne de la Colombie britannique, la réglementation relative au droit au congé de prise en charge de longue durée auprès d'enfants malades s'étend au-delà des maladies mortelles. En France, il suffit de présenter un certificat médical, sans autre forme d'explication complémentaire.

1.5 Mise en œuvre

1.5.1 Absences professionnelles de courte durée

La modification proposée s'applique uniquement aux rapports de travail en vigueur dans l'économie privée. La mise en œuvre des congés de courte durée relève ainsi avant tout de la responsabilité des employeurs et des personnes concernées. En cas de litige, l'exécution du C est du ressort des tribunaux civils.

1.5.2 Allocation pour la prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident

Précisions par voie d'ordonnance

S'agissant de la précision des dispositions légales par voie d'ordonnance, nous renvoyons au chiffre 1.2.2 ainsi qu'aux explications relatives à l'art. 16i, al. 5, LAPG.

Procédure de demande et caisse de compensation compétente

La demande d'allocation de prise en charge se fait dans le cadre d'une procédure de demande, au moyen d'un formulaire, comme pour l'allocation de maternité. Dans le cadre de cette démarche, l'employeur ou la personne ayant droit annonce à la caisse de compensation AVS les jours de congé pris et le salaire correspondant. La requête doit être accompagnée du certificat médical attestant de la gravité de l'atteinte à la santé. En sollicitant l'indemnité correspondant au congé, l'employeur confirme la crédibilité du certificat médical. Lorsque les deux parents exercent une activité professionnelle, l'établissement et le calcul de l'indemnité sont confiés à une seule et même caisse de compensation AVS, afin de faciliter la mise en œuvre. Le cas échéant, la caisse de compensation AVS compétente est celle auprès de laquelle la première demande a été déposée.

Contrairement à la démarche applicable à l'allocation de maternité, où le droit à la prestation peut être prouvé au moyen du certificat de naissance de l'enfant, la détermination des conditions d'octroi du droit dans le cas d'une atteinte grave à la santé est complexe. Cette indemnité étant toutefois prévue pour des situations aiguës, la décision concernant l'existence ou non de ce droit devrait être rendue

Rapport explicatif concernant Vorentwurf des Bundesgesetzes über die Vereinbarkeit von
Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung

rapidement. Il en va de l'éventuelle cessation de l'activité professionnelle de l'un ou l'autre des parents qui, en cas de refus du droit à une allocation, peut entraîner des pertes financières considérables.

Les caisses de compensation AVS ne sont pas équipées pour vérifier si les conditions médicales requises sont remplies, mais pour examiner les conditions relatives à l'assurance ou à l'exercice de l'activité professionnelle antérieurs à la survenance du cas et pour verser les prestations correspondantes. L'idée de confier l'examen des aspects médicaux aux services de l'AI n'a pas été poursuivie, car les procédures de ces organes ne sont pas adaptées à des situations aiguës. Le projet d'introduction d'un service dédié a été abandonné pour les mêmes raisons. Afin de ne pas prolonger la procédure, la preuve de l'atteinte grave à la santé doit être apportée par le médecin traitant sans qu'il soit nécessaire de solliciter un deuxième avis. Au vu du délai-cadre de 18 mois, l'employeur doit toutefois avoir la possibilité, passé un certain temps, d'exiger un autre certificat confirmant la persistance du problème de santé.

Le certificat médical doit renseigner sur la gravité de l'atteinte, conformément aux exigences fixées par l'ordonnance, sur le besoin de prise en charge et, partant, sur la nécessité d'interrompre l'activité professionnelle pour s'occuper de l'enfant, ainsi que sur la date de la survenance de la maladie ou de l'accident.

1.6 Classement d'interventions parlementaires

Le postulat Seydoux-Christe 09.4199 « Congé rémunéré d'une durée suffisante pour les parents d'enfants gravement atteints dans leur santé » du 10 décembre 2009 chargeait le Conseil fédéral d'établir un rapport sur la possibilité d'introduire dans notre système d'assurances sociales un congé rémunéré d'une durée suffisante pour l'un ou l'autre parent accompagnant un enfant gravement atteint dans sa santé. Il pourrait s'agir d'une indemnité journalière dont les modalités, notamment le montant et la durée, seraient à déterminer, et qui pourrait bénéficier à l'un ou l'autre parent de familles en situation financière fragile ou précaire. Ce postulat a été accepté par le Conseil des États le 2 mars 2010, par 27 voix contre 10. Avec l'introduction du congé pour la prise en charge d'un enfant gravement malade ou victime d'un accident grave, les conditions requises pour classer ce postulat sont remplies.

2 Commentaire article par article

2.1 Absences professionnelles de courte durée

Art. 329g CO

Le nouvel art. 329g CO relatif au « congé pour la prise en charge de proches » s'appuie sur la terminologie de l'actuel art. 36 LTr, hormis l'exigence concernant le certificat médical, qui ne figure pas dans l'art. 329g CO. Au vu des règles générales applicables en droit civil en matière de preuve (art. 8 CC), la personne employée doit toutefois prouver que les faits qui donnent naissance à son droit, ce qui se fera en général au moyen d'un certificat médical.

La définition actuelle de « membres de la parenté exigeant des soins » et « proches » dans l'art. 36, al. 1, LTr est déterminante pour le nouvel art. 329g CO. Il n'est pas établi de liste définitive des personnes concernées. Il s'agit d'une définition large, qui s'appuie sur la situation personnelle des employés et leurs responsabilités, qui ne doit pas être à caractère juridique. Il est ainsi possible de tenir compte des différentes situations familiales actuelles (concubins, enfants qui s'occupent de l'épouse du père ou de l'époux la mère et inversement, etc.). Cette solution est adaptée pour des absences de

courte durée.

L'art. 36, al. 3, LTr doit aussi être pris en compte. Cette disposition qui concerne la prise en charge d'enfants malades, n'indique pas qu'il doit s'agir de mineurs. En évoquant « l'éducation des enfants jusqu'à l'âge de quinze ans », l'art. 36, al. 1, LTr est plus précis. Au regard de l'art. 36, al. 3, LTr, cette limite d'âge n'est pas appropriée, puisqu'elle contredit l'obligation d'entretien définie en droit civil qui perdure jusqu'au 18^e anniversaire de l'enfant et peut encore être prolongée dans certaines circonstances. Il arrive en outre que des parents doivent aider un enfant majeur, par exemple, si celui-ci tombe gravement malade ou se trouve dans un état critique exigeant des soins d'urgence. De même, la prise en charge de membres de la parenté ou de proches malades ou victimes d'un accident concerne avant tout des personnes adultes. Le terme juridique n'est cependant pas limité aux adultes et peut, suivant la situation, s'appliquer par exemple à un petit-fils mineur ou à une nièce mineure. La différence entre enfants mineurs et adultes intervient lorsqu'il s'agit de juger de la nécessité de l'assistance. Une prise en charge est en effet davantage considérée comme indispensable dans le cas d'un enfant. Bien souvent, une personne adulte peut prendre soin d'elle, alors que les mineurs – en particulier les jeunes enfants – ne sont pas en mesure de le faire.

La relation entre la nouvelle disposition et l'art. 324a CO doit encore être clarifiée ; le congé de trois jours exclut l'application de l'art. 324a CO. En effet, étant donné qu'il n'existe pas d'obligation de travailler durant le congé, il ne peut y avoir d'empêchement susceptible de libérer la personne employée de son obligation. Le congé est par conséquent indépendant du contingent annuel visé à l'art. 324a CO.

L'art. 324a CO peut en revanche s'appliquer à l'échéance du congé de trois jours pour autant que les conditions requises dans cette disposition (ch. 1.1.5.1) soient remplies et en particulier que l'avoir annuel correspondant n'ait pas été épuisé. Un congé pourrait théoriquement aussi être accordé à l'issue des trois jours en vertu de l'art. 329, al. 3, CO. Toutefois, le temps libre octroyé conformément à cette disposition ne dure en principe pas plus de trois jours.

Par conséquent, la relation entre l'art. 329g CO et le nouvel art. 329h CO relatif au « Congé pour la prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident » doit elle aussi être clarifiée. Au vu des fonctions différentes des congés et du temps nécessaire pour établir la nécessité du congé de longue durée, le congé de trois jours prévu à l'art. 329g CO peut être accordé indépendamment du congé au sens de l'art. 329h CO. Dans l'hypothèse, par exemple, où la maladie d'un enfant serait explicitement prouvée mais où sa gravité requerrait des clarifications supplémentaires ou serait contestée, les parents pourraient prendre le congé visé à l'art. 329g CO pour s'occuper de leur enfant malade.

2.2 Allocation pour la prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident (allocation de prise en charge)

Art. 16g LAPG

Lorsqu'un enfant naît avec une grave maladie, ses parents ne peuvent prétendre à l'allocation de prise en charge. Le cas échéant, la mère a droit à l'allocation de maternité, qui est donc prioritaire. Lorsque les conditions sont remplies, les parents peuvent cependant revendiquer un droit à l'allocation de prise en charge à la suite de l'allocation de maternité.

L'ajout « si elle concerne le même enfant » règle les cas des enfants qui viennent au monde dans une famille comprenant déjà un enfant gravement atteint dans sa santé (frère ou sœur). Le cas échéant, il peut y avoir simultanément un droit à l'allocation de maternité et un droit à l'allocation de prise en charge. À noter que seul le père peut bénéficier de ce dernier droit durant le congé de maternité.

Rapport explicatif concernant Vorentwurf des Bundesgesetzes über die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung

Art. 16i LAPG

Al. 1 : Une personne qui a un enfant doit avoir avec lui un rapport de filiation au sens de l'art. 252 CC. L'état civil des parents est sans importance. Un droit ne peut être accordé que pour un enfant de moins de 18 ans (*let. a*). L'activité lucrative doit être interrompue par au moins un des parents (*let. b*). La perte du salaire qui en découle est déterminante pour l'octroi de la prestation. Les deux parents ne peuvent prétendre qu'à une seule allocation.

Al. 2 : Le droit est accordé par cas de maladie ou d'accident. Si un enfant est atteint d'une autre maladie grave, les parents peuvent prétendre à une nouvelle allocation. Les maladies en lien avec la maladie principale, qui découlent par exemple de l'affaiblissement du système immunitaire, ne sont pas considérées comme des nouvelles maladies et ne constituent donc pas des nouveaux cas. Une rechute qui survient après une longue période sans symptôme est en revanche reconnue comme étant un nouveau cas. Aux termes de la présente disposition, un autre droit peut toutefois aussi prendre naissance dans la même famille lorsqu'un deuxième enfant tombe gravement malade ou est victime d'un accident grave.

Al. 3 : En cas de droit simultané au supplément pour soins intenses (SSI) au sens de l'art. 42^{ter}, al. 3, de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité⁴⁵, celui-ci prime. Sur le principe, il est toutefois possible que durant la période au cours de laquelle aucun droit au SSI ne peut encore prendre naissance, en particulier pendant l'année d'attente, il existe un droit à l'allocation de prise en charge (art. 42^{bis} LAI). Lorsqu'un enfant doit séjourner dans un home et que le versement du SSI est interrompu (art. 42^{ter}, al. 3, LAI), il est possible, pour autant que les conditions d'octroi des prestations soient remplies, que l'allocation de prise en charge soit octroyée.

Al. 4, let. a : Le droit doit également être accordé à des personnes qui s'occupent en réalité de l'enfant comme des parents, bien qu'il n'existe aucun lien de filiation juridique entre eux. Ces situations sont déjà réglées dans le cadre de l'AVS en lien avec les rentes d'orphelins pour les enfants recueillis⁴⁶. Les dispositions de l'ordonnance doivent s'y conformer.

Lettre b : Comme pour l'allocation de maternité, les personnes qui se trouvent dans l'incapacité de travailler doivent pouvoir prétendre à la prestation. Cela concerne en particulier les personnes au bénéfice d'une rente AI, d'une indemnité journalière de l'AI ou d'une indemnité journalière de l'assurance-chômage.

Lettre c : La notion d'atteinte grave à la santé doit être définie dans l'ordonnance. La définition doit établir une distinction entre l'atteinte grave à la santé et celle présentant un degré de gravité moyen (fractures osseuses, diabète, pneumonie nécessitant un séjour hospitalier). Par ailleurs, l'allocation de prise en charge doit en principe permettre d'alléger les phases actives ou aiguës de maladie. Il convient toutefois également de veiller à ce qu'une maladie chronique caractérisée par des fluctuations puisse donner droit à des prestations lors de ses phases actives ou aiguës.

Une atteinte grave à la santé se distingue souvent par la nature incertaine et difficilement prévisible de son évolution. Cela peut signifier que l'évolution du processus de guérison s'accompagne de hauts et de bas, qu'il faut s'attendre à des rechutes et que l'issue du processus de guérison est ouverte. Il est également probable que l'évolution s'étende sur une longue période sans qu'il soit possible de fixer une durée minimale.

Lorsqu'un enfant est gravement atteint dans sa santé, il a besoin d'un accompagnement soutenu de l'un de ses parents. L'intensité de la prise en charge dépend essentiellement de la gravité et du type du problème de santé, de l'âge de l'enfant et de la situation familiale (réseau social, autres charges liées à des maladies, chômage, situation professionnelle, etc.). En établissant le certificat médical, le médecin

⁴⁵ RS 831.20

⁴⁶ Art. 25, al. 3 LAVS, RS 831.10 ; art. 49 OAVS, RS 831.101

Rapport explicatif concernant Vorentwurf des Bundesgesetzes über die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung

traitant confirme aussi la nécessité de l'accompagnement soutenu des parents. Bien que la prise en charge doive être suffisamment intensive pour contraindre le proche aidant à interrompre son activité lucrative, on ne saurait exiger un nombre minimal d'actes ou d'heures d'encadrement et de soins par jour, même si l'accompagnement soutenu d'un enfant implique souvent des actes d'encadrement et de soins – comme le contrôle des fonctions corporelles, certaines mesures médicales simples, une aide pour accomplir des actes quotidiens, l'accompagnement aux thérapies et aux consultations médicales, etc. À noter que l'accompagnement soutenu doit aussi inclure des phases durant lesquelles il se limite à une simple présence (p. ex. durant un long séjour hospitalier) et où les soins et la prise en charge sont assurés exclusivement par des professionnels. C'est pourquoi il a été décidé de renoncer à définir les soins et la prise en charge tels qu'ils figurent, par exemple, dans l'assurance-invalidité⁴⁷ ou l'assurance-maladie⁴⁸.

Art. 16j LAPG

Al. 1 : Pour que les parents puissent prendre congé lorsque l'enfant a besoin d'eux, les semaines de congé indemnisées doivent pouvoir être prises dans un délai-cadre de 18 mois. Le délai-cadre sert à délimiter le congé et empêche que celui-ci ne s'étende sur plusieurs années. Par ailleurs, l'employeur peut ainsi mieux planifier les absences. De plus, le délai-cadre comporte une protection contre la résiliation du contrat, conformément à l'art. 336c, al. 1, let. c^{bis}, CO. Le délai-cadre permet aussi d'assurer que la protection contre les résiliations de contrats ne puisse pas être prolongée indéfiniment.

Al. 2 : Le délai-cadre commence à courir le jour où les conditions définies à l'art. 16i sont réunies et où la première indemnité est reçue. Le début du délai-cadre correspond donc au premier versement de l'allocation. Il ne saurait dépendre de la survenance de l'atteinte à la santé, car la gravité du problème n'est pas toujours déterminée à ce moment-là et n'est parfois identifiée qu'ultérieurement. Le délai-cadre serait en outre raccourci, ce qui serait incorrect au regard de la situation. Par ailleurs, si le début du délai-cadre tombe le jour du premier versement, les jours pris sous une autre forme de congé (p. ex. vacances, compensation des heures supplémentaires ou congé de prise en charge au sens de l'art. 329g CO [nouveau]) ne sont pas inclus dans le délai-cadre. Dans le cas contraire, il en serait raccourci. Les vacances prises pendant le délai-cadre ne le prolongent pas.

Les *al. 3 à 4* réglementent l'extinction du droit. Le droit s'éteint prématurément, en particulier, si l'enfant n'est plus gravement atteint dans sa santé avant que toutes les indemnités journalières aient été perçues. Par contre, le droit ne s'éteint pas lorsque l'enfant devient majeur avant l'échéance du délai-cadre.

Art. 16k LAPG

Al. 1 : Cet alinéa définit la forme de l'allocation. Comme pour les allocations pour perte de gain en cas de service et de maternité, l'allocation est établie sous la forme d'indemnités journalières.

Al. 2 et 3 : Comme dans le cas de l'allocation de maternité, l'ayant droit peut prétendre à 98 indemnités journalières. Contrairement à la démarche applicable à l'allocation de maternité, les indemnités journalières peuvent être demandées en une seule fois ou avec des interruptions en fonction des besoins, dans les limites du délai-cadre. Le plus petit versement possible correspond à une indemnité d'une semaine. Il n'est donc pas possible d'allouer des jours séparés. Le paiement à la semaine est déterminé par la fixation de l'indemnité journalière, qui correspond à celle de l'allocation de maternité. Cela permet d'assurer que, jusqu'à un plafond de 196 francs, 80 % du salaire soit couvert (cf. aussi explications concernant l'art. 16l).

Al. 4 : Cette disposition régit le droit à l'allocation des parents entre eux lorsqu'ils remplissent tous deux les conditions d'octroi de la prestation. Tandis que les parents jouissent en principe chacun de la moitié du congé, tout en ayant la possibilité de se répartir le congé différemment (cf. art. 329h,

⁴⁷ Voir la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI) ; réf. 8074

⁴⁸ Art. 7 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) ; les soins de base ; RS 832.112.31

Rapport explicatif concernant Vorentwurf des Bundesgesetzes über die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung

al. 3 CO), il est précisé que l'allocation est attribuée au parent qui prend le congé.

Art. 16l LAPG

S'agissant du montant et du calcul des indemnités journalières, les dispositions relatives à l'allocation de maternité s'appliquent par analogie. En d'autres termes, l'indemnité journalière est égale à 80 % du revenu moyen de l'activité lucrative obtenu avant le début du congé. Elle est limitée à 196 francs par jour. La coordination avec le droit au salaire au sens de l'art. 324a CO est établie conformément au droit en vigueur. L'art. 324b, al. 1, CO prévoit que l'employeur est libéré de l'obligation de verser le salaire lorsque les prestations d'assurance dues pour le temps limité couvrent les quatre cinquièmes au moins du salaire afférent à cette période.

Art. 16m LAPG

Al. 1 : Cette disposition visant à empêcher une surindemnisation, aucune autre assurance sociale n'est en principe versée durant la période de prestation de l'allocation de prise en charge. Il est toutefois concevable que la naissance d'un enfant tombe dans la même période que la maladie grave d'un autre enfant. Le cas échéant, les parents doivent pouvoir prétendre à l'allocation de prise en charge. Conformément au commentaire relatif à l'art. 16g LAPG, l'allocation de maternité prime cette indemnité.

Al. 2 : Le congé de maternité peut être suivi par le versement de l'allocation pour les parents d'un enfant gravement malade ou victime d'un accident grave. Le montant de l'indemnité est au moins égal à celui des prestations énumérées.

Art. 20, al. 1, LAPG

Les dispositions relatives à la prescription et à la facturation ayant une portée générale, elles figurent dans le chapitre « VI. Dispositions diverses ». La règle applicable à l'allocation de maternité peut être reprise par analogie : le droit aux allocations non versées s'éteint cinq ans après la prise du dernier jour de congé.

Titre marginal, art. 329 CO

Le titre marginal de l'art. 329 CO doit être complété du fait de l'inclusion de nouvelles dispositions relatives au congé de prise en charge dans le code des obligations.

Art. 329b, al. 3, let. c, CO

Comme dans le cas du congé de maternité, la durée des vacances ne peut être réduite en raison d'un congé de prise en charge.

Art. 329h CO

La réglementation du droit au congé pour la prise en charge d'un enfant gravement malade ou victime d'un accident grave est un ajout indispensable à l'allocation de prise en charge. Si le droit à ce congé n'était pas réglé dans le CO, les parents seraient en principe tenus de fournir leur prestation de travail. Le droit au congé au sens du CO n'est cependant accordé que dans la mesure où une allocation est due selon la LAPG.

Conformément à la durée de la prestation visée par la LAPG, le congé est accordé pour 14 semaines, pris en une fois ou à la semaine, dans les limites du délai-cadre de 18 mois (cf. commentaire de l'art. 16k, al. 2, LAPG).

Le congé de prise en charge doit également être octroyé lorsqu'un seul des parents exerce une activité lucrative ou lorsqu'un parent, voire les deux, travaille à temps partiel (point 1.2.2.2). Si les deux parents ont une occupation professionnelle, le congé de prise en charge est en principe réparti également entre

Rapport explicatif concernant Vorentwurf des Bundesgesetzes über die Vereinbarkeit von
Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung

les parents, de sorte que chacun d'eux bénéficie de 7 semaines de congé. Les parents doivent toutefois aussi avoir la possibilité d'établir, d'un commun accord, une répartition différente. Cet accord est suffisant pour modifier la répartition. L'employeur ne doit pas l'approuver. Il en est informé conformément à l'al. 3. Cette précision permet de garantir, d'une part, que les deux parents jouissent dans la même mesure de leur droit et, d'autre part, que la durée du congé n'excède pas 14 semaines. Le congé peut être pris en une fois ou par semaines entières. Il doit également être possible aux parents de prendre congé simultanément.

Pour préserver autant que faire se peut les intérêts de l'employeur, celui-ci doit être informé immédiatement des modalités selon lesquelles le congé est pris, c'est-à-dire de la répartition du congé entre les parents et des jours de congé prévus. Cette obligation s'applique aussi à tout changement apporté aux modalités en raison des circonstances.

Art. 336c, al. 1, CO

Tant que dure le droit au congé, la personne employée bénéficie de la protection en cas de résiliation en temps inopportun. Cette protection s'applique aussi longtemps que le droit au congé existe. Il se peut que les conditions ne soient plus données, que les jours de congés aient été tous utilisés ou que le délai-cadre soit échu.

Art. 362, al. 1

Pour que le nouvel article 329h CO ne puisse pas être modifié au détriment de la personne employée, il est repris dans l'énumération des normes relativement impératives de l'art. 362, al. 1, CO.

Art. 8, al. 3, LAVS

Cet ajout garantit que la protection d'assurance est maintenue au même niveau durant le congé de prise en charge. La référence se rapporte à l'art. 329g CO.

Art. 10, al. 4, de la loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture⁴⁹

Pour que les allocations familiales continuent à être versées durant le congé de prise en charge, cette disposition doit être complétée par la mention de ce congé. La référence se rapporte à l'art. 329g CO.

2.3 Extension des bonifications pour tâches d'assistance

Art. 29^{septies} LAVS

La prise en charge de personnes avec lesquelles il existe une relation de couple de fait doit aussi donner droit à des bonifications pour tâches d'assistance. Il y a vie de couple de fait en cas de ménage commun depuis au moins cinq ans. La durée de cinq ans a été fixée par analogie aux dispositions en vigueur dans la prévoyance professionnelle⁵⁰. Contrairement à la prévoyance professionnelle⁵¹, l'octroi de la prestation présuppose toutefois l'existence d'un ménage commun destiné à servir de référence pour la mise en œuvre.

⁴⁹ RS 836.1

⁵⁰ Art. 20a, al. 1, let. a, de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP) ; RS 831.40

⁵¹ ATF 134 V 369

3 Conséquences

3.1 Conséquences pour la Confédération en matière de finances et de personnel

3.1.1 Absences professionnelles de courte durée

La LTr ne porte que de manière restreinte sur les collaborateurs de l'administration fédérale (art. 36a LTr). De même, les dispositions du code des obligations ne s'appliquent que de manière subsidiaire au personnel fédéral (art. 6, al. 2, LPers) ou à certaines catégories de personnel définies par le Conseil fédéral (art. 6, al. 5, LPers). Étant donné que l'art. 40, al. 3, let. c, O-OPers prévoit déjà un congé pour la prise en charge de proches, le nouveau congé de courte durée qui doit être introduit ne s'appliquera qu'aux catégories de personnel soumises au CO. Les conséquences en matière de personnel pour la Confédération sont donc négligeables.

3.1.2 Allocation pour la prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident

Pour la Confédération, l'introduction d'un congé pour la prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident n'a aucune conséquence en matière de finances ni de personnel.

3.1.3 Extension des bonifications pour tâches d'assistance

Aujourd'hui (2016), sur les plus de deux millions de bénéficiaires de rentes AVS, un peu plus de 5400 personnes ont sollicité des bonifications pour tâches d'assistance. Les augmentations de rente qui en découlent bénéficient à 3500 personnes et s'élèvent en moyenne à 40 francs par mois.

En 2016, l'AVS a versé des prestations à hauteur de quelque 42,5 milliards de francs. En comparaison, le montant des bonifications pour tâches d'assistance, à savoir 2,5 millions de francs, n'a que peu de poids. Si les bonifications pour tâches d'assistance étaient déjà accordées pour des cas d'impotence de faible degré, 2000 personnes recevraient une rente plus élevée. Il en résulterait pour l'AVS un surcoût de 1 million de francs par an. En 2016, les dépenses totales étaient de quelque 42,5 milliards de francs.

Les coûts supplémentaires générés par l'extension du droit aux bonifications pour tâches d'assistance aux couples vivant en concubinage sont impossibles à chiffrer sur la base des données actuelles.

Les charges administratives sont insignifiantes, car le système informatique est déjà utilisé dans ce but et devrait simplement être modifié aux fins d'inclure l'allocation pour impotence légère.

3.2 Conséquences pour les cantons et les communes ainsi que pour les centres urbains, les agglomérations et les régions de montagne

Pour les cantons et les communes, les modifications de lois proposées n'entraînent aucune tâche d'exécution et n'ont donc pas de répercussions sur les finances ou le personnel. Il ne peut toutefois être exclu que, suivant le droit du travail applicable, des personnes employées par des administrations ou autres institutions cantonales ou communales puissent profiter des nouvelles réglementations. En outre, l'introduction d'un congé de prise en charge au sens de la LAPG se traduira probablement par des économies du fait de la suppression des prestations sociales ou des prestations de soutien. Au vu du peu de cas concernés, l'incidence devrait cependant être minime.

3.3 Conséquences pour les entreprises et l'économie

3.3.1 Étude relative à l'analyse d'impact de la réglementation

Le 5 juillet 2017, l'OFSP a chargé la société B,S,S. *Volkswirtschaftliche Beratung*, à Bâle, de mener une analyse d'impact de la réglementation (AIR) portant sur les modifications de loi proposées, selon la décision de principe du Conseil fédéral du 1^{er} février 2017⁵². B,S,S a alors réalisé une enquête à l'échelle nationale auprès de diverses sociétés dans le but, d'une part, de comparer la situation actuelle aux effets attendus des nouvelles dispositions prévues et, d'autre part, d'analyser les coûts et les bénéfices des nouvelles dispositions envisagées dans la perspective des entreprises, de l'économie et de la société. Pour cette enquête auprès des sociétés, l'OFSP a remis à B,S,S. un échantillon de 6000 petites, moyennes et grandes entreprises représentatif de toutes les régions du pays. Les sociétés retenues employaient toutes au moins deux personnes. Au total, 2246 entreprises ont participé à l'enquête en ligne, ce qui correspond à un taux de réponse de 38 %. Si l'on extrapole ces chiffres, l'étude représente 302 000 entreprises employant 4,61 millions de personnes.

Dans le cadre de cette évaluation, B,S,S. a pondéré les résultats obtenus pour chaque question de l'AIR en fonction du nombre d'entreprises ou du nombre de personnes employées. Elle a ensuite vérifié la plausibilité des résultats auprès de représentants des entreprises et des personnes employées ainsi qu'auprès de plusieurs spécialistes de la prise en charge de proches le soin. Ce groupe d'experts ayant jugé les résultats de l'analyse plausibles, la base de données peut être considérée comme très bonne et les résultats comme solides. S'agissant des résultats présentés ci-après, il convient de relever que l'enquête auprès des entreprises s'adressait à la direction de la société ou aux responsables du personnel. Le point de vue des collaborateurs fait par conséquent défaut.

Position de principe des entreprises

Pour les entreprises, les absences professionnelles entraînent des coûts élevés. L'AIR montre qu'au cours des dernières années, diverses sociétés en Suisse ont développé leurs propres mesures en matière de politique familiale, dont certaines tiennent compte de la prise en charge de proches. Les principales raisons de leur engagement étaient de préserver la santé, la motivation et la capacité de production du personnel et de se positionner comme un employeur attractif. Les résultats de l'enquête auprès des entreprises menée par B,S,S., ainsi qu'une étude du Fonds national suisse⁵³, révèlent que pour mieux concilier activité professionnelle et prise en charge de proches, les sociétés proposent des

52 Frey Miriam, Suri Mirjam, Meier Harald. Regulierungsfolgenabschätzung zu den kurzen und länger dauernden Arbeitsabwesenheiten für Betreuungsaufgaben kranker Familienmitglieder. Bâle, 2018

53 Berthod Maro-Antoine, Papadaniél Yannis, Brzak Nicole. Les proches aidants : entre monde du travail et accompagnement de fin de vie. Lausanne, 2017

Rapport explicatif concernant Vorentwurf des Bundesgesetzes über die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung

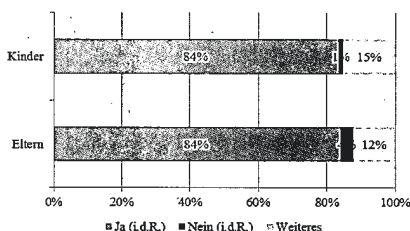
solutions spécifiques aux situations rencontrées. La culture prônée par l'entreprise exerce une influence considérable à cet égard. Les solutions convenues de cas en cas peuvent cependant s'avérer coûteuses. Elles risquent en outre de susciter des tensions tant entre l'employeur et les personnes employées qu'au sein de l'équipe⁵⁴.

3.3.2 Absences professionnelles de courte durée

Pratique actuelle

Toutes les entreprises peuvent potentiellement être concernées par des absences pour tâches d'assistance de la part de leur personnel. Pourtant, seule la moitié de toutes les sociétés interrogées a indiqué que des employés avaient fait valoir leur droit à une absence professionnelle de courte durée pour prendre en charge un proche malade ou victime d'un accident durant l'année 2016. Comme l'illustre le graphique 1, 84 % des personnes employées peuvent prendre congé ou bénéficier de modèles de temps de travail flexibles pour faire face à la maladie d'un enfant ou d'un parent en vertu du règlement de l'entreprise. Pour 15 autres % des personnes employées ayant un enfant malade et 12 % des personnes employées ayant un parent malade, la décision relève de la compétence de la hiérarchie.

Graphique 1 : Congé pour la prise en charge d'un enfant ou d'un parent



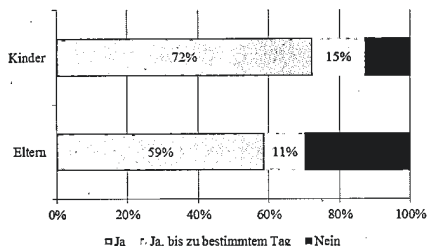
Source : Enquête de B,S,S. auprès des entreprises, pondération selon le nombre de collaborateurs. N = 2246, bien que la question soit restée sans réponse pour 2 % (enfants) respectivement 8 % (parents) des collaborateurs. Autre : en particulier décision par la hiérarchie. Exemple de lecture du tableau : 84 % des personnes employées peuvent en principe prendre congé pour s'occuper de leur enfant à court terme.

Dans les entreprises dans lesquelles le personnel peut prendre congé, la majorité bénéficie du maintien de son salaire. Il existe toutefois des différences :

- Enfants : 87 % des personnes employées perçoivent leur salaire pour les jours d'absence dus à la maladie d'un enfant mineur. Selon l'AIR, le fait que 13 % ne jouissent pas du versement de leur salaire en dépit de l'obligation définie dans le CO pourrait signifier que certaines entreprises ignorent l'actuelle réglementation juridique, qui est complexe.
- Parents : en cas de congé accordé pour la prise en charge d'un parent malade, 70 % des personnes employées bénéficient du maintien de leur salaire, bien que les entreprises ne soient pas légalement tenues de le verser. Le cas échéant, le personnel qui ne perçoit pas de salaire compense généralement les congés par le biais d'un horaire de travail flexible ou d'heures supplémentaires.

⁵⁴ Frey Miriam, Suri Mirjam, Meier Harald. Regulierungsfolgenabschätzung zu den kurzen und länger dauernden Arbeitsabwesenheiten für Betreuungsaufgaben kranker Familienmitglieder. Bâle, 2018 p. 30

Graphique 2 : Maintien du salaire en cas de prise en charge d'un enfant ou d'un parent



Source : Enquête de B.S.S. auprès des entreprises, pondération selon le nombre de collaborateurs. N = 2144 (à l'exclusion des entreprises n'accordant pas de congé), bien que la question soit restée sans réponse pour 13 % (enfants) respectivement 17 % (parents) des collaborateurs. Exemple de lecture du tableau : pour 30 % du personnel, le salaire n'est pas versé en cas d'absence pour une prise en charge de courte durée (parents).

Des analyses approfondies montrent qu'en termes de versement du salaire les grandes sociétés sont plus généreuses que les petites et moyennes entreprises. À noter que suivant la taille et le type de l'entreprise, il est plus facile de compenser une absence et, partant, de continuer à verser le salaire (p. ex. une boulangerie doit immédiatement trouver une solution de remplacement, alors que le travail peut attendre une journée dans une autre entreprise).

Coûts actuels pour les entreprises

Selon l'AIR, les absences professionnelles de courte durée dues à la prise en charge d'un proche qui sont rémunérées sont actuellement justifiées dans 70 % des cas par l'accompagnement d'un enfant malade et dans 30 % des cas par celui d'un autre membre de la parenté ou proche malade ou nécessitant des soins (tant les parents que d'autres personnes). La durée moyenne de l'absence est de 1,4 heure par personne employée et par an⁵⁵. Cela représente – pour un tarif moyen de 60 francs par heure de travail – des coûts salariaux moyens estimés à 80 francs par an et par personne. Le total des absences professionnelles de courte durée assorties d'un droit légal au maintien du salaire (p. ex. maladie de la personne employée elle-même) s'élève en moyenne à 22 heures par personne employée et par an.

Extrapolé à l'échelle de la Suisse, l'ensemble des absences professionnelles de courte durée dues à la prise en charge de proches engendre ainsi pour les entreprises des coûts annuels directs de 360 millions de francs. Si l'on considère exclusivement les absences prises pour s'occuper de proches envers lesquels il n'existe pas d'obligation d'entretien (p. ex. les parents), les coûts directs des entreprises totalisent 100 millions de francs par an.

Parallèlement aux coûts directs, les absences des collaborateurs concernés génèrent aussi pour les entreprises des coûts indirects (notamment frais d'organisation, heures supplémentaires d'autres collègues), auxquels s'ajoutent ce qu'il est convenu d'appeler des coûts d'opportunité (p. ex. mandats manqués, perte de productivité). Ces coûts additionnels sont entre deux à quatre fois supérieurs aux coûts directs. Les absences professionnelles de courte durée entraînent ainsi pour toutes les sociétés des coûts totaux estimés entre 1,08 et 1,8 milliard de francs par an. Les coûts annuels directs et indirects résultant d'absences pour la prise en charge de proches envers lesquels il n'existe pas d'obligation d'entretien (p. ex. les parents), représentent ainsi au total entre 300 et 500 millions de francs. Au vu de l'absence d'obligation légale les contraignant à donner congé et à verser le salaire, ces coûts sont actuellement supportés volontairement par les entreprises.

⁵⁵ Frey Mirjam, Sui Mirjam, Meier Harald. Regulierungsfolgenabschätzung zu den kurzen und länger dauernden Arbeitsabwesenheiten für Betreuungsaufgaben kranker Familienmitglieder. Bâle, 2018

Coûts estimés d'une nouvelle réglementation comprenant le maintien du salaire

Une nouvelle réglementation des absences professionnelles de courte durée assortie du maintien du salaire bénéficierait au tiers du personnel qui ne reçoit pas de salaire en cas de congé dû à la prise en charge d'un membre de la parenté envers lequel il n'existe pas d'obligation d'entretien (p. ex. un parent). Il en résulterait pour les entreprises un surcoût direct de quelque 30 millions de francs par an. Les surcoûts totaux représenteraient ainsi entre 90 et 150 millions de francs par an – en plus des de 300 à 500 millions de francs découlant des absences professionnelles dues à la prise en charge d'un membre de la famille envers lequel il n'existe pas d'obligation d'entretien que les entreprises supportent aujourd'hui volontairement. Selon B.S.S., il s'agit là d'une estimation optimiste. Les résultats ne permettent pas d'évaluer si l'information sur la nouvelle réglementation conduira à un changement de comportement des personnes employées susceptible d'entraîner une hausse additionnelle des coûts pour les entreprises.

Dans l'hypothèse où la nouvelle réglementation des absences professionnelles de courte durée n'imposerait pas le maintien du salaire, l'AIR ne prévoit aucun changement majeur des coûts pour les entreprises. Il existe toutefois un risque que certaines sociétés renoncent à l'avenir à assurer volontairement le versement du salaire.

Point de vue des entreprises

Environ la moitié des entreprises interrogées considère qu'il est dans son principe pertinent et nécessaire de réglementer clairement l'extension des absences professionnelles de courte durée dues à la prise en charge d'autres proches ; l'autre moitié est opposée à la nouvelle réglementation.

3.3.3 Absences professionnelles de longue durée

Pratique actuelle

Environ 5 % des entreprises interrogées font état d'une absence de longue durée due à la prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident au cours de ces dernières années. Une solution d'un commun accord a pu être trouvée dans pratiquement toutes les entreprises. De manière générale, les mesures possibles énumérées par les sociétés consistaient pour la personne employée à réduire (provisoirement) son taux de travail, puis à prendre un congé non payé de plus ou moins longue durée. L'enquête indique qu'il n'existe pas de solution standardisée pour gérer ce type de situation. Le cas échéant, les parties concernées cherchent une solution individualisée adaptée à la situation, en particulier un assouplissement du mode de travail. Cet assouplissement peut prendre différentes formes ; les plus fréquemment citées étaient un lieu de travail flexible (télétravail), une répartition flexible des horaires de travail (horaires à la carte ou modèles annualisés) et la compensation des heures supplémentaires. En l'absence d'une solution valable, il n'est pas rare que la personne concernée se déclare elle-même malade.

Coûts actuels

Comme les solutions sont trouvées au cas par cas, les entreprises n'ont pas pu présenter les coûts actuels des absences professionnelles de longue durée.

Coûts de la nouvelle réglementation d'un « congé pour la prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident » couvert par l'APG

L'estimation repose sur les données de la Statistique médicale des hôpitaux de l'OFS (voir tableau 1, ch. 1.1.2). On peut partir du principe que la majorité des enfants et adolescents qui ont été hospitalisés durant plus de deux semaines (4363 enfants) remplissaient le critère consistant à être gravement atteints dans leur santé. L'indemnité journalière obtenue sur la base du salaire moyen des adultes, femmes et hommes, âgés de 18 à respectivement 64 ou 65 ans, correspond en moyenne à 102 francs pour les femmes et 164 francs pour les hommes. Pour un congé de prise en charge de 14 semaines, on peut donc s'attendre à ce que les coûts atteignent jusqu'à 77 millions de francs par an. La charge sur le taux de cotisation de l'APG (actuellement 0,45 %) sera de 0,017 point de pourcentage (art. 27, al. 2,

Rapport explicatif concernant Vorentwurf des Bundesgesetzes über die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung

LAPG).

Avec une allocation aménagée de la sorte, les charges administratives sont négligeables.

Comme pour les absences professionnelles de courte durée, il convient d'ajouter aux coûts directs les coûts indirects et autres frais y relatifs. Bien que l'AIR ne permette pas d'affirmer sans équivoque si, dans le cas des absences de longue durée, ces coûts sont également entre deux et quatre fois supérieurs aux coûts directs (ce qui résulterait en un total des coûts de 36 à 320 millions de francs), il est évident que les coûts totaux excéderont les coûts directs. Contrairement au risque observé en lien avec les absences de courte durée, il n'y a pas à craindre que la nouvelle réglementation des absences de longue durée se traduise par des changements de comportement susceptibles d'entraîner des coûts supplémentaires.

Point de vue des entreprises

Alors que près des deux tiers des entreprises interrogées salueraient une nouvelle réglementation de la prise en charge à long terme d'enfants gravement atteints dans leur santé en raison d'une maladie ou d'un accident, environ un tiers considère qu'un congé de prise en charge couvert par la LPG serait inutile ou trop onéreux.

3.4 Conséquences pour la société

3.4.1 Absences professionnelles de courte durée

La nouvelle réglementation des absences professionnelles de courte durée permet de mieux concilier activité professionnelle et prise en charge de proches en cas de problèmes de santé aigus de membres de la parenté. En créant les mêmes conditions pour toutes les personnes exerçant une activité professionnelle, elle assure aussi la sécurité du droit. En effet, les personnes employées peuvent dès lors exécuter des tâches d'accompagnement à court terme auprès de leurs proches sans devoir craindre des problèmes juridiques avec leur employeur ou devant les tribunaux, ou une perte de salaire. Avec la nouvelle réglementation, les tâches d'accompagnement réalisées au sein de la famille jouissent en outre d'une meilleure reconnaissance dans la société.

3.4.2 Absences professionnelles de longue durée

L'introduction d'un « congé pour la prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident » renforce la sécurité juridique pour tous les acteurs impliqués. Un congé de prise en charge assorti d'une allocation au sens du présent avant-projet garantit la sécurité économique des parents. Enfin, ces mesures améliorent autant la conciliation entre vie professionnelle et prise en charge de proches pour les hommes que pour les femmes.

Aucune autre répercussion financière potentielle n'a pu être chiffrée de manière fiable dans l'AIR (p. ex. sensibilisation, amélioration des connaissances concernant les absences professionnelles de courte durée et les changements de comportement des entreprises et des employés qui en découlent).

Un congé de prise en charge destiné aux parents d'un enfant gravement atteint dans sa santé peut par ailleurs aussi constituer un allègement pour le système de santé : lorsque des enfants sont hospitalisés, il est essentiel pour les unités pédiatriques que les parents participent au moins partiellement à leur prise en charge.

Rapport explicatif concernant Vorentwurf des Bundesgesetzes über die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung

3.5 Conséquences pour l'environnement

Aucune des modifications de loi n'a de répercussion sur l'environnement.

4 Rapport avec le programme de législature et les stratégies du Conseil fédéral

4.1 Rapport avec le programme de législature

La mise en œuvre du plan d'action de décharge et de soutien en faveur des proches aidants figure dans le message du 17 janvier 2016⁵⁶ sur le programme de la législature 2015–2019. Étant donné que les modifications légales s'inscrivaient dans un mandat de révision, l'avant-projet n'était pas annoncé dans l'arrêté fédéral du 14 juin 2016⁵⁷ sur le programme de la législature 2015-2019.

4.2 Rapport avec les stratégies du Conseil fédéral

La mise en œuvre du plan d'action de soutien en faveur des proches aidants fait partie intégrante de la stratégie Santé2020 approuvée par le Conseil fédéral en janvier 2013 dans le but d'appuyer les objectifs fixés et les mesures prises dans ce cadre pour garantir une offre de soins moderne.

Dans l'optique d'un système de santé durable et financièrement gérable, le travail réalisé gratuitement par les proches aidants est important, car nous ne disposons ni des professionnels ni des moyens financiers requis pour couvrir les besoins en soins institutionnels qui résulteraient de leur absence. La contribution de la Confédération consiste avant tout à adapter la législation. Les mesures mises en œuvre par la Confédération, les cantons et les organisations privées en lien avec le plan d'action peuvent avoir un large impact pour les proches aidants tant au sein du système sanitaire et social que dans le monde du travail. Ainsi, tous les résultats seront-ils, par exemple, directement repris dans la stratégie nationale en matière de démence 2014-2019 et transmis par le biais de la plate-forme d'échange « Soins palliatifs ». Les acteurs qui s'occupent de maladies psychiques et rares dans le cadre des activités de la Confédération profiteront eux aussi de l'amélioration des conditions offertes aux proches aidants.

Dans l'initiative visant à combattre la pénurie de personnel qualifié lancée par le Conseil fédéral en 2015, le « plan d'action de soutien et de décharge en faveur des proches aidants » correspond à la mesure 23.

5 Aspects juridiques

5.1 Constitutionnalité

5.1.1 Absences professionnelles de courte durée

La compétence législative de la Confédération dans le domaine du droit privé s'appuie sur l'art. 122,

⁵⁶ FF 2016 1113

⁵⁷ FF 2016 4999

al. 1, Cst.

5.1.2 Allocation pour la prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident

L'allocation pour perte de gain accordée aux parents d'enfants gravement atteints dans leur santé en raison d'une maladie ou d'un accident est fondée sur l'art. 117, al. 1, Cst. qui charge la Confédération de légiférer sur l'assurance-maladie et sur l'assurance-accidents. Le législateur fédéral peut donc régler la couverture des risques « maladie » et « accident » par un régime d'assurance. L'activité des parents est une prestation en faveur d'une personne (l'enfant) qui est touchée par l'une de ces deux catégories de risques. Le régime de l'allocation pour perte de gain est une modalité de prise en charge par l'assurance, c'est-à-dire un mode de financement de cette prestation. Le législateur n'est pas tenu de régler la prise en charge de prestations uniquement dans les lois régissant usuellement l'assurance-maladie ou l'assurance-accident (LAMal, LAA). Une intégration dans l'assurance obligatoire des soins aurait été inopportune : non seulement les parents ne sont pas des fournisseurs de prestations au sens de la LAMal, mais la compensation de la perte de gain n'est pas une modalité de financement des prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins. C'est pourquoi il convient de rattacher le financement de la prestation des parents au régime le plus adéquat, à savoir à celui des allocations pour perte de gain selon la LAPG. Cela signifie en particulier que les cotisations prévues par l'art. 27 LPAG se fonderont à l'avenir aussi sur l'art. 117, al. 1, Cst. dans la mesure où elles serviront à financer l'allocation pour perte de gain aux parents d'enfants gravement atteints dans leur santé. Le fait que les employeurs soient tenus de payer des cotisations finançant aussi une prestation fondée sur l'art. 117, al. 1, Cst. est conforme à cette disposition : la pratique en matière d'assurance-accidents et d'allocations pour perte de gain ainsi que la doctrine admettent en effet que des cotisations d'assurances sociales peuvent aussi être prélevées auprès des employeurs sans base constitutionnelle expresse.

L'intégration dans la LAPG de l'allocation pour perte de gain accordée aux parents d'enfants gravement atteints dans leur santé a pour conséquence que le champ d'application personnel de cette allocation est séparé de l'affiliation à l'assurance obligatoire des soins. C'est ainsi que les travailleurs frontaliers domiciliés dans l'Union européenne qui ont fait usage du droit d'option pour s'affilier (avec leur famille) à l'assurance-maladie de leur lieu de domicile pourront bénéficier des allocations pour perte de gain alors que leur enfant gravement atteint dans sa santé n'est pas assuré en Suisse auprès de l'assurance obligatoire des soins. Cela ne contrevient pas à l'art. 117 Cst., car le législateur peut prévoir un champ d'application personnel plus large pour une prestation particulière (ici l'allocation pour perte de gain) que pour le reste des prestations de l'assurance-maladie.

5.2 Compatibilité avec les accords internationaux de la Suisse

5.2.1 Absences professionnelles de courte durée

Les absences professionnelles de courte durée dues à la prise en charge d'un proche ne font l'objet d'aucun accord international conclu par la Suisse.

5.2.2 Allocation pour la prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident

Afin de faciliter la libre circulation, l'UE a instauré des règlements visant à coordonner les systèmes nationaux de sécurité sociale. La Suisse participe à ce système de coordination depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} juin 2002, de l'accord sur la libre circulation des personnes conclu le 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses États membres, d'autre part (accord sur la libre circulation des personnes)⁵⁸. Le droit européen ne prévoit pas d'harmoniser les systèmes de sécurité sociale des différents États membres, qui sont libres de définir eux-mêmes les détails de ces systèmes pour autant qu'ils respectent les principes de coordination établis par le droit européen. En vertu de la Convention AELE révisée⁵⁹, il en va de même pour les relations entre la Suisse et les autres États de l'AELE.

Les allocations pour perte de gain en cas de service ne faisant pas partie des risques en matière de sécurité sociale régis par le droit international, elles peuvent être aménagées librement. Les prestations accordées en cas de maternité et les allocations pour perte de gain destinées aux parents d'enfants gravement malades ou victimes d'un accident grave peuvent par contre être considérées sur le plan international comme des allocations familiales ou comme des prestations assimilables aux allocations de maternité. Leur organisation doit donc respecter les engagements internationaux repris par la Suisse dans ce domaine.

Conformément à l'accord sur la libre circulation des personnes conclu avec l'UE et à la Convention AELE révisée, la Suisse applique les règlements (CE) n° 883/2004⁶⁰ et 987/2009⁶¹. Ces règlements sont également valables pour certaines prestations comprises dans le champ d'application de la LAPG (art. 28a LAPG). En vertu du Règlement 883/2004, la Suisse est tenue de traiter les ressortissants d'un État de l'UE ou de l'AELE de la même manière que les citoyens suisses (art. 4 Règlement 883/2004) et de leur accorder des allocations pour parents d'enfants gravement malades ou victimes d'un accident grave dans la mesure où ils remplissent les conditions requises, en tenant compte si nécessaire des périodes d'assurance applicables dans l'État de l'UE/AELE concerné (art. 6 Règlement 883/2004). L'indemnité doit également être octroyée en cas de domiciliation dans l'espace de l'UE ou de l'AELE (art. 7 Règlement 883/2004), c'est-à-dire aux frontaliers.

Les mesures de la présente révision sont compatibles avec les dispositions de coordination précitées.

Aucune convention internationale ratifiée par la Suisse dans le domaine de la sécurité sociale ne prévoit de prestations similaires à celles de l'avant-projet. La convention n° 183 sur la protection de la maternité⁶² de l'Organisation internationale du Travail ratifiée par la Suisse, en particulier, ne contient aucune allocation de ce type.

En ce qui concerne le Conseil de l'Europe, la recommandation n° R (96) 5 du Comité des Ministres aux États membres sur la conciliation de la vie professionnelle et de la vie familiale préconisait en 1996 déjà la création de possibilités de congés pour soigner des membres malades et handicapés de la famille (§ 10). On peut également mentionner ici la recommandation Rec(2006)19 du Comité des Ministres aux

⁵⁸ RS 0.142.112.681

⁵⁹ RS 0.632.31

⁶⁰ Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, JO L 165 du 30 avril 2004, p. 1, dans la version applicable à la Suisse selon l'annexe II, section A de l'accord sur la libre circulation des personnes (RS 0.142.112.681) respectivement l'annexe K, appendice 2, section A de la Convention AELE (RS 0.632.31). Une version consolidée non contraignante de ce règlement est publiée dans le RS 0.831.109.268.1.

⁶¹ RS 0.831.109.268.11

⁶² RS 0.822.728.3

Rapport explicatif concernant Vorentwurf des Bundesgesetzes über die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung

États membres relative aux politiques visant à soutenir une parentalité positive, selon laquelle il conviendrait de mettre en œuvre, dans l'optique d'une meilleure conciliation de la vie familiale et professionnelle, des mesures pour pouvoir s'occuper d'un enfant handicapé ou malade (ch. 6.3*l* de l'annexe à la recommandation). En introduisant une allocation pour les parents d'enfants gravement malades ou victimes d'un accident grave, le présent projet va dans la direction de ces deux textes.

5.3 Forme de l'acte législatif

5.3.1 Absences professionnelles de courte durée

Les modifications proposées exigent l'adoption d'une loi au sens formel.

5.3.2 Allocation pour la prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident

Les modifications proposées exigent l'adoption d'une loi au sens formel.

5.4 Assujettissement au frein aux dépenses

L'art. 159, al. 3, let. b, Cst⁶³ établit que les dispositions relatives aux subventions ainsi que les crédits d'engagement et les plafonds de dépenses, s'ils entraînent de nouvelles dépenses uniques de plus de 20 millions de francs ou de nouvelles dépenses périodiques de plus de 2 millions de francs, doivent être adoptés à la majorité des membres de chaque conseil. Le présent avant-projet n'entraînant pas de coûts supplémentaires pour la Confédération, il n'est pas assujéti au frein aux dépenses.

5.5 Délégation législative

Le droit des parents nourriciers doit être réglé par analogie aux dispositions pertinentes relatives à l'AVS (art. 25, al. 3, LAVS et art. 49 RAVS). Le droit des personnes qui ne remplissent pas les conditions générales requises en raison d'une incapacité de travail ou du chômage doit être réglé par analogie aux dispositions relatives à l'allocation de maternité (art. 16*b*, al. 3, et art. 29 RAPG). Il convient de définir la notion de maladie grave ou d'accident grave.

5.6 Protection des données

Le congé visé à l'art. 329*g* P-CO élargit le droit au congé de trois jours aux membres directs de la parenté et aux proches. Pour pouvoir faire valoir le droit au congé pour la prise en charge de la personne concernée, le travailleur ou la travailleuse doit donc, d'une part, fournir des indications sur son lien de parenté ou sur la relation de fait qu'il entretient avec cette personne. Certaines des données portant sur la santé, il s'agit de données personnelles sensibles au sens de l'art. 3, let. c, ch. 3, de la loi fédérale du 19 juin 1992 sur la protection des données (LPD)⁶⁴, dont le traitement est soumis à des exigences particulières (cf. p. ex. art. 12, al. 2, let. c, ou art. 14 LPD).

Dans cette triangulation, les principes relatifs au traitement fixés par la LPD requièrent une attention particulière. Ainsi, les données relatives au tiers concerné doivent-elles être limitées au strict nécessaire et accessibles uniquement aux personnes qui en ont besoin pour gérer le rapport de travail (c.-à-d. pour

⁶³ RS 101

⁶⁴ RS 235.1

Rapport explicatif concernant Vorentwurf des Bundesgesetzes über die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung

confirmer le droit au congé) (application du principe de proportionnalité, art. 4, al. 2, LPD). Les tiers concernés doivent en outre être informés de la communication des données à l'employeur du proche aidant (principe de transparence, art. 4, al. 4, LPD).

En droit privé, un certificat médical n'est pas exigé comme à l'art. 36, al. 3, LTr. Tout moyen de preuve peut en effet être apporté pour établir le droit au congé. Le travailleur devra néanmoins livrer des données relatives à la maladie ou l'accident du parent ou du proche, ainsi qu'à son besoin de prise en charge, et l'employeur aura de ce fait à traiter des données de personnes tierces. Le traitement pourra se fonder sur la nécessité d'exécuter le contrat de travail (Art. 328b, al. 1, CO), vu qu'il s'agit d'accorder un congé au travailleur. La personne qui bénéficie de la prise en charge aura de même consenti à ce traitement de données en donnant le certificat médical ou les informations pertinentes en vue de leur transmission à l'employeur. De plus, la finalité du traitement sert son intérêt à la prise en charge, ce qui est à prendre en compte dans la pesée des intérêts selon l'art. 13, al. 1, LPD.

L'art. 329h P-CO prévoit le congé en relation avec les art. 16j ss P-LAPG. Le traitement des données relatives à l'enfant gravement malade ou accidenté par l'employeur se rapporte ici aussi à la nécessité d'exécuter le contrat de travail et sert les intérêts de l'enfant. Les principes de la LPD relatifs au traitement des données doivent là encore être respectés.

B, S, S.VOLKSWIRTSCHAFTLICHE BERATUNG

AIR Absences professionnelles dues à la prise en charge d'un proche

Analyse d'impact de la réglementation relative à l'extension des absences professionnelles de courte durée dues à la prise en charge d'un proche et au congé pour tâches d'assistance destiné aux parents d'enfants gravement malades ou victimes d'un accident grave indemnisé par l'APG visant à améliorer la conciliation entre activité professionnelle et prise en charge de proches

Rapport final

Bâle, le 18 avril 2018

AIR Absences professionnelles dues à la prise en charge d'un proche

Rapport final

à l'attention de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Groupe de suivi :

Tamara Bonassi (OFSP)

Margreet Duetz Schmucki (OFSP)

Isabelle Ernst-Pauchard (BFEG)

Annetta Holl (SECO)

Dragan Ilić (SECO)

Regula Rička (OFSP)

Salome von Greyerz (OFSP)

Bassem Zein (OFJ)

Martine Zwick Monney (OFAS)

Responsabilité pour le donneur d'ordre : Regula Rička (OFSP)

Auteurs :

Miriam Frey (direction de projet), Mirjam Suri, Harald Meier

Soutien technique :

Cosima Dorsemagen (Haute école de psychologie appliquée, FHNW)

Martin Zeier et Christine Bassanello (PricewaterhouseCoopers SA)

Personne à contacter en cas de question : Miriam Frey

B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung SA, Aeschengraben 9, CH-4051 Bâle

Tél. : 061-262 05 55, fax: 061-262 05 57, courriel : miriam.frey@bss-basel.ch

La présente étude n'aurait pas été possible sans la contribution ni l'engagement de nombreuses personnes. Nous adressons nos remerciements à l'ensemble des représentants des entreprises et des professionnels qui ont partagé avec nous leurs défis, pistes de solution et appréciations dans le cadre du contexte actuel, ainsi qu'à l'Office fédéral de la statistique, qui a mis ses analyses de données à notre disposition. Nous remercions également l'OFSP et le groupe de suivi pour leur soutien et leur collaboration constructive.

Résumé

Contexte

Selon les relevés disponibles, approximativement 237 000 personnes en Suisse soignent ou accompagnent régulièrement des proches, tout en exerçant une activité lucrative. Ces personnes sont souvent confrontées au défi majeur consistant à concilier activité professionnelle et prisé en charge d'un proche. Vu ce contexte, il convient d'améliorer les conditions cadres en faveur des proches aidants. Deux mesures sont ainsi prévues pour promouvoir la conciliation entre prise en charge et activité professionnelle : d'une part, étendre la réglementation relative aux absences professionnelles de courte durée à la prise en charge de proches malades et, d'autre part, accorder un congé pour tâches d'assistance aux parents d'enfants gravement malades ou victimes d'un accident grave.

Objectif et méthodologie

L'objectif de la présente étude est d'évaluer les coûts et les bénéfices des nouvelles réglementations prévues pour les personnes concernées et l'économie publique, en mettant l'accent sur les conséquences qui en découlent pour les entreprises. Sur le plan méthodologique, l'étude consiste en une analyse d'impact de la réglementation (AIR), fondée sur une enquête représentative menée auprès de 2246 entreprises et sur des entretiens avec une sélection de spécialistes. S'y ajoutent un traitement de diverses statistiques existantes et un examen des bases légales et de la littérature pertinentes.

Absences professionnelles de courte durée dues à la prise en charge d'un proche Réglementations en vigueur et nouvelles dispositions envisagées

Actuellement, les personnes employées peuvent en règle générale prendre jusqu'à trois jours de congé payé par événement pour s'occuper d'un enfant¹ ou d'un conjoint² / partenaire enregistré. Par contre, l'interprétation juridique des dispositions légales en vigueur concernant les absences dues à la prise en charge d'adultes exigeant des soins pour lesquels il n'existe pas d'obligation d'entretien légale est controversée.

AIR Absences pour tâches d'assistance B,B,S.

La nouvelle réglementation prévue vise à élargir le cercle des personnes dont la prise en charge justifie un congé pouvant aller jusqu'à trois jours par événement (modification LTr). Durant ces absences, l'employeur serait soumis à l'obligation de verser le salaire (modification CO). L'extension comprend en particulier les groupes de personnes suivants : parents, enfants majeurs et concubins.

Pratique actuelle

L'enquête auprès des entreprises a démontré que, dans la pratique, la majorité des personnes employées a en principe la possibilité de prendre congé pour s'occuper de proches (p. ex. les parents). Le cas échéant, environ deux tiers du personnel reçoivent leur salaire, tandis que pour le dernier tiers le congé n'est pas rémunéré (ce qui signifie qu'il doit être pris sur les vacances ou compensé par des heures supplémentaires).

Les absences payées prises au titre de tâches d'assistance représentent en moyenne 1,4 heure par employé et par an. Comparé au total des absences de courte durée, soit en moyenne 22 heures par employé et par an (sans compter les absences de longue durée dues p. ex. à la maladie de la personne employée elle-même), ce chiffre est plutôt bas³. Sur l'ensemble des absences (rémunérées) de courte durée pour tâches d'assistance actuelles, environ 70 % sont dues à la prise en charge d'enfants malades, alors que 30 % sont consacrées à l'accompagnement d'autres proches.

Extrapolés à tout le personnel, les coûts directs résultant des absences pour tâches d'assistance se montent pour l'économie à environ 360 millions de francs par an ou, si l'on considère uniquement les autres proches et en particulier les parents, à environ 100 millions de francs par an.

En plus des coûts directs, ces absences se traduisent aussi pour les entreprises par des coûts indirects (notamment frais d'organisation, heures supplémentaires d'autres collègues). Or, selon la littérature, ces coûts indirects représentent entre le double et le quadruple des coûts directs. Au total, l'ensemble des absences de courte durée rémunérées dues à la prise en charge d'un proche (y compris un enfant) génère ainsi actuellement pour l'économie des coûts situés entre 1,08 et 1,8 milliard de francs par an (calcul déductif : CHF 360 mio de coûts directs + CHF 720 mio à 1,44 mia de coûts indirects). À titre de comparaison, les coûts totaux engendrés par l'ensemble des absences de courte durée, et pas seulement par celles dues à des tâches d'assistance, représentent entre 16,2 et 27 milliards de francs par an.

³ Toutes les données proviennent de l'enquête auprès des entreprises.

AIR Absences pour tâches d'assistance B,B,S.

Selon les estimations des entreprises et des spécialistes, il convient d'ajouter aux absences rémunérées un nombre au moins identique d'heures de congé *non payées* prises par le personnel pour s'occuper de proches.

Conséquences de la future réglementation envisagée

Bien que toutes les entreprises occupant du personnel soient potentiellement concernées par des absences pour tâches d'assistance, leur nombre est en réalité limité : d'après l'enquête auprès des entreprises, seule la moitié d'entre elles a fait état d'absences rémunérées dues à la prise en charge d'un proche (enfant ou autre proche), ce qui, extrapolé à l'échelle de la Suisse, correspond à quelque 150 000 entreprises.

Pour les personnes exerçant une activité lucrative, une nouvelle réglementation aurait l'avantage de définir clairement les conditions du congé, qui ne dépendrait dès lors plus de l'appréciation de l'entreprise. De même, les sociétés bénéficieraient de la sécurité juridique apportée par une réglementation claire.

Aujourd'hui, près d'un tiers du personnel ne jouit pas d'un congé assorti du maintien du salaire. Ces personnes pourraient donc profiter de la nouvelle réglementation. Selon nos estimations, la hausse des absences pour tâches d'assistance qu'entraînerait cette nouvelle réglementation serait modérée : d'après l'enquête, les entreprises escomptent une augmentation de 10 % par an, ce qui correspond pour les sociétés suisses à une progression des coûts directs de quelque 30 millions de francs. Compte tenu des coûts indirects, il en résulterait pour l'économie des coûts supplémentaires totaux de 90 à 150 millions de francs par an.

L'estimation présentée ci-avant repose sur la situation actuelle ; en cas de nouvelle réglementation, les éventuelles mesures de sensibilisation et la large communication requise pourraient conduire à un investissement plus lourd. Nous sommes d'avis qu'il est impossible d'évaluer de manière fiable la hauteur des coûts susceptibles d'en découler, en particulier du fait qu'ils ne dépendent pas uniquement de la nouvelle réglementation, mais aussi de la communication et des mesures d'accompagnement qui l'entourent.

Selon nous, il est peu vraisemblable que les nouvelles dispositions aient des répercussions sur le marché du travail (participation à l'emploi, effets de sélection, salaires), en particulier du fait que les personnes dont l'activité professionnelle est restreinte par des tâches d'assistance ont plutôt tendance à assumer une prise en charge à long terme qui n'est pas incluse dans la nouvelle réglementation prévue. D'autres conséquences sont improbables étant donné que pour de nombreuses entreprises et

AIR Absences pour tâches d'assistance B,B,S.

personnes employées, les nouvelles dispositions correspondent déjà à la pratique actuelle.

Alors que près de la moitié des sociétés interrogées considère qu'une nouvelle réglementation s'impose et qu'il est fondamentalement pertinent et nécessaire de définir clairement l'extension des absences professionnelles de courte durée pour tâches d'assistance à d'autres proches, l'autre moitié s'oppose à de nouvelles dispositions.

Variante sans le maintien du salaire

En complément à la nouvelle réglementation susmentionnée, une autre variante, *sans* le maintien du salaire, a été examinée. Actuellement, la grande majorité des personnes employées jouit de la possibilité de prendre un congé au titre d'absence professionnelle de courte durée due à la prise en charge d'un proche. Une nouvelle disposition introduisant la variante sans le maintien du salaire n'aurait donc guère de conséquences sur les coûts des entreprises. Pour le personnel, cette variante aurait des répercussions minimales allant dans des directions opposées : tandis que seules quelques rares personnes obtiendraient un nouveau droit, toutes pourraient bénéficier d'une sécurité juridique accrue. Il existe par contre un risque de voir des sociétés qui appliquent aujourd'hui des règlements d'entreprise plus souples incluant le maintien du salaire restreindre les possibilités offertes du fait de la nouvelle réglementation. Des personnes employées pourraient alors se retrouver dans une situation moins favorable que celle qu'elles connaissent au vu de la réglementation actuelle.

Congé pour tâches d'assistance

Réglementations en vigueur et nouvelles dispositions envisageables

En vertu des réglementations légales actuelles, on pourrait concevoir que les congés de longue durée accordés dans des cas graves soient eux aussi soumis aux dispositions de l'art. 324a CO. Le cas échéant, l'employeur serait tenu de continuer à verser le salaire. Dans ces circonstances, la durée maximale repose sur les années de service de la collaboratrice ou du collaborateur concerné et tient compte des autres absences, notamment celles dues aux cas de maladie de la personne employée elle-même.

Désormais, un congé pour tâches d'assistance d'un maximum de 98 jours doit être introduit pour les parents exerçant une activité professionnelle dont un enfant est gravement malade ou victime d'un accident grave (complément au CO). Le congé pour tâches d'assistance doit être rémunéré et financé par l'assurance perte de gain du parent qui s'occupe de l'enfant, par le biais de la loi fédérale sur les allocations pour perte de gain (complément à la LAPG).

Pratique actuelle

Selon les estimations effectuées, chaque année en Suisse entre 1000 et 8000 enfants tombent gravement malades ou sont victimes d'un accident grave (une délimitation plus précise de cette notion doit être opérée par des experts médicaux).

Face à la gravité de l'événement, il semble que dans la pratique les entreprises soient largement disposées à prendre des mesures adaptées pour soulager les employés concernés. Ces dernières années, environ cinq pour cent des entreprises interrogées ont effectivement été confrontés à une telle situation. Il apparaît à cet égard que les solutions les plus fréquemment appliquées consistent à réduire le taux de travail et à accorder un congé supplémentaire non payé de plus ou moins longue durée. Il convient toutefois de relever que bon nombre de personnes concernées ne sont pas à même de supporter la charge financière liée aux absences non rémunérées. Lorsqu'il n'est pas possible de trouver un arrangement valable, l'un des moyens utilisés dans la pratique est de se déclarer soi-même malade, voire de cesser son activité lucrative.

Conséquences de la future réglementation envisagée

L'introduction d'un congé pour tâches d'assistance créerait un droit pour les parents exerçant une activité professionnelle concernés et renforcerait ainsi la sécurité juridique pour tous les acteurs impliqués. Les solutions individuelles actuelles et la flexibilité qui en résulte risqueraient par contre de disparaître.

L'introduction d'un congé pour tâches d'assistance financé par le biais de la loi sur les allocations pour perte de gain serait pour bien des parents un soulagement, d'une part, parce qu'elle s'accompagnerait d'une prétention financière claire, d'autre part, parce que le congé assorti du maintien du salaire ne serait pas décompté du crédit maximal au sens de l'art. 324a CO. Les enfants concernés bénéficient dans tous les cas de l'introduction d'un congé pour tâches d'assistance. Pour les entreprises, les conséquences en termes de coûts sont plutôt faibles. Certes, il faut s'attendre à des répercussions financières, mais vu le nombre restreint de cas enregistrés, l'absence d'assujettissement des entreprises à une obligation de maintien du salaire et le fait que pour elles ces situations délicates entraînent de toute façon une hausse des coûts indirects, nous sommes d'avis que globalement les effets sont plutôt minimes. Dans les cas dans lesquels le droit actuel accorde déjà un congé assorti du maintien du salaire, la suppression de l'obligation du maintien du salaire pourrait même soulager certaines entreprises. Le financement par le biais de la loi sur les allocations pour perte de gain engendre une légère augmentation des cotisations sociales, tant pour l'employeur que pour le personnel, et se traduit pour la Confédération par des coûts

AIR Absences pour tâches d'assistance B,B,S.

administratifs. Vu le peu de cas observés, des répercussions sur l'économie sont improbables.

Alors que près des deux tiers des entreprises interrogées salueraient une nouvelle réglementation de la prise en charge à long terme d'enfants gravement malades ou victimes d'un accident grave, environ un tiers la trouve inutile ou trop onéreuse.

Aperçu des conséquences des futures réglementations envisagées

	Entreprises	Personnes employées concernées	Économie publique
Absences professionnelles de courte durée dues à la prise en charge d'autres proches			
<i>Pratique actuelle</i>	<i>Coûts (directs et indirects) d'environ CHF 300 à 500 millions par an*</i>	<i>En général congé ; avec maintien du salaire pour 2/3 du personnel</i>	
Nouvelle réglementation (avec maintien du salaire)	-	+	0
Variante sans maintien du salaire	0	0	0
Congé pour tâches d'assistance destiné aux parents d'enfants gravement malades ou victimes d'un accident grave (les conséquences sur les coûts directs ne sont pas prises en compte, car elles sont étudiées par l'OFAS)			
<i>Pratique actuelle</i>	<i>Faible nombre de cas ; coûts (indirects) en cas d'introduction</i>	<i>Solutions individuelles</i>	
Nouvelle réglementation	0	+	0

Explication : pas de changement (0), (léger) changement négatif (-), (léger) changement positif (+).

** Calcul déductif : 100 millions de francs de coûts directs + 200 à 400 millions de francs de coûts indirects. Afin de faciliter la lecture, les personnes prises en charge ne figurent pas dans cet aperçu. Pour elles, la nouvelle réglementation entraînerait des changements similaires à ceux attendus pour les actifs occupés.*

Conclusions

Aujourd'hui, la grande majorité des personnes employées jouit en principe de la possibilité de prendre un congé au titre d'*absence professionnelle de courte durée due à la prise en charge d'un proche*. Le cas échéant, près d'un tiers des personnes employées ne reçoit actuellement pas de salaire et pourrait donc bénéficier de la nouvelle réglementation. Pour l'ensemble du personnel, les nouvelles dispositions présenteraient l'avantage d'ancrer dans le droit des règles appliquées dans la pratique.

AIR Absences pour tâches d'assistance B,B,S.

L'introduction d'un *congé pour tâches d'assistance* améliorerait la situation des parents concernés. Elle ne devrait pas avoir de répercussions négatives pour les entreprises. En effet : d'une part, le nombre de cas est peu élevé, d'autre part, les entreprises et leur personnel doivent trouver des solutions à ces situations difficiles même en l'absence d'une réglementation légale. Si les nouvelles dispositions risquent de limiter la diversité actuelle des solutions identifiées, elles apportent un avantage (considérable) en termes de sécurité financière et de sécurité juridique.

Les nouvelles réglementations prévues concernant les absences professionnelles de courte ou de longue durée dues à la prise en charge d'un proche sont donc souhaitables pour la sécurité financière et juridique. S'agissant de l'objectif consistant à améliorer la conciliation entre obligations de prise en charge au sein de la famille et activité professionnelle, les effets positifs devraient avant tout provenir du congé pour tâches d'assistance.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI

Office fédéral de la santé publique OFSP
Unité de direction Politique de la santé

Loi fédérale sur l'amélioration de la conciliation entre activité professionnelle et prise en charge de proches : questionnaire pour la procédure de consultation

Expéditeur

Nom et adresse du canton ou de l'organisation

Cliquez ici pour ajouter un texte

Interlocuteur pour toute question [nom, courriel, téléphone]

Cliquez ici pour ajouter un texte

1. Absences de courte durée

- 1.1. Acceptez-vous que le maintien du salaire pour ces absences de courte durée soit inscrit dans le code des obligations (art. 329g CO) pour les parents ou les proches de personnes malades ou accidentées ?

☐ Oui ☐ Oui, avec des réserves ☐ Non (c.-à-d., pas de nouvel art. dans le CO)

Remarque :

Cliquez ici pour ajouter un texte

- 1.2. Si la réponse à la question 1.1 est « oui, avec des réserves » : approuveriez-vous une variante selon laquelle le salaire ne serait maintenu que pour un nombre limité de jours par an en cas de prise en charge de membres de la famille ou de proches adultes ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, proposez un nombre de jours par an :

Cliquez ici pour ajouter un texte

Remarque :

Cliquez ici pour ajouter un texte

- 1.3. Avez-vous des remarques concernant la formulation de l'art. 329g CO ?

Cliquez ici pour ajouter un texte

2. Allocation pour la prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident

- 2.1. Êtes-vous d'accord avec l'introduction d'un congé pour les parents qui prennent en charge un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident ?

☐ Oui ☐ Oui, avec des réserves ☐ Non

Remarque :

Cliquez ici pour ajouter un texte

- 2.2. Avez-vous des remarques concernant la formulation de l'art. 329h CO ainsi que sur la modification des art. 329b, al. 3, art. 336c et art. 362, al.1, CO, qui en découle ?

Cliquez ici pour ajouter un texte

- 2.3. Êtes-vous d'accord avec l'introduction d'une allocation de prise en charge calquée sur le modèle des allocations pour perte de gain en cas de service ou de maternité (LAPG) ?

☐ Oui ☐ Oui, avec des réserves ☐ Non

Remarque :

Cliquez ici pour ajouter un texte

2.4. Avez-vous des remarques concernant les nouvelles dispositions de la LAPG (art. 16j ff) ?

Cliquez ici pour ajouter un texte

2.5. Avez-vous des remarques concernant l'ajout du congé pour prise en charge dans d'autres lois fédérales, comme le prévoient les ch. 5 et 6 du projet de loi ?

Cliquez ici pour ajouter un texte

3. Extension des bonifications pour tâches d'assistance dans l'assurance-vieillesse et survivants (AVS)

3.1. Êtes-vous d'accord pour que le droit à une bonification pour tâches d'assistance soit étendu aux cas d'impotence faible ?

☐ Oui ☐ Oui, avec des réserves ☐ Non

Remarque :

Cliquez ici pour ajouter un texte

3.2. Êtes-vous d'accord pour que le droit à une bonification pour tâches d'assistance soit étendu aux concubins ?

☐ Oui ☐ Oui, avec des réserves ☐ Non

Remarque :

Cliquez ici pour ajouter un texte

3.3. Avez-vous des remarques concernant la nouvelle formulation de l'art. 29^{septies}, al. 1, LAVS?

Cliquez ici pour ajouter un texte

Nous vous remercions de votre participation à la consultation et vous saurions gré de nous renvoyer votre réponse en format PDF et WORD, d'ici au **19 octobre 2018**, à l'adresse suivante : proches.aidants@bag.admin.ch.

**Vernehmlassungsverfahren betreffend das Bundesgesetz über die
Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und
Angehörigenbetreuung**

**Procédure de consultation relative à la loi fédérale sur l'amélioration
de la conciliation entre activité professionnelle et prise en charge de
proches**

**Procedura di consultazione per la legge federale concernente il
miglioramento della conciliabilità tra attività professionale e cure ai
familiari**

Vernehmlassung / Consultation / Consultazione

Liste der Vernehmlassungsadressaten

Liste des destinataires

Elenco dei destinatari

1. Kantone / Cantons / Cantoni

Staatskanzlei des Kantons Zürich	Neumühlequai 10 Postfach 8090 Zürich info@sk.zh.ch
Staatskanzlei des Kantons Bern	Postgasse 68 3000 Bern 8 info@sta.be.ch
Staatskanzlei des Kantons Luzern	Bahnhofstrasse 15 6002 Luzern staatskanzlei@lu.ch
Standeskanzlei des Kantons Uri	Rathausplatz 1 6460 Altdorf ds.la@ur.ch
Staatskanzlei des Kantons Schwyz	Regierungsgebäude Bahnhofstrasse 9 Postfach 1260 6431 Schwyz stk@sz.ch

Staatskanzlei des Kantons Obwalden	Rathaus 6061 Sarnen staatskanzlei@ow.ch
Staatskanzlei des Kantons Nidwalden	Dorfplatz 2 Postfach 1246 6371 Stans staatskanzlei@nw.ch
Staatskanzlei des Kantons Glarus	Rathaus 8750 Glarus staatskanzlei@gl.ch
Staatskanzlei des Kantons Zug	Seestrasse 2 Regierungsgebäude am Postplatz 6300 Zug info@zg.ch
Chancellerie d'Etat du Canton de Fribourg	Rue des Chanoines 17 1701 Fribourg chancellerie@fr.ch
Staatskanzlei des Kantons Solothurn	Rathaus Barfüssergasse 24 4509 Solothurn kanzlei@sk.so.ch
Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt	Marktplatz 9 4001 Basel staatskanzlei@bs.ch
Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft	Regierungsgebäude Rathausstrasse 2 4410 Liestal landeskanzlei@bl.ch
Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen	Beckenstube 7 8200 Schaffhausen staatskanzlei@ktsh.ch
Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden	Regierungsgebäude 9102 Herisau Kantonskanzlei@ar.ch
Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden	Marktgasse 2 9050 Appenzell info@rk.ai.ch
Staatskanzlei des Kantons St. Gallen	Regierungsgebäude 9001 St. Gallen info.sk@sg.ch
Standeskanzlei des Kantons Graubünden	Reichsgasse 35 7001 Chur info@gr.ch

Staatskanzlei des Kantons Aargau	Regierungsgebäude 5001 Aarau staatskanzlei@ag.ch
Staatskanzlei des Kantons Thurgau	Regierungsgebäude Zürcherstrasse 188 8510 Frauenfeld infodienst.sk@tg.ch
Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino	Palazzo delle Orsoline 6501 Bellinzona can-scads@ti.ch
Chancellerie d'Etat du Canton de Vaud	Place du Château 4 1014 Lausanne info.chancellerie@vd.ch
Chancellerie d'Etat du Canton du Valais	Planta 3 1950 Sion Chancellerie@admin.vs.ch
Chancellerie d'Etat du Canton de Neuchâtel	Le Château Rue de la Collégiale 12 2000 Neuchâtel Secretariat.chancellerie@ne.ch
Chancellerie d'Etat du Canton de Genève	Rue de l'Hôtel-de-Ville 2 Case postale 3964 1211 Genève 3 chancellerie@etat.ge.ch
Chancellerie d'Etat du Canton du Jura	2, rue de l'Hôpital 2800 Delémont chancellerie@jura.ch
Konferenz der Kantonsregierungen KdK Conférence des gouvernements cantonaux CdC Conferenza dei Governi cantonali CdC	Sekretariat Haus der Kantone Speichergasse 6 Postfach 3001 Bern mail@kdk.ch
Regierung des Fürstentums Liechtenstein Gouvernement de la Principauté de Liechtenstein Governo del Principato del Liechtenstein	Stabsstelle Regierungskanzlei Regierungsgebäude Peter-Kaiser-Platz 1 Postfach 684 9490 Vaduz info.rk@lv.li

2 In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien / partis politiques représentés
à l'Assemblée fédérale / partiti rappresentati nell' Assemblée federale

Bürgerlich-Demokratische Partei BDP Parti bourgeois-démocratique PBD Partito borghese democratico PBD	Postfach 119 3000 Bern 6 mail@bdp.info
Christlichdemokratische Volkspartei CVP Parti démocrate-chrétien PDC Partito popolare democratico PPD	Generalsekretariat Hirschengraben 9 Postfach 3001 Bern info@cvp.ch
Christlich-soziale Partei Obwalden csp-ow	Frau Linda Hofmann St. Antonistrasse 9 6060 Sarnen ch.schaeli@gmx.net
Christlichsoziale Volkspartei Oberwallis	Geschäftsstelle Postfach 132 3930 Visp info@cspo.ch
Evangelische Volkspartei der Schweiz EVP Parti évangélique suisse PEV Partito evangelico svizzero PEV	Nägeligasse 9 Postfach 3001 Bern vernehmlassungen@evppev.ch
FDP. Die Liberalen PLR. Les Libéraux-Radicaux PLR.I Liberali Radicali	Generalsekretariat Neuengasse 20 Postfach 3001 Bern info@fdp.ch
Grüne Partei der Schweiz GPS Parti écologiste suisse PES Partito ecologista svizzero PES	Waisenhausplatz 21 3011 Bern gruene@gruene.ch
Grünliberale Partei glp Parti vert'libéral pvl	Laupenstrasse 2 3008 Bern schweiz@grunliberale.ch
Lega dei Ticinesi (Lega)	Via Monte Boglia 3 Case postale 4562 6904 Lugano lorenzo.quadri@mattino.ch
Mouvement Citoyens Genevois MCG	Rue Camille-Martin 1203 Genève info@mcge.ch

Partei der Arbeit PDA Parti suisse du travail PST	Rotwandstrasse 65 8004 Zürich pdaz@pda.ch
Schweizerische Volkspartei SVP Union Démocratique du Centre UDC Unione Democratica di Centro UDC	Generalsekretariat Postfach 8252 3001 Bern gs@svp.ch
Sozialdemokratische Partei der Schweiz SPS Parti socialiste suisse PSS Partito socialista svizzero PSS	Zentralsekretariat Theaterplatz 4 Postfach 3001 Bern verena.loembe@spschweiz.ch

- 3 Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete / associations faitières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national / associazioni mantello nazionali dei Comuni delle città e delle regioni di montagna

Schweizerischer Gemeindeverband	Laupenstrasse 35 3001 Bern verband@chgemeinden.ch
Schweizerischer Städteverband	Monbijoustrasse 8 Postfach 3001 Bern info@staedteverband.ch
Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete	Seilerstrasse 4 Postfach 3001 Bern info@sab.ch

- 4 Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft / associations faitières de l'économie qui œuvrent au niveau national / associazioni mantello nazionali dell'economia

economiesuisse Verband der Schweizer Unternehmen Fédération des entreprises suisses Federazione delle imprese svizzere Swiss business federation	Hegibachstrasse 47 Postfach 8032 Zürich info@economiesuisse.ch
Kaufmännischer Verband Schweiz Société suisse des employés de commerce Società svizzera degli impiegati di commercio	Hans-Huber-Strasse 4 Postfach 1853 8027 Zürich info@kfmv.ch

Schweizerischer Arbeitgeberverband Union patronale suisse Unione svizzera degli imprenditori	Hegibachstrasse 47 Postfach 8032 Zürich verband@arbeitgeber.ch
Schweiz. Bauernverband SBV Union suisse des paysans USP Unione svizzera dei contadini USC	Laurstrasse 10 5201 Brugg info@sbv-usp.ch
Schweizerische Bankiervereinigung SBV Association suisse des banquiers ASB Associazione svizzera dei banchieri ASB Swiss Bankers Association	Postfach 4182 4002 Basel office@sba.ch
Schweiz. Gewerkschaftsbund SGB Union syndicale suisse USS Unione sindacale svizzera USS	Monbijoustrasse 61 Postfach 3000 Bern 23 info@sgb.ch
Schweizerischer Gewerbeverband SGV Union suisse des arts et métiers USAM Unione svizzera delle arti e mestieri USAM	Schwarztorstrasse 26 Postfach 3001 Bern info@sgv-usam.ch
Travail.Suisse	Hopfenweg 21 Postfach 5775 3001 Bern info@travailsuisse.ch

5 Interessierte Kreise / Milieux intéressés / Ambienti interessati

AGILE.CH Die Organisation von Menschen mit Behinderung	Effingerstrasse 55 3008 Bern info@agile.ch
Aidshilfe Schweiz Aide Suisse contre le Sida Aiuto Aids Svizzera	Stauffacherstrasse 101 Postfach 9870 8036 Zürich aids@aids.ch
Alzheimer Schweiz Alzheimer Suisse Alzheimer Svizzera	Gurtengasse 3 3011 Bern info@alz.ch
Verband der privaten Spitex-Organisationen ASPS Association Spitex privée Suisse Associazione delle organizzazioni private di cura a domicilio	Uferweg 15 3000 Bern 13 info@spitexprivee.swiss
Association suisse des services d'aide et de soins à domicile Spitex Verband Schweiz Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio Spitex Verband Schweiz	Sulgenauweg 38 Postfach 1074 3000 Bern 23 admin@spitex.ch

Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana ACSI Konsumentenverband der italienischen Schweiz Association des consommateurs de Suisse italienne	Via Polar 46 c.p. 165 6932 Lugano-Breganzona info@acsi.ch
Bund Schweizerischer Frauenorganisationen alliance F Alliance de sociétés féminines suisses alliance F Alleanza delle società femminili svizzere alliance F	Tiergartenstrasse 23B 8802 Kilchberg office@alliancef.ch
Caritas Schweiz Caritas Suisse Caritas Svizzera	Adligenswilerstrasse 15 Postfach 6002 Luzern info@caritas.ch
CURAVIVA Schweiz - Verband Heime und Institutionen Schweiz CURAVIVA Suisse - Association des homes et institutions sociales suisses CURAVIVA Svizzera - Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri	Hauptsitz Bern Zieglerstrasse 53 Postfach 1003 3000 Bern 14 info@curaviva.ch
Dachverband Schweizerischer Gemeinnütziger Frauen SGF	Bleicherain 7 5600 Lenzburg info@sgf.ch
Dachverband schweizerischer Patientenstellen DVSP Organisation faîtière des associations suisses de défense et d'information des patients Federazione delle associazioni svizzere di difesa e d'informazione dei pazienti	Hofwiesenstrasse 3 8042 Zürich dvsp@patientenstelle.ch
Die innovativen Krankenversicherer curafutura Les assureurs-maladie innovants curafutura Gli assicuratori-malattia innovativi curafutura	Gutenbergstrasse 14 3011 Bern info@curafutura.ch
Eidg. Arbeitskommission EAK Commission fédérale du travail Commissione federale del lavoro	Holzikofenweg 36 3003 Bern corina.mueller@seco.admin.ch
Eidg. Kommission für Familienfragen EKFF Commission fédérale de coordination pour les questions familiales COFF Commissione federale di coordinamento per le questioni familiari COFF	Effingerstrasse 20 3003 Bern sekretariat.ekff@bsv.admin.ch
Eidg. Kommission für Frauenfragen EKF Commission fédérale pour les questions féminines CFQF Commissione federale per le questioni femminili CFQF	Schwarztorstrasse 51 3003 Bern efk@ebg.admin.ch
Eidg. Kommission für Konsumentenfragen EKK Commission fédérale de la consommation CFC Commissione federale del consumo CFC	Büro für Konsumentenfragen Bundeshaus Ost 3003 Bern jean-marc.voegele@bfk.admin.ch

Evangelische Frauen Schweiz EFS Femmes protestantes en Suisse FPS	Postfach 189 3000 Bern 22 geschaefsstelle@efs.ch
Fédération romande des consommateurs FRC	Rue de Genève 17 CP 6151 1002 Lausanne info@frc.ch
Gesundheitsförderung Schweiz Promotion Santé Suisse Promozione Salute Svizzera	Dufourstrasse 30 Postfach 311 3000 Bern 6 office.bern@promotionsante.ch
H+ Die Spitäler Schweiz H+ Les Hôpitaux Suisse H+ Gli Ospedali Svizzera	Lorrainestrasse 4° 3013 Bern geschaefsstelle@hplus.ch
Inclusion Handicap	Mühlemattstrasse 14a 3007 Bern info@inclusion-handicap.ch
insieme Schweiz insieme Suisse insieme Svizzera	Aarberggasse 33 Postfach 3001 Bern sekretariat@insieme.ch
IV-Stellen-Konferenz Conférence des offices AI Conferenza degli uffici AI	Geschäftsstelle Landenbergstrasse 39 6005 Luzern info@ivsk.ch
KMU-Forum Forum PME Forum PMI	Holzikofenweg 36 CH-3003 Bern kmu-forum-pme@seco.admin.ch
Konferenz der kantonalen Ausgleichskassen Conférence des caisses cantonales de compensation Conferenza delle casse cantonali di compensazione	Genfergasse 10 3011 Bern marie-pierre.cardinaux@ahvch.ch
Konferenz der kantonalen Finanzdirektorinnen und Finanzdirektoren FDK Conférence des directrices et directeurs cantonaux des finances CDF	Haus der Kantone Postfach 3000 Bern 7 andreas.huber@fdk-cdf.ch
Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren SODK Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales CDAS Conferenza delle direttrici e die direttori cantonali delle opere sociali CDOS	Haus der Kantone Speichergasse 6 Postfach 684 3000 Bern office@sodk.ch

Konsumentenforum kf Forum des consommateurs Forum dei consumatori	Geschäftsstelle Konsumentenforum kf Belpstrasse 11 3007 Bern forum@konsum.ch
Patientensicherheit schweiz Sécurité des patients suisse Sicurezza dei pazienti svizzera	Stiftung für Patientensicherheit Asylstrasse 77 8032 Zürich info@patientensicherheit.ch
Pro infirmis	Postfach 1332 8032 Zürich contact@proinfirmis.ch
Pro Senectute Schweiz	Postfach 8027 Zürich info@pro-senectute.ch
Procap Schweiz Pro Senectute Suisse Pro Senectute Svizzera	Postfach 4601 Olten info@procap.ch
Public Health Schweiz Santé publique Suisse Salute pubblica Svizzera	Effingerstrasse 54 3001 Bern info@public-health.ch
Santésuisse - Die Schweizer Krankenversicherer santésuisse - Les assureurs-maladie suisses	Römerstrasse 20 4502 Solothurn mail@santesuisse.ch
Schweiz Vereinigung zu Verteidigung und Lebensgestaltung der Rentner AVIVO suisse Association de défense et de détente des retraités AVIVO Svizzera Associazione dei Vecchi, Invalido, Vedovo e Orfani AVIVO	60, avenue de Béthusy 1012 Lausanne jaquet.christiane@gmail.com
Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW Académie suisse des sciences médicales ASSM Accademia svizzera delle scienze mediche ASSM	Generalsekretariat Petersplatz 13 4051 Basel mail@samw.ch
Schweizerische Akademie der Qualität in der Medizin SAQM Académie suisse pour la qualité en médecine ASQM Accademia svizzera per la qualità nella medicina ASQM	FMH Generalsekretariat Elfenstrasse 18 Postfach 300 3000 Bern 15 sqam@fmh.ch
Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP Société suisse pour la politique de la santé SSPS Società svizzera per la politica della salute SSPS	Altenbergstrasse 29 Postfach 686 3000 Bern 8 info@sggp.ch

Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz GELIKO Conférence nationale suisse des ligue de la santé GELIKO Conferenza nazionale svizzera delle leghe per la salute GELIKO	Josefstrasse 92 8005 Zürich info@geliko.ch
Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità CDS	Haus der Kantone Speichergasse 6 Postfach 684 3000 Bern 7 office@gdk-cds.ch
Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe SKOS Conférence suisse des institutions d'action sociale CSIAS Conferenza svizzera delle istituzioni dell'azione sociale COSAS	Postfach 3000 Bern 14 admin@skos.ch
Schweizerischer Bäuerinnen- und Landfrauenverband SBLV Union Suisse des Paysannes et des Femmes rurales USPF Unione Svizzera delle Donne contadine e rurale USDCR	Postfach 5201 Brugg info@landfrauen.ch
Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK Association suisse des infirmières et infirmiers ASI Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri ASI	Gesellschaftsstelle Schweiz Choisysstrasse 1 Postfach 8124 3001 Bern info@sbk-asi.ch
Schweizerischer Dachverband der Vereinigungen von Angehörigen psychisch Kranker VASK Schweiz Organisation faitière des proches des malades psychiques VASK Suisse Associazione delle organizzazioni regionali dei famigliari di malati psichici VASK Svizzera	Langstrasse 149 8004 Zürich info@vask.ch
Schweizerischer Katholischer Frauenbund SKF Ligue suisse des femmes catholiques SKF Unione svizzera delle donne cattoliche SKF	Postfach 7854 6000 Luzern 7 info@frauenbund.ch
Schweizerischer Seniorenrat SSR Conseil suisse des aînés CSA Consiglio svizzero degli anziani CSA	Worblentalstrasse 32 3063 Ittigen / Bern info@ssr-csa.ch
Schweizerischer Verband der Versicherten ASSUAS Association Suisse des Assurés ASSUAS Associazione Svizzera degli Assicurati ASSUAS	Avenue Vibert 19 casa postale 1911 1227 Carouge assuas.ch@bluewin.ch
Schweizerischer Verband für Frauenrechte SVF Association suisse pour les droits de la femme ADF	Postfach 2206 4001 Basel adf_svf_secret@bluewin.ch
Schweizerischer Verband für Seniorenfragen SVS	Grossmorgen 5 8840 Einsiedeln ubrue@bluewin.ch

Schweizerisches Rotes Kreuz SRK Croix-Rouge Suisse CRS Croce Rossa Svizzera CRS	Postfach 3001 Bern info@redcross.ch
Selbsthilfe Schweiz Info-Entraide Suisse Auto-Aiuto Svizzera	Laufenstrasse 12 4053 Basel info@selbsthilfes Schweiz.ch
Société Médicale de la Suisse Romande SMSR	pa chemin de Mornex 38 Case postale 7443 1002 Lausanne info@smsr.ch
Stiftung für Konsumentenschutz SKS Fondation pour la protection des consommateurs Fondazione per la protezione dei consumatori	Monbijoustrasse 61 Postfach 3000 Bern 23 info@konsumentenschutz.ch
Stiftung Patientenschutz SPO Fondation Organisation suisse des patients OSP Fondazione Organizzazione svizzera dei pazienti OSP	Geschäftsstelle Häringstrasse 20 8001 Zürich spo@spo.ch
Verband Kinder-Spitex Schweiz Association Soins pédiatriques à domicile Suisse Associazione Cure pediatriche a domicilio Svizzera	Schauffhauserstrasse 85 8057 Zürich gerber@kinderspitex-zürich.ch
Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz Senesuisse Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées Suisse Senesuisse	Kapellenstrasse 14 Postfach 5236 3001 Bern info@senesuisse.ch
Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH Fédération des médecins suisses FMH Federazione dei medici svizzeri FMH	Postfach 300 Elfenstrasse 18 3000 Bern 15 info@fmh.ch
Vereinigung aktiver Senioren und Selbsthilfe- Organisationen der Schweiz VASOS Fédération des Associations des retraités et de l'entraide en Suisse FARES Federazione associazioni dei pensionati e d'autoaiuto in Svizzera	VASOS / FARES 3000 Bern info@vasos.ch

27. Juni 2018 / 27 juin 2018 / 27 giugno 2018

Partini Marilena (CHA)

De: Gargantini Niggeler Laurence (CHA)
Envoyé: mardi 4 septembre 2018 14:25
À: Service adm CE (CHA)
Objet: TR: Vernehmlassung Vereinbarkeit Angehörigenbetreuung/Proches aidants: ouverture de la consultation/Consultazione sulla conciliabilità dell'assistenza ai familiari

Pièces jointes: 01 Kantonsschreiben VN Vereinbarkeit Angehörigenbetreuung DE.pdf; 01 Lettre informative cantons proches aidants_FR.pdf; 01 lettera informative cantoni familiari assistenza IT.pdf; 02_180823_VE_BG Vereinbarkeit Angehörigenbetreuung_Korrigendum DE.pdf; 02_180823 AP_Conciliation proches aidants_corridendum FR.pdf; 02_180823_AP_conciliabilità assistenze familiari corrigendum_IT.pdf

Indicateur de suivi: Assurer un suivi
État de l'indicateur: Avec indicateur

Catégories: courrier

Bonjour,

C'est pour vous.

Avec mes meilleurs messages.

Laurence Gargantini Niggeler
 Assistante de direction

REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE
 Département présidentiel
Chancellerie d'Etat
 Rue de l'Hôtel-de-Ville 2
 Case postale 3964 - 1211 Genève 3
 Code d'acheminement : A106ER/CHA
 Tél.: +41 22 327 95 07 - Fax : +41 22 327 95 19



**Semaine de
la démocratie**
 15 septembre et du
1^{er} au 6 octobre 2018

De : proches.aidants@bag.admin.ch [mailto:proches.aidants@bag.admin.ch]
Envoyé : mardi 4 septembre 2018 12:24
À : proches.aidants@bag.admin.ch
Objet : Vernehmlassung Vereinbarkeit Angehörigenbetreuung/Proches aidants: ouverture de la consultation/Consultazione sulla conciliabilità dell'assistenza ai familiari

La version française figure ci-dessous. La versione italiana è disponibile sotto.

Sehr geehrte Damen und Herren

In der Beilage senden wir Ihnen das Informationsschreiben mit Präzisierungen zur titelerwähnten Vernehmlassung und die korrigierte Fassung des Vorentwurfs zu.

Die Vernehmlassungsunterlagen stehen Ihnen auf folgender Seite zum Herunterladen zur Verfügung:

https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/aktionsplan-pflegende-angehoerige/bessere_anerkennung_pflegende_angehoerige.html

Wir bitten Sie, Ihre Stellungnahme vorzugsweise elektronisch spätestens bis am 16. November 2018 beim Bundesamt für Gesundheit, Abteilung Gesundheitsstrategien, 3003 Bern einzureichen:

gever@bag.admin.ch und
proches.aidants@bag.admin.ch

Rückfragen richten Sie bitte an:

- Allgemeines: Frau Regula Rička, Bundesamt für Gesundheit (Tel.: 058 462 63 79, Email: regula.ricka@bag.admin.ch).
- Obligationenrecht: Herr Bassem Zein, Bundesamt für Justiz (Tel.: 058 462 36 22, Email: bassem.zein@bj.admin.ch).
- Erwerbsersatzgesetz und Betreuungsgutschriften: Frau Katharina Schubarth, Bundesamt für Sozialversicherungen (Tel.: 058 462 84 11, Email: katharina.schubarth@bsv.admin.ch).

Wir bitten Sie höflich um eine Bestätigung der Email.

Freundliche Grüsse
Regula Ricka

Madame, Monsieur,

Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) mène une consultation auprès des cantons, des partis politiques, des associations faitières de l'économie qui œuvrent au niveau national ainsi que des milieux intéressés relative à l'avant-projet de la loi fédérale sur l'amélioration de la conciliation entre activité professionnelle et prise en charge de proches.

Vous trouverez ci-joint le lettre d'information et le corrigendum. Vous pouvez télécharger tous les documents relatifs à la consultation sur le site suivant:

https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/aktionsplan-pflegende-angehoerige/meilleure_reconnaissance_proches_aidants.html

Nous vous prions de nous faire parvenir votre prise de position d'ici au 16 novembre 2018, de préférence par voie électronique, à la Division stratégies de la santé de l'Office fédéral de la santé publique:

gever@bag.admin.ch et
proches.aidants@bag.admin.ch

Pour toute question ou demande d'informations, vous pouvez prendre contact avec :

- Généralités : Mme Regula Rička, Office fédéral de la santé publique (tél. : 058 462 63 79, courriel : regula.ricka@bag.admin.ch)
- Droit des obligations : M. Bassem Zein, Office fédéral de la justice (tél. : 058 462 36 22, courriel : bassem.zein@bj.admin.ch)
- Loi sur les allocations pour perte de gain et bonifications pour tâches d'assistance : Mme Katharina Schubarth, Office fédéral des assurances sociales (tél. : 058 462 84 11, courriel : katharina.schubarth@bsv.admin.ch)

Nous vous remercions de votre collaboration et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

Regula Ricka

Gentili Signore e Signori,

il Dipartimento federale dell'interno DFI avvia una procedura di consultazione presso i Cantoni, i partiti politici, le associazioni mantello nazionali dell'economia e le cerchie interessate concernente la legge federale concernente il miglioramento della conciliabilità tra attività lucrativa e assistenza ai familiari.

Troverete in allegato la lettera d'informazione e il corrigendum. La documentazione per la procedura di consultazione Lei possono essere scaricati da Internet al seguente indirizzo:

<https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/aktionsplan-pflegende-angehoerige/aktionsplan-pflegende-angehoerige.html>

Vi invitiamo a inviare il vostro parere, preferibilmente in forma elettronica, al più tardi entro il 16 novembre 2018 all'Ufficio federale della sanità pubblica, Divisione Politica della sanità:

gever@bag.admin.ch e
proches.aidants@bag.admin.ch

Per domande ed eventuali informazioni potete rivolgervi a:

- In generale: Regula Ricka, Ufficio federale della sanità pubblica (tel.: 058 462 63 79, e-mail: regula.ricka@bag.admin.ch)
- Codice delle obbligazioni: Bassem Zein, Ufficio federale di giustizia (tel.: 058 462 36 22, e-mail: bassem.zein@bj.admin.ch)
- Legge sulle indennità di perdita di guadagno e accrediti per compiti assistenziali: Katharina Schubarth, Ufficio federale delle assicurazioni sociali (tel.: 058 462 84 11, e-mail: katharina.schubarth@bsv.admin.ch)

Distinti saluti

Regula Ricka

Dr. Regula Ricka, PhD, MPH

Gesundheits- und Pflegewissenschaftlerin

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Sektion Nationale Gesundheitspolitik

Schwarzenburgstrasse 157, CH-3003 Bern
Tel. +41 58 462 63 79 Fax +41 58 462 34 37
<mailto:regula.ricka@bag.admin.ch>
<http://www.bag.admin.ch>



Fédération genevoise des
Associations de Personnes
Handicapées et de leurs proches

Proches aidants :

Projet de loi 12169 modifiant la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile (LSDom) (K 1 06) : droit au répit

Motion 2442 pour une reconnaissance légale de l'engagement non professionnel

Papier de position

Novembre 2018 (mise à jour janvier 2019)

Fégaph - Fédération genevoise d'associations de personnes handicapées et de leurs proches
p.a. insieme-Genève, 7, rue de la Gabelle, 1227 Carouge
Courriel : info@fegaph.ch / www.fegaph.ch

Fédération genevoise des associations de personnes handicapées et de leurs proches, Fégaph
PROJET DE LOI 12169 et Motion 2442 : Proches aidants : Propositions et remarques

2018 Novembre - 2019 Janvier

Enjeux :

Dans le cadre de sa politique de la santé, le canton de Genève a développé un important dispositif de soins à domicile, notamment suite à une initiative populaire au milieu des années 80. Aujourd'hui, le Conseil d'Etat désire améliorer l'organisation de l'ensemble du dispositif sanitaire cantonal public et privé, le réseau de soins, en renforçant la collaboration de tous les divers acteurs (*voir liste en annexe, p. 33 et ss*) qui y participent (PL 12263, Loi K 1 04). Cette collaboration renforcée prévoit que ces acteurs deviennent des « partenaires » du réseau de soins en s'engageant par la signature d'une « Charte de Collaboration » (Art. 6 et 11).

Les personnes vivant avec une ou des incapacités (= *personnes handicapées - en langage législatif*), l'accès à la santé est un problème connu, une situation de handicap en fait, comme le démontre le « Rapport mondial sur le handicap » (*cf. http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/fr/*) ! (*voir Infographie de synthèse, OMS, 2011, en annexe, p. 33*). L'OMS y rappelle que les personnes vivant avec une ou des incapacités ont les mêmes besoins de soins de santé que tout autre personne. Et elles ont une probabilité :

2 fois plus grande de trouver des prestataires sans les compétences requises,

3 fois plus grande de se voir refuser les soins,

et 4 fois plus grande d'être mal soignées dans le système de soins !

Pour les associations représentantes des personnes handicapées associées à la Fégaph (*cf. annexe, p. 33*), un tel Projet de loi est donc très important car elles ont des besoins particuliers.

Pour ce qui concerne particulièrement les proches aidants, il ressort 3 choses importantes :

1. l'organisation genevoise en faveur des proches aidants est centrée formellement pour les proches aidants les personnes âgées et, à la marge, des personnes vivant avec des incapacités, essentiellement intellectuelles et psychiques. Ainsi, les besoins des proches aidants des personnes vivant avec des incapacités sensorielles ou motrices ne sont pas pris en compte, ce qui représente une discrimination claire ;
2. les « prestations » des proches aidants des personnes vivant avec des incapacités sont peu documentées, selon S. Pin, 2017¹ ;
3. le rôle de « proches aidants remplis par les associations de personnes handicapées et de leurs proches n'est actuellement pas reconnu.

En conséquence, ce Projet de Loi 12169 et cette Motion 2442 arrivent à point nommé pour la Fégaph. Il est urgent de mettre à jour la politique cantonale en faveur des proches aidants en incluant clairement les proches aidants des personnes vivant avec des incapacités, quelles qu'elles soient.

Nos remarques et propositions sont détaillées ci-après.

Les points majeurs sont :

L'inclusion des personnes handicapées, par leurs associations, au sein du réseau de soins et donc des Commissions consultatives idoines, notamment

- en étant reconnues comme partenaires (K 1 04 selon PL 12263 : art 8),
- en étant reconnues comme proches aidants (K 1 04 selon PL 12263 : art. 3, 10, 18 et 19)
- et pouvant recourir aux services des structures de répit comme aux UATR (K 1 04 selon PL 12263 : art. 3, 10, 25 et 26).

¹ Pin S, 2017, « Le concept de proche aidant », 17^e Journée à thème de la Fondation romande des malentendants, p.30 (IUMSP, Lausanne)

Le respect de leurs droits fondamentaux, comme l'indiquent les articles 16 et 209 de la Constitution genevoise et la Convention des droits des personnes handicapées de l'ONU, ratifiée par la Suisse en 2014 ² par :

- l'amélioration de l'accueil et des soins aux personnes vivant avec des incapacités dans les institutions de soins, comme bénéficiaires, notamment la reconnaissance de leur expertise quant à leurs besoins de soins (K 1 04 selon PL 12263 : art. 3, 16, 23, 25, 26, 27, 28),
- le développement des bonnes pratiques (EBM et EBN³) (K 1 04 selon PL 12263 : art. 13 et 16)
- le développement de la formation avec le concours des associations représentatives (K 1 04 selon PL 12263 : art. 10, 14).

Projet de loi 12169 pour le droit au répit des proches aidants (LSDom, K 1 06)	Commentaires article par article (selon PL 12263)	Fégaph : Propositions, Remarques et Explications
Projet de : loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile		<div>XXXX OK</div> <div>XXXX = points important que nous soulignons</div> <div>INTRODUIRE : Ajout proposé</div> <div>CCCC = Spécifique aux personnes représentées par le CFRGe, notamment personnes médulolésées, voire aux personnes handicapées</div>

Structure du présent Papier de position :

PL 12169 : Droit au répit : articles, commentaires et remarques de la Fégaph	page 4
Motion 2442 : Reconnaissance légale de l'engagement non professionnel : articles, commentaires et remarques de la Fégaph	page 5
Annexes :	
Membres de la Fégaph	page 10
Membres de la Commission consultative pour le soutien des proches aidants actifs à domicile	page 10
PL 12169 : Droit au répit : Exposé des motifs	page 12
MOTION 2442 : Reconnaissance légale de l'engagement non professionnel : Considérants et Exposé des motifs	page 16

² (<https://www.edi.admin.ch/edi/fr/home/fachstellen/bfeh/droit/international0/uebereinkommen-der-uno-ueber-die-rechte-von-menschen-mit-behinde.html>)

³ EBM : Evidence-Based Medicine, EBN : Evidence-Based Nursing

Projet de loi 12169 pour le droit au répit des proches aidants (LSDom, K 1 06)	Commentaires article par article (selon PL 12169)	Fégaph : Propositions, Remarques et Explications
Art. 7, al. 2 (K 1 06)	Article 7, al. 2	<p>À mon avis, la nouvelle Loi sur LRSDom (K 1 04) parle clairement des proches aidants (art. 3- al. 5, 10, 18 et 19) et donc les propositions de ce PL 12169 devraient y être incluse. Cette décision relève toutefois de la compétence du législateur.</p>
<p>² Les proches-aidants qui en font la demande ont droit à 28 jours au minimum et, en principe, à 45 jours au maximum de répit par année civile.^a</p>	<p>Un droit au répit pour les proches-aidants qui en font la demande est introduit dans la loi. Cela signifie que l'Etat doit être en mesure de prendre en charge le proche aidé pour une durée de 28 jours au minimum par année, soit 4 semaines et, en principe, de 45 jours au maximum. Le droit porte sur un nombre de jours par année et non sur une période forcément choisie par le proche-aidant compte tenu du fait que cela pourrait conduire à des difficultés de gestion des lieux d'accueil difficilement surmontables. Le chiffre de 45 jours de répit au maximum est repris de l'actuel RSDom. Le réseau de soins fixera la durée du droit dans le cadre de la fourchette prévue par la loi en tenant compte du degré d'investissement du proche-aidant et de son besoin de répit, tout en gardant la possibilité de fixer un droit plus élevé dans des cas exceptionnels qui le justifient. □</p>	<p>Nous avons, de prime abord, un peu de peine avec une limitation du nombre de jours de répit par année! même si nous comprenons le raisonnement.</p> <p>Pour les autres points, bien sûr que le CFRGe les soutiens.</p> <p>Les personnes affiliées au CFRGe sont parmi celles présentant une des charges les plus importantes (soins de base et experts par professionnel-le-s: 2 à 4h/jour, soutien et activités domestiques: constant, de façon perlée, sur la journée).</p> <p>Ce soutien, hormis l'aspect opérationnel, comprend également une charge psychologique non négligeable. En effet, les personnes médulolésées se confrontant régulièrement à la question du sens de leur vie; même si elles sont dans cette situation depuis plus de 10 ans, ou plus de 20 ans et actives dans la vie sociale et économique, cette question est récurrente, entre 1 fois/semaine à 1fois/mois. Les proches aidant-e-s étant aussi, eux-mêmes, confronté-e-s à cette question tant pour eux-mêmes que pour leur proche médulolésé.</p>
Art. 7, al. 3 (K 1 06)	Article 7, al. 3	

3 Le Département développe les structures du réseau de soins nécessaires à la prise en charge des bénéficiaires afin que les proches-aidants puissent pleinement exercer leur droit au répit.	Compte tenu du fait que les besoins des proches-aidants et des personnes aidées sont en constante évolution, définir la capacité des structures nécessaires de manière figée dans la loi n'est pas adéquat. Le principe selon lequel le canton développe les structures du réseau de soins afin que les proches-aidants puissent pleinement exercer leur droit au répit est donc inscrit dans la loi. □	
Art. 7, al. 4 (K 1 06)	Article 7, al. 4	
4 Le Département informe les proches-aidants de leur droit au répit.	L'exercice du droit au répit nécessite une demande de la part du proche-aidant. Il faut donc qu'il soit informé de son droit, des différentes offres existantes ou encore de la manière de formuler sa demande afin que le droit au répit soit concrétisé. Le principe d'une information par le Département sur le droit au répit auprès des proches-aidants est donc nécessaire.	
Art. 28, al. 3, nouveau (K 1 06)	Article 28, al. 3	
Modification du ...	Cette disposition transitoire laisse 5 ans au canton pour développer les structures du réseau de soins nécessaires à l'exercice par les proches-aidants de leur droit au répit, compte tenu du temps nécessaire à la réalisation des structures adéquates.	
3 Le Département dispose de 5 ans dès l'entrée en vigueur de la modification du «date de la modification» pour développer les structures du réseau de soins nécessaires à la prise en charge des bénéficiaires afin que les proches-aidants puissent pleinement exercer leur droit au répit selon l'article 7, alinéa 2.		
Motion=2442 pour une reconnaissance légale de l'engagement non professionnel des proches aidants		
au Conseil d'État : 1 ^{er} invite	au Conseil d'État : 1 ^{er} invite	
à compléter la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile (LSDom) par une loi connexe spécifiquement dédiée aux proches aidants, à savoir une loi sur les proches aidants (LPA) ; □		Pour le CFRGe, la nouvelle Loi sur LORSDom parle clairement des proches aidants (art. 3-al. 5, 10, 18 et 19) et donc les propositions de cette motion devraient y être incluse. Cette décision

OD/1^{er} remarques au DEAS sur Avant-projet par CFRGe-20170605

PV015_18012019_A_1.docx

2019-01-23 / Page 5 sur 18

		relève toutefois de la compétence du législateur.
à inscrire notamment dans cette LPA : □ 2 ^e invite 1 une définition dans la loi du statut de proche aidant, avec la reconnaissance du cercle familial proche ; □	à inscrire notamment dans cette LPA : □ 2 ^e invite 1 PL 12263 propose : Art. 3, al. 5 : Par proche aidant, on entend une personne de l'entourage immédiat d'un bénéficiaire dépendant d'assistance pour certaines activités de la vie quotidienne, qui, à titre non-professionnel et informel, lui assure de façon régulière des services d'aide, de soins ou de présence, de nature et d'intensité variées destinés à compenser ses incapacités ou difficultés ou encore à assurer sa sécurité, le maintien de son identité et de son lien social.	
2 ^e invite 2 les conditions d'attribution de ce nouveau statut légal de proche aidant ; □	2 ^e invite 2 PL 12263 propose : Art. 18, al. 1 : Le soutien aux proches aidants a pour but de reconnaître l'importance de leur rôle et de l'aide qu'ils procurent aux personnes de leur entourage.	Comme déjà dit, les associations de personnes handicapées et de leurs proches, s'occupent effectivement du soutien comme de l'accompagnement de leurs membres et des personnes qu'elles représentent, notamment en leur proposant diverses activités permettant notamment de maintenir et développer leur lien social. Les activités proposées sont bien sûr adaptées à leurs troubles, incapacités, limitations et restrictions de participation. Al. 2 : Une des associations membre de la FégaPh, le CFRGe s'occupe de personnes médullosées et est bien sûr particulièrement intéressée par des mesures de répit, d'accompagnements. Toutefois, les soins et l'accompagnement de ces personnes nécessitent des connaissances et compétences particulières qui ne sont pas disponibles dans les

OD/1^{er} remarques au DEAS sur Avant-projet par CFRGe-20170605

PV015_18012019_A_1.docx

2019-01-23 / Page 6 sur 18

		<i>infrastructures de répit. Comme déjà dit, cette associations est disponible pour collaborer au développement de réponses adaptées, notamment par de la formation aux professionnelle-le-s de ces lieux de répit.</i>
2^e invite 3 les propositions du gouvernement relatives à la conciliation du cadre professionnel avec le statut de proche aidant ^a	2^e invite 3 PL 12263 propose : Art. 18, al. 2 : <i>Le réseau de soins garantit des mesures de répit, d'accompagnement, de conseil et d'information aux proches aidants dans le but de favoriser le maintien à domicile.</i>	al. 5 : Les associations de personnes handicapées et de leurs proches s'occupent effectivement du soutien comme de l'accompagnement de leurs membres, notamment en leur proposant diverses aides, activités sociales, permettant notamment de maintenir et développer leur lien social, et le maintien de leur identité. Les activités que nous proposons sont bien sûr adaptées à leurs incapacités, troubles, limitations et restrictions de participation. <i>Par exemple, une association comme le CFRGe, s'occupant de personnes médullosées, est bien sûr concernée par la question de l'identité de ses membres ; en effet, ceux-ci au premier chef sont confrontés à la modification de leur identité. De même, les personnes médullosées, de par leur lésion, peuvent voir leur sécurité vitale mise en danger de façon rapide.</i> <i>Au vu de cela, : Les associations de personnes handicapées et de leurs proches doivent être considérées comme « proche aidante ».</i>
2^e invite 4 un barème des déductions fiscales prévues pour les proches aidants, à titre de compensation et de reconnaissance ; ^a	2^e invite 4	
2^e invite 5	2^e invite 5	

l'obligation de promouvoir et de rendre largement accessibles aux proches aidants toutes les informations relatives aux prestations cantonales existantes, en termes de conseil, de soutien, de formation, d'infrastructures ou de soutien financier ; ^a	PL 12263 propose : Art. 10, al. 1 : <i>Le réseau de soins doit :</i> c) favoriser l'aide aux proches aidants, d) promouvoir l'information aux bénéficiaires et leurs proches aidants, e) assurer le développement des compétences des professionnels du réseau de soins.	al. 1, litt. c) et d) : les associations de personnes handicapées et de leurs proches, sont intéressées par des possibilités d'aide ou soutien aux proches aidants comme la promotion de l'information aux « bénéficiaires » de soins (leurs membres) et à « leurs proches aidants » (parfois également membre des associations). al. 1, litt. e) : les associations de personnes handicapées et de leurs proches sont disponibles pour cela. <i>Par exemple, le CFRGe, association spécialisée auprès des personnes vivant avec des lésions médullaires est compétente (avec ses associations faitières ASP et FSP) pour collaborer au développement des compétences des professionnels du réseau, particulièrement en matière de soins, traitements et accompagnement des personnes médullosées.</i>
2^e invite 6 le rôle des proches aidants dans le réseau de soins genevois, en coordination avec les autres acteurs médico-sociaux reconnus ;	2^e invite 6	
2^e invite 7 le mandat de la commission consultative pour les proches aidants actifs à Genève, désormais reconnue comme une commission officielle du Conseil d'Etat, à l'image de la commission de coordination du réseau de soin et du maintien à domicile ;	2^e invite 7 PL 12263 propose : Art. 19, al. 1 : <i>Il est instituée une commission consultative pour le soutien des proches aidants actifs à domicile, sous la présidence de la direction générale de la santé.</i> Art. 19, al. 2 : <i>Le département fixe par voie réglementaire la composition et les tâches de cette commission ainsi que le catalogue des prestations aux proches aidants.</i>	Actuellement, les associations de personnes handicapées et de leurs proches, représentantes des personnes vivant avec des incapacités et nécessitant des soins au sens de la LAMal (quelques soient leurs fréquences) ne sont pas représentées dans cette Commission de coordination. Cela, alors qu'elles vivent à domicile (la majorité) ou dans les établissements pour personnes handicapées, par exemple. <i>Ces associations sont totalement concernées par les 3 missions indiquées à l'Al. 2 de cet article. Enfin, pour rappel, selon les données de l'OMS</i>

		dans son plan d'action 2016-2021 en faveur des personnes handicapées, c'est 15% de la population de plus de 15 ans qui vit avec une ou des incapacités. Ce qui pour Genève, selon les données de l'OCSTAT au 31.12.2017, représente 63221 personnes. (Voir : http://www.who.int/disabilities/actionplan/fr/ / ET http://www.who.int/disabilities/infographic/fr/) al. 2 : La Fégap soutient la participation à une telle Commission de ses associations membres, plus particulièrement celles représentantes de personnes fortement utilisatrices ou dépendantes du Réseau de soins .
2 ^e invite 8 une évaluation quadriennale externe de la politique du Conseil d'Etat en faveur des proches aidants, adressée au Grand Conseil.	2 ^e invite 8 le statut légal et	l'évaluation quadriennale, devrait correspondre à la législature donc quinquennale.

Annexes, pages suivantes

ANNEXES :

La Fégap :

Membres ordinaires (avec droit de vote)

- AGEPES Association genevoise de parents d'élèves de l'enseignement spécialisé
- AGPEDA Association genevoise des parents d'enfants déficients auditifs
- ARPA Association romande des parents d'aveugles et malvoyants
- Autisme Genève
- Cerebral Genève Association en faveur des personnes infirmes motrices cérébrales (et/ou polyhandicapées) et de leurs familles
- CFR Genève Club en fauteuil roulant Genève (section de l'Association suisse des paralégiques)
- EPI Suisse Organisation regroupant les personnes épileptiques et leurs proches
- EPIS Ensemble pour l'inclusion scolaire
- FRAXAS Association X fragile Suisse (anciennement Le Cristal)
- FSA Genève Fédération suisse des aveugles et malvoyants
- FSS Fédération suisse des sourds
- Insieme Genève Association genevoise de parents et d'amis de personnes mentalement handicapées
- Le Relais Association de proches de personnes atteintes de troubles psychiques
- Procap Genève Pour personnes avec handicap
- RESEPI Association de parents d'enfants épileptiques pharmacorésistants
- SAMED Soutenir et accompagner les mères d'enfants différents

Membres de soutien

- AGM Association genevoise des malentendants
- ASPEDAH Association suisse romande de parents et d'adultes concernés par le trouble du déficit d'attention/hyperactivité
- PMS Pro Mente Sana Romandie (Genève)
- Unisourd

Liste des membres de la Commission consultative pour le soutien des proches aidants actifs à domicile, 2012 (consultation sur internet le 8 novembre 2018, seule liste trouvée : http://ge.ch/sante/media/site_sante/files/imce/planification-reseau-soins/doc/comm-consul-proches-aidants_vfinale_121018.pdf) document de 2012)

Direction générale de la santé (DGS)
Association des proches aidants à Genève

Association Le Relais

Association genevoise de parents et d'amis de personnes mentalement handicapées (Insieme-Genève)

Fédération genevoise des associations de personnes handicapées et de leurs proches, FégaPh
PROJET DE LOI 12169 et Motion 2442 : Proches aidants : Propositions et remarques

2018 Novembre - 2019 Janvier

Association genevoise des foyers pour personnes âgées

Association Alzheimer Genève^a

Pro Infirmis Genève

Pro Senectute Genève

Croix-Rouge genevoise^a

Ligue genevoise contre le cancer

Fondation des services d'aide et de soins à domicile (FSASD)

Direction générale de l'action sociale (DGAS)

Hospice général

Plateforme des associations d'ainés de Genève

Association romande des familles d'enfants atteints d'un cancer (ARFEC), antenne de Genève

Hôpitaux universitaires de Genève

Département de la cohésion sociale et de la solidarité de la Ville de Genève

Palliative Genève

OD/1^{re} remarques au DEAS sur Avant-projet par CFRGe-20170605

PV015_18012019_A_1.docxx

2019-01-23 / Page 11 sur 18

Fédération genevoise des associations de personnes handicapées et de leurs proches, FégaPh
PROJET DE LOI 12169 et Motion 2442 : Proches aidants : Propositions et remarques

2018 Novembre - 2019 Janvier

PROJET DE LOI 12169 EXPOSÉ DES MOTIFS

Mesdames et Messieurs les député·e·s,

Le développement d'une politique publique en faveur des proches-aidants a occupé le Grand Conseil à de nombreuses reprises ces dernières années. Les motions M 1866 et M 1876, déposées en 2009, ont fait l'objet de nombreux rapports et allers-retours entre le Grand Conseil et le Conseil d'Etat. Le dernier rapport en date⁴

a débouché sur la motion M 2155. Celle-ci a été adoptée et a fait l'objet d'un rapport du Conseil d'Etat en octobre 2014. D'autre part, le Conseil d'Etat a rendu, toujours en octobre 2014, le rapport RD 1061⁵, découlant du vote de la loi 10611 en mai 2010. Un rapport de plus, serions-nous tentés de dire avec quelques années de recul, face au manque de moyens investis pour développer cette politique publique pourtant reconnue non seulement comme nécessaire mais aussi comme judicieuse sur le plan économique pour l'Etat! En effet, les besoins des proches-aidants ont été identifiés de longue date tout comme les économies réalisées par l'Etat lorsque des proches prennent en charge une personne ayant besoin d'assistance plutôt que de se tourner, notamment, vers une prise en charge en établissement pour personnes âgées.

55'000 proches-aidants

Pour rappel, la *Commission consultative pour le soutien des proches-aidants à domicile*, créée suite au dépôt de la motion M 1866 et active depuis 2012, a adopté la définition suivante du proche-aidant : « Une personne de l'entourage immédiat d'un individu dépendant d'assistance pour certaines activités de la vie quotidienne, qui, à titre non-professionnel et informel, lui assure de façon régulière des services d'aide, de soins ou de présence, de nature et d'intensité variées destinés à compenser ses incapacités ou difficultés ou encore d'assurer sa sécurité, le maintien de son identité et de son lien social. Il peut s'agir de membres de la famille, voisins ou amis. Cela ne concerne pas les formes organisées de bénévolat. »⁶

□ Le nombre de proches-aidants n'est pas facile à déterminer compte tenu du fait que ceux-ci n'ont pas de statut officiel. « L'enquête suisse sur la santé (ESS) de 2012 offre quelques réponses à la question lancinante du dénombrement des proches-aidants. Dans le canton de Genève et selon les chiffres fournis par l'OCSTAT, environ 22% des personnes âgées de 15 ans ou plus, soit environ 88'000 individus, aident régulièrement – sans être payées pour cela – une ou des personnes qui ont des problèmes de santé, qu'elles vivent ou non avec elles. Ces proches-aidants sont majoritairement des femmes (61%) et plus de 75% d'entre eux ont moins de 65 ans. Les modalités de réponse à la question "A quelle fréquence faites-vous cela ?" permettent de s'approcher de la définition du proche-aidant adoptée par la commission consultative, en ne considérant que les modalités "Presque tous les jours" et "A peu près une fois par semaine", et en ignorant les modalités "A peu près une fois par mois" et "Quelques fois par année". Selon ces critères plus restrictifs, le pourcentage de proches-aidants âgés de 15 ans ou plus dans la population genevoise passe alors de 22 à 14% environ, soit 55'000 personnes. »⁷

⁴ Disponible sous : <http://ge.ch/grandconseil/data/texte/M02155.pdf>

⁵ RD 1061, *Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur l'évaluation de l'exploitation des unités d'accueil temporaire de répit (UATR) de l'institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) et des lits - UATR - des Cliniques genevoises de Joli-Mont et de l'unité pilote d'unité d'accueil temporaire médicalisée (UATM)*, disponible sous : <http://ge.ch/grandconseil/data/texte/RD01061.pdf>

⁶ <http://ge.ch/grandconseil/data/texte/M02155.pdf>, p. 31.

⁷ <http://ge.ch/grandconseil/data/texte/M02155A.pdf>, p. 5.

OD/1^{re} remarques au DEAS sur Avant-projet par CFRGe-20170605

PV015_18012019_A_1.docxx

2019-01-23 / Page 12 sur 18

Le répit, premier besoin des proches-aidants

Selon l'enquête *AGENEva Care* datant de juillet 2015⁸ et ayant sondé la situation des proches-aidants des clients de l'IMAD :

- 65% des proches-aidants sont *mariés ou en couple* avec la personne aidée ; □
- la moitié des proches-aidants *habitent* avec la personne aidée ; □
- 19,7% des proches qui apportent de l'aide à leur père ou à leur mère *vivent* avec la personne aidée ; □
- un tiers des proches-aidants *travaillent* et 46% sont retraités ; □
- l'aide est apportée *depuis plus de 8 ans en moyenne*, 12 ans quand le proche □ est un conjoint ou concubin et 6 ans quand le proche est un enfant ; □□□□
- plus du quart des proches-aidants (26.8%) estiment que les personnes auxquelles ils apportent de l'aide sont très *dépendantes*, 34.2% qu'elles sont modérément, 26.6% faiblement dépendantes et 12.4% qu'elles sont majoritairement indépendantes ; □
- en moyenne, la *durée de l'aide hebdomadaire* est de 27 heures. Un conjoint ou concubin apporte 52 heures d'aide par semaine, un enfant 16 heures ; □
- l'*intensité de l'aide* est fortement liée au degré de dépendance de la personne aidée. Un proche-aidant s'occupant d'un proche considéré comme fortement dépendant lui consacre 61 heures par semaine ; □
- la principale répercussion de l'aide apportée par les proches est la *fatigue* qui concerne 63% des proches-aidants. La moitié des personnes interrogées déclare que le soutien qu'ils apportent à leur proche a des répercussions sur leur bien-être (49.8%) et une proportion quasiment équivalente (49.4%) ressent un sentiment d'*emprisonnement* lié à leur statut de proche-aidant. □
- 70% des proches-aidants expriment leur besoin de *faire une pause*, et un tiers déclare n'avoir personne pour les remplacer dans ce cas-là. Les proches prenant en charge un conjoint ou concubin manifestent plus fréquemment un besoin de répit et sont également ceux qui en ont le moins la possibilité. □
- plus de la moitié des proches-aidants (56.2%) estiment que *des informations et des conseils* sur le type d'aide et de soutiens disponibles, ainsi que sur les moyens de les obtenir, leur seraient utiles en tant que proches impliqués dans l'aide et les soins. □

L'enquête *AGENEva Care* identifie 3 besoins principaux des proches-aidants : □

- un *besoin d'information* ; la LSDom et le RSDom prévoient d'ores et déjà des mesures d'information. Celles-ci sont de toute évidence insuffisamment mises en œuvre, mais cela ne relève plus du contenu législatif mais de la mise en œuvre de la loi par le DEAS ; □
- un *besoin de reconnaissance et de coordination* qui semble devoir être mis en œuvre avant tout dans les pratiques concrètes du réseau de soin, via le DEAS ; □
- un *besoin de suppléance et de répit*. □

Le présent projet de loi est centré sur le besoin de répit dans la mesure où il nécessite de toute évidence le développement de nouvelles prestations qui, bien qu'elles existent, sont peu connues et très peu développées face au nombre de proches-aidants qui devraient, compte tenu de leur implication, du stress et de la fatigue qui en découle, pouvoir en bénéficier.

L'offre de répit pour les proches-aidants

⁸ Étude sur les proches-aidants et les professionnels de l'Institution genevoise de maintien à domicile dans le Canton de Genève, juillet 2015, disponible sous : http://ge.ch/sante/media/site_sante/files/imce/planification-reseau-soins/doc/ddp_rapport_commission_proches_aidants_dgs_agenevacare_juillet2015_v1.pdf.

OD/1^{re} remarques au DEAS sur Avant-projet par CFRGe-20170605

PV015_18012019_A_1.docxx

2019-01-23 / Page 13 sur 18

L'offre actuelle pour les proches-aidants en matière de répit – soit la possibilité de pouvoir être relevé temporairement de ses tâches quotidiennes auprès du proche aidé – est constituée à Genève principalement (selon la page internet que leur consacre l'Etat de Genève), des UATR, de l'UATM et de l'offre de prise en charge à la journée par des foyers pour personnes âgées.

Les *Unités d'Accueil Temporaire et de Répit* (UATR) constituent la principale source de répit pour les proches-aidants. Il y a deux UATR à Genève (Thônex, IEPA *Les Jumelles et Villereuse*) qui accueillent temporairement les personnes aidées pour permettre au proche-aidant d'avoir quelques jours de répit. Cinq lits sont également disponibles dans des EMS (Bon Séjour, Val Fleuri, Foyer Saint Paul, La Louvière).

L'*Unité d'Accueil Temporaire Médicalisée* (UATM) offre la possibilité aux médecins traitants de faire admettre des patients pour un court séjour, de 24 heures à quelques jours. Cela peut être une relève pour un proche-aidant dans une situation médicale temporaire qui le nécessite. Cette offre vise avant tout à répondre à un besoin médical temporaire (géré par *Cité générations*) de la personne aidée plutôt qu'à répondre au besoin de répit d'un proche-aidant, même si elle peut y concourir.

L'*Association genevoise des foyers pour personnes âgées* offre des prises en charge à la journée et parfois de nuit dans neuf foyers. Cette offre peut permettre de libérer ponctuellement un proche-aidant.

Une offre de répit très insuffisante

Selon le rapport RD 1061¹⁰ du Conseil d'Etat au Grand Conseil, l'IMAD « exploite 38 lits sur deux sites (*Les Jumelles* et *Villereuse*) et les Cliniques de Joli-Mont et de Montana offrent respectivement cinq et un lit de répit. L'offre actuelle est donc de 44 lits au total. » 385 clients ont été admis pour un séjour dans les UATR en 2012 (IMAD, Joli-Mont, Montana), dont 372 personnes de plus de 65 ans. Il y a de plus quelques lits dans des EMS pour des accueils de courte durée.

Selon le rapport d'Unité d'Accueil Temporaire de Répit (UATR) - Evaluation de l'exercice 2012 ¹¹, « le nombre de lits de courts séjours en homes médicalisés (autorisés à facturer des soins infirmiers sous le régime LAMa) était en moyenne de 1.0 lit pour mille habitants de plus de 65 ans en Suisse en 2012, mais plus élevé dans certains cantons (1.6 pour mille dans le canton de Vaud par exemple). Le nombre de lits nécessaires au canton de Genève se situerait ainsi entre 76 lits (moyenne suisse) et 122 lits (moyenne vaudoise). » ¹² Le rapport note un peu plus loin : « Les lits d'UATR n'ont pas été totalement occupés durant les périodes creuses (en dehors des périodes de vacances) et le taux de recours aux prestations de répit paraît bas dans le canton de Genève par rapport à d'autres cantons. Il est donc probable que l'existence de cette prestation n'est encore pas suffisamment connue de la population, des médecins installés et peut-être de certains infirmiers à domicile. » ¹³

Selon les données plus récentes de la Planification sanitaire du canton de Genève 2016-2019, le nombre de lits UATR est tombé à 38 lits avec la fermeture des lits des cliniques Joli-Mont et Montana. Si la nécessité de créer 60 lits supplémentaires d'ici 2019 est réaffirmée et qu'un échéancier est établi (20 lits en 2016, 15 lits en 2017 et 2018, et 10 lits en 2019), aucun projet concret n'est avancé ¹⁴ Il y a donc fort à craindre que ces prévisions se révèlent au final n'être qu'un mirage !

L'unique UATM de Genève est celle de Cité générations, à Onex. En 2012, elle a offert 50 séjours, soit 300 jours de prise en charge selon le RD 1061. La planification sanitaire 2016-2019 indique qu'il serait nécessaire de disposer de 20 lits, et donc d'une nouvelle structure, tout en indiquant qu'il n'existe aucun projet précis

⁹ <http://www.ge.ch/reseau-de-soins/proches-aidants.asp>

¹⁰ <http://ge.ch/grandconseil/data/texte/RD01061.pdf>, p. 3.

¹¹ Rapport réalisé par le Dr Yves Egli à la demande du DEAS et annexé au rapport RD 1061

¹² <http://ge.ch/grandconseil/data/texte/RD01061.pdf>, p. 45.

¹³ <http://ge.ch/grandconseil/data/texte/RD01061.pdf>, p. 56.

¹⁴ <http://ge.ch/grandconseil/data/texte/RD01133.pdf>, p. 148.

d'ouverture d'une nouvelle UATM¹⁵

Selon l'*Association regroupant les foyers pour personnes âgées*¹⁶, ceux-ci totalisent 132 places. 647 personnes âgées ont fréquenté les foyers en 2015 pour totaliser près de 25'000 journées. A cela s'ajoutent deux foyers spécialisés pour les personnes touchées par des troubles cognitifs. **La planification médico-sociale 2016-2019 établit que 6 foyers de plus seraient nécessaires tout en constatant peu après qu'aucun projet n'est identifié sur la même période**¹⁷

Enfin, il n'existe à Genève que trop peu de *services de relève à domicile*. C'est pourtant dans certains cas un moyen plus simple d'octroyer du répit à un proche-aidant, tout en assurant la présence nécessaire à la personne aidée. Des services de ce type sont très développés dans d'autres cantons et même soutenus par l'Etat. C'est, par exemple, le cas de la fondation PRO-XY dans le canton de Vaud, au bénéfice d'une convention avec l'Etat qui fournit des prestations de relève des proches-aidants à domicile ainsi que d'accompagnement de personnes âgées. De tels modèles pourraient certainement être également intéressants à Genève, en complémentarité avec le développement des UATR et UATM, car ciblant des situations différentes.

Genève ne tient et ne tiendra pas ses promesses

Cette offre de répit insuffisante ne date pas d'hier. Elle est d'ailleurs constatée par la Commission consultative pour le soutien des proches-aidants actifs à domicile en 2012 dans son rapport intermédiaire¹⁸ au DEAS : « D'une manière générale, les membres du GT4 (groupe de travail 4, *ndlr*) estiment que les structures actuelles de répit ont atteint leurs limites et qu'il est urgent de les renforcer. (...) Le nombre de lits d'UATR est insuffisant pour couvrir les besoins. Les UATR ont pour vocation le maintien à domicile et s'adressent donc aux personnes à domicile afin d'offrir un répit à leur(s) proche(s) et non pas à celles qui sont en attente de placement en EMS. (...) Le nombre de foyers est insuffisant pour répondre aux besoins (existence de listes d'attente). Actuellement, il manque déjà un, voire deux foyers. »¹⁹

La commission consultative préconisait alors (en 2012 !) les mesures suivantes :

- « Ouvrir des lits UATR supplémentaires afin d'atteindre l'objectif de 100 lits au total d'ici fin 2015, défini dans la planification médico-sociale et sanitaire 2011-2015 ;
- Foyers : selon la planification médico-sociale et sanitaire, on estime ce besoin (option optimale) à 10 nouveaux foyers d'ici 2015. En particulier, un foyer de jour sur la rive gauche, similaire au Relais Dumas, est à prévoir rapidement. »²⁰□

Ces recommandations n'ont pas été suivies d'effets. L'objectif, contenu dans la planification médico-sociale et sanitaire 2011-2015, de disposer de 100 lits UATR n'a largement pas été atteint et est maintenant reconduit pour la période 2016-2019. Le rapport RD 1061, de 2014, préconisait de développer les UATM en visant une nouvelle structure sur la rive gauche et de disposer de 100 lits UATR en ouvrant des lits dans les établissements pour personnes âgées. Cette manière de développer les lits UATR est par ailleurs critiquable dans la mesure où elle risque d'opposer deux besoins : développer le nombre de lits pour les longs séjours et pour les courts séjours. Pire, comme souligné ci-dessus, il y a fort à parier qu'elle ne se réalisera pas. **Alors que la planification sanitaire visait la création de 20 lits UATR en 2016, le Rapport sur les comptes 2016 consacré à la politique K relative aux réseaux de soins indique que « la création de lits UATR dans les EMS s'est poursuivie en 2016 par**

¹⁵ <http://ge.ch/grandconseil/data/texte/RD01133.pdf>, p. 151.

¹⁶ <http://www.foyers-jour-nuit.ch/l-association-2/>

¹⁷ <http://ge.ch/grandconseil/data/texte/RD01133.pdf>, p. 143, n°

¹⁸ Disponible en annexe du rapport M 1866-B, M 1876-D, M 2155.

¹⁹ <http://ge.ch/grandconseil/data/texte/M02155.pdf>, p. 47, n°

²⁰ <http://ge.ch/grandconseil/data/texte/M02155.pdf>, p. 48.

OD/1^{re} remarques au DEAS sur Avant-projet par CFRGe-20170605

PV015_18012019_A_1.docxx

2019-01-23 / Page 15 sur 18

l'ouverture d'un lit (souligné par nous) à l'EMS Val Fleuri en janvier.²¹ » !**Donner un droit au répit et développer les structures nécessaires**

Selon les données citées ci-dessus et en additionnant le nombre de personnes accueillies par les UATR, UATM et foyers, on peut estimer qu'un peu plus d'un millier de personnes âgées bénéficient d'un court séjour par année. Ce séjour a pu remplir le rôle de temps de répit pour un potentiel proche-aidant. Ce chiffre paraît très faible eu égard aux 55'000 proches-aidants actifs à Genève dont une part a besoin de périodes de répit. L'étude *AGeneva Care* chiffre à 70% la part des proches-aidants de ses clients qui ont besoin de faire une pause. Appliqué au nombre total de proches-aidants à Genève, ce ratio permet d'avancer que 38'500 proches-aidants sont susceptibles d'avoir besoin de répit. On peut donc en conclure que l'offre genevoise est clairement insuffisante, même si les besoins évalués ne correspondent pas aux demandes de répit exprimées dans la mesure où beaucoup de proches-aidants ne formulent pas une demande de répit par culpabilité d'« abandonner » quelques jours le proche aidé ou ignorent les possibilités existantes. D'autre part, le fait que Genève promet nettement plus que ce qu'il réalise en la matière est clairement mis en évidence par la comparaison entre ce qui est projeté par les planifications sanitaires 2011-2015 et 2016-2019 et ce qui est réalisé ou en voie de l'être. **Le DEAS connaît les besoins des proches-aidants, mais la planification sanitaire démontre qu'il n'entend pas se donner les moyens d'y répondre.** En plus, il n'utilise ni les 26 places du Chalet Florimont qui est fermé depuis le début de cette année dans l'attente d'une utilisation future, ni les 30 places de la Nouvelle Roseraie comme possibilité de lieux de répit pour Genève.

Ce projet de loi entend donc contraindre le canton à investir dans cette politique publique :

- en fixant un droit au répit pour les proches-aidants en lieu et place d'une possibilité d'obtenir du répit comme le prévoit le RSDom actuel ; □
- en augmentant le nombre de jours de répit prévu de 5 à 28 jours annuels tout en maintenant le maximum de 45 jours qui peut être dépassé dans certains cas particuliers ; □
- en contraignant le canton à développer les structures nécessaires à l'exercice du droit au répit dans un délai de 5 ans ; □
- en contraignant le canton à informer les proches-aidants sur leur droit au répit et sur les modalités concrètes pour en bénéficier. □ **Commentaire par article** □

Commentaires article par article

➔ sont insérés dans le tableau précédent

Motion □2442 pour une reconnaissance légale de l'engagement non professionnel des proches aidants

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève

considérant :

- la constitution de la République et canton de Genève (Cst-GE) (A 2 00), du 14 octobre 2012, dont l'article 173 prévoit que «L'Etat soutient l'action des proches aidants » ;

²¹ Rapport sur les comptes 2016, Tome 2, p. 217, disponible sous : http://ge.ch/finances/media/finances/files/fichiers/tome2_hd_500web.pdf

OD/1^{re} remarques au DEAS sur Avant-projet par CFRGe-20170605

PV015_18012019_A_1.docxx

2019-01-23 / Page 16 sur 18

Fédération genevoise des associations de personnes handicapées et de leurs proches, Fégap

PROJET DE LOI 12169 et Motion 2442 : Proches aidants : Propositions et remarques

2018 Novembre - 2019 Janvier

- la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile (LSDom) (K 1 06), du 26 juin 2008, dont les articles 1 (al. 2), 5 (al. 1, let. b), 7 et 18 (al. 1, let. f) prévoient « un réseau de soins qui favorise le maintien à domicile, encourage la participation des familles et des proches et leur apporte le soutien nécessaire », à travers notamment « des mesures de répit, d'accompagnement et de conseil » ; □
- la proposition de motion de la Commission de la santé du Grand Conseil, du 11 juin 2013, « Proches aidants : des solutions pratiques » (M 2155) ; □
- le projet de loi démocrate-chrétien, du 11 septembre 2013, 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)) (PL 11280) ;
- la proposition de motion démocrate-chrétienne, du 11 septembre 2013, « pour la mise en place de nouvelles technologies numériques dans le but de maintenir à domicile les personnes âgées » (M 2166) ; □
- la proposition de motion démocrate-chrétienne, du 24 septembre 2015, « pour garantir une meilleure continuité des soins à la personne âgée tout au long de son parcours de vie » (M 2291) ; □
- le programme de soutien aux proches aidants dans le canton de Genève (2017-2020) présenté en septembre 2017 par le Conseil d'Etat, lequel juge cette question comme étant politique prioritaire ; □
- la nécessité d'une reconnaissance fiscale et légale de l'engagement non professionnel, et quotidien dans deux tiers des cas, des proches aidants, lesquels représentent 22% de la population genevoise selon l'Enquête suisse sur la santé (ESS) de 2012 ; □
- l'évaluation par la commission consultative pour le soutien des proches aidants actifs à domicile, de 2013, et l'étude AGenevaCare de l'institution de maintien à domicile, de 2015, lesquelles définissent avec précision le profil et les besoins de ces proches aidants dans notre canton ; □
- l'importance du rôle des proches aidants dans le parcours de vie de nos aînés, lesquels souhaitent rester le plus longtemps possible à leur domicile, □

invite le Conseil d'Etat □

➔ sont insérées dans le tableau précédent

EXPOSÉ DES MOTIFS

Mesdames et Messieurs les députés,

A Genève, les proches aidants représentent 22% de la population selon l'Enquête suisse sur la santé (ESS) de 2012. Ils apportent régulièrement soins, soutien ou présence à un proche malade ou convalescent; 88 000 personnes sont concernées dans notre canton.

Malgré l'aide cruciale qu'apportent les proches aidants à nos aînés, leur contribution au principe de solidarité intergénérationnelle et au renforcement de notre cohésion sociale continue d'être boudée par notre droit cantonal.

En effet, force est de constater que leur existence dans la loi semble particulièrement fébrile, tant la LSDom et la constitution cantonale en font laconiquement mention.

Pourtant, face au vieillissement de la population et à la volonté des personnes âgées de rester le plus longtemps possible à leur domicile, la mission du proche aidant sera assurément appelée, dans les prochaines années, à s'étendre et à se développer davantage, à travers leur soutien émotionnel, financier, administratif, domestique ou encore mobile de même qu'à travers leur accompagnement psychique et médico-social, fréquemment complété par une participation aux soins.

C'est parce que l'Etat a, parmi ses missions constitutionnelles, celle de préserver et de favoriser l'action des proches aidants, que le Parti démocrate-chrétien juge urgent et nécessaire de reconnaître légalement le statut, les missions et les droits de nos proches aidants à Genève : une reconnaissance légale pour l'heure inexistante, malgré les nombreuses consultations et déclarations du Conseil d'Etat en la matière depuis maintenant le début de la législature. Peu de projets concrets ont pris forme, excepté une ligne téléphonique d'aide aux proches aidants : bienvenue mais un peu maigre. Le gouvernement a certes présenté dernièrement ses quatre objectifs prioritaires en la

OD/1^{re} remarques au DEAs sur Avant-projet par CFRGe-20170605

PV015_18012019_A_1.docxx

2019-01-23 / Page 17 sur 18

Fédération genevoise des associations de personnes handicapées et de leurs proches, Fégap

PROJET DE LOI 12169 et Motion 2442 : Proches aidants : Propositions et remarques

2018 Novembre - 2019 Janvier

matière avec pas moins de onze pistes d'actions, mais celles-ci restent pour l'heure sur le papier.

Même si nous saluons le discours du gouvernement, qui a érigé cette politique comme prioritaire, le bilan pratique et structurel en faveur des proches aidants paraît encore bien loin des ambitions de notre parti en la matière ; ce d'autant plus que quelques études nous sont déjà parvenues depuis au moins deux ans et définissent avec précision le profil et les besoins de ces proches aidants dans notre canton : l'évaluation par la commission consultative pour le soutien des proches aidants actifs à domicile, en 2013, et l'étude AGenevaCare de l'institution genevoise de maintien à domicile, en 2015.

Saluons toutefois l'avancée la plus importante, la création d'une définition du proche aidant qui permet d'amorcer un début de reconnaissance et que nous faisons nôtre : « une personne de l'entourage immédiat d'un individu dépendant d'assistance pour certaines activités de la vie quotidienne, qui, à titre non professionnel et informel, lui assure de façon régulière des services d'aide, de soins ou de présence, de nature et d'intensité variées, destinés à compenser ses incapacités ou difficultés ou encore d'assurer sa sécurité, le maintien de son identité et de son lien social ». Une définition qui vient ainsi compléter les quelques références légales et constitutionnelles sans toutefois répondre entièrement de manière satisfaisante aux besoins réels et justifiés de reconnaissance.

Aussi, le Parti démocrate-chrétien souhaite-t-il, à travers cette proposition de motion, inviter le Conseil d'Etat à formuler une loi complémentaire à la LSDom spécifiquement dédiée aux proches aidants : une loi dans laquelle serait notamment défini le statut de proche aidant, avec une reconnaissance du cercle familial proche ; les conditions d'attribution de ce nouveau statut ; un barème des déductions fiscales, à titre de compensation ; ou encore, des mesures visant à une meilleure conciliation du cadre professionnel avec le statut de proche aidant.

Convaincus que ce projet de « ??, remarque OD) saura reconnaître en partie l'engagement de nos proches aidants, nous vous invitons, Mesdames et Messieurs les députés, à y apporter votre soutien.

OD/1^{re} remarques au DEAs sur Avant-projet par CFRGe-20170605

PV015_18012019_A_1.docxx

2019-01-23 / Page 18 sur 18

ANNEXE 7



ASSOCIATION DES COMMUNES GENEVOISES
Boulevard des Promenades 20 - 1227 Carouge
Tél. 022 309 33 50 Fax 022 309 33 552018
Correspondance : case postale 1276 info@acg.ch - www.acg.ch
communes
genevoises

JSEIL

36.10.2018 11

reçu le 12

GRAND CONSEIL			
Ex édié le :		Visa :	
Par poste		Par courriel	
Président		Dé utés (100)	
Commissaires		Bureau	
Secrétariat		Archives	
Commission : la Santé			
Copie à :			
Divers :			

Grand Conseil de la République
et du canton de Genève
Commission de la santé M.
Bertrand Buchs
Président
Case postale 3970
121 1 Genève 3

Carouge, le 1 1 octobre
2018

Concerne : PL 12169 modifiant la
loi sur le réseau de soins et le
maintien à domicile (LSDom) (K 1 06) (Pour un
droit au répit pour les proches aidants)

M 2442 pour une reconnaissance légale de
l'engagement non professionnel des proches
aidants

Monsieur le Président,

La présente fait suite à la demande d'audition que nous a transmise le Secrétariat général du Grand Conseil en vue du traitement par la commission de la santé, lors de sa séance du 9 novembre 2018, des deux objets susmentionnés.

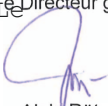
Après avoir pris connaissance de ceux-ci, nous avons constaté qu'ils avaient pour vocation de renforcer, dans la législation genevoise, la situation légale des proches aidants. Si, d'une manière générale, nous sommes sensibles aux préoccupations de leurs auteurs, l'intérêt que présente en l'espèce le préavis des communes nous laisse néanmoins perplexes.

En effet, suite à l'entrée en vigueur de la loi sur la répartition des tâches entre les communes et le canton (1^{er} train) (LRT-I) en date du 1^{er} janvier 2017, le canton est devenu exclusivement compétent s'agissant de l'octroi de prestations et de mesures de soutien et d'accompagnement aux proches aidants. Il en découle, en application des principes de la loi-cadre, que les municipalités ne disposent aujourd'hui d'aucune marge de manœuvre pour intervenir dans ce domaine, cela même si elles le souhaitaient. Partant, le préavis que les communes pourraient formuler à l'endroit de ce projet de loi et de cette proposition de motion apparaît sans objet.

Nous nous tenons naturellement à la disposition de la commission de la santé si celle-ci souhaitait malgré tout maintenir l'audition de l'ACG sur ces objets parlementaires.

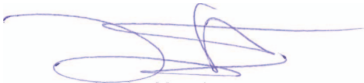
Vous souhaitant bonne réception de ces lignes, nous vous prions de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de notre haute considération.

Le Directeur



Alain Ritscher, Directeur général

Président



Xavier Magnin

Bien à toi



**Audition de la PLATEFORME des associations d'âinés de Genève
à la Commission de la Santé du Grand Conseil, le 16 novembre 2018
concernant PL 12169 et M 2442**

Délégation PLATEFORME : Janine Berberat, présidente et Jacqueline Cramer, vice-présidente

La PLATEFORME

La PLATEFORME est une association apolitique et à but non lucratif qui regroupe aujourd'hui 43 associations membres et 17 observateurs (organismes publics et services sociaux des grandes communes). Son principal objectif est la mise en lien et en dialogue des acteurs qui œuvrent pour les personnes âgées de l'ensemble du canton, tout en étant un organe de représentation et de consultation auprès des autorités. La PLATEFORME soutient et fait connaître les projets de ses membres, dont elle fait remonter les préoccupations et réalités du terrain afin qu'elles soient en concordance avec les politiques publiques.

Problématique générale de la LSDom

Les deux objets étudiés demandent des compléments ou modifications de la loi actuelle sur le réseau de soins et le maintien à domicile (LSDom), alors que cette loi pourrait être remplacée prochainement.

En effet, le terrain et le réseau de la PLATEFORME ont été largement consultés en 2017 sur le PL 12263 « Organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile (LORSDom) ». Ce PL est pendant devant votre commission et, s'il est traité et adopté par la Grand Conseil, il abrogera la loi actuelle ! Nous avons porté une attention toute particulière sur ce PL et, notamment, sur la prise en compte plus large et transversale de la problématique des proches aidants. Nous avons adressé nos commentaires et propositions à Monsieur le CE M. Poggia. Quid de ce PL 12263 ?

Le PL 12169 et la M 2442 ont été étudiés dans notre commission pour » une politique de la personne âgée à Genève » et nos membres et observateurs ont pu nous faire part de leurs remarques par mails.

Problématique spécifique des proches aidants

En tant que membre de la Commission consultative pour le soutien des proches aidants actifs à domicile, la PLATEFORME invite les députés à solliciter cette dernière pour avoir une vue complète des réflexions en cours, notamment sur l'indemnisation financière et l'élargissement de l'offre de répit.

Certaines mesures importantes ont été prises aujourd'hui, notamment la ligne téléphonique Proch'info en partenariat avec les associations Alzheimer, ProSenectute et l'imad. Toutefois, PLATEFORME considère que des mesures concrètes doivent encore être prises, notamment sur :

- L'augmentation de foyers pour personnes âgées,
- La reconnaissance des maisons de vacances comme structures intermédiaires et leur inscription dans la loi LSDom actuelle ou la future LORSDom,
- Le rôle des EMS dans l'offre de prestations de répit,
- La mise en valeur de projets innovants de type UATM.

Cependant, il est essentiel pour le réseau que toutes ces mesures s'inscrivent dans une vision politique globale et cohérente, liant les soins, le social et la planification urbaine.



Propositions de la PLATEFORME : la reconnaissance du statut de proche aidant

Pour la PLATEFORME, l'enjeu le plus important est la reconnaissance légale du statut de proche aidant, avec l'adoption d'une définition claire et opérationnelle qui inclut la famille et qui ne soit pas réduite simplement à l'allocation d'impotence. Cela permettrait d'une part :

- D'identifier en amont les proches aidants en risque d'isolement ou qui ne se reconnaissent pas comme tels, quel que soit l'âge et le problème de santé du proche aidé.
- D'autre part, elle permettrait d'identifier la manière la plus adéquate de soutenir les proches aidants et les actions à mettre en œuvre : le type d'aide, les moyens financiers, les prestataires concernés, la diffusion efficace de l'information sur les prestations existantes, etc.

Afin de répondre à cet enjeu et dans une éventuelle loi connexe pour les proches aidants, la PLATEFORME propose une démarche en deux étapes :

- (i) **Faire une lecture transversale des lois existantes ainsi que tenir compte, par anticipation, des projets en cours**, notamment le PL fédéral sur l'amélioration de la conciliation entre activité professionnelle et prise en charge de proches. Ce PL est actuellement en consultation auprès des milieux concernés. Cette lecture nous semble indispensable, elle réduira le risque de doublons ou de démarches contradictoires et donnera une meilleure visibilité pour le terrain.
- (ii) En tenant compte de (i), la proposition d'une **Loi sur les proches aidants (LPA) ne devra pas être simplement une loi fiscale**, mais poser clairement les bases légales du statut de proche aidant. Elle devra s'intégrer dans la cohérence de la loi sur le réseau de soins, la LRT1 et dans la reconnaissance du réseau existant.

Grand-Lancy, le 16.11.2018
PLATEFORME des associations d'ainés de Genève

Irina Ionita

Secrétaire générale



Prise de position insieme-Genève

Commission de la Santé du Grand Conseil

9 novembre 2018

Représentants insieme-Genève : **Augusto Cosatti, président**
Céline Laidevant, secrétaire générale

Projet de loi 12169

Modifiant la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile (LSDom) (K 1 06) (pour un droit au répit pour les proches aidants)

1- Avoir des temps de répit pour les familles qui ont un enfant vivant avec une déficience intellectuelle est essentiel.

Proche aidant pour la vie

Depuis sa naissance, cet enfant est accompagné au quotidien par ses parents et proches et ce pour nombre de situation jusqu'à un âge bien avancé. Cet aspect est une particularité de ces proches aidants et a un impact non négligeable sur l'épuisement. Pour pouvoir assurer cet accompagnement sur la durée, il est donc nécessaire que la famille et le proche soient soutenus durant toutes ces années.

A certaines périodes de la vie, nous avons pu constater que des problématiques spécifiques apparaissent et le soutien durant ces moments est très important (période de l'adolescence, période de transition à la majorité, vieillissement précoce pour certaines personnes, etc.)

Particularités pour ces familles:

- Les femmes sont sur-représentées comme pour les autres catégories de proches aidants avec pour conséquences en fonction des situations : baisse du temps de travail ou abandon de l'activité professionnelle, impliquant une baisse des revenus. Le soutien au quotidien de la personne avec une déficience intellectuelle peut aussi, dans certaines situations avoir un impact sur la santé (aide pour les transferts, accompagnement pour la marche, troubles du comportement, difficultés à retrouver du travail après une longue période d'arrêt, etc.)
- Les familles monoparentales plus nombreuses. Clair Bois lors de la dernière péréquation financière avait relevé qu'au sein de ses différentes institutions, les familles monoparentales gérées par des femmes étaient 4 fois plus nombreuses que dans la population « normale ».
- Des parents proches aidants de leurs enfants vieillissants : l'allongement de l'espérance de vie implique pour nombre de personnes la survenue de pathologies liées à la vieillesse qui s'ajoute au handicap. La prise en charge de ces personnes vieillissantes s'alourdit et ces dernières, dans certaines situations, peuvent être aussi amenées à intervenir à certains moments en tant que proches aidants de leurs parents !

2- Les offres de répit déjà existantes

insieme-Genève offre : des séjours durant l'été et les fêtes de fin d'année puis a mis en place depuis 2018 des week-ends pour répondre au besoin grandissant de répit relevé par les familles.



Cap Loisirs offre aussi ce type de prestations, de manière plus régulière et plus particulièrement pour les adultes à des personnes plus autonomes.

Le Service de relève (géré par Cerebral, insieme et Pro-infirmis) offre un maximum de 200 heures par année de relève à domicile.

Il faut souligner que les possibilités de relais restent insuffisantes et sont parfois impactées par une baisse de prestations liées à la diminution des subventions. Il est relevé par les familles une forte diminution de l'offre lorsque leurs enfants ont 18 ans et deviennent adultes. Par exemple, une jeune fille de 18 ans vient de passer en accompagnement adulte à Cap Loisirs et il n'y a pratiquement plus de séjour d'une semaine.

3- L'absence de reconnaissance du proche aidant

Des parents sont amenés à réduire leurs activités professionnelles pour s'occuper de leur fils/fille en situation de handicap car ils doivent l'accompagner à l'école (à l'atelier ou au centre de jour) qui n'est pas située dans le quartier, aux différentes thérapies qui lui permettront d'améliorer ses apprentissages, et pour l'accompagner pour tous les gestes de la vie quotidienne. Les parents devront aussi assumer durant toute la vie de leur enfant le suivi médical et administratif. Pour certaines personnes c'est un engagement 24h sur 24h. Les proches devraient alors être reconnus comme acteurs du réseau.

Reconnaissance du parent comme personne s'occupant de son fils/fille à temps partiel ou complet, évitant ainsi une prise en charge institutionnelle.

Etre reconnu aussi comme accompagnant pouvant aussi être engagé dans le cadre de la contribution d'assistance.

4- Quelles offres développer ?

Comment pourrait-on imaginer donner de manière régulière du répit aux proches de nos associations :

- Quelques places en UATR ? Certaines personnes pourraient sans doute en bénéficier.
- L'hébergement à temps partiel, **avec une régularité tout au long de l'année car les parents en ont vraiment besoin** (minimum 1 jour par semaine voir 2 ou 3). Il faudrait prévoir des ouvertures de places au sein des institutions déjà existantes.
- Quelques places d'accueil d'urgence (critères à définir), si nécessaire d'une durée maximale de 3 semaines (en cas de besoin de répit suite à une période de vie plus difficile, maladie ou accident du proche aidant, etc.).

L'offre de répit doit absolument être développée pour éviter des situations difficiles à gérer et le risque de maltraitance pour les personnes qui restent en famille.

Eléments importants pour insieme

Plus de 45 jours de répit car quand on est 24h sur 24h avec une personne qui a des troubles du comportement, par exemple, 45 jours de répit ne représentent même pas 1 jour par semaine !

Formation spécifique pour le personnel pour qu'il puisse vraiment répondre aux besoins particuliers de cette population.

Nécessité absolue de créer un droit au répit



Proposition de motion M2442

pour une reconnaissance légale de l'engagement non professionnel des proches aidants

Pour insieme-Genève, il est essentiel, comme mentionné dans les invitations de la motion d'inscrire dans la loi tous les éléments nécessaires à la reconnaissance du statut de proche aidant. Les proches aidants doivent être reconnus et se sentir soutenus.



Prise de position INSOS Genève

PL 12263 sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile

A l'attention de Monsieur Bertrand Buchs

Président de la commission de la santé du Grand Conseil

1) Rappel du contexte :

Bénéficiaires : les bénéficiaires de nos institutions sont des populations fragilisées nécessitant un accompagnement spécifique à domicile ou dans des lieux de vie adaptés à leur fragilité.

Lieux de vie : Les Etablissement pour Personnes Handicapées (ci-après EPH) peuvent être associés à des domiciles avec des accompagnements spécifiques (c'est un fonctionnement similaire aux IEPA déjà cités dans le PL12263).

En dehors des actes de la vie quotidienne, les résidents des EPH nécessitent des soins qui peuvent être soit assurés par des organismes comme l'IMAD, ou des intervenants privés (médecins de ville, Spitex, etc) soit par des équipes propres aux EPH. Il est important que le travail de ces derniers soit reconnu comme un travail de maintien à domicile. Sans cet accompagnement, les résidents pourraient être confrontés à des hospitalisations plus fréquentes. Lorsque l'hospitalisation ne peut pas être évitée, ces équipes permettent des retours à domicile anticipés.

De plus, le vieillissement des populations ainsi que les handicaps de plus en plus lourds accueillis par certaines de nos Fondations nous obligent à faire réaliser en interne des actes médicaux prescrits, faits par des professionnels quand cela est possible, mais également sur délégation. Sans ces équipes, il faudrait soit augmenter les fréquences de présence de l'IMAD ou d'intervenants privés (avec des durées et des frais de trajet non négligeables) soit transférer les résidents vers des EMS ou des structures de soins bien plus coûteuses (Hôpital de Loëx, par exemple).

Besoins des proches aidants : Le soutien aux proches aidants constitue un des buts du présent projet de loi (art.1 let d). Il serait intéressant dans ce contexte de réfléchir à la création de places UATR dans le domaine du handicap (lors de vacances des proches, des périodes de travaux de logement). Il est également nécessaire de recenser et de gérer toutes les prestations de ce type fournies actuellement hors des UATR. Il est également crucial de clarifier et d'assurer leur financement.

Partenariats social / santé : il est essentiel de souligner qu'un bénéficiaire étant bien accompagné socialement peut être moins demandeur de prestations de soins et donc faciliter le maintien à domicile. Il est donc important de créer des plateformes de coordination entre les différents partenaires, qui intègrent les EPH, mais aussi les associations de familles ou de défense des intérêts des personnes en situation de handicap déjà très actives sur ce sujet crucial (Pro Infirmis, Insieme, Cerebral, AGIS, par exemple)

2) Recommandations :

- Reconnaître les EPH comme partenaires du réseau de soin en étant également assimilés aux structures intermédiaires : il est important que les personnes en situation de handicap ne soient pas discriminées dans ce projet quand ils sont présents dans des lieux d'accueil spécialisés.
- Ne pas assimiler les EPH aux membres du réseau de soins, ce pour des raisons de public cible (handicap ≠ maladie) et d'historique.
- Coordination : il est important que ce projet puisse voir participer les acteurs du domaine social dans la commission de coordination (art.6) afin d'améliorer l'accompagnement des bénéficiaires.
- Intégrer également dans la coordination les associations partenaires des EPH et offrant de l'accompagnement aux proches aidants.

3) Propositions d'amendements :

Compte tenu de ce qui précède, nous proposons les amendements suivants :

- Art 3 : dans l'alinéa 3, il est important que les EPH soient reconnus également comme des structures intermédiaires. De plus, il est important que toutes les associations et fondations offrant des prestations de répit aux proches aidants soient reconnues comme des structures intermédiaires (pour être en cohérence avec l'art. 25 let b du présent PL) :

Proposition d'amendement :

« Par structures intermédiaires, on entend notamment les foyers de jour et de jour/nuit, les unités d'accueil temporaire médicalisées (UATM) ou de répit (UATR), les immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA), les Etablissements pour Personnes handicapées (EPH) ainsi que toutes les associations ou fondations offrant des prestations de répit aux proches aidants. »

- Art 8 let k et l : il nécessaire à notre sens d'inclure formellement les partenaires agissant avec des personnes en situation de handicap

Proposition d'amendement :

« k) les associations au service de la personne âgée ou en situation de handicap;
l) les associations représentant les aînés ou les personnes en situation de handicap ; »

PL 12263

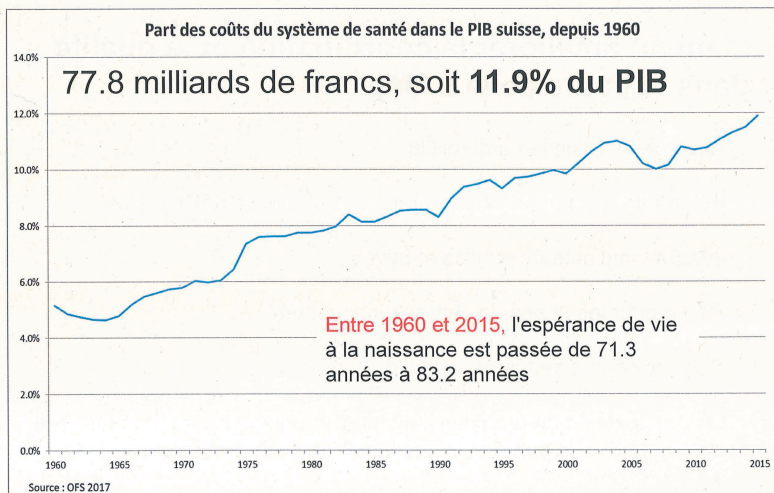
Loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile (LORSDom) (K 1 04)

Commission de la santé
8 juin 2018



Département de l'emploi et de la santé
Direction générale de la santé

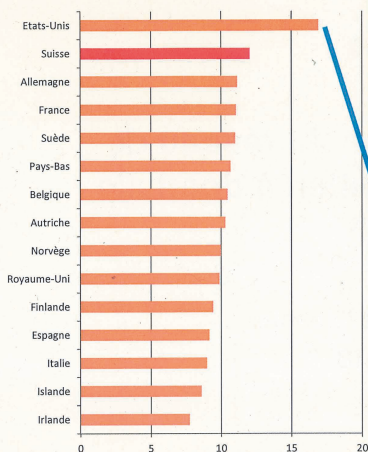
08/06/2018 - Page 1



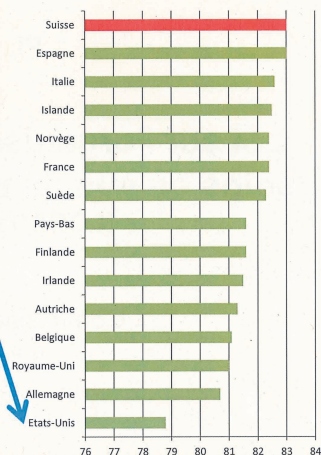
Département de l'emploi et de la santé
Direction générale de la santé

08/06/2018 - Page 2

Part des dépenses de santé dans le PIB en %, en 2015



Espérance de vie à la naissance, en 2015



Source : OCDE



Département de l'emploi et de la santé
Direction générale de la santé

07/06/2018 - Page 3

L'enjeu: améliorer la coordination et la qualité dans le cadre de la LAMal

- Ancrage du maintien à domicile
- Règles de fonctionnement communes dans le contexte LAMal
- Intégration d'acteurs publics et privés
- Cadre pour les prises en charges innovantes
- Cohérence du financement public
- Un des textes majeurs pour structurer le réseau de soins à Genève avec la Loi sur la santé et la loi d'application de la LAMal



Département de l'emploi et de la santé
Direction générale de la santé

08/06/2018 - Page 4

Pertinence du maintien à domicile

- A Genève, le coût moyen annuel d'un séjour en EMS est de 66'704 francs.
- Un patient suivi par l'imad pour des soins à domicile coûte en moyenne annuelle 11'794 francs.
- Si le taux de recours aux EMS pour les personnes de 65 ans ou plus était similaire au taux suisse (5,7% en Suisse contre 4,6% à Genève), le coût supplémentaire en EMS serait de 55'9640'446 francs.
- **Une politique volontariste de maintien à domicile permet de contenir les coûts**

Hospitalisations contenues

- En 2016, le taux d'hospitalisation pour 1000 habitants est de 133,4 contre 118,3 à Genève.
- Les coûts à charge de l'AOS pour le stationnaire sont d'environ 361'720'000 francs à Genève en 2016. On en déduit un montant pour l'Etat d'environ 442'100'000 francs.
- Si le taux d'hospitalisation genevois était équivalent au taux suisse, les coûts supplémentaires seraient de plus de 110 millions de francs

Coûts moyens par assuré à la charge de l'assurance de base, 2017 [Fr.]

	Geneve	Suisse
Médecins	1'384	865
Hôpitaux (ambulatoire)	834	735
Hôpitaux (séjours)	826	797
Médicaments (pharmacies)	744	454
EMS	222	218
Laboratoires	204	107
Autres	148	135
Physiothérapeutes	145	119
SPITEX (soins à domicile)	127	104
Médicaments (médecin)	66	242
Laboratoire cabinet médical	44	66
Total	4'743	3'843

Source : OFSP

A Genève, les quatre premières rubriques représentent 80% des coûts à charge des assureurs-maladie, soit Fr. 3'788.- / assuré :

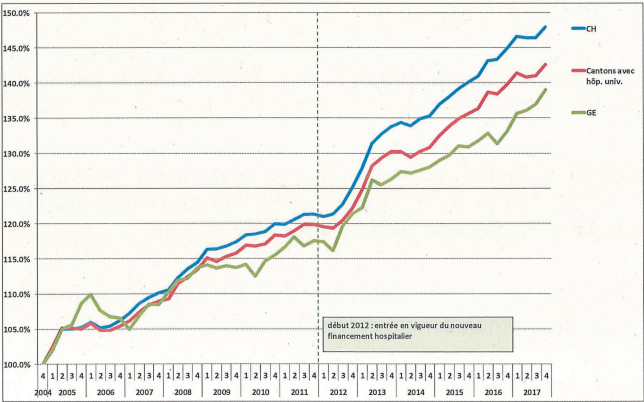
- Médecins
- Hôpitaux (ambulatoire)
- Hôpitaux (séjours)
- Médicaments (pharmacies)



Département de l'emploi et de la santé
Direction générale de la santé

08/06/2018 - Page 7

Evolution trimestrielle cumulée 2004 – 2017 des coûts bruts moyens par assuré à charge de l'assurance-maladie, en pourcent (lissée sur les 4 derniers trimestres)



Source : OFSP



Département de l'emploi et de la santé
Direction générale de la santé

08/06/2018 - Page 8

Pourquoi modifier la loi actuelle?

- La loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du 26 juin 2008 (LSDom) (K 1 06), est entrée en vigueur le 1^{er} février 2010
- Plusieurs points ont fait l'objet de difficultés d'application (PASS) ou de précisions insuffisantes (rôles et responsabilités des acteurs)
- Triple évaluation en 2016
 - Une évaluation des effets de la LSDom (Strategos)
 - Une analyse de droit comparé en matière de soins à domicile (Me Bernard ZIEGLER)
 - Une recherche documentaire «Tour d'horizon des réseaux de santé» (Mme Stéphanie PIN)

Les difficultés identifiées par Strategos

- Définition claire des rôles et responsabilités
- Position de certains acteurs clés dans la coordination et le pilotage du réseau (médecins, proches aidants, bénéficiaires, communes, secteur privé)
- Renforcer le rôle de l'Etat
- Accentuer la prévention et la promotion de la santé
- Développer la dimension sociale de proximité
- Harmoniser les outils d'évaluation et de partage d'informations

Huit recommandations

1. Clarifier le périmètre du réseau de soins (thématique et acteurs)
2. Assurer avec la loi des conditions-cadres qui permettent l'émergence de solutions innovantes;
3. Définir le «business model» pour la coordination autour du bénéficiaire;
4. Définir une vision/ambition commune pour le réseau et définir des objectifs stratégiques;
5. Développer la prévention pour agir en amont;
6. Simplifier le quotidien des professionnels (communication, coordination, administration);
7. Renforcer les capacités de pilotage et de coordination (gouvernance);
8. Lier des bonnes pratiques de travail en réseau avec les outils de financement.

Que font les autres cantons?

- Examen de l'organisation des réseaux de santé dans les cantons VD, TI, ZH, FR et VS.
- Examen de la gouvernance de ces réseaux
- Analyse des critères d'admission dans les EMS et les structures intermédiaires et évaluation des soins requis
- Orientation et libre choix des patients
- Financement des soins et des réseaux
- Mandats de prestations et obligations des acteurs subventionnés
- Financement des interfaces communautaires

Le PL 12263, une loi nouvelle

La LORSDom est une refonte complète de la LSDom :

- ancrage législatif fort à la priorité au maintien à domicile;
- cohérence et intégration des différents acteurs du réseau de soins;
- éviter les ruptures de continuité des soins et les actes inutiles;
- moderniser les pratiques liées à la prise en charge en réseau;
- placer le patient au centre d'une prise en charge cohérente et intégrée.

Les buts de la loi

Art. 1 But

1. La présente loi a pour but d'organiser le réseau de soins en vue de favoriser le maintien à domicile.
2. Elle vise notamment à :
 - a) mettre en place un réseau de soins qui permette de répondre de manière adéquate aux besoins de la population afin de préserver son autonomie en restant le plus longtemps possible à domicile, en évitant les hospitalisations et en retardant l'admission dans des institutions de santé;
 - b) soutenir toute mesure utile à l'aide et aux soins à domicile et en matière de prévention de la perte d'autonomie;
 - c) promouvoir la collaboration et la coordination au sein du réseau de soins;
 - d) soutenir les proches aidants, en promouvant, notamment, des mesures de répit appropriées.
3. Elle règle les conditions relatives au financement public des prestataires de soins en matière de maintien à domicile.

Les éléments centraux de la LORSDom

- Définit les rôles et responsabilités des acteurs et des instances du réseau de soins (membres, partenaires, commission)
- Réaffirme la priorité du maintien à domicile et précise le rôle de l'imad
- Fixe les limites du maintien à domicile selon la LAMal
- établit des règles de fonctionnement communes au réseau de soins genevois et associe le financement public au respect de ces règles
- Définit les structures intermédiaires et leur mode de financement
- Institue l'utilisation d'outils obligatoires communs, validés par l'Etat, de partage d'informations et d'évaluation des besoins
- Prévoit le financement de prises en charges innovantes
- Etablit le dispositif pour les proches-aidants
- Règle le financement résiduel des soins de longue durée selon la LAMal

Merci de votre attention

De: Gay Catherine (DES)
Envoyé: lundi 14 janvier 2019 09:53
À: Buchs Bertrand (Grand Conseil)
Cc: Bron Adrien (DES); Cavallero Sabrina (DES); De Carli Luciana (DES); Pestalozzi Patrizia (SEC-GC); Piccoli Roberta (SEC-GC)
Objet: TR: Consultation PL LORSDom

Monsieur le Président,

Dans le cadre de l'examen actuel en Commission de la santé du projet de loi 12263 sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile (LORSDom) (K 1 04), et pour faire suite à votre demande, je vous prie de bien vouloir trouver ci-après, de la part de Monsieur Adrien Bron, directeur général de la santé, la liste des entités et personnes qui ont été consultées, ainsi que les réponses reçues.

Veuillez recevoir, Monsieur le Président, mes salutations distinguées.

Catherine Gay
 Assistante de direction

REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE
 Département de l'emploi et de la santé (DES)
 Direction générale de la santé

Service de la planification et du réseau de soins

Rue Adrien-Lachenal 8 – 1207 Genève
 Tél. +41 22 546 18 71

Code d'acheminement interne : A202E6/SPRS

<http://www.ge.ch/reseau-de-soins/>

A. Consultation externe

1. Nombre de consultés = **26 entités** :

a) **Commission de coordination du réseau de soins (CCRS) (11 membres) :**

- Institution genevoise de maintien à domicile (Imad)
- Groupement des services privés d'aide et de soins à domicile (GSPASD)
- Association genevoise des foyers pour personnes âgées
- Association des médecins du canton de Genève (AMGe)
- Pro Senectute Genève
- Association des communes genevoises (ACG)
- Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)
- Genève-Cliniques
- Fédération genevoise des établissements médico-sociaux (Fegems)
- PharmaGenève
- PLATEFORME des associations d'âinés de Genève

b) **Commission consultative pour le soutien des proches aidants actif à domicile (CCPA) (13 membres) (*certaines sont aussi membres de la CCRS*) :**

- Association des proches aidants à Genève
- Association Le Relais
- Insieme-Genève
- Pro Infirmitas Genève
- Croix-Rouge genevoise
- Ligue genevoise contre le cancer
- Direction générale de l'action sociale (DGAS) (secteur assurances sociales et handicap)
- Hospice général

- Association Romande des Familles d'Enfants atteints d'un Cancer (ARFEC)
- Association Alzheimer Genève
- Ville de Genève (département cohésion sociale et solidarité)
- Palliative Genève
- Cité Générations/Clinique et permanence d'Onex

c) **Autres personnes**

- Directeur général de la direction générale de l'action sociale (DGAS)
- Secrétaire général de l'Association genevoise des établissements médico-sociaux (AGEMS)

2. Nombre de réponses reçues = **12** :

- ARFEC
- DGAS
- Fegems
- Imad
- PLATEFORME des associations d'âinés de Genève
- Ville de Genève
- Hospice général
- Pro Infirmis Genève
- Pro Senectute Genève
- Association Alzheimer Genève
- GSPASD
- + Club en fauteuil roulant (*a eu connaissance de cette mise en consultation lors d'une réunion d'associations du milieu du handicap*)

3. **Consultation interne Direction générale de la santé (DGS)**

1. Nombre de consultés = **9 personnes**

- Service du médecin cantonal (4 personnes)
- Service du pharmacien cantonal (1 personne)
- Direction administrative et financière (2 personnes)
- Secteur e-health (1 personne)
- Adjoint de direction (1 personne)

2. Nombre de réponses reçues = **3**

- Service du médecin cantonal (1 personne)
- Service du pharmacien cantonal (1 personne)
- Direction administrative et financière (1 personne)



Section de l'Association suisse des paraplégiques - srpsb

Projet de loi 12263 sur

l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile (LORSDom)

Papier de position

Janvier 2019

Club en fauteuil roulant Genève, section de l'Association suisse des paraplégiques
Route de Loëx 151, 1233 Bernex
Courriel : cfree@cfree.ch / <https://cfree.ch> / Tél. : 022.346.41.41

Club en fauteuil roulant Genève, (CFRGe)

PROJET DE LOI 12263 : ORGANISATION RÉSEAU DE SOINS → MAINTIEN À DOMICILE : Propositions et remarques

2019 Janvier

Enjeux :

Dans le cadre de sa politique de la santé, le canton de Genève a développé un important dispositif de soins à domicile, notamment suite à une initiative populaire au milieu des années 80. Aujourd'hui, le Conseil d'État désire améliorer l'organisation de l'ensemble du dispositif sanitaire cantonal public et privé, le réseau de soins, en renforçant la collaboration de tous les divers acteurs (voir liste en annexe, p. 33 et ss) qui y participent. Cette collaboration renforcée prévoit que ces acteurs deviennent des « partenaires » du réseau de soins en s'engageant par la signature d'une « Charte de Collaboration » (Art. 6 et 11).

Les personnes vivant avec une ou des incapacités (« personnes handicapées » en langage législatif), l'accès à la santé est un problème connu, une situation de handicap en fait, comme le démontre le « Rapport mondial sur le handicap » (cf. http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/fr/), voir infographie de synthèse, OMS, 2011, en annexe, p. 34) et le « Projet de plan d'action mondial de l'OMS relatif - Action Plan 2014-2021, un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées (2016) » (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254650/9789242509618-fre.pdf?sequence=1>) ! L'OMS y rappelle que les personnes vivant avec une ou des incapacités ont les mêmes besoins de soins de santé que tout autre personne.

Et elles ont une probabilité : 2 fois plus grande de trouver des prestataires sans les compétences requises, 3 fois plus grande de se voir refuser les soins, et 4 fois plus grande d'être mal soignées dans le système de soins !

Pour les associations représentantes des personnes handicapées associées à la Fégaph (cf. annexe, p. 33), un tel Projet de loi est donc très important car elles ont des besoins particuliers.

Nos remarques et propositions sont détaillées ci-après.

Les points majeurs sont :

- 1) L'inclusion des personnes handicapées, par leurs associations, au sein du réseau de soins, notamment
 - en étant incluses dans la Commission consultative pour le soutien des proches aidants créée par cette loi, (prestations sociales, de soutien, d'accompagnement, de prévention) (art. 6, 11, 12, 19),
 - en étant reconnues comme partenaires (art. 8),
 - en étant reconnues comme proches aidants (art. 3, 10, 18 et 19)
 - et pouvant recourir aux services des structures de répit comme aux UATR (art. 3, 10, 25 et 26).
- 2) Le respect de leurs droits fondamentaux, comme l'indiquent les articles 16 et 209 de la Constitution genevoise et la Convention des droits des personnes handicapées de l'ONU, ratifiée par la Suisse en 2014 ¹ → page suivante

¹ <https://www.edi.admin.ch/edi/fr/home/fachstellen/bfeh/droit/international0/uebereinkommen-der-uno-ueber-die-rechte-von-menschen-mit-behinde.html>

- 2) Le respect de leurs droits fondamentaux, comme l'indiquent les articles 16 et 209 de la Constitution genevoise et la Convention des droits des personnes handicapées de l'ONU, ratifiée par la Suisse en 2014 ² par :
- l'amélioration de l'accueil et des soins aux personnes vivant avec des incapacités dans les institutions de soins, comme bénéficiaires, notamment la reconnaissance de leur expertise quant à leurs besoins de soins (art. 3, 13, 16, 23, 25, 26, 27, 28),
 - le renforcement de la protection des risques de leur discrimination lorsque se pose la question des limites de prises en soins à domicile ou de l'épuisement des professionnel-le-s de la santé intervenant-e-s auprès d'elles (art. 3, 10, 11, 13, 16, 21 et 23)
 - le développement des bonnes pratiques (EBM et EBN³) (art. 13 et 16)
 - le développement de la formation avec le concours des associations représentatives (art. 10, 14).

Table des matières :

PL 12263, Titre I Dispositions générales, DONT : Définitions terminologie, Rôle de l'IMAD, Commission de coordination (art. 1-6)	page 5
Titre II Réseau de soins : 1. Partenaires et membres, 2. Collaboration, 3. Proches aidants (art. 7 - 19)	page 10
Titre III Maintien à domicile : 1. Principes généraux, 2. Prestations (art. 20 - 28)	page 19
Titre IV Financement (art. 29 - 31)	page 25
Titre V Dispositions finales et transitoires (art. 32 - 36)	page 27
Annexes	page 33

² (<https://www.edi.admin.ch/edi/fr/home/fachstellen/bfeh/droit/international0/uebereinkommen-der-uno-ueber-die-rechte-von-menschen-mit-behinde.html>)
³ EBM : Evidence-Based Medicine, EBN : Evidence-Based Nursing

PL (12263) LORSDom (K.1.04)	Commentaires article par article (selon PL 12263)	Propositions, Remarques et Explications
Projet de : loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève, vu la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (ci-après : la loi fédérale sur l'assurance-maladie); vu l'ordonnance fédérale sur l'assurance-maladie, du 27 juin 1995; vu l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, du 29 septembre 1995 (ci-après : l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins); vu la loi fédérale sur le dossier électronique du patient, du 19 juin 2015; vu la constitution de la République et canton de Genève, du 14 octobre 2012; vu la loi sur la santé, du 7 avril 2006 (ci-après : la loi sur la santé), décrète ce qui suit :		<div>Xxxx OK</div> <div>Aaaa = PL PAS OK</div> <div>Xxxx = points important que nous soulignons</div> <div>INTRODUIRE : Ajout proposé et son argument</div> <div>Bxbbb = terminologie à clarifier</div> <div>Cccc = Spécifique aux personnes représentées par le CFRGe, notamment personnes médullolésées, voire aux personnes handicapées</div>

Club en fauteuil roulant Genève, (CFRGe)

PROJET DE LOI 12263 : ORGANISATION RÉSEAU DE SOINS → MAINTIEN À DOMICILE : Propositions et remarques

2019 Janvier

PL (12263) LORSDom (K.1.04)	Commentaires article par article (selon PL 12263)	Propositions, Remarques et Explications
Projet de loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile		
Titre I Dispositions générales		
Art. 1 But	Article 1	
1 La présente loi a pour but d'organiser le réseau de soins en vue de favoriser le maintien à domicile.	L'intention de cette nouvelle loi est de favoriser le maintien à domicile en mettant un accent particulier sur l'organisation du réseau de soins. Ses buts ont été étoffés par rapport à la version en vigueur, notamment en consolidant et en valorisant le réseau de soins. Cette valorisation passe par un renforcement des dispositions relatives à l'octroi des financements aux membres.	La Féqaph partage totalement ce but. La Féqaph est également d'accord avec ces 4 objectifs al.2 litt. a) – répondre de manière adéquate – peut nécessiter des connaissances (savoir, savoir-faire, savoir-être) particulières de la part des professionnel-le-s, connaissances qui ne font pas forcément parties des connaissances de base mais d'expertises → cf. b) et c) ciaprès ; al. 2 litt. b) – mesure utile – pour prévenir la perte d'autonomie qui renvoie justement à notre remarque sous a) plus haut ; al. 2 litt. c) la Féqaph partage aussi le but de promouvoir la collaboration et la coordination dans le réseau de soins comme avec les partenaires nommés à la litt. d) ciaprès al. 2 litt. d) les associations membre de la Féqaph sont des associations d'entraide et sont positionnée auprès de leurs membres pour les accompagner tout au long de leur vie. Elles demandent donc à être reconnues comme proches aidants.
2 Elle vise à : a) mettre en place un réseau de soins qui permette de répondre de manière adéquate aux besoins de la population afin de préserver son autonomie en restant le plus longtemps possible à domicile, en évitant les hospitalisations et en retardant l'admission dans des institutions de santé ; b) soutenir toute mesure utile à l'aide et aux soins à domicile et en matière de prévention de la perte d'autonomie ; c) promouvoir la collaboration et la coordination au sein du réseau de soins ; d) soutenir les proches aidants, en promouvant notamment, des mesures de répit appropriées.		
3 Elle règle les conditions relatives au financement public des prestataires de soins en matière de maintien à domicile.		
Art. 2 Champ d'application	Article 2	
1 La présente loi s'applique aux partenaires tels que définis à l'article 8, œuvrant dans le réseau de soins en faveur du maintien à domicile, en particulier aux	Cette disposition définit le champ d'application de la loi. Celle-ci s'applique aux partenaires œuvrant dans le réseau de soins en faveur du maintien à domicile, en	

OD/

5_ResSoins_PL12263-LORSDom_PapierPosition_20190118.docx

2019-01-18 / Page 5 sur 37

Club en fauteuil roulant Genève, (CFRGe)

PROJET DE LOI 12263 : ORGANISATION RÉSEAU DE SOINS → MAINTIEN À DOMICILE : Propositions et remarques

2019 Janvier

professionnels de la santé et aux institutions de santé au sens de la loi sur la santé qui produisent des soins pris en charge par la loi fédérale sur l'assurance-maladie, à l'exception des aspects sociaux qui incombent aux communes.	particulier aux professionnels de la santé et aux institutions de santé tels que définis dans la loi sur la santé, du 7 avril 2006 (LS – K 1 03).	
Art. 3 Définitions	Article 3	
1 Par réseau de soins, on entend l'ensemble des partenaires au sens de l'article 8 qui collaborent entre eux, poursuivent des objectifs communs et adoptent des bonnes pratiques communs en matière de prise en charge des bénéficiaires.	Cette disposition définit les différents termes et notions employés dans la loi, tels que « maintien à domicile », « réseau de soins », « structures intermédiaires », « bénéficiaires », « proches aidants », « mesures de répit » et « urgences domiciliaires ».	Les associations nommées aux litt. k, l, m (nouveau) et autres, de l'al. 1, Art. 8 s'occupent de leurs membres et ne conduisent pas de prises en charge ; de plus, elles ne font pas partie du « dispositif sanitaire cantonal » et ne sauraient être astreintes aux « objectifs annuels et aux indicateurs de performance » définis selon l'Art. 10, al. 2, litt. g) et al. 3. al. 2 : Les associations de personnes handicapées et de leurs proches s'occupent effectivement du soutien comme de l'accompagnement de leurs membres, plus particulièrement lorsque ceux-ci sont isolés.
2 Par maintien à domicile, on entend toutes les prestations médicales ou sociales, d'aide, de soins de soutien, d'accompagnement et de prévention en vue d'éviter ou de retarder la péjoration de l'état de santé ainsi que le recours à l'hospitalisation ou à l'entrée en institution.		
3 Par structures intermédiaires, on entend notamment les foyers de jour et de nuit, les unités d'accueil temporaire médicalisées (ei-après UATM) ou de répit (ei-après UATR) et les immeubles avec encadrement pour personnes âgées (ei-après IEPA).		
4 Par bénéficiaire, on entend la personne physique qui est récipiendaire d'une ou plusieurs prestations mentionnées dans la présente loi.		
5 Par proche aidant, on entend une personne de		al. 5 : Les associations de personnes handicapées et de leurs proches s'occupent

OD/

5_ResSoins_PL12263-LORSDom_PapierPosition_20190118.docx

2019-01-18 / Page 6 sur 37

Club en fauteuil roulant Genève, (CFRGe)

PROJET DE LOI 12263 : ORGANISATION RÉSEAU DE SOINS → MAINTIEN À DOMICILE : Propositions et remarques

2019 Janvier

<p>l'entourage immédiat d'un bénéficiaire dépendant d'assistance pour certaines activités de la vie quotidienne, qui, à titre non-professionnel et informel, lui assure de façon régulière des services d'aide, de soins ou de présence, de nature et d'intensité variées destinés à compenser ses incapacités ou difficultés ou encore à assurer sa sécurité, le maintien de son identité et de son lien social.</p>		<p>effectivement du soutien comme de l'accompagnement de leurs membres, notamment en leur proposant diverses aides, activités sociales, permettant notamment de maintenir et développer leur lien social, et le maintien de leur identité. Les activités que nous proposons sont bien sûr adaptées à leurs incapacités, troubles, limitations et restrictions de participation.</p> <p>Par exemple, une association comme le CFRGe, s'occupant de personnes médullosées, est bien sûr concerné par la question de l'identité de ses membres ; en effet, ceux-ci au premier chef sont confrontés à la modification de leur identité. De même, les personnes médullosées, de par leur lésion, peuvent voir leur sécurité vitale mise en danger de façon rapide.</p> <p>Au vu de cela, : Les associations de personnes handicapées et de leurs proches doivent être considérées comme « proche aidante ».</p>
<p>6 Par mesure de répit, on entend du conseil, de l'assistance, de l'accompagnement et de la relève à domicile ou dans une structure dédiée aux proches aidants, notamment par la prise en charge provisoire de leurs proches atteints de troubles physiques, psychiques ou cognitifs, pour les actes de la vie quotidienne et les soins de base.</p>		
<p>7 Par urgence domiciliaire, on entend l'intervention par un médecin en urgence au domicile du bénéficiaire permettant de déterminer si ce dernier nécessite une hospitalisation.</p>		
<p>Art. 4 Rôle de l'institution genevoise de maintien à domicile</p>	<p>Article 4</p>	
<p>1 L'État s'appuie sur l'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) pour mettre en œuvre sa</p>	<p>L'actuelle loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile définit les prestations de maintien à domicile,</p>	

OD/

5_ResSoins_PL12263-LORSDom_PapierPosition_20190118.docx

2019-01-18 / Page 7 sur 37

Club en fauteuil roulant Genève, (CFRGe)

PROJET DE LOI 12263 : ORGANISATION RÉSEAU DE SOINS → MAINTIEN À DOMICILE : Propositions et remarques

2019 Janvier

<p>politique du maintien à domicile dans le canton de Genève, notamment pour les tâches qui ne sont pas effectuées par des institutions privées.</p>	<p>ses bénéficiaires et ses lieux d'intervention. La nouvelle loi met un accent fort sur le rôle de l'IMAD, notamment sur l'obligation d'admettre et la réalisation des missions d'intérêt général. Il est important de clarifier le rôle de l'IMAD, seul acteur public dans le domaine du maintien à domicile, les autres acteurs étant essentiellement actifs pour un catalogue de prestations défini par la LAMal.</p>	
<p>2 De par son statut d'établissement de droit public autonome et d'organisation à but non-lucratif, sa mission légale et son financement par l'État, l'Institution genevoise de maintien à domicile a une obligation de prise en charge dans le domaine des soins LAMal à domicile, sur l'ensemble du territoire du canton de Genève, sous réserve des limites de la prise en soins conformément à l'article 21 de la présente loi.</p>	<p>Par ailleurs, le projet entérine également les réflexions sur la dénomination de l'entité entamées suite à la transformation de l'ancienne fondation des services d'aide et de soins à domicile (FSASD) en établissement public autonome. Celle-ci, désignée un temps comme l'institution de maintien, d'aide et de soins à domicile est désormais connue comme étant l'institution genevoise de maintien à domicile (IMAD).</p>	
<p>3 La loi sur l'institution de maintien, d'aide et de soins à domicile, du 18 mars 2011 s'applique pour le surplus.</p>	<p>La loi sur l'Institution de maintien, d'aide et de soins à domicile, du 18 mars 2011 (LIMAD – K 1 07) est ainsi modifiée en ce sens pour s'adapter à la réalité du terrain et l'article 4 du projet de loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile reprend désormais officiellement cette dénomination.</p>	
<p>Art. 5 Autorité compétente</p>	<p>Article 5</p>	
<p>1 Le département chargé de la santé (ci-après « département ») est l'autorité compétente pour mettre en œuvre la présente loi.</p>	<p>Cet article détaille les prestations attendues du département vis-à-vis du réseau, notamment en termes de régulation et de coordination, ce qui positionne clairement le département comme étant son autorité de tutelle chargée de valider les règles communes, de désigner les outils communs et de décider du financement.</p>	
<p>2 Il est chargé notamment :</p>		
<p>a) de valider la qualité de membre du réseau de soins en fonction des conditions d'admission citées à l'article 9 de la présente loi ;</p>		
<p>b) de décider du financement des activités liées au réseau de soins, tant au niveau des indemnités et des aides financières que du financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance maladie ;</p>		

OD/

5_ResSoins_PL12263-LORSDom_PapierPosition_20190118.docx

2019-01-18 / Page 8 sur 37

Club en fauteuil roulant Genève, (CFRGé)

PROJET DE LOI 12263 : ORGANISATION RÉSEAU DE SOINS → MAINTIEN À DOMICILE : Propositions et remarques

2019 Janvier

<p>c) de designer l'outil d'évaluation standardisée des besoins requis;</p> <p>d) de designer l'outil fournissant le réseau du dossier électronique du patient;</p> <p>e) d'assurer la coordination entre les partenaires du réseau de soins, les communes et les milieux associatifs;</p> <p>f) de valider les règles communes de fonctionnement des partenaires du réseau de soins;</p> <p>g) de fixer les objectifs annuels et les indicateurs de performance du réseau de soins;</p> <p>h) de négocier les contrats de prestations avec les partenaires du réseau de soins;</p> <p>i) de mettre à disposition des bénéficiaires l'information utile.</p> <p>3 Le département veille à ce que les missions du réseau de soins soient remplies et prend toutes les mesures d'exécution nécessaires.</p>		
Art. 6 Commission de coordination du réseau de soins	Article 6	
<p>1 Le département est assisté par la commission de coordination du réseau de soins (ci-après : la commission), laquelle est composée de partenaires du réseau de soins et de l'Association des communes genevoises.</p> <p>2 La commission a notamment pour mission de conseiller le département dans le cadre :</p> <p>a) de l'établissement de règles de comportement communes aux partenaires;</p> <p>b) du développement de projets communs visant à améliorer le fonctionnement du réseau;</p> <p>c) de l'information de la population sur les prestations du réseau de soins.</p>	<p>Cette disposition traite de la commission de coordination du réseau de soins et énumère ses principales missions. La commission mobilise les compétences et les potentialités des partenaires dans le but d'adapter l'offre aux besoins des bénéficiaires et aux évolutions des connaissances et pratiques de soins. Elle est aussi un lieu de communication et de transmission d'informations utiles à l'ensemble du réseau. Elle se réunit 5 à 6 fois par année. Elle exerce ses tâches dans le respect des compétences propres à chacun de ses membres et peut nommer, cas échéant, des groupes de travail en fonction des thématiques spécifiques traitées.</p>	<p>Actuellement, les associations de personnes handicapées et de leurs proches, représentantes des personnes vivant avec des incapacités et nécessitant des soins au sens de la LAMal (quelques soient leurs fréquences) ne sont pas représentées dans cette Commission de coordination qui ne regroupe que des membres du réseau de soins, eux-mêmes toutes institutions produisant des soins et traitements (cf. http://q.e.ch/sante/planification-reseau-de-soins/reseau-de-soins/planification-reseau-de-soins-commission-de-coordination).</p> <p>Cela, alors que les personnes vivant avec des incapacités vivent à domicile (la majorité) ou dans les établissements pour personnes handicapées (EPH et EPI), par exemple.</p> <p>Ces associations sont totalement concernées par les 3</p>

OD/

5_ResSoins_PL12263-LORSDom_PapierPosition_20190118.docx

2019-01-18 / Page 9 sur 37

Club en fauteuil roulant Genève, (CFRGé)

PROJET DE LOI 12263 : ORGANISATION RÉSEAU DE SOINS → MAINTIEN À DOMICILE : Propositions et remarques

2019 Janvier

<p>3 Les membres de la commission s'engagent, en outre, à promouvoir auprès des partenaires du réseau de soins la charte de collaboration mentionnée à l'article 11 de la présente loi.</p> <p>4 La composition et les tâches de la commission sont fixées par règlement du Conseil d'Etat.</p> <p>5 La loi sur les commissions officielles, du 18 septembre 2009, est applicable pour le surplus.</p>		<p>missions indiquées à l'Aa. 2 de l'article 1 du PL 12263.</p> <p>De plus, Si la LORSDom s'applique aux EMS, structures intermédiaires et EPM, la Fégraph ne peut comprendre que les EPH et EPI ne soient pas également représentés dans cette Commission. Des soins et traitements y sont effectivement prodigués, soins qui relèvent de pratiques réservées aux professionnel-le-s de la santé notamment ainsi que la nécessaire collaboration et l'inclusion dans le réseau de soins ne devrait pas être en option.</p> <p>Enfin, pour rappel, selon les données de l'OMS dans son plan d'action 2016-2021 en faveur des personnes handicapées, c'est 15% de la population de plus de 15 ans qui vit avec une ou des incapacités. Ce qui pour Genève, selon les données de l'OCSTAT au 31.12 2017, représente 63221 personnes. (Voir : http://www.who.int/disabilities/actionplan/fr/ ET http://www.who.int/disabilities/infographic/fr/)</p>
PL (12263) LORSDom (K.1.04)	Commentaires article par article (selon PL 12263)	Fégraph : Propositions, Remarques et Explications
Titre II Réseau de soins		
Chapitre I Partenaires et membres		
Art. 7 Organisation	Article 7	
Le Conseil d'Etat fixe par règlement les modalités d'organisation du réseau de soins.	Le règlement prévoira notamment, en plus de la composition, des tâches et du fonctionnement de la commission, les actions des communes, les critères d'admission dans les foyers de jour et de jour-nuit et dans les unités d'accueil temporaire de répit (UATR – qu'il s'agisse de lits de court séjour en EMS ou des unités en lien avec le maintien à domicile pour éviter des hospitalisations), les critères d'admission en unités d'accueil temporaire médicalisées (UATM) ainsi que leur rôle, les critères d'admission dans les immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA), ainsi que le catalogue des mesures d'aide proposées aux	

OD/

5_ResSoins_PL12263-LORSDom_PapierPosition_20190118.docx

2019-01-18 / Page 10 sur 37

Club en fauteuil roulant Genève, (CFRG)

PROJET DE LOI 12263 : ORGANISATION RÉSEAU DE SOINS → MAINTIEN À DOMICILE : Propositions et remarques

2019 Janvier

	proches aidants. De plus, le règlement précisera les sources de financement, qu'il s'agisse d'indemnités, d'aides financières ou de financement résiduel, tels que décrits dans les articles 29 à 31 de la présente loi.	
Art. 8 Partenaires	Article 8	
<p>1 Pour autant qu'ils aient signé la charte de collaboration des partenaires du réseau de soins (ci-après : la charte de collaboration) validée par le département, les partenaires sont notamment les suivants :</p> <p>a) les médecins traitants ;</p> <p>b) l'institution genevoise de maintien à domicile ;</p> <p>c) les organisations privées d'aide et de soins à domicile ;</p> <p>d) les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant ;</p> <p>e) les établissements publics médicaux ;</p> <p>f) les cliniques privées ;</p> <p>g) les établissements médico-sociaux ;</p> <p>h) les structures intermédiaires ;</p> <p>i) les pharmacies ;</p> <p>j) les physiothérapeutes ;</p> <p>k) les associations au service de la personne âgée ;</p> <p>l) les associations représentant les aînés ;</p> <p>m NOUVEAU) INTRODUIRE : les associations représentant les personnes handicapées et leurs proches ;</p> <p>n ANCIEN m) les associations représentant les proches aidants ;</p>	<p>La définition de la qualité de partenaire est nouvelle. Seules les entités listées dans cette disposition peuvent prétendre à ce statut, moyennant la condition limitative d'avoir signé la charte de collaboration des partenaires du réseau de soins. Etre partenaire n'est pas corrélié à un financement d'office. Ce dernier reste réservé selon les conditions de l'article 30.</p> <p>Les partenaires formalisent leur engagement dans le réseau de soins en adoptant des règles communes de fonctionnement discutées au sein de la commission. Des conventions et des collaborations peuvent être mises en œuvre avec des organismes, associations ou autre œuvrant dans le domaine du maintien à domicile, du soutien à la personne âgée ou aux proches aidants, notamment.</p>	<p>L'on peut se demander si la présente loi peut imposer un certain nombre d'obligations aux partenaires indiqués dans l'Art. 8, al. 1, litt. k) à n).</p> <p>Par exemple, comme association, nous sommes tout à fait intéressés à pouvoir collaborer avec les professionnel-le-s et institutions du réseau de soins mais l'Autorité de la santé peut-elle contraindre les associations nommées aux litt. k, l, m (nouveau) et n (ancien m), de l'al. 1, Art. 8 à des - règles communes de fonctionnement - ?</p> <p>Pour cela, il serait nécessaire que ces associations aient comme objectifs statutaires des objectifs de même nature, d'une part, et, d'autre part, en aient les ressources humaines et structurelles pour cela.</p> <p>litt. m): Introduire ici la référence aux associations des personnes handicapées et de leurs proches car ces personnes sont des usagers du réseau de soins. La Fédération genevoise des personnes handicapées et de leurs proches (FégaPh) existe depuis plus de 20 ans et 20 associations en sont membres.</p> <p>En effet, Les personnes que nous représentons sont des usagers et usagères - à besoins particuliers - du réseau de soins (tel que LORSDom le définit) pour la</p>

OD/

5_ResSoins_PL12263-LORSDom_PapierPosition_20190118.docx

2019-01-18 / Page 11 sur 37

Club en fauteuil roulant Genève, (CFRG)

PROJET DE LOI 12263 : ORGANISATION RÉSEAU DE SOINS → MAINTIEN À DOMICILE : Propositions et remarques

2019 Janvier

o ANCIEN n) tout autre professionnel de santé ou institution de santé au sens de la loi sur la santé.		satisfaction de nombre de leurs besoins dans la vie quotidienne !
2 L'Etat peut octroyer un financement aux partenaires qui satisfont aux conditions des articles 9 ou 30 de la présente loi. Les prestations de la loi fédérale sur l'assurance-maladie sont réservées.		
Art. 9 Membres	Article 9	
<p>1 Les partenaires qui satisfont aux conditions suivantes peuvent devenir membres du réseau de soins :</p> <p>a) correspondre aux besoins de la planification sanitaire cantonale ;</p> <p>b) être autorisé en qualité de professionnels de la santé ou d'institution de santé au sens de la loi sur la santé ;</p> <p>c) appliquer les tarifs des prestations en vigueur au niveau fédéral, conventionnés avec les assureurs-maladie ou fixés ou approuvés par le Conseil d'Etat ;</p> <p>d) poursuivre une politique salariale conforme aux conventions collectives ou aux normes cantonales appliquées aux professionnels concernés, respectivement être affilié à une caisse de compensation, au sens de l'article 64 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 20 décembre 1946 ;</p> <p>e) disposer d'un plan de formation continue du personnel ;</p> <p>f) participer à l'effort de relèvement des professionnels de la santé, selon les objectifs fixés par le département, conformément à l'article 14 de la présente loi ;</p> <p>g) être signataire de la charte de collaboration ;</p> <p>h) utiliser le dossier électronique du patient selon l'outil choisi par l'Etat ;</p> <p>i) fournir au département les informations</p>	<p>La définition de la qualité de membre du réseau de soins est nouvelle. Le membre doit répondre à la qualité de partenaire et satisfaire aux exigences supplémentaires de l'article 9. Globalement, la qualité de membre est attribuée à un nombre plus restreint de partenaires, afin de garantir la force de décision et de proposition du réseau de soins. Ceci doit permettre la mise en place et la réalisation de mesures d'action concrètes, soutenues financièrement par le département.</p>	

OD/

5_ResSoins_PL12263-LORSDom_PapierPosition_20190118.docx

2019-01-18 / Page 12 sur 37

Club en fauteuil roulant Genève, (CFRGe)

PROJET DE LOI 12263 : ORGANISATION RÉSEAU DE SOINS → MAINTIEN À DOMICILE : Propositions et remarques

2019 Janvier

<p>statistiques requises et nécessaires à la définition de la politique sanitaire du canton;</p> <p>j) s'engager à mettre en place une démarche qualité reconnue par le département;</p> <p>k) effectuer l'évaluation standardisée des besoins requis selon l'outil validé par le département.</p>		
Chapitre II Collaboration		
Art. 10 Mission	Article 10	
<p>1 Le réseau de soins doit :</p> <p>a) collaborer au sens des articles 11 et suivants afin de permettre aux bénéficiaires de rester le plus longtemps à domicile, sous réserve de l'alinéa 2 du présent article;</p> <p>b) garantir l'équité d'accès aux soins;</p> <p>c) favoriser l'aide aux proches aidants;</p> <p>d) promouvoir l'information aux bénéficiaires et à leurs proches aidants;</p> <p>e) assurer le développement des compétences des professionnels du réseau de soins.</p> <p>2 Le réseau de soins vise à garantir la qualité et l'efficacité des prestations en veillant à la maîtrise de leurs coûts, quel que soit le lieu d'intervention et sous réserve des limites du maintien à domicile, notamment la limite de la prise en soins, en vertu de</p>	<p>La notion de collaboration est nouvelle, de même que la garantie de qualité et d'efficacité. Auparavant, la mission était vue sous l'angle fermé de la simple coopération. Cet article permet d'élargir le spectre d'application de la loi en incluant une notion plus large de suivi et de supervision, laquelle permet un renforcement des collaborations et rend possible le soutien de projets novateurs.</p>	<p>al. 1, litt. c) et d) les associations de personnes handicapées et de leurs proches, sont intéressées par des possibilités d'aide ou soutien aux proches aidants comme la promotion de l'information aux - bénéficiaires - de soins (leurs membres) et à - leurs proches aidants - (parfois également membre des associations).</p> <p>al. 1, litt. e) : les associations de personnes handicapées et de leurs proches sont disponibles pour cela.</p> <p>Par exemple, le CFRGe, association spécialisée auprès des personnes vivant avec des lésions médullaires est compétente (avec ses associations faitières ASP et FSP) pour collaborer au développement des compétences des professionnels du réseau, particulièrement en matière de soins, traitements et accompagnement des personnes médullolésées.</p>

OD/

5_ResSoins_PL12263-LORSDom_PapierPosition_20190118.docx

2019-01-18 / Page 13 sur 37

Club en fauteuil roulant Genève, (CFRGe)

PROJET DE LOI 12263 : ORGANISATION RÉSEAU DE SOINS → MAINTIEN À DOMICILE : Propositions et remarques

2019 Janvier

Article 21.		
Art. 11 Charte de collaboration	Article 11	
<p>1 La charte de collaboration définit les engagements des partenaires du réseau de soins en matière de collaboration.</p> <p>2 En mettant au centre de leurs préoccupations le bénéficiaire et ses proches aidants, les partenaires du réseau de soins s'engagent notamment dans les domaines suivants :</p> <p>a) la collaboration;</p> <p>b) la définition et le respect des pratiques professionnelles;</p> <p>c) la formation;</p> <p>d) la diffusion des informations aux bénéficiaires et à leurs proches aidants;</p> <p>e) le partage d'informations relatives à la prise en charge;</p> <p>f) la communication entre partenaires du réseau de soins.</p>	<p>Élaborée en 2013, la charte relève le défi de développer une culture de la collaboration entre partenaires. Elle propose des règles de fonctionnement communes à tous, de façon à concrétiser l'engagement des partenaires qu'elle positionne notamment en matière de coordination et de continuité des prises en charge, de contribution à l'amélioration des pratiques, de partage d'information via des outils communs (MonDossierMedical.ch, par exemple), de participation à l'effort de formation, de garantie d'équité d'accès aux soins et à l'information. Les indicateurs de cette charte sont définis en concertation avec les membres de la commission.</p>	<p>al. 2 : les associations de personnes handicapées et de leurs proches, si elles peuvent s'engager à la collaboration comme au respect des pratiques professionnelles reconnues, ou encore à proposer des formations aux besoins particuliers de leurs membres, elles ne peuvent partager (dans le sens de recevoir) des informations sur les prises en soins de leurs membres (litt e) et f). Pour cela, les bénéficiaires concernés devraient autoriser -de cas en cas- les professionnels de santé à le faire, conformément à la Loi.</p>
Art. 12 Buts de la collaboration	Article 12	
<p>La collaboration vise notamment à :</p> <p>a) promouvoir les interactions au sein du réseau de soins dans le but d'améliorer et optimiser les prises en charge;</p> <p>b) établir des conventions entre partenaires du réseau de soins afin d'améliorer la qualité et l'économie des prestations;</p> <p>c) assurer la coordination lors de prises en charge partagées;</p> <p>d) identifier les dysfonctionnements du réseau, contribuer à la recherche de solutions et les</p>	<p>Cette disposition énumère les buts de la collaboration entre partenaires.</p>	<p>Les rappels à la Loi sur les droits des bénéficiaires de soins à protéger leur sphère privée sont nécessaires car les pratiques courantes de relations entre professionnel-le-s s'émancipent très facilement et régulièrement de ce cadre.</p> <p>Les associations de personnes handicapées et de leurs proches ne sont bien sûr pas concernées par les litt. a), b) et c).</p>

OD/

5_ResSoins_PL12263-LORSDom_PapierPosition_20190118.docx

2019-01-18 / Page 14 sur 37

Club en fauteuil roulant Genève, (CFRGe)

PROJET DE LOI 12263 : ORGANISATION RÉSEAU DE SOINS → MAINTIEN À DOMICILE : Propositions et remarques

2019 Janvier

<p>mettre en œuvre :</p> <p>e) conduire des projets communs ;</p> <p>f) collaborer à la mise en œuvre des plans et programmes cantonaux ;</p> <p>g) collaborer de façon concertée lors de situations de crise.</p>		<p>litt. g) : au vu du travail de soutien et accompagnement que nous effectuons auprès de certains de nos membres, les associations de personnes handicapées et de leurs proches sont intéressées à ce que les - membres - du réseau de soins collaborent avec elles, soient à leur écoute, particulièrement lorsque elles identifient une situation de crise ou ses prémices et qu'ils et elles acceptent d'adapter leurs programmes d'interventions lorsque nécessaire.</p>
Art. 13 Bonnes pratiques professionnelles	Article 13	
<p>1 Dans le cadre du réseau de soins, la définition de bonnes pratiques professionnelles communes vise notamment à :</p> <p>a) partager les expériences et échanger sur les pratiques afin de les améliorer et d'adopter des référentiels communs ;</p> <p>b) garantir, quel que soit le fournisseur de prestations, une prise en charge globale et continue du bénéficiaire ;</p>	<p>Cette disposition indique ce que visent les bonnes pratiques professionnelles que chaque partenaire s'engage à respecter.</p>	<p>al. 1, litt. a) : Comme déjà dit à l'Art. 10, al. 1, litt. e), Les associations de personnes handicapées et de leurs proches sont disponibles pour cela.</p> <p>→ Nous attirons l'attention sur des bénéficiaires à besoins très particuliers, les personnes médullosées : le CFRGe, association spécialisée, est compétente, avec ses associations filiales ASP et FSP, pour collaborer à l'échange sur les pratiques, à leur amélioration et à l'utilisation des référentiels experts développés notamment au sein des diverses branches du GSP, Groupe suisse pour paraplégiques afin que les divers professionnel-le-s de la santé puissent fournir les prestations à jour (EBM et EBM) en matière de soins, traitements et accompagnement des personnes médullosées.</p> <p>Al. 1 litt. b) cela peut nécessiter des équipes dédiées selon des problématiques de santé particulières, telles les personnes médullosées</p>

OD/

5_ResSoins_PL12263-LORSDom_PapierPosition_20190118.docx

2019-01-18 / Page 15 sur 37

Club en fauteuil roulant Genève, (CFRGe)

PROJET DE LOI 12263 : ORGANISATION RÉSEAU DE SOINS → MAINTIEN À DOMICILE : Propositions et remarques

2019 Janvier

<p>INTRODUIRE :</p> <p>c) garantir, quel que soit le fournisseur de prestations, une prise en charge garantissant les droits des bénéficiaires au respect et à la promotion de leur autonomie, soit l'aptitude perçue à maîtriser, affronter et prendre les décisions personnelles relatives à leur vie quotidienne dans le respect de leurs propres règles et préférences ;</p> <p>2 Chaque partenaire s'engage à respecter les bonnes pratiques établies par sa profession ;</p>		<p>Au vu des expériences des associations représentantes des personnes handicapées, d'une part, de la Constitution genevoise et de la Convention des droits des personnes handicapées (CDPH) d'autre part, il est nécessaire de garantir l'expressis verbis le respect des décisions de vie et l'autonomie des personnes vivant avec des incapacités.</p>
Art. 14 Formation	Article 14	
<p>1 Conformément à l'article 9, al. 1, lettres e et f, les membres du réseau de soins participent à la formation des professionnels de la santé et mettent à disposition des places de stages et d'apprentissage ;</p> <p>2 Les membres du réseau de soins participent également à la formation continue, au perfectionnement et à l'évolution des métiers des professionnels de la santé ;</p> <p>3 Les objectifs sont :</p> <p>a) la participation à l'effort de formation afin de couvrir les besoins en professionnels de la santé nécessaires au réseau de soins ;</p> <p>b) l'harmonisation de la formation continue ;</p> <p>4 Les partenaires du réseau de soins participent à l'enquête annuelle du programme de mesures pour favoriser la relève des professionnels de la santé et fournissent les informations requises ;</p>	<p>Le département, de concert avec le département de l'instruction publique, de la culture et du sport, coordonne le programme de lutte contre la pénurie de personnel des professionnels de la santé. De fait, les membres du réseau de soins en sont partie prenante, tant au niveau de la promotion des métiers concernés que de la mise à disposition de places de stage et/ou d'apprentissage. Ceci s'inscrit également dans le concept cantonal du développement durable, afin de garantir l'accès à des soins de qualité pour tous.</p>	
Art. 15 Information aux bénéficiaires et à leurs proches aidants	Article 15	
<p>Dans le but de garantir l'équité d'accès aux soins, les partenaires du réseau de soins :</p> <p>a) fournissent une information complète sur les</p>	<p>Les partenaires s'engagent quant à la transmission au département d'informations permettant la mise à jour du portail « réseau de soins ». Un Programme de</p>	

OD/

5_ResSoins_PL12263-LORSDom_PapierPosition_20190118.docx

2019-01-18 / Page 16 sur 37

Club en fauteuil roulant Genève, (CFRGe)

PROJET DE LOI 12263 : ORGANISATION RÉSEAU DE SOINS → MAINTIEN À DOMICILE : Propositions et remarques

2019 Janvier

<p>prestations disponibles;</p> <p>b) donnent aux bénéficiaires les moyens de faire des choix éclairés, notamment en matière de directives anticipées et de désignation du représentant thérapeutique.</p>	<p>soutien aux proches aidants du canton de Genève (2017-2020) a été établi par la commission consultative pour le soutien des proches aidants actifs à domicile, laquelle est aussi garante de son application (cf. art. 19). Il décrit notamment une série de mesures et d'actions concrètes allant de l'information au répit, en passant par la relève et la reconnaissance du statut de proche aidant.</p>	
<p>Art. 16 Partage d'informations relatives à la prise en charge</p>	<p>Article 16</p>	
<p>Afin de favoriser la continuité de la prise en charge du bénéficiaire, le partage d'informations entre partenaires du réseau de soins est requis et comprend notamment les tâches et utilisations suivantes :</p> <p>a) la mise à disposition des informations nécessaires à la continuité des prises en charge lors, notamment d'un transfert vers une autre institution de santé ou de situations partagées, y compris par voie électronique, avec le consentement du bénéficiaire;</p> <p>b) l'inscription des patients pris en charge, avec leur consentement explicite, au dossier électronique désigné par le département en proposant celle-ci à tous;</p> <p>c) l'utilisation des outils communs existants validés par l'Etat;</p> <p>d) l'utilisation des outils permettant le partage d'indicateurs et de statistiques de santé publique dans le réseau.</p>	<p>Depuis de nombreuses années, le département facilite la transmission d'informations par la création de divers documents et lignes directrices. Ainsi, il existe une feuille de transfert uniformisée pour toutes les institutions de soins, dans laquelle sont synthétisées les informations nécessaires à la continuité des prises en charge. Lorsque le patient est d'accord de quitter une institution pour aller dans une autre, son dossier est transmis à la nouvelle institution avec son consentement explicite.</p> <p>De plus, le secteur E-Health promeut l'inscription électronique des patients à « Mon dossier médical » et travaille en collaboration intercantonale sur le développement d'un outil commun de mesure de la charge en soins et de l'activité clinique.</p> <p>Le département travaille en outre à la conception d'une base de données anonymisées permettant de construire des indicateurs, et au recueil statistique pour le pilotage du réseau de soins</p> <p>A noter que les outils ne peuvent à eux seuls assurer la continuité de la prise en charge des bénéficiaires. La coordination sur le terrain des acteurs est essentielle.</p>	<p>litt. d) : cf. nos remarques au sujet de l'Art. 10, al. 2. Litt. g)</p> <p>Comme aux Art. 11 et 12, selon nos remarques, il est nécessaire de rappeler, dans la Loi, le cadre légal de référence concernant le partage et la transmission d'informations concernant un bénéficiaire.</p> <p>En effet, « L'échange d'informations entre membres du réseau de soins ne peut se faire qu'en respectant le Chapitre V et la section 3, articles 80 à 84, 87 et 88 du Chapitre VI de la Loi sur la Santé (LS - K.1.03) du 7 avril 2006 ».</p>
<p>Art. 17 Communication entre partenaires du réseau de soins</p>	<p>Article 17</p>	

OD/

5_ResSoins_PL12263-LORSDom_PapierPosition_20190118.docx

2019-01-18 / Page 17 sur 37

Club en fauteuil roulant Genève, (CFRGe)

PROJET DE LOI 12263 : ORGANISATION RÉSEAU DE SOINS → MAINTIEN À DOMICILE : Propositions et remarques

2019 Janvier

<p>Les partenaires s'informent mutuellement des nouveautés et des changements en matière de structures et de prestations.</p>	<p>Il est précisé dans cette disposition que les partenaires s'informent mutuellement des nouveautés et des changements en matière de structures et de prestations.</p>	
---	---	--

OD/

5_ResSoins_PL12263-LORSDom_PapierPosition_20190118.docx

2019-01-18 / Page 18 sur 37

Club en fauteuil roulant Genève, (CFRGe)

PROJET DE LOI 12263 : ORGANISATION RÉSEAU DE SOINS → MAINTIEN À DOMICILE : Propositions et remarques

2019 Janvier

Chapitre III Proches aidants		
Art. 18 But et prestations		<i>Article 18</i>
1 Le soutien aux proches aidants a pour but de reconnaître l'importance de leur rôle et de l'aide qu'ils procurent aux personnes de leur entourage.	Cet article traite des proches aidants, à qui le réseau de soins garantit des mesures de répit, d'accompagnement, de conseil et d'information.	Comme déjà dit, les associations de personnes handicapées et de leurs proches, s'occupent effectivement du soutien comme de l'accompagnement de leurs membres et des personnes qu'elles représentent, notamment en leur proposant diverses activités permettant notamment de maintenir et développer leur lien social. Les activités proposées sont bien sûr adaptées à leurs troubles, incapacités, limitations et restrictions de participation.
2 Le réseau de soins garantit des mesures de répit, d'accompagnement, de conseil et d'information aux proches aidants dans le but de favoriser le maintien à domicile.		Al. 2 : Une des associations membre de la FégaPh, le CFRGe s'occupe de personnes médullosées et est bien sûr particulièrement intéressée par des mesures de répit, d'accompagnements. Toutefois, les soins et l'accompagnement de ces personnes nécessitent des connaissances et compétences particulières qui ne sont pas disponibles dans les infrastructures de répit. Comme déjà dit, cette associations est disponible pour collaborer au développement de réponses adaptées, notamment par de la formation aux professionnelle-le-s de ces lieux de répit.
Art. 19 Commission consultative		<i>Article 19</i>
1 Il est institué une commission consultative pour le soutien des proches aidants actifs à domicile, sous la présidence de la direction générale de la santé.	Cette disposition institue une commission consultative pour le soutien des proches aidants actifs à domicile. Cette dernière, active depuis avril 2012, a été créée en réponse à la motion déposée en 2009 « Pour des mesures concrètes en faveur des proches aidants de personnes âgées ou en situation de handicap (M 1866) ». Elle se réunit 5 fois par an. Un premier rapport intermédiaire a été déposé à l'automne 2012, fruit des travaux de la commission. Ce rapport identifiait des mesures d'amélioration prioritaires à court terme :	Actuellement, les associations de personnes handicapées et de leurs proches, représentantes des personnes vivant avec des incapacités et nécessitant quotidiennement des soins au sens de la LAMaI (quelques soient leurs fréquences) ne sont pas représentées dans cette Commission consultative. Cela, alors qu'elles vivent à domicile (la majorité) ou dans les établissements pour personnes handicapées, par exemple. Ces associations sont totalement concernées par les 3 missions indiquées à l'al. 2 de l'article 1 de PL

OD/

5_ResSoins_PL12263-LORSDom_PapierPosition_20190118.docx

2019-01-18 / Page 19 sur 37

Club en fauteuil roulant Genève, (CFRGe)

PROJET DE LOI 12263 : ORGANISATION RÉSEAU DE SOINS → MAINTIEN À DOMICILE : Propositions et remarques

2019 Janvier

		information, formation, conseil, soutien, répit, soutien financier et prestations sociales. La suite des travaux, conduite dès 2013 selon l'invitation du Grand Conseil dans la motion 2155 « Proches aidants : des solutions pratiques », a abouti à la rédaction du Programme de soutien aux proches aidants du canton de Genève (2017-2020) dont le Conseil d'Etat a pris acte en septembre 2017. Les travaux de planification et de mise en œuvre de ce programme débuteront au cours du premier trimestre 2018.	12263, selon les références de l'OMS (2016), ce sont 15% de la population ou 1 personne sur 7 qui vit ainsi, soit entre 71'000 et 75'000 personnes dans notre canton !
2 Le département fixe par voie réglementaire la composition et les tâches de cette commission ainsi que le catalogue des prestations aux proches aidants.			al. 2 : le CFRGe représentant des personnes fortement utilisatrices, si ce n'est - dépendante - du Réseau de soins demande à participer à une telle commission.
PL (12263) LORSDom (K.1.04)		Commentaires article par article (selon PL 12263)	FégaPh : Propositions, Remarques et Explications
Titre III Maintien à domicile			
Chapitre I Principes généraux			
Art. 20 Fournisseurs de prestations de soins		<i>Article 20</i>	
1 Le maintien à domicile des bénéficiaires est assuré par : a) les médecins; b) les organisations d'aide et de soins à domicile publiques ou privées; c) les infirmières et les infirmiers pratiquant à titre indépendant; d) les structures intermédiaires publiques ou privées; e) tout professionnel de la santé au sens du règlement sur les professions de la santé, du 22 août 2006, qui intervient sur prescription médicale.	Cette disposition expose la liste des personnes ou institutions assurant le maintien à domicile des bénéficiaires. A noter que les médecins peuvent être soit les médecins prescripteurs de ville, soit des médecins hospitaliers ou ceux désignés par le bénéficiaire (médecin de famille ou spécialiste désigné).		
2 Les organisations d'aide et de soins à domicile et les structures intermédiaires sont des institutions de santé au sens de la loi sur la santé.			
Art. 21 Limites de la prise en soins LAMaI à domicile		<i>Article 21</i>	
1 Les fournisseurs de prestations peuvent mettre fin aux soins LAMaI dans les cas suivants : a) éléments cliniques justifiant une telle décision.	Cet article rend explicites les motifs justifiant une cessation de prise en charge à domicile et les liste. De plus, il constitue une sécurité et une protection pour le bénéficiaire en assurant le principe de continuité des		Les associations de personnes handicapées et de leurs proches, représentantes des personnes vivant avec des incapacités s'étonnent d'une telle disposition.

OD/

5_ResSoins_PL12263-LORSDom_PapierPosition_20190118.docx

2019-01-18 / Page 20 sur 37

Club en fauteuil roulant Genève, (CFRGe)

PROJET DE LOI 12263 : ORGANISATION RÉSEAU DE SOINS → MAINTIEN À DOMICILE : Propositions et remarques

2019 Janvier

<p>d) entente avec le prescripteur des soins, ou</p> <p>b) éléments en lien avec la préservation de la santé et de la sécurité des professionnels de la santé, ou</p> <p>c) décisions des assureurs-maladie s'agissant du remboursement à charge de l'assurance obligatoire des soins.</p>	<p>soins. Il vise aussi la protection des collaborateurs des soins à domicile confrontés à des situations périlleuses.</p>	<p><i>En effet, la disposition de l'al. 1 permettant à des professionnel-le-s ou institutions de soins de cesser de soigner, traiter, accompagner un-e bénéficiaire est particulièrement choquante et pose des questions importantes sur le plan éthique. En effet, les personnes que nous représentons sont régulièrement discriminées et leur accès aux soins sont connus comme étant clairement plus difficile (cf. OMS).</i></p> <p><i>Aussi, nous demandons que ce point soit modifié, notamment que les bénéficiaires qui se retrouveraient dans une telle situation puissent faire valoir leurs point de vue selon les règles habituelles du droit d'être entendu et de l'aide d'une personne de référence choisie par elle.</i></p>
<p>2 Les fournisseurs de prestations doivent veiller à assurer la continuité de la prise en charge avant la cessation effective de leurs prestations.</p>		<p><i>Et ça n'est pas la précision à l'al. 2 qui suffit à nous rassurer au vu de diverses situations observées. Sous cette formulation, cette clause de rupture de la poursuite d'un projet de soins</i></p> <p><i>Les associations de personnes handicapées et de leurs proches, sont très intéressées aux fondements qui ont amené à la proposition d'un tel article.</i></p>
<p>Art. 22 Lieux d'intervention</p>	<p>Article 22</p>	
<p>Les prestations favorisant le maintien à domicile s'effectuent :</p> <p>a) en priorité au domicile des bénéficiaires;</p> <p>b) dans les services de soins ambulatoires publics et privés;</p> <p>c) dans les lieux d'accueil des organisations d'aide et de soins à domicile ou tout autre lieu approprié;</p> <p>d) dans les structures intermédiaires.</p>	<p>Cet article précise que les lieux d'intervention où s'effectuent les prestations favorisant le maintien à domicile sont le domicile du bénéficiaire, les services de soins ambulatoires publics et privés, les lieux d'accueil des organisations d'aide et de soins à domicile, ainsi que les structures intermédiaires.</p>	
<p>Chapitre II Prestations</p>		
<p>Art. 23 Organisations d'aide et de soins à domicile</p>	<p>Article 23</p>	

OD/

5_ResSoins_PL12263-LORSDom_PapierPosition_20190118.docx

2019-01-18 / Page 21 sur 37

Club en fauteuil roulant Genève, (CFRGe)

PROJET DE LOI 12263 : ORGANISATION RÉSEAU DE SOINS → MAINTIEN À DOMICILE : Propositions et remarques

2019 Janvier

<p>1 Les organisations d'aide et de soins à domicile dispensent les prestations prescrites par un médecin et prévues à l'article 7 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, à savoir :</p> <p>a) l'évaluation, les conseils et la coordination;</p> <p>b) les examens et les traitements;</p> <p>c) les soins de base.</p>	<p>Dans la nouvelle loi, les prestations dispensées sont listées de façon détaillée et précise. Les notions de coordination et de liaison sont nouvelles, ce qui lève l'ambiguïté que suscitait l'ancien PASS. Les urgences sociales sont nouvellement décrites. De plus, comme cela a été évoqué lors du débat sur la répartition des tâches entre communes et canton, les communes ont la possibilité de déléguer certaines tâches de proximité relevant de leur compétence. Le soutien aux proches aidants apparaît à part entière dans les prestations attendues et plus uniquement dans les structures intermédiaires comme c'est le cas dans le texte actuel.</p>	
<p>2 Elles peuvent en outre dispenser, notamment, les prestations suivantes :</p> <p>a) prestations d'ergothérapie prévues à l'article 6 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins;</p> <p>b) conseils nutritionnels prévus à l'article 9b de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins;</p> <p>c) conseils aux diabétiques prévus à l'article 9c de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins;</p> <p>d) conseils en cas d'allaitement prévus à l'article 15 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins;</p> <p>e) liaison, notamment dans le cadre des entrées, respectivement des sorties, des établissements publics médicaux ou des cliniques privées;</p> <p>f) coordination générale avec l'ensemble des intervenants autour d'une situation;</p> <p>g) aide, comprenant notamment la suppléance parentale, l'alimentation, la sécurité à domicile et le maintien du lien social;</p> <p>h) aide au ménage, incluant notamment les tâches d'économie domestique, pour autant que les besoins requis aient fait l'objet d'une évaluation;</p> <p>i) relais, notamment social, des bénéficiaires en vue de les orienter vers l'institution compétente;</p> <p>j) mesures de soutien et d'accompagnement aux proches aidants;</p> <p>k) urgences sociales qui permettent la prise en charge de personnes sur le plan de la santé et sur</p>	<p>Il faut rappeler que conformément à l'article 4, alinéa 3, de la loi sur la répartition des tâches entre les communes et le canton, du 18 mars 2016 (1^{er} train) (LRT-1 – A 2 05), les organisations d'aide et de soins à domicile peuvent en outre dispenser des tâches de proximité relevant de la compétence exclusive des communes sur délégation de ces dernières.</p>	

OD/

5_ResSoins_PL12263-LORSDom_PapierPosition_20190118.docx

2019-01-18 / Page 22 sur 37

Club en fauteuil roulant Genève, (CFRGe)

PROJET DE LOI 12263 : ORGANISATION RÉSEAU DE SOINS → MAINTIEN À DOMICILE : Propositions et remarques

2019 Janvier

le plan social dans des situations de crise liées, entre autres, à la précarité, à l'exclusion, aux violences domestiques ou aux troubles du comportement. Elles sont fournies après la fermeture des services, la nuit, le week-end et les jours fériés; l) mesures de prévention et détection des fragilités en vue d'une entrée en institution.		
Art. 24 Infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant Les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant dispensent les prestations prescrites par un médecin et prévues à l'article 7 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, à savoir: a) l'évaluation, les conseils et la coordination; b) les examens et les traitements; c) les soins de base.	Article 24 Cette disposition introduit une catégorie professionnelle qui n'est pas décrite dans l'actuelle loi, à savoir les infirmiers/ères pratiquant à titre indépendant. Il s'agit d'infirmiers/ères au bénéfice d'un droit de pratique délivré par le médecin cantonal, qui exercent leur activité de façon indépendante et qui ne sont contractuellement pas liés à une institution de soins ni à une organisation de soins à domicile.	
Art. 25 Structures intermédiaires 1 Les structures intermédiaires, médicalisées ou non, dispensent notamment les prestations suivantes: a) un accueil de jour/de nuit ou un séjour de courte durée pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou provisoire; b) des mesures de répit qui permettent le maintien à domicile du bénéficiaire pour soulager momentanément les proches aidants; c) un lieu de vie pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou durable. 2 Ces prestations peuvent être de nature socio-hôtelière, médico-sociale ou consister en animation, transport ou accompagnement. 3 Le Conseil d'Etat fixe par règlement le catalogue des structures intermédiaires et leurs prestations.	Article 25 Cette disposition liste les prestations fournies par les structures intermédiaires. Ces prestations sont de nature socio-hôtelière : hébergement, repas, traitement du linge, mais peuvent aussi consister en de l'animation, des loisirs, de l'aide et de la stimulation à l'accomplissement des activités de la vie quotidienne, une aide à la toilette, des soins infirmiers ou encore un appui aux démarches administratives. Les différents types de structures intermédiaires seront listés dans le cadre du règlement. L'inclusion de nouvelles catégories, comme les maisons de vacances par exemple, sera conditionnée au respect des critères définis pour ces prestations.	Les associations de personnes handicapées et de leurs proches, connaissent bien les problématiques liées à la fatigue des proches aidants auprès des personnes vivant avec des incapacités. Ces associations disposent de connaissances cliniques et d'expériences nombreuses quant aux solutions les mieux adaptées. Aussi, elles sont disponibles pour collaborer au développement de telles structures intermédiaires afin qu'elles répondent au mieux aux besoins particuliers des personnes vivant avec des incapacités.
Art. 26 établissements médico-sociaux	Article 26	

OO/

5_ResSoins_PL12263-LORSDom_PapierPosition_20190118.docx

2019-01-18 / Page 23 sur 37

Club en fauteuil roulant Genève, (CFRGe)

PROJET DE LOI 12263 : ORGANISATION RÉSEAU DE SOINS → MAINTIEN À DOMICILE : Propositions et remarques

2019 Janvier

1 Conformément à la loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées, du 4 décembre 2009, les établissements médico-sociaux peuvent créer des lits spécialement affectés au court séjour en unité d'accueil temporaire de répit (UATR), avec l'appui du département, pour favoriser le répit des proches aidants et dans une perspective de découverte de la vie en institution. 2 Les établissements médico-sociaux peuvent exploiter des structures intermédiaires et délivrer des prestations sociales de proximité.	Les EMS ne sont pas décrits dans l'actuelle loi comme des partenaires du maintien à domicile car les lits de court séjour en leur sein avaient été fermés. Leur réouverture progressive justifie ce nouvel article. Il est à noter que ces lits de court séjour ne peuvent être créés au sein des EMS que lors d'agrandissement/construction/rénovation car ils ne doivent en aucun cas se substituer à des lits de long séjour. De plus, cet article prévoit explicitement l'exploitation par les EMS de structures intermédiaires (foyer de jour, IEPA) et la possibilité de délivrer des prestations sociales de proximité.	Les associations de personnes handicapées et de leurs proches, connaissent bien les problématiques liées au vieillissement des personnes vivant avec des incapacités. Elles disposent de connaissances cliniques et d'expériences quant aux solutions les mieux adaptées. Aussi, elles sont disponibles pour collaborer au développement de telles UATR afin qu'elles répondent au mieux aux besoins particuliers des personnes vivant avec des incapacités. Par exemple, le CFRGe, section de la FSP, Association suisse des paraplégiques, ayant aussi pour mission statutaire la promotion du travail de la FSP, Fondation suisse pour paraplégiques, attire l'attention sur le « Programme Ageing » de la FSP, qui peut concerner les EMS ayant des projets relevant de cet Art. 25. Cf. notamment : http://www.sgv.ch/fr/actuel/detail?newsid=1157230&newsid=GEN ET https://issuu.com/paranet/docs/paraplegie_03_15_f /9 ET https://www.paraplegie.ch/parahelp/fr/vieillesse-et-logement
Art. 27 établissements publics médicaux Les établissements publics médicaux contribuent au maintien à domicile en: a) participant aux mesures en amont et en aval des hospitalisations afin de préparer les entrées respectivement préparer les retours à domicile, dans les meilleures conditions possibles pour le bénéficiaire;	Article 27 Les établissements publics médicaux ne sont pas cités comme contributeurs du maintien à domicile dans la loi actuelle. A ce jour, ils participent à la liaison hôpital/domicile (cf. art. 23, al. 2, lettre c) et proposent un dispositif spécifique pour les urgences gériatriques depuis le 1 ^{er} novembre 2016. Depuis cette date en effet, les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) assurent un accueil 7/7 de 8h à 19h pour les urgences non vitales et sans traumatismes des personnes de 75 ans et plus, sur le site de l'hôpital des Trois-Chêne.	Les associations de personnes handicapées et de leurs proches, représentantes des personnes vivant avec des incapacités relèvent l'importance de cet Art. 27 concernant les personnes qu'elles représentent. lit. a) : En effet, un nécessaire travail a été initié par le HUG, depuis plusieurs années pour améliorer l'accueil à l'hôpital (milieu stationnaire et milieu ambulatoire), le suivi clinique et la préparation de la sortie de l'hôpital des personnes vivant avec des incapacités ou troubles durables et confrontées à des situations handicapantes ; ce travail a amené diverses améliorations et développement internes

OO/

5_ResSoins_PL12263-LORSDom_PapierPosition_20190118.docx

2019-01-18 / Page 24 sur 37

Club en fauteuil roulant Genève, (CFRGe)

PROJET DE LOI 12263 : ORGANISATION RÉSEAU DE SOINS → MAINTIEN À DOMICILE : Propositions et remarques

2019 Janvier

<p>b) participant aux projets favorisant le maintien à domicile;</p> <p>c) organisant la prise en charge des urgences gériatriques et psychiatriques.</p>		<p>utiles.</p> <p>Une des associations membre de la Fégaph, le CFRGe attire l'attention au sujet des personnes médullolésées particulièrement. Le même travail de sensibilisation et, surtout de formation ainsi que sur le plan des relevés de données cliniques n'a pas encore été réalisé malgré les offres faites au groupe de travail adhoc des HUG. Cela est particulièrement dommageable pour ces personnes et se traduit en mois supplémentaires d'hospitalisation et/ou altération de leur qualité de vie. Aussi, nous demandons que les conditions actuelles de réalisation de ce point soient rapidement et nettement améliorées avec la collaboration de cette association.</p>
<p>Art. 28 autres professionnels de la santé ou institutions de santé</p>	<p>Article 28</p>	
<p>1 D'autres professionnels de la santé ou institutions de santé ou établissements d'hébergements (à introduire) peuvent également être amenés à produire des prestations dans le cadre de leurs champs de compétences propres.</p> <p>2 S'agissant des médecins en particulier, ils collaborent activement avec les organisations d'aide et de soins à domicile et les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant dans le cadre de la prise en charge des urgences domiciliaires.</p>	<p>Cet article constitue une ouverture par rapport à l'urgence possible de nouveaux prestataires et insiste sur le rôle central et actif du médecin au niveau des urgences domiciliaires. Selon la LS, les prestataires doivent être des professionnels de la santé au sens de l'article 1 du règlement sur les professions de la santé, du 22 août 2006 (RPS – K 3 02.01), et bénéficier d'un droit de pratique. Concernant les institutions de santé, celles-ci doivent répondre aux règles et normes spécifiées dans ces mêmes loi et règlement, et être au bénéfice d'une autorisation d'exploiter délivrée par le service du médecin cantonal.</p>	<p>Les associations de personnes handicapées et de leurs proches, représentantes des personnes vivant avec des incapacités relèvent que dans les établissements d'accueil des personnes handicapées (EAPH) et d'intégration (EPI), des prestations de soins relevant de la LAMal sont prodiguées. Aussi, cet article doit être complété par la mention de ces établissements.</p>

OD/

5_ResSoins_PL12263-LORSDom_PapierPosition_20190118.docx

2019-01-18 / Page 25 sur 37

Club en fauteuil roulant Genève, (CFRGe)

PROJET DE LOI 12263 : ORGANISATION RÉSEAU DE SOINS → MAINTIEN À DOMICILE : Propositions et remarques

2019 Janvier

PL (12263) LORSDom (K.1.04)	Commentaires article par article (selon PL 12263)	Fégaph : Propositions, Remarques et Explications
<p>Titre IV Financement</p>		
<p>Art. 29 Sources</p>	<p>Article 29</p>	
<p>Les prestations du réseau de soins en vue du maintien à domicile sont financées par :</p> <p>a) les bénéficiaires;</p> <p>b) les assureurs-maladie;</p> <p>c) les indemnités et les aides financières;</p> <p>d) le financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie;</p> <p>e) les dons et les legs;</p> <p>f) toutes autres formes de rémunération versées par les collectivités publiques.</p>	<p>Cet article donne des précisions sur les sources de financement des soins à domicile</p>	
<p>Art. 30 Financement de prestations de soins à domiciles</p>	<p>Article 30</p>	
<p>1 L'Etat peut accorder des indemnités ou des aides financières, au sens de la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005, aux membres du réseau de soins au sens de l'article 9 de la présente loi.</p> <p>2 Un financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie peut être accordé par l'Etat aux organisations d'aide et de soins à domicile ainsi qu'aux infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant, membres du réseau de soins au sens de l'article 9 de la présente loi, aux conditions cumulatives suivantes :</p> <p>a) fournir, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, sur l'ensemble du territoire cantonal, des soins à domicile reconnus comme nécessaires à la couverture des besoins du canton de Genève et en assurer la continuité et le suivi;</p> <p>b) prendre en charge, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, les besoins en soins urgents et les nouvelles demandes et en assurer la continuité;</p> <p>c) garantir au sein de l'organisation,</p>	<p>Actuellement, la réalisation des prestations de soins à domicile a été confiée par délégation de l'Etat à l'IMAD. De ce fait, elle est au bénéfice d'une indemnité au sens de la LIAF.</p> <p>En outre, l'Etat finance également la Coopérative des soins infirmiers (CSI) et SITEX SA pour des prestations spécifiques. Les autres prestataires de soins à domicile reçoivent la part cantonale des soins à domicile selon la LAMal, pour autant qu'ils répondent aux conditions fixées à l'article 9 de la présente loi ainsi qu'aux conditions cumulatives prévues dans le présent article.</p>	

OD/

5_ResSoins_PL12263-LORSDom_PapierPosition_20190118.docx

2019-01-18 / Page 26 sur 37

<p>respectivement par une relève entre infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant, la prise en charge et le suivi des soins infirmiers prescrits, y compris en cas d'absence planifiée ou imprévue;</p> <p>d) fournir les informations comptables nécessaires afin de permettre au Conseil d'Etat de fixer le coût résiduel propre à chaque organisation d'aide et de soins à domicile; les états financiers doivent notamment être certifiés et présenter avec clarté tous les éléments de charges et de produits en lien avec la prestation financée et exclure toute charge qui ne serait pas constitutive du coût des soins, lorsqu'exigé par l'Etat, au moyen d'une comptabilité analytique d'exploitation;</p> <p>e) se conformer aux modalités et processus de facturation prévus par le département pour le financement résiduel du coût des soins.</p> <p>3 La contribution de l'Etat au financement résiduel fait l'objet d'une décision du département soumise à recours auprès de la chambre administrative de la Cour de justice, la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985, étant applicable pour le surplus.</p>		
<p>Art. 31 Financement de projets du réseau de soins</p> <p>1 Conformément aux principes prévus dans la charte de collaboration, l'Etat peut financer des projets favorisant l'efficacité, la qualité du réseau de soins et la coordination des prestations, ainsi que des projets pilotes relatifs aux programmes cantonaux, notamment de prévention et de promotion de la santé. 2 Le financement s'opère conformément à la loi sur les indemnités et les aides financières, du 13 décembre 2005, subsidiairement aux autres sources de financement, telles que dons et legs.</p>	<p><i>Article 31</i></p> <p>La notion de financement spécifique aux projets du réseau de soins est nouvelle et soutient la possibilité de mettre en œuvre des actions concertées et innovantes entre les partenaires.</p>	

Club en fauteuil roulant Genève, (CFRGe)

PROJET DE LOI 12263 : ORGANISATION RÉSEAU DE SOINS → MAINTIEN À DOMICILE : Propositions et remarques

2019 Janvier

PL (12263) LORSDom (K.1.04)	Commentaires article par article (selon PL 12263)	FégaPh : Propositions, Remarques et Explications
Titre V Dispositions finales et transitoires		
Art. 32 Dispositions d'applications	<i>Articles 32, 33 et 34</i>	
Le Conseil d'Etat édicte les dispositions d'exécution de la présente loi.	Ce sont les articles habituels relatifs aux dispositions d'application, clause abrogatoire et entrée en vigueur.	
Art. 33 Clause abrogatoire	<i>Articles 32, 33 et 34</i>	
La loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du 26 juin 2008 (LSDom) (K 1 06) est abrogée.	Ce sont les articles habituels relatifs aux dispositions d'application, clause abrogatoire et entrée en vigueur.	
Art. 34 Entrée en vigueur	<i>Articles 32, 33 et 34</i>	
Le Conseil fixe la date d'entrée en vigueur de la présente loi.	Ce sont les articles habituels relatifs aux dispositions d'application, clause abrogatoire et entrée en vigueur.	
Art. 35 Dispositions transitoires	<i>Article 35</i>	
¹ Les organisations d'aide et de soins à domicile ainsi que les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant qui perçoivent, au moment de l'entrée en vigueur de la loi, un montant au titre d'indemnité ou d'aide financière au sens de la loi sur les indemnités et les aides financières, de 15 décembre 2005, doivent se mettre en conformité avec les conditions prévues à l'article 8 al. 2 de la présente loi dans les 6 mois suivant son entrée en vigueur.	Cette disposition donne un délai de 6 mois aux organisations d'aide et de soins à domicile – ainsi qu'aux infirmiers/ères exerçant à titre indépendant et qui perçoivent des indemnités ou des aides financières ou encore un montant au titre du financement résiduel – afin de se mettre en conformité avec les conditions prévues par la nouvelle loi pour obtenir les financements précités.	
² Les organisations d'aide et de soins à domicile ainsi que les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant qui perçoivent, au moment de l'entrée en vigueur de la loi, un montant au titre du financement résiduel au sens de l'article 25a LA Mal, doivent se mettre en conformité avec les conditions prévues à l'article 8, al. 3 de la présente loi dans les 6 mois suivant son entrée en vigueur.		
Art. 36 Modifications à d'autres lois	<i>Article 36 – Modification à d'autres lois</i>	
¹ La loi sur la répartition des tâches entre les communes et le canton (1 ^{er} train), du 18 mars 2016 (A 2 05), est modifiée comme suit :	<i>Alinéa 1 – LRT-1 (A 2 05)</i>	

OD/

5_ResSoins_PL12263-LORSDom_PapierPosition_20190118.docx

2019-01-18 / Page 29 sur 37

Club en fauteuil roulant Genève, (CFRGe)

PROJET DE LOI 12263 : ORGANISATION RÉSEAU DE SOINS → MAINTIEN À DOMICILE : Propositions et remarques

2019 Janvier

Art. 5, al. 1 (nouveau teneur) ¹ L'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) est titulaire des baux à loyer ou des droits réels ou personnels sur les locaux nécessaires à l'exercice des tâches qui lui sont attribuées.	<i>Art. 5</i> Modification formelle.	
² La loi sur l'organisation des institutions de droit public, du 22 septembre 2017 (A 2 24), est modifiée comme suit :	<i>Alinéa 2 – LOIDP (A 2 24)</i>	
Art. 3, al. 1, lettre f (nouveau teneur) ¹ La présente loi s'applique aux institutions suivantes : f) l'Institution genevoise de maintien à domicile.	<i>Art. 3</i> Modification formelle.	
³ La loi portant règlement du Grand Conseil, du 13 septembre 1985 (B 1 01), est modifiée comme suit :	<i>Alinéa 3 – LRGC (B 1 01)</i>	
Art. 200A, al. 2, lettre c (nouveau teneur) ² Cette commission examine les objets que le Grand Conseil décide de lui renvoyer touchant notamment la santé publique en général, y inclus : c) le maintien à domicile, au sens de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (à compléter).	<i>Art. 200A</i> Modification formelle.	
⁴ La loi générale relative au personnel de l'administration cantonale, du pouvoir judiciaire et des établissements publics médicaux, du 4 décembre 1997 (B 5 05), est modifiée comme suit : Art. 1, al. 1, lettre g (nouveau teneur) ¹ La présente loi s'applique : g) au personnel de l'Institution genevoise de maintien à domicile.	<i>Alinéa 4 – LRGC (B 5 05)</i>	
⁵ La loi de procédure fiscale, du 4 octobre 2001 (D 3 17), est modifiée comme suit :	<i>Art. 1</i> Modification formelle.	
	<i>Alinéa 5 – LRT-1 (D 3 17)</i>	

OD/

5_ResSoins_PL12263-LORSDom_PapierPosition_20190118.docx

2019-01-18 / Page 30 sur 37

Club en fauteuil roulant Genève, (CFRGe)

PROJET DE LOI 12263 : ORGANISATION RÉSEAU DE SOINS → MAINTIEN À DOMICILE : Propositions et remarques

2019 Janvier

<p>Art. 12, al. 1, phrase introductive (substitution de termes) Les termes « de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du 26 juin 2008 » sont remplacés par « de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (à compléter) ».</p> <p>Art. 12, al. 1, lettre u (nouvelle teneur) u) au personnel de l'institution compétente chargée de l'orientation des bénéficiaires au sens de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (à compléter).</p>	<p>Art. 12 Modifications formelles.</p>	
<p>6 La loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées, du 4 décembre 2009 (J 7 20), est modifiée comme suit :</p> <p>Chapitre IIIA Structures intermédiaires (nouveau)</p> <p>Art. 35A Unités d'accueil temporaire de répit (UATR) (nouveau) 1 Les établissements sont autorisés à exploiter en leurs murs des lits d'unités d'accueil temporaire de répit pour autant que le nombre de lits de long séjour ne soit pas modifié. 2 Les prestations et les critères d'admission doivent correspondre aux exigences définies par le règlement d'application de</p>	<p>Alinéa 6 – LGEPA (J 7 20)</p> <p>Chapitre IIIA Structures intermédiaires Un nouveau chapitre est inséré dans la loi, afin de permettre aux établissements pour personnes âgées d'exploiter des structures intermédiaires, en sus de leur activité principale. Des projets-pilotes concluants sont déjà en cours et il convient désormais d'ancrer ces possibilités dans la loi, ce qui permet souvent aux personnes concernées d'avoir un premier aperçu de la vie en institution lorsqu'elles ne peuvent plus rester à domicile mais que leur état de santé ne nécessite plus d'hospitalisation.</p> <p>Article 35A Unités d'accueil temporaire de répit (UATR) Les établissements pour personnes âgées pourront notamment exploiter des unités d'accueil temporaires, qui permettent d'accueillir un patient dont les soins hospitaliers sont terminés afin de passer par une étape de transition entre un éventuel retour à domicile ou une institutionnalisation.</p>	

OD/

5_ResSoins_PL12263-LORSDom_PapierPosition_20190118.docx

2019-01-18 / Page 31 sur 37

Club en fauteuil roulant Genève, (CFRGe)

PROJET DE LOI 12263 : ORGANISATION RÉSEAU DE SOINS → MAINTIEN À DOMICILE : Propositions et remarques

2019 Janvier

<p>la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (à compléter).</p> <p>Art. 35B Immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA) (nouveau) 1 Les établissements peuvent être autorisés à exploiter des immeubles avec encadrement pour personnes âgées. 2 Le Conseil d'Etat définit par voie réglementaire les prestations, critères d'attribution de logements et autorisation d'exploiter.</p> <p>Art. 35C Financement (nouveau) 1 L'établissement autorisé à exploiter des lits d'unités d'accueil temporaire de répit ou un immeuble avec encadrement pour personnes âgées peut bénéficier d'une subvention à l'exploitation régie par la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005. 2 L'article 31 de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (à compléter), est applicable pour le surplus. 3 Les états financiers doivent présenter avec clarté et distinctement tous les éléments de charges et de produits des structures financées, lorsqu'exigé par l'Etat, au moyen d'une comptabilité analytique d'exploitation. 4 La surveillance de l'exploitant est assurée par le département selon le règlement sur les institutions de santé, du 22 août 2006.</p>	<p>Article 35B Immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA) Les établissements pourront également être amenés à exploiter des IEPA, dans lesquels les patients sont locataires et bénéficient d'un encadrement leur permettant d'avoir accès à différentes prestations telles que repas en commun ou accès à des soins ou des activités par exemple.</p> <p>Article 35C Financement Le financement de ces structures découle de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile.</p>	
<p>La loi sur la santé, du 7 avril 2006 (K 1 03), est modifiée comme suit :</p> <p>Art. 13A Réseau de soins (nouveau) Un réseau de soins est créé dont les conditions de fonctionnement sont prévues dans la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (à compléter).</p>	<p>Alinéa 7 – LS (K 1 03)</p> <p>Article 13A La notion de réseau de soins est désormais ancrée dans la loi-cadre qui chapeaute la santé publique dans le canton de Genève, les modalités de fonctionnement de ce réseau étant déclinées dans la loi sur l'organisation</p>	

OD/

5_ResSoins_PL12263-LORSDom_PapierPosition_20190118.docx

2019-01-18 / Page 32 sur 37

	du réseau de soins en vue du maintien à domicile.	
8 La loi sur l'institution de maintien, d'aide et de soins à domicile, du 18 mars 2011 (K 1 07), est modifiée comme suit : L'intitulé de la loi (nouveau teneur) Loi sur l'institution genevoise de maintien à domicile	<i>Alinéa 8 – LIMAD (K 1 07) Intitulé de la loi</i> L'intitulé de la loi est modifié pour s'adapter à la réalité du terrain, l'institution de maintien, d'aide et de soins à domicile étant connue en réalité comme l'institution genevoise de maintien à domicile (IMAD).	
Art. 1, al. 1 et 3 (nouveau teneur) 1 Sous la dénomination « institution genevoise de maintien à domicile » (ci-après : l'institution), il est créé un établissement de droit public autonome, doté de la personnalité juridique et régi par les dispositions de la présente loi. 3 Elle fait partie du réseau de soins, tel qu'institué par la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (à compléter).	<i>Article 1</i> La dénomination officielle de l'IMAD est modifiée, de même que le renvoi à la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile. <i>Article 2</i> La notion de reconnaissance d'utilité publique est supprimée. En effet, elle avait tout son sens dès lors que l'ancienne loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile (LSDom) et son règlement d'application en faisaient une condition pour obtenir un financement étatique. Les conditions ayant changé et figurant désormais expressément dans la nouvelle loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, la notion de reconnaissance d'utilité publique n'est plus nécessaire. L'article 2 ne concerne désormais plus que le siège de l'institution. <i>Article 29</i> Le programme d'accès aux soins n'a jamais été mis en œuvre et a été retiré de la nouvelle loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile. Cette disposition est donc abrogée.	
Art. 2 Siège (nouveau teneur avec modification de la note) L'institution a son siège dans le canton de Genève et est inscrite au registre du commerce du même canton.		
Art. 29 (abrogé)		

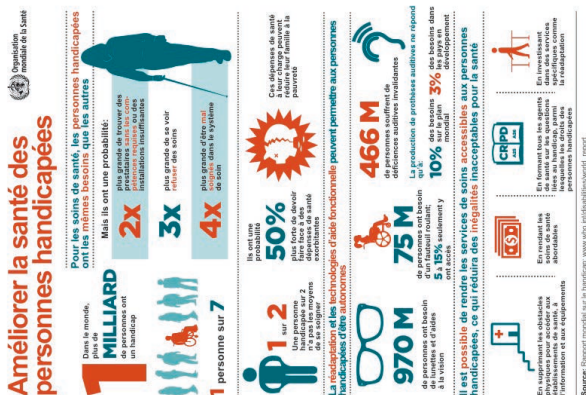
	<i>Article 31 (nouveau teneur)</i> La référence à la nouvelle loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile est adaptée.	
Art. 31 (nouveau teneur) La communication des données entre l'institution et les partenaires publics et/ou privés du réseau de soins est régie par la législation fédérale, la législation cantonale sur la protection des données personnelles, ainsi que par les dispositions spéciales de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (à compléter).		
Certifié conforme La chancellerie d'Etat : Anja WYDEN GUELPA	Au bénéfice de ces explications, nous vous remercions, Mesdames et Messieurs les Députés, de réserver un bon accueil au présent projet de loi.	

Annexes, pages suivantes

Club en fauteuil roulant Genève, (CFRGe)

PROJET DE LOI 12263 : ORGANISATION RÉSEAU DE SOINS → MAINTIEN À DOMICILE : Propositions et remarques

2019 Janvier



OD/

5_ResSoins_PL12263-LORSDom_PapierPosition_20190118.docx

2019-01-18 / Page 35 sur 37

Club en fauteuil roulant Genève, (CFRGe)

PROJET DE LOI 12263 : ORGANISATION RÉSEAU DE SOINS → MAINTIEN À DOMICILE : Propositions et remarques

2019 Janvier

Liste des membres de la CCRS (Commission de coordination du réseau de soins (novembre 2018))

- [Association des communes genevoises \(ACG\)](#)
- [Association genevoise des foyers pour personnes âgées](#)
- [Association des médecins du canton de Genève \(AMG\)](#)
- [Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé \(DEAS\)](#)
- [Direction générale de l'action sociale \(DGAS\)](#)
- [Direction générale de la santé \(DGS\)](#)
- [Fédération genevoise des établissements médico-sociaux \(Fegems\)](#)
- [Genève-Cliniques](#)
- Groupement des services privés d'aide et de soins à domicile (GSPASD: Assistance à domicile pour la ville et la campagne, CSI, Permed, Presti-Services et SiteX)
- [Hôpitaux universitaires de Genève \(HUG\)](#)
- [Institution genevoise de maintien à domicile \(imad\)](#)
- [PharmaGenève](#)
- [PLATEFORME des associations d'âinés de Genève](#)
- [Pro Senectute Genève](#)

Signataires de la charte de collaboration des partenaires du réseau de soins (état juillet 2015)

(http://ge.ch/sante/media/site_sante/files/imce/planification-reseau-soins/doc/liste_signataires_charte_rs.pdf)

1. Arcade des sages-femmes (ASF)
2. Assistance à domicile pour la ville et la campagne SA
3. Association d'aide et accompagnement des Personnes Agées en EMS et de leurs Familles (APAF)
4. [Association genevoise des diabétiques](#)
5. Clinique de Joli-Mont
6. Clinique et Permanence d'Onex (Cité Générations)
7. Coopérative de soins infirmiers (CSI)
8. Croix-Rouge genevoise
9. Fédération genevoise des établissements médico-sociaux (Fegems)
10. Foyers de jour La Seymaz & Aux Cinq Colosses
11. [Gymnastique seniors Genève](#)

OD/

5_ResSoins_PL12263-LORSDom_PapierPosition_20190118.docx

2019-01-18 / Page 36 sur 37

Club en fauteuil roulant Genève, (CFRGe)

PROJET DE LOI 12263 : ORGANISATION RÉSEAU DE SOINS → MAINTIEN À DOMICILE : Propositions et remarques

2019 Janvier

12. Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)
13. Institution genevoise de maintien à domicile (imad)
14. La Tour Réseau de Soins SA
15. Le Relais Dumas
16. Maison de Retraite du Petit-Saconnex
17. Pavillon Butini SA
18. Pavillon de la Rive SA
19. My Private Care
20. PERMED SA
21. Pharmacie de Malagnou
22. Pharmacie de Vieusseux SA
23. Pharmacie d'Onex
24. Pharmacie La Clef d'Arve
25. Pharmacie Munier
26. Pharmacie Plaza
27. pharmacieplus de fontaines
28. Pharmacieplus de grange canal
29. Pharmacieplus de Saint-Jean
30. pharmacieplus du Mandement
31. Pharmacies Amavita (Cardinaux, Carl-Vogt, Chantepoulet, Chêne-Bougeries, Tronchet, Champs-Frêchets, Cité-Jonction, Florissant, Gare Cornavin, Jura, Collonge-Bellerive, Malbuisson, Métro-Shopping, Plainpalais, Pont d'Arve, Acacias et Petit-Lancy)
32. Pharmacies de Versoix SA (Versoix, Colombières et Montfleury)
33. Pharmacies Populaires (Cité, Grosclaude, Plainpalais, Navigation, Mail, Charmilles, Pt-Lancy / Onex, Drugstore Rive-Droite, Trois-Chêne, Epinettes, Varembe, Carouge, Grottes / Beaulieu, Gradelle, Tranchées, Plan-les-Ouates, Colombettes, Caroli et Voltaire)
34. Presti-mat SARL
35. Presti-Services SARL
36. Pro Senectute Genève
37. Proximos
38. Réseau Delta
39. Résidence Amitié (Armée du Salut)
40. Résidence de la Champagne
41. Services Alzheimer GE SA
42. Sitex SA

Secrétariat du Grand Conseil

PL 12263

Projet présenté par le Conseil d'Etat

Date de dépôt : 24 janvier 2018

La date de ce document précède la date de parution de l'arrêté du TF de mars 2018 concernant le financement résiduel des soins.

Projet de loi

sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile (LORSDom) (K 1 04)

Titre II Réseau de soins

Chapitre I Partenaires et membres

Art.7 Organisation

Le Conseil d'Etat fixe par règlement les modalités d'organisation du réseau de soins.

Art.8 Partenaires

¹Pour autant qu'ils aient signé la charte de collaboration des partenaires du réseau de soins (ci-après : la charte de collaboration) validée par le département, les partenaires sont notamment les suivants :

- a) les médecins traitants;
- b) l'Institution genevoise de maintien à domicile;
- c) les organisations privées d'aide et de soins à domicile;
- d) les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant;
- e) les établissements publics médicaux;
- f) les cliniques privées;
- g) les établissements médico-sociaux;
- h) les structures intermédiaires;
- i) les pharmacies;
- j) les physiothérapeutes;
- k) les associations au service de la personne âgée;
- l) les associations représentant les aînés;
- m) les associations représentant les proches aidants;
- n) tout autre professionnel de santé ou institution de santé au sens de la loi sur la santé.

²L'Etat peut octroyer un financement aux partenaires qui satisfont aux **conditions** des articles 9 ou 30 de la présente loi. Les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-maladie sont réservées.

En opposition à l'arrêt du TF de mars 2018: point 3.2

... Ainsi, conformément aux principes jurisprudentiels, une fois qu'un fournisseur de prestations a été autorisé à exercer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, un canton ne peut plus assujettir le règlement du financement résiduel à d'autres conditions, comme par exemple la reconnaissance d'utilité publique (ATF 138 II 191 consid. 4.2.3 p. 199), mais peut seulement en régler les modalités de versement. Ces principes s'appliquent aussi aux infirmiers indépendants (ATF 142 V 94 consid. 5.1 p. 102 et 9C_176/2016 du 21

Art.9 Membres

Pas de distinction entre ce qui est demandé aux institutions de soins et ce qui est demandé aux indépendants (individus)

Les partenaires qui satisfont aux conditions suivantes peuvent devenir membres du réseau de soins :

- a) **correspondre aux besoins de la planification sanitaire cantonale;**
cette condition revient exactement à la mention de la K.103 "reconnaissance d'utilité publique"condamnée par le TF
- b) être autorisé en qualité de professionnel de la santé ou d'institution de santé au sens de la loi sur la santé;
- c) appliquer les tarifs des prestations en vigueur au niveau fédéral, conventionnés avec les assureurs-maladie ou fixés ou approuvés par le Conseil d'Etat;
- d) **poursuivre une politique salariale – ne s'applique pas à un indépendant car il ne peut pas avoir de personnel salarié** - conforme aux conventions collectives ou aux normes cantonales appliquées aux professionnels concernés, respectivement être affilié à une caisse de compensation, au sens de l'article 64 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 20 décembre 1946, lorsque celas'applique;
- e) **disposer d'un plan de formation continue du personnel ; ne s'applique pas à un indépendant qui n'a pas de personnel salarié**
- f) **participer à l'effort de relève en professionnels de la santé, selon les objectifs fixés par le département, conformément à l'article 14 de la présente loi; ne peut pas s'appliquer à un indépendant car cela obligerait chaque indépendant à suivre une formation pour l'accueil d'étudiants**
- g) être signataire de la charte de collaboration;
- h) utiliser le dossier électronique du patient selon l'outil choisi par ~~le~~ **Etat**;
- i) fournir au département les informations statistiques requises et nécessaires à la définition de la politique sanitaire du canton;
- j) s'engager à mettre en place une démarche qualité reconnue par le département;
- k) effectuer l'évaluation standardisée des besoins requis selon l'outil validé par le département.

Chapitre II Prestations

Art.23 Organisation d'aide et de soins à domicile

¹Les organisations d'aide et de soins à domicile dispensent les prestations prescrites par un médecin et prévues à l'article 7 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, à savoir :

- a) l'évaluation, les conseils et la coordination;
- b) les examens et les traitements;
- c) les soins de base.

²Elles peuvent en outre dispenser, notamment, les prestations suivantes :

- a) prestations d'ergothérapie prévues à l'article 6 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins;
- b) conseils nutritionnels prévus à l'article 9b de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins;
- c) conseils aux diabétiques prévus à l'article 9c de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins;
- d) conseilscasd'allaitementprévusà l'article15del'ordonnancesurles prestations de l'assurance des soins;
- e) liaison, notamment dans le cadre des entrées, respectivement des sorties, des établissements publics médicaux ou des cliniques privées;
- f) coordination générale avec l'ensemble des intervenants autour d'une situation;
- g) aide, comprenant notamment la suppléance parentale, l'alimentation, la sécurité à domicile et le maintien du lien social;

- h) aide au ménage, incluant notamment les tâches d'économie domestique, pour autant que les besoins requis aient fait l'objet d'une évaluation;
- i) relais, notamment social, des bénéficiaires en vue de les orienter vers l'institution compétente;
- j) mesures de soutien et d'accompagnement aux proches aidants;
- k) urgences sociales qui permettent la prise en charge de personnes sur le plan de la santé et sur le plan social dans des situations de crise, entre autres, à la précarité, à l'exclusion, aux violences domestiques ou aux troubles du comportement. Elles sont fournies après la fermeture des services, la nuit, le week-end et les jours fériés;
- l) mesures de prévention et détection des fragilités en vue d'une entrée en institution.

Art. 24 **Infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant**

Les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant dispensent les prestations prescrites par un médecin et prévues à l'article 7 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, à savoir :

- a) l'évaluation, les conseils et la coordination;
- b) les examens et les traitements;
- c) les soins de base.

Points à ajouter :

²Elles peuvent en outre dispenser, notamment, les prestations suivantes :

- d) conseils aux diabétiques prévus à l'article 9c de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins;
- e) conseils en cas d'allaitement prévus à l'article 15 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins;
- f) coordination générale avec l'ensemble des intervenants autour d'une situation;
- g) relais, notamment social, des bénéficiaires en vue de les orienter vers l'institution compétente;
- h) mesures de soutien et d'accompagnement aux proches aidants;
- i) mesures de prévention et détection des fragilités en vue d'une entrée en institution.

Titre IV **Financement**

Art.29 **Sources**

Les prestations du réseau de soins en vue du maintien à domicile sont financées par :

- a) les bénéficiaires;
- b) les assureurs-maladie;
- c) les indemnités et les aides financières;
- d) le financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie;
- e) les dons et les legs;
- f) toutes autres formes de rémunération versées par les collectivités publiques.

Art.30 **Financement des prestations de soins à domicile**

¹L'Etat peut accorder des indemnités ou des aides financières, au sens de la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005, aux membres du réseau de soins au sens de l'article 9 de la présente loi.

²Un financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie peut être accordé par l'Etat aux organisations d'aide et de soins à domicile ainsi qu'aux infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant, membres du réseau de soins au sens de l'article 9 de la présente loi, aux **conditions cumulatives supplémentaires** suivantes :

➤ **En opposition Arrêt du TF de mars 2018: point 3.2**

... Ainsi, conformément aux principes jurisprudentiels, une fois qu'un fournisseur de prestations a été autorisé à exercer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, **un canton ne peut plus assujettir le règlement du financement résiduel à d'autres conditions**, comme par exemple la reconnaissance d'utilité publique (ATF 138 II 191 consid. 4.2.3 p. 199), mais peut seulement en régler les modalités de versement. Ces principes s'appliquent aussi aux infirmiers indépendants (ATF 142 V 94 consid. 5.1 p. 102 et 9C_176/2016 du 21

➤ **Pas de distinction entre ce qui est demandé aux institutions de soins et ce qui est demandé aux indépendants (individus)**

- a) fournir, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, sur l'ensemble du territoire cantonal, des soins à domicile reconnus comme nécessaires à la couverture des besoins du canton de Genève et en assurer la continuité et le suivi;
- b) prendre en charge, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, les besoins en soins urgents et les nouvelles demandes et en assurer la continuité;

il est impossible pour un indépendant (individu) de s'engager à respecter les points a et b ci-dessus

- c) garantir au sein de l'organisation, respectivement par une relève entre infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant, la prise en charge et le suivi des soins infirmiers prescrits, y compris en cas d'absence planifiée ou imprévue;

ce point c) est réalisable et actuellement appliqué par les indépendants

- d) fournir les informations comptables nécessaires afin de permettre au Conseil d'Etat de fixer le coût résiduel propre à chaque organisation d'aide et de soins à domicile; les états financiers doivent notamment être certifiés et présenter avec clarté tous les éléments de charges et de produits en lien avec la prestation financée et exclure toute charge qui ne serait pas constitutive du coût des soins, lorsqu'exigé par l'Etat, au moyen d'une comptabilité analytique d'exploitation;

Qu'en est-il pour les indépendants ? une comptabilité analytique pour chaque indépendant ? Charge financière pour l'établissement d'une comptabilité analytique non adaptée à un exercice d'infirmière indépendant

- e) se conformer aux modalités et processus de facturation prévus par le département pour le financement résiduel du coût des soins.

Tableau comparatif du projet de loi modifiant la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile (LORSDom) (K 1 04)

Projet de loi	Amendements
<p>Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève, vu la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (ci-après : la loi fédérale sur l'assurance-maladie); vu l'ordonnance fédérale sur l'assurance-maladie, du 27 juin 1995; vu l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, du 29 septembre 1995 (ci-après : l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins); vu la loi fédérale sur le dossier électronique du patient, du 19 juin 2015; vu la constitution de la République et canton de Genève, du 14 octobre 2012; vu la loi sur la santé, du 7 avril 2006 (ci-après : la loi sur la santé), décrète ce qui suit :</p>	
Titre I Dispositions générales	
<p>Art. 1 But</p> <p>¹ La présente loi a pour but d'organiser le réseau de soins en vue de favoriser le maintien à domicile.</p> <p>² Elle vise notamment à :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) mettre en place un réseau de soins qui permette de répondre de manière adéquate aux besoins de la population afin de préserver son autonomie en restant le plus longtemps possible à domicile, en évitant les hospitalisations et en retardant l'admission dans des institutions de santé; b) soutenir toute mesure utile à l'aide et aux soins à domicile et en matière de prévention de la perte d'autonomie; c) promouvoir la collaboration et la coordination au sein du réseau de soins; d) soutenir les proches aidants, en promouvant, notamment, des mesures de répit appropriées. <p>³ Elle règle les conditions relatives au financement public des prestataires de soins en matière de maintien à domicile.</p>	<p>Amendements DSES</p> <p>Art. 1 But</p> <p>Ajouter à l'article 1 alinéa 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> e) soutenir et développer le concept d'Hospitalisation A Domicile (HAD) <p>Amendements PDC</p> <p>Art. 1 But</p> <ul style="list-style-type: none"> ¹ La présente loi a pour but d'organiser le réseau de soins en vue de favoriser le maintien à domicile. ² Elle vise notamment à : <ul style="list-style-type: none"> a) mettre en place un réseau de soins qui permette de répondre de manière adéquate aux besoins de la population afin de préserver son autonomie en restant le plus longtemps possible à domicile, en évitant les hospitalisations et en retardant l'admission dans les institutions de santé; b) soutenir toute mesure utile à l'aide et aux soins à domicile et en matière de prévention de la perte d'autonomie; c) mettre en place le concept d'Hospitalisation A Domicile (HAD); d) promouvoir la collaboration et la coordination au sein du réseau de soins; e) soutenir les proches aidants, en promouvant, notamment, des mesures de répit appropriées. ³ Elle règle les conditions relatives au financement public des prestations de soins en matière de maintien à domicile. <p>Amendements Vers et EaG</p> <p>Art. 1 But</p>

- 2 -

<p>Art. 2 Champ d'application</p> <p>La présente loi s'applique aux partenaires tels que définis à l'article 8, œuvrant dans le réseau de soins en faveur du maintien à domicile, en particulier aux professionnels de la santé et aux institutions de santé au sens de la loi sur la santé qui prodiguent des soins pris en charge par la loi fédérale sur l'assurance-maladie, à l'exception des aspects sociaux qui incombent aux communes.</p>	<p>1 La présente loi a pour but de préserver l'autonomie des personnes dont l'état de santé et/ou de dépendance exige de l'aide et/ou des soins ainsi que de répondre de manière coordonnée aux besoins de ces personnes dans leur trajectoire de vie. (Reprise art al 1 de la LSDom)</p> <p>2 La présente loi Elle a pour but d'organiser le réseau de soins en vue de favoriser le maintien à domicile.</p> <p>³ Elle vise notamment à :</p> <p>a) mettre en place un réseau de soins qui permette de répondre de manière adéquate aux besoins de la population afin de préserver son autonomie en restant le plus longtemps possible à domicile, en évitant les hospitalisations et en retardant l'admission dans des institutions de santé ou de résidence;</p> <p>b) soutenir toute mesure utile à l'aide et aux soins à domicile et en matière de prévention de la perte d'autonomie;</p> <p>c) promouvoir la collaboration et la coordination au sein du réseau de soins;</p> <p>d) soutenir les proches aidants, en promouvant, notamment, des mesures de répit appropriées.</p> <p>3 devient ⁴</p> <p>⁴ Elle règle les conditions relatives au financement public des prestataires de soins en matière de maintien à domicile.</p>
<p>Art. 2 Champ d'application</p> <p>La présente loi s'applique aux partenaires tels que définis à l'article 8, œuvrant dans le réseau de soins en faveur du maintien à domicile, en particulier aux professionnels de la santé et aux institutions de santé au sens de la loi sur la santé qui prodiguent des soins pris en charge par la loi fédérale sur l'assurance-maladie, à l'exception des aspects sociaux qui incombent aux communes.</p>	<p>Amendements PDC et PLR</p> <p>Art. 2 Champ d'application</p> <p>La présente loi s'applique aux partenaires tels que définis à l'article 8, (le reste est supprimé).</p> <p>Amendements Verts et E&G</p> <p>Art. 2 Champ d'application</p> <p>La présente loi s'applique aux partenaires tels que définis à l'article 8, œuvrant dans le réseau de soins en faveur du maintien à domicile, en particulier aux professionnels de la santé et aux institutions de santé au sens de la loi sur la santé qui prodiguent des soins pris en charge par la loi fédérale sur l'assurance-maladie, à l'exception des aspects sociaux qui incombent aux communes.</p>
<p>Art. 3 Définitions</p> <p>¹ Par réseau de soins, on entend un dispositif réunissant un ensemble de partenaires au sens de l'article 8 qui collaborent entre eux, poursuivent des objectifs communs et adoptent des bonnes pratiques communes en matière de prise en charge des bénéficiaires.</p> <p>² Par maintien à domicile, on entend toutes les prestations médicales ou sociales, d'aide, de soins, de soutien, d'accompagnement et de prévention en vue d'éviter ou de retarder la dégradation de l'état de santé ainsi que le recours à l'hospitalisation ou à l'entrée en institution.</p> <p>³ Par structures intermédiaires, on entend notamment les foyers de jour et de</p>	<p>Amendements PDC</p> <p>Art. 3 Définitions</p> <p>³ Par HAD, 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 occasion une hospitalisation en institution, en garantissant en tout temps une prise en charge médicale spécialisée.</p> <p>Puis 3 devient 4, 4 devient 5, 5 devient 6, 6 devient 7 et 7 devient 8.</p> <p>⁴ Par proche aidant, on entend une personne de l'entourage immédiat (supprimé)</p>

d'un bénéficiaire dépendant d'assistance pour certaines activités de la vie quotidienne, qui à titre non-professionnel et informel, lui assure de façon régulière des services d'aide, de soins ou de présence, de nature et d'intensité variées destinés à compenser ses incapacités ou difficultés, ou encore à assurer sa sécurité, le maintien de son identité et de son lien social.

Amendements Verts et E&G

Art. 3 Définitions

³ Par proche aidant, on entend une personne de l'entourage immédiat d'un bénéficiaire, **quel que soit son lieu de vie**, dépendant d'assistance pour certaines activités de la vie quotidienne, qui, à titre non rémunérées ~~non-professionnel et informel~~, lui assure de façon régulière des services d'aide, **d'accompagnement**, de soins ou de présence, de nature et d'intensité variées destinés à compenser ses incapacités ou difficultés, ou encore à assurer sa sécurité, le maintien de son identité et de son lien social.

⁶ Par mesure de répit, on entend du conseil, de l'assistance, de l'accompagnement et de la relève à domicile ou dans une structure dédiée aux proches aidants, notamment par la prise en charge provisoire de leurs proches atteints de troubles physiques, psychiques, ~~et~~ cognitifs, **sociaux, moteurs et sensoriels**, pour les actes de la vie quotidienne et les soins de base.

Amendements INSSO

Art. 3 Définitions

³ Par structures intermédiaires, on entend notamment les foyers de jour et de jour/nuit, les unités d'accueil temporaire médicalisées (UATM) ou de répit (UATR), les immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA), les Etablissements pour Personnes handicapées (EPH) ainsi que toutes les associations ou fondations offrant des prestations de répit aux proches aidants.

Amendements PLR

Inchange

³ Par structures intermédiaires, on entend notamment les foyers de jour et de jour/nuit, les unités d'accueil temporaire médicalisées (UATM) ou de répit (UATR), les immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA), les établissements pour personnes handicapées (EPH).

Amendements DSES

**Art. 4 Rôle de l'Institution genevoise de maintien à domicile
Inverser les alinéas 1 et 2 et modification de l'alinéa 1:**

¹ De par son statut d'établissement de droit public autonome et d'organisation à but non lucratif, sa mission légale et son financement par l'Etat, l'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) a une obligation de prise en charge dans le domaine des soins LAMal à domicile, sur l'ensemble du territoire du canton de Genève, sous réserve des limites de la prise en soins conformément à l'article 21 de la présente loi.

jour/nuit, les unités d'accueil temporaire médicalisées (UATM) ou de répit (UATR) et les immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA).

⁴ Par bénéficiaire, on entend la personne physique qui est récipiendaire d'une ou de plusieurs prestations mentionnées dans la présente loi.

⁵ Par proche aidant, on entend une personne de l'entourage immédiat d'un bénéficiaire dépendant d'assistance pour certaines activités de la vie quotidienne, qui, à titre non-professionnel et informel, lui assure de façon régulière des services d'aide, de soins ou de présence, de nature et d'intensité variées destinés à compenser ses incapacités ou difficultés, ou encore à assurer sa sécurité, le maintien de son identité et de son lien social.

⁶ Par mesure de répit, on entend du conseil, de l'assistance, de l'accompagnement et de la relève à domicile ou dans une structure dédiée aux proches aidants, notamment par la prise en charge provisoire de leurs proches atteints de troubles physiques, psychiques ou cognitifs, pour les actes de la vie quotidienne et les soins de base.

⁷ Par urgence domiciliaire, on entend l'intervention par un médecin en urgence au domicile du bénéficiaire permettant de déterminer si ce dernier nécessite une hospitalisation ou une entrée en établissement.

Art. 4 Rôle de l'Institution genevoise de maintien à domicile

¹ L'Etat s'appuie sur l'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) pour mettre en œuvre sa politique du maintien à domicile dans le canton de Genève, notamment pour les tâches qui ne sont pas effectuées par des institutions privées.

² De par son statut d'établissement de droit public autonome et d'organisation à but non lucratif, sa mission légale et son financement par l'Etat, l'Institution de maintien à domicile a une obligation de prise en charge dans le domaine des soins LAMal à domicile, sur l'ensemble du territoire du canton de Genève, sous réserve des limites de la prise en soins conformément à l'article 21

- 4 -

<p>de la présente loi.</p> <p>³ La loi sur l'Institution genevoise de maintien à domicile, du 18 mars 2011, s'applique pour le surplus.</p>	<p>² Au vu de l'alinéa 1, l'Elat s'appuie sur l'IMAD pour mettre en œuvre sa politique du maintien à domicile dans le canton de Genève, notamment pour les tâches qui ne sont pas effectuées par des institutions privées.</p> <p>Amendements PDC</p> <p>Art. 4 Rôle de l'Institution genevoise de maintien à domicile Supprimé</p> <p><i>(cet article n'est pas nécessaire dans cette loi, l'IMAD est un membre parmi d'autre du réseau de soin)</i></p> <p>Amendements Verts et E&G</p> <p>Art. 4 Rôle de l'Institution genevoise de maintien à domicile</p> <p>¹ L'Elat s'appuie sur le réseau de soins, notamment l'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) pour mettre en œuvre sa politique du maintien à domicile dans le canton de Genève, notamment pour les tâches qui ne sont pas effectuées par des institutions privées.</p> <p>Amendements PLR</p> <p>Art. 4 Mise en œuvre (modifié)</p> <p>¹ Le département chargé de la santé (ci-après : département) est l'autorité compétente pour mettre en œuvre la présente loi.</p> <p>² Le département s'appuie sur le réseau de soins pour mettre en œuvre sa politique du maintien à domicile dans le canton de Genève.</p> <p>³ Le département veille à ce que les missions du réseau de soins soient remplies et prend toutes les mesures d'exécutions nécessaires.</p>
<p>Art. 5 Autorité compétente</p> <p>¹ Le département chargé de la santé (ci-après : département) est l'autorité compétente pour mettre en œuvre la présente loi.</p> <p>² Il est chargé, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) de valider la qualité de membre du réseau de soins en fonction des conditions d'admission citées à l'article 9 de la présente loi; b) de décider du financement des activités liées au réseau de soins, tant au niveau des indemnités et des aides financières que du financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie; c) de désigner l'outil d'évaluation standardisée des besoins requis; d) de désigner l'outil fournissant le réseau du dossier électronique du patient; e) d'assurer la coordination entre les partenaires du réseau de soins, les communes et les milieux associatifs; f) de valider les règles communes de fonctionnement des partenaires du réseau de soins; g) de fixer les objectifs annuels et les indicateurs de performance du réseau de soins; 	<p>Amendements PLR</p> <p>Art. 5 Commission de gestion et de coordination du réseau de soins (modifié)</p> <p>¹ Le réseau est dirigé par la commission de gestion et de coordination du réseau de soins (ci-après : la commission), laquelle est composée de (i) un représentant désigné par l'IMAD, (ii) un représentant désigné par les HUG, (iii) un représentant désigné par l'AMGe, (iv) un représentant désigné par l'association genevoise des médecins de famille internistes généralistes, et (v) un représentant désigné par les associations de prestataires privés d'aides et de soins à domicile.</p> <p>² La loi sur les commissions officielles, du 18 septembre 2009, est applicable pour le surplus.</p>

<p>h) de négocier les contrats de prestations avec les partenaires du réseau de soins;</p> <p>i) de mettre à disposition des bénéficiaires l'information utile.</p> <p>³ Le département veille à ce que les missions du réseau de soins soient remplies et prend toutes les mesures d'exécution nécessaires.</p>	
<p>Art. 6 Commission de coordination du réseau de soins</p> <p>¹ Le département est assisté par la commission de coordination du réseau de soins (ci-après : la commission), laquelle est composée de partenaires du réseau de soins et de l'Association des communes genevoises.</p> <p>² La commission a notamment pour mission de conseiller le département dans le cadre :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) de l'établissement de règles de comportement communes aux partenaires; b) du développement de projets communs visant à améliorer le fonctionnement du réseau de soins; c) de l'information de la population sur les prestations du réseau de soins. <p>³ Les membres de la commission s'engagent, en outre, à promouvoir auprès des partenaires du réseau de soins la charte de collaboration mentionnée à l'article 11 de la présente loi.</p> <p>⁴ La composition et les tâches de la commission sont fixées par règlement du Conseil d'Etat.</p> <p>⁵ La loi sur les commissions officielles, du 18 septembre 2009, est applicable pour le surplus.</p>	<p>Amendements Verts et EAG</p> <p>Art. 6 Commission de coordination du réseau de soins</p> <p>² La commission a notamment pour mission : de conseiller le département dans le cadre :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) La mobilisation des potentialités et les compétences des partenaires dans le but d'adapter l'offre aux besoins des bénéficiaires et aux évolutions des connaissances et pratiques de soins; (Reprise de l'a 2 de l'art 10 de la LSDom) b) de l'établissement de règles de comportement communes aux partenaires; c) du développement de projets communs visant à améliorer le fonctionnement du réseau de soins; d) de l'information de la population sur les prestations du réseau de soins. e) la participation de la mise en œuvre coordonnée des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies et des accidents; (Reprise art 10 al 2 lettre e LSDom) <p>³ Les membres de la commission s'engagent, en outre, à promouvoir auprès des acteurs partenaires du réseau de soins la charte de collaboration mentionnée à l'article 11 de la présente loi. (L'usage ici du terme « partenaire » n'est pas clair, car selon la définition de l'art 8 LORSDom, pour être reconnu comme partenaire, il faut avoir préalablement signé cette charte.)</p>
	<p>Amendements PLR</p> <p>Art. 6 Autorités compétentes</p> <p>¹ Le département est chargé :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) de valider la qualité de membre du réseau de soins en fonction des conditions d'admission citées à l'article 9 de la présente loi; b) de décider du financement des activités liées au réseau de soins, tant au niveau des indemnités et des aides financières que du financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie; c) de valider les règles communes de fonctionnement des partenaires du réseau de soins sur propositions de la commission de gestion et de coordination du réseau de soins; d) de fixer les objectifs annuels et les indicateurs de performance du réseau; e) de négocier les contrats de prestations avec les membres du réseau de soins. <p>² La commission est chargée :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) de garantir la continuité de la prise en charge des bénéficiaires et assurer une

	<p>réponse appropriée aux situations d'urgence;</p> <p>b) d'établir les règles de comportement communes aux partenaires;</p> <p>c) d'assurer la coordination entre les partenaires du réseau de soins, les communes et les milieux associatifs;</p> <p>d) de désigner les outils d'évaluation standardisée des besoins requis;</p> <p>e) de désigner l'outil du dossier électronique du patient;</p> <p>f) de mettre à disposition des bénéficiaires l'information utile.</p> <p>g) de développer des projets communs visant à améliorer le fonctionnement du réseau de soins;</p> <p>h) de fixer les modalités de participation à l'effort de formation des professionnels de la santé;</p> <p>i) d'informer la population sur les prestations du réseau de soins.</p>
Titre II	Réseau de soins
Chapitre I	Partenaires et membres
Art. 7 Organisation Le Conseil d'Etat fixe par règlement les modalités d'organisation du réseau de soins.	
Art. 8 Partenaires 1° Pour autant qu'ils aient signé la charte de collaboration des partenaires du réseau de soins (ci-après : la charte de collaboration) validée par le département, les partenaires sont notamment les suivants : a) les médecins traitants; b) l'Institution genevoise de maintien à domicile; c) les organisations privées d'aide et de soins à domicile; d) les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant; e) les établissements publics médicaux; f) les cliniques privées; g) les établissements médico-sociaux; h) les structures intermédiaires; i) les pharmacies; j) les physiothérapeutes; k) les associations au service de la personne âgée; l) les associations représentant les aînés; m) les associations représentant les proches aidants; n) tout autre professionnel de santé ou institution de santé au sens de la loi sur la santé.	<p>Amendements DSES</p> <p>Art. 8 Partenaires Ajouter:</p> <p>o) les structures et organisations représentant le monde du handicap</p> <p>Amendements INSOS</p> <p>Art. 8, let. k et l Partenaires</p> <p>k) les associations au service de la personne âgée ou en situation de handicap;</p> <p>l) les associations représentant les aînés ou les personnes en situation de handicap</p> <p>Amendements Verts et EoG</p> <p>Art. 8, let. o à s Partenaires</p> <p>o) Les Etablissements publics pour les personnes en situation de handicap</p> <p>p) les associations représentant les personnes en situations de handicap</p> <p>q) les associations représentant les personnes atteintes dans leur santé</p> <p>r) les services sociaux publics et privés intervenant auprès des catégories de personnes précitées</p> <p>s) les communes</p>

² L'Etat peut octroyer un financement aux partenaires qui satisfont aux conditions

<p>des articles 9 ou 30 de la présente loi. Les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-maladie sont réservées.</p>	<p>Art. 9 Membres Les partenaires qui satisfont aux conditions suivantes peuvent devenir membres du réseau de soins :</p> <ul style="list-style-type: none">a) correspondre aux besoins de la planification sanitaire cantonale;b) être autorisé en qualité de professionnel de la santé ou d'institution de santé au sens de la loi sur la santé;c) appliquer les tarifs des prestations en vigueur au niveau fédéral, conventionnés avec les assureurs-maladie ou fixés ou approuvés par le Conseil d'Etat;d) poursuivre une politique salariale conforme aux conventions collectives ou aux normes cantonales appliquées aux professionnels concernés, respectivement être affilié à une caisse de compensation, au sens de l'article 64 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 20 décembre 1946, lorsque cela s'applique;e) disposer d'un plan de formation continue du personnel;
<p>des articles 9 ou 30 de la présente loi. Les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-maladie sont réservées.</p>	<p>Art. 9 Membres b) être autorisé en qualité de professionnel du domaine médico-social de la santé ou d'institution de santé au sens de la loi sur la santé; d'établissements pour personnes en situation de handicap (vérifier si le vocable, « Institutions de santé » ne couvrent pas tout le champ, auquel cas nos amendements seraient superflus)</p> <p>e) disposer d'un plan de formation continue du personnel et garantir l'engagement de personnel formé aux tâches spécifiques requises;</p> <p>Amendements PLR Art. 9 Membres Les partenaires qui satisfont aux conditions suivantes peuvent devenir membres du réseau de soins : (inchange)</p>
<p>Amendements PLR Art. 8 Partenaires 1 Pour autant qu'ils aient signé la charte de collaboration des partenaires du réseau de soins (ci-après : la charte de collaboration) validée par la commission, les partenaires sont notamment les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">a) les médecins traitants, les réseaux et organisations de médecins traitants;b) l'institution genevoise de maintien à domicile;c) les organisations privées d'aide et de soins à domicile;d) les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant;e) les établissements publics médicaux;f) les cliniques privées;g) les établissements médico-sociaux;h) les structures intermédiaires;i) les pharmacies;j) les physiothérapeutes;k) les associations au service de la personne âgée;?) les associations au service de la personne en situation de handicap;l) les associations représentant les aînés;?) les associations représentant les personnes en situation de handicapm) les associations représentant les proches aidants;n) tout autre professionnel de santé ou institution de santé au sens de la loi sur la santé. <p>2 La commission peut octroyer un financement aux partenaires qui satisfont aux conditions des articles 9 ou 30 de la présente loi. Les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-maladie sont réservées.</p>	<p>Amendements Vets et EAG Art. 9 Membres b) être autorisé en qualité de professionnel du domaine médico-social de la santé ou d'institution de santé au sens de la loi sur la santé; d'établissements pour personnes en situation de handicap (vérifier si le vocable, « Institutions de santé » ne couvrent pas tout le champ, auquel cas nos amendements seraient superflus)</p> <p>e) disposer d'un plan de formation continue du personnel et garantir l'engagement de personnel formé aux tâches spécifiques requises;</p> <p>Amendements PLR Art. 9 Membres Les partenaires qui satisfont aux conditions suivantes peuvent devenir membres du réseau de soins : (inchange)</p>

<p>f) participer à l'effort de relève en professionnels de la santé, selon les objectifs fixés par le département, conformément à l'article 14 de la présente loi;</p> <p>g) être signataire de la charte de collaboration;</p> <p>h) utiliser le dossier électronique du patient selon l'outil choisi par l'Etat;</p> <p>i) fournir au département les informations statistiques requises et nécessaires à la définition de la politique sanitaire du canton;</p> <p>j) s'engager à mettre en place une démarche qualité reconnue par le département;</p> <p>k) effectuer l'évaluation standardisée des besoins requis selon l'outil validé par le département.</p>	<p>a) correspondre aux besoins de la planification sanitaire cantonale; (inchangé)</p> <p>b) être autorisé en qualité de professionnel de la santé ou d'institution de santé au sens de la loi sur la santé;</p> <p>c) appliquer les tarifs des prestations en vigueur au niveau fédéral, conventionnés avec les assureurs-maladie ou fixés ou approuvés par le Conseil d'Etat; (inchangé)</p> <p>d) poursuivre une politique salariale conforme aux conventions collectives de la branche concernée; (modifié)</p> <p>e) supprimé;</p> <p>f) participer à l'effort de relève en professionnels de la santé, selon les objectifs fixés par le département, conformément à l'article 14 de la présente loi; (inchangé)</p> <p>g) être signataire de la charte de collaboration; (inchangé)</p> <p>h) utiliser le dossier électronique du patient selon l'outil choisi par l'Etat; (inchangé)</p> <p>i) utiliser un système de courrier électronique individuel sécurisé permettant l'échange de données médicales; (nouveau)</p> <p>j) fournir au département les informations statistiques requises et nécessaires à la définition de la politique sanitaire du canton; (inchangé)</p> <p>k) s'engager à mettre en place une démarche qualité reconnue par le département; (inchangé)</p> <p>l) effectuer l'évaluation standardisée des besoins requis selon l'outil validé par le département. (inchangé)</p> <p>² Les regroupements ou organisations de professionnels peuvent devenir membre lorsqu'ils regroupent des professionnels répondant tous individuellement aux critères de l'article 9, alinéa 1. (nouveau)</p>
<p>Chapitre II Collaboration</p> <p>Art. 10 Missions</p> <p>¹ Le réseau de soins a pour missions :</p> <p>a) de collaborer au sens des articles 11 et suivants, afin de permettre aux bénéficiaires de rester le plus longtemps à domicile, sous réserve de l'alinéa 2 du présent article;</p> <p>b) de garantir l'équité d'accès aux soins;</p> <p>c) de favoriser l'aide aux proches aidants;</p> <p>d) de promouvoir l'information aux bénéficiaires et à leurs proches aidants;</p> <p>e) d'assurer le développement des compétences des professionnels du réseau de soins.</p> <p>² Le réseau de soins vise à garantir la qualité et l'efficacité des prestations en veillant à la maîtrise de leurs coûts, quel que soit le lieu d'intervention et sous</p>	

réserve des limites du maintien à domicile, notamment la limite de la prise en soins, en vertu de l'article 21.	
<p>Art. 11 Charte de collaboration</p> <p>¹ La charte de collaboration définit les engagements des partenaires du réseau de soins en matière de collaboration.</p> <p>² En mettant au centre de leurs préoccupations le bénéficiaire et ses proches aidants, les partenaires du réseau de soins s'engagent notamment dans les domaines suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) la collaboration; b) la définition et le respect des pratiques professionnelles; c) la formation; d) la diffusion des informations aux bénéficiaires et à leurs proches aidants; e) le partage d'informations relatives à la prise en charge; f) la communication entre partenaires du réseau de soins. 	
<p>Art. 12 Buts de la collaboration</p> <p>La collaboration vise notamment à :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) promouvoir les interactions au sein du réseau de soins afin d'améliorer et d'optimiser les prises en charge; b) établir des conventions entre partenaires du réseau de soins afin d'améliorer la qualité et l'économie des prestations; c) assurer la coordination lors de prises en charge partagées; d) identifier les dysfonctionnements du réseau, contribuer à la recherche de solutions et les mettre en œuvre; e) conduire des projets communs; f) collaborer à la mise en œuvre des plans et programmes cantonaux; g) collaborer de façon concertée lors de situations de crise. 	
<p>Art. 13 Bonnes pratiques professionnelles</p> <p>¹ Dans le cadre du réseau de soins, la définition de bonnes pratiques professionnelles communes vise notamment à :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) partager les expériences et échanger sur les pratiques afin de les améliorer et d'adopter des référentiels communs; b) garantir, quel que soit le fournisseur de prestations, une prise en charge globale et continue du bénéficiaire. <p>² Chaque partenaire s'engage à respecter les bonnes pratiques établies par sa profession.</p>	<p>Amendements Verts et EoG</p> <p>Art. 13 Bonnes pratiques professionnelles</p> <p>c) garantir une prise en charge assurant les droits des bénéficiaires au respect et à la promotion de leur autonomie, en favorisant leur aptitude à maîtriser, affronter et prendre les décisions personnelles relatives à leur vie quotidienne dans le respect de leurs propres règles et préférences</p>
<p>Art. 14 Formation</p> <p>¹ Conformément à l'article 9, lettres e et f, les membres du réseau de soins</p>	<p>Amendements Verts et EoG</p> <p>Art. 14 Formation</p>

<p>participent à la formation des professionnels de la santé et mettent à disposition des places de stages ou d'apprentissage.</p> <p>² Les membres du réseau de soins participent également à la formation continue, au perfectionnement et à l'évolution des métiers des professionnels de la santé.</p> <p>³ Les objectifs sont :</p> <p>a) la participation à l'effort de formation afin de couvrir les besoins en professionnels de la santé nécessaires au réseau de soins;</p> <p>b) l'harmonisation de la formation continue.</p> <p>⁴ Les partenaires du réseau de soins participent à l'enquête annuelle du programme de mesures pour favoriser la relève des professionnels de la santé et fournissent les informations requises.</p>	<p>¹ Conformément à l'article 9, lettres e et f, les membres du réseau de soins participent à la formation des professionnels du domaine médico-social de la santé et mettent à disposition des places de stages ou d'apprentissage.</p> <p>Amendements PLR</p> <p>Art. 14 Formation</p> <p>¹ Conformément à l'article 9, lettre f, les membres du réseau de soins participent à la formation des professionnels de la santé selon les règles fixées par la commission.</p> <p>² Les membres du réseau de soins participent également à la formation continue, au perfectionnement et à l'évolution des métiers des professionnels de la santé.</p> <p>³ Les objectifs sont :</p> <p>a) la participation à l'effort de formation afin de couvrir les besoins en professionnels de la santé nécessaires au réseau de soins;</p> <p>b) l'harmonisation de la formation continue.</p> <p>⁴ Les partenaires du réseau de soins participent à l'enquête annuelle du programme de mesures pour favoriser la relève des professionnels de la santé et fournissent les informations requises.</p>
<p>Art. 15 Information aux bénéficiaires et à leurs proches aidants</p> <p>Dans le but de garantir l'équité d'accès aux soins, les partenaires du réseau de soins :</p> <p>a) fournissent une information complète sur les prestations disponibles;</p> <p>b) donnent aux bénéficiaires les moyens de faire des choix éclairés, notamment en matière de directives anticipées et de désignation du représentant thérapeutique.</p>	
<p>Art. 16 Partage d'informations relatives à la prise en charge</p> <p>Afin de favoriser la continuité de la prise en charge du bénéficiaire, le partage d'informations entre partenaires du réseau de soins est requis et comprend notamment les tâches et utilisations suivantes :</p> <p>a) la mise à disposition des informations nécessaires à la continuité des prises en charge lors, notamment, d'un transfert vers une autre institution de santé ou de situations partagées, y compris par voie électronique, avec le consentement explicite du bénéficiaire;</p> <p>b) l'inscription des patients pris en charge, avec leur consentement explicite, au dossier électronique désigné par le département, en proposant celle-ci à tous;</p> <p>c) l'utilisation des outils communs existants validés par l'Etat;</p> <p>d) l'utilisation des outils permettant le partage d'indicateurs et de statistiques de santé publique dans le réseau.</p>	<p>Amendements Verts et E&G</p> <p>Art. 16 Partage d'informations relatives à la prise en charge</p> <p>a) la mise à disposition des informations nécessaires à la continuité des prises en charge lors, notamment, d'un transfert vers une autre institution de santé médico-sociale ou de situations partagées, y compris par voie électronique, avec le consentement explicite du bénéficiaire;</p> <p>d) l'utilisation des outils permettant le partage d'indicateurs et de statistiques de santé publique ou de situations du handicap dans le réseau.</p>

Art. 17 Communication entre partenaires du réseau de soins Les partenaires s'informent mutuellement des nouveautés et des changements en matière de structures et de prestations.	
Chapitre III Proches aidants	
Art. 18 But et prestations ¹ Le soutien aux proches aidants a pour but de reconnaître l'importance de leur rôle et de l'aide qu'ils procurent aux personnes de leur entourage. ² Le réseau de soins garantit des mesures de répit, d'accompagnement, de conseil et d'information aux proches aidants dans le but de favoriser le maintien à domicile.	Amendements Verts et E&G Art. 18 But et prestations ¹ Les autorités veillent à favoriser la conciliation des activités professionnelles et de proches-aidant par des campagnes d'information auprès des employeurs ?
Art. 19 Commission consultative ¹ Il est institué une commission consultative pour le soutien des proches aidants actifs à domicile, sous la présidence de la direction générale de la santé. ² Le département fixe par voie réglementaire la composition et les tâches de cette commission ainsi que le catalogue des prestations aux proches aidants.	Amendements PDC Art. 19 Commission consultative Supprimé (la Commission de coordination du réseau de soins peut jouer ce rôle) Amendements Verts et E&G Art. 19 Commission consultative ¹ Il est institué une commission consultative pour le soutien des proches aidants actifs à domicile, ou auprès de proches aidés partiellement institutionnalisés, représentative des acteurs associatifs concernés agissant dans le champ de compétences de la présente loi. ² Elle est placée sous la présidence conjointe de la direction générale de la santé et de la direction générale de l'action sociale. ³ Le département Le Conseil d'Etat fixe par voie réglementaire la composition et les tâches de cette commission ainsi que le catalogue des prestations aux proches aidants.
Titre III Maintien à domicile	Amendements PLR Art. 19 Commission consultative Abrogé (proposition Buchs, la Commission peut s'en occuper)
Chapitre I Principes généraux	
Art. 20 Fournisseurs de prestations de soins ¹ Le maintien à domicile des bénéficiaires est assuré par : a) les médecins; b) Les organisations d'aide et de soins à domicile publiques ou privées;	Amendements PLR Art. 20 Fournisseurs de prestations de soins ¹ Le maintien à domicile des bénéficiaires est assuré par : a) les médecins, les réseaux et organisations de médecins;

<p>c) les infirmières et les infirmiers pratiquant à titre indépendant;</p> <p>d) les structures intermédiaires publiques ou privées;</p> <p>e) tout professionnel de la santé au sens du règlement sur les professions de la santé, du 22 août 2006, qui intervient sur prescription médicale.</p> <p>² Les organisations d'aide et de soins à domicile et les structures intermédiaires sont des institutions de santé au sens de la loi sur la santé.</p>	<p>b) les organisations d'aide et de soins à domicile publiques ou privées;</p> <p>c) les infirmières et les infirmiers pratiquant à titre indépendant;</p> <p>d) les structures intermédiaires publiques ou privées;</p> <p>e) tout professionnel de la santé au sens du règlement sur les professions de la santé, du 22 août 2006, qui intervient sur prescription médicale.</p> <p>² Les organisations d'aide et de soins à domicile et les structures intermédiaires sont des institutions de santé au sens de la loi sur la santé.</p>
<p>Art. 21 Limites de la prise en soins LAMal à domicile</p> <p>¹ Les fournisseurs de prestations peuvent mettre fin aux soins fournis à domicile au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, dans les cas suivants :</p> <p>a) éléments cliniques justifiant une telle décision, d'entente avec le prescripteur des soins, ou</p> <p>b) éléments en lien avec la préservation de la santé et de la sécurité des professionnels de la santé, ou</p> <p>c) décisions des assureurs-maladie s'agissant du remboursement à charge de l'assurance obligatoire des soins.</p> <p>² Les fournisseurs de prestations doivent veiller à assurer la continuité de la prise en charge avant la cessation effective de leurs prestations.</p>	<p>Amendements Vets et EsG</p> <p>Art. 21 Limites de la prise en soins LAMal à domicile</p> <p>¹ Le droit des bénéficiaires à être entendus s'impose.</p> <p>² devient ³</p>
<p>Art. 22 Lieux d'intervention</p> <p>Les prestations favorisant le maintien à domicile s'effectuent :</p> <p>a) en priorité au domicile des bénéficiaires;</p> <p>b) dans les services de soins ambulatoires publics et privés;</p> <p>c) dans les lieux d'accueil des organisations d'aide et de soins à domicile ou tout autre lieu approprié;</p> <p>d) dans les structures intermédiaires.</p>	
<p>Chapitre II Prestations</p>	
	<p>Amendements PLR</p> <p>Art. X (nouveau) Médecins, réseaux et regroupements de médecins traitants</p> <p>Les médecins, réseaux et organisations de médecins dispensent les prestations médicales prévues par la LAMal. Ils supervisent la prise en charge médicale prescrite et portent la responsabilité des plans de soins partagés. Ils collaborent activement avec les autres partenaires et membres.</p>
<p>Art. 23 Organisation d'aide et de soins à domicile</p> <p>¹ Les organisations d'aide et de soins à domicile dispensent les prestations prescrites par un médecin et prévues à l'article 7 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, à savoir :</p>	<p>Amendements PLR</p> <p>Art. 23 Organisation d'aide et de soins à domicile et infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant</p> <p>¹ Les organisations d'aide et de soins à domicile et les infirmières et infirmiers</p>

<p>a) l'évaluation, les conseils et la coordination; b) les examens et les traitements; c) les soins de base. ? Elles peuvent en outre dispenser, notamment, les prestations suivantes :</p> <p>a) prestations d'ergothérapie prévues à l'article 6 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins; b) conseils nutritionnels prévus à l'article 9b de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins; c) conseils aux diabétiques prévus à l'article 9c de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins; d) conseils en cas d'allaitement prévus à l'article 15 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins; e) liaison, notamment dans le cadre des entrées, respectivement des sorties, des établissements publics médicaux ou des cliniques privées; f) coordination générale avec l'ensemble des intervenants autour d'une situation; g) aide, comprenant notamment la suppléance parentale, l'alimentation, la sécurité à domicile et le maintien du lien social; h) aide au ménage, incluant notamment les tâches d'économie domestique, pour autant que les besoins requis aient fait l'objet d'une évaluation; i) relais, notamment social, des bénéficiaires en vue de les orienter vers l'institution compétente; j) mesures de soutien et d'accompagnement aux proches aidants; k) urgences sociales qui permettent la prise en charge de personnes sur le plan de la santé et sur le plan social dans des situations de crise liées, entre autres, à la précarité, à l'exclusion, aux violences domestiques ou aux troubles du comportement. Elles sont fournies après la fermeture des services, la nuit, le week-end et les jours fériés; l) mesures de prévention et détection des fragilités en vue d'une entrée en institution.</p>	<p>pratique à titre indépendant dispensent les prestations prescrites par un médecin et prévues à l'article 7 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins.</p>
<p>Art. 24 Infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant Les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant dispensent les prestations prescrites par un médecin et prévues à l'article 7 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, à savoir :</p> <p>a) l'évaluation, les conseils et la coordination; b) les examens et les traitements; c) les soins de base.</p>	<p>Amendements PLR Effacés</p>
<p>Art. 25 Structures intermédiaires ! Les structures intermédiaires, médicalisées ou non, dispensent notamment les prestations suivantes :</p>	<p>Amendements Verts et EoG Art. 25 Structures intermédiaires</p>

<p>a) un accueil de jour/de nuit ou un séjour de courte durée pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou provisoire;</p> <p>b) des mesures de répit qui permettent le maintien à domicile du bénéficiaire pour soulager momentanément les proches aidants;</p> <p>c) un lieu de vie pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou durable.</p> <p>² Ces prestations peuvent être de nature socio-hôtelière, médico-sociale ou consister en animation, transport ou accompagnement.</p> <p>³ Le Conseil d'Etat fixe par règlement le catalogue des structures intermédiaires et leurs prestations.</p>	<p>a) un accueil de jour/de nuit ou un séjour de courte durée pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou provisoire, ou en situation de décompensation physique ou psychique;</p> <p>c) un lieu de vie pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou durable ou en situation de décompensation physique ou psychique.</p> <p>Amendements PLR</p> <p>Art. 25 Structures intermédiaires</p> <p>¹ Les structures intermédiaires, médicalisées ou non, dispensent notamment les prestations suivantes :</p> <p>a) un accueil de jour/de nuit ou un séjour de courte durée pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou provisoire;</p> <p>b) des mesures de répit qui permettent le maintien à domicile du bénéficiaire pour soulager momentanément les proches aidants;</p> <p>c) un lieu de vie pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou durable.</p> <p>² Ces prestations peuvent être de nature socio-hôtelière, médico-sociale ou consister en animation, transport ou accompagnement.</p> <p>Le Conseil d'Etat fixe par règlement le catalogue des structures intermédiaires et leurs prestations.</p>
<p>Art. 26 Etablissements médico-sociaux</p> <p>¹ Conformément à la loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées, du 4 décembre 2009, les établissements médico-sociaux peuvent créer des lits spécialement affectés au court séjour en unité d'accueil temporaire de répit (UATR), avec l'aval du département, pour favoriser le répit des proches aidants et dans une perspective de découverte de la vie en institution.</p> <p>² Les établissements médico-sociaux peuvent exploiter des structures intermédiaires et délivrer des prestations sociales de proximité.</p>	
<p>Art. 27 Etablissements publics médicaux</p> <p>Les établissements publics médicaux contribuent au maintien à domicile en :</p> <p>a) participant aux mesures en amont et en aval des hospitalisations afin de préparer les entrées, respectivement préparer les retours à domicile, dans les meilleures conditions possibles pour le bénéficiaire;</p> <p>b) participant aux projets favorisant le maintien à domicile;</p> <p>c) organisant la prise en charge des urgences gériatriques et psychiatriques.</p>	
<p>Art. 28 Autres professionnels de la santé ou institutions de santé</p> <p>¹ D'autres professionnels de la santé ou institutions de santé peuvent également être amenés à prodiguer des prestations dans le cadre de leurs champs de compétences propres.</p> <p>² S'agissant des médecins en particulier, ils collaborent activement avec les</p>	<p>Amendements PLR</p> <p>Art. 28 Autres professionnels de la santé ou institutions de santé</p> <p>¹ D'autres professionnels de la santé ou institutions de santé peuvent également être amenés à prodiguer des prestations dans le cadre de leurs champs de compétences propres.</p>

<p>organisations d'aide et de soins à domicile et les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant dans le cadre de la prise en charge des urgences domiciliaires.</p>	<p>Titre IV</p> <p>Financement</p> <p>Art. 29 Sources</p> <p>Les prestations du réseau de soins en vue du maintien à domicile sont financées par :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) les bénéficiaires; b) les assureurs-maladie; c) les indemnités et les aides financières; d) le financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie; e) les dons et les legs; f) toutes autres formes de rémunération versées par les collectivités publiques. 	<p>Art. 30 Financement des prestations de soins à domicile</p> <p>¹ L'Etat peut accorder des indemnités ou des aides financières, au sens de la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005, aux membres du réseau de soins au sens de l'article 9 de la présente loi.</p> <p>² Un financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie peut être accordé par l'Etat aux organisations d'aide et de soins à domicile ainsi qu'aux infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant, membres du réseau de soins au sens de l'article 9 de la présente loi, aux conditions cumulatives supplémentaires suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) fournir, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, sur l'ensemble du territoire cantonal, des soins à domicile reconnus comme nécessaires à la couverture des besoins du canton de Genève et en assurer la continuité et le suivi; b) prendre en charge, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, les besoins en soins urgents et les nouvelles demandes et en assurer la continuité; c) garantir au sein de l'organisation, respectivement par une relève entre infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant, la prise en charge et le suivi des soins infirmiers prescrits, y compris en cas d'absence planifiée ou imprévue; d) fournir les informations comptables nécessaires afin de permettre au Conseil d'Etat de fixer le coût résiduel propre à chaque organisation d'aide et de soins à domicile; les états financiers doivent notamment être certifiés et présenter avec clarté tous les éléments de charges et de produits en lien avec la prestation financée et exclure toute charge qui ne serait pas constitutive du coût des soins, lorsqu'exigé par l'Etat, au moyen d'une comptabilité analytique
<p>³ S'agissant des médecins en particulier, ils collaborent activement avec les organisations d'aide et de soins à domicile et les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant dans le cadre de la prise en charge des urgences domiciliaires.</p>		<p>Amendements DSES</p> <p>Art. 30 Financement des prestations de soins à domicile</p> <p>Modifier l'article 30 alinéas 2 et 3 :</p> <p>² Une subvention peut être accordée par l'Etat aux organisations d'aide et de soins à domicile ainsi qu'aux infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant, membres du réseau de soins au sens de l'article 9 de la présente loi, aux conditions cumulatives supplémentaires suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) fournir, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, sur l'ensemble du territoire cantonal, des soins à domicile reconnus comme nécessaires à la couverture des besoins du canton de Genève et en assurer la continuité et le suivi; b) prendre en charge, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, les besoins en soins urgents et les nouvelles demandes et en assurer la continuité; c) garantir au sein de l'organisation, respectivement par une relève entre infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant, la prise en charge et le suivi des soins infirmiers prescrits, y compris en cas d'absence planifiée ou imprévue; d) fournir les informations comptables nécessaires afin de permettre au Conseil d'Etat de fixer le coût résiduel propre à chaque organisation d'aide et de soins à domicile; les états financiers doivent notamment être certifiés et présenter avec clarté tous les éléments de charges et de produits en lien avec la prestation financée et exclure toute charge qui ne serait pas constitutive du coût des soins, lorsqu'exigé par l'Etat, au moyen d'une comptabilité analytique d'exploitation; e) se conformer aux modalités et processus de facturation prévus par le

<p>d'exploitation;</p> <p>e) se conformer aux modalités et processus de facturation prévus par le département pour le financement résiduel du coût des soins.</p> <p>³ La contribution de l'Etat au financement résiduel fait l'objet d'une décision du département sujette à recours auprès de la chambre administrative de la Cour de justice, la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985, étant applicable pour le surplus.</p>	<p>département pour le financement résiduel du coût des soins.</p> <p>³ Le versement de la subvention fait l'objet d'une décision du département sujette à recours auprès de la chambre administrative de la Cour de justice, la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985, étant applicable pour le surplus.</p> <p>Amendements PDC</p> <p>Art. 30 Financement des prestations de soins à domicile</p> <p>² Un financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie peut être accordé par l'Etat aux organisations d'aide et de soins à domicile ainsi qu'aux infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant, membres du réseau de soins au sens de l'article 9 de la présente loi. (le reste est supprimé)</p> <p><i>(cet article est revu en fonction de l'arrêt du 12 mars 2018 du Tribunal Fédéral).</i></p> <p>Amendements PLR</p> <p>Art. 30 Financement des prestations de soins à domicile</p> <p>¹ L'Etat peut accorder des indemnités ou des aides financières, au sens de la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005, aux membres du réseau de soins au sens de l'article 9 de la présente loi.</p> <p>² Un financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie peut être accordé par l'Etat aux organisations d'aide et de soins à domicile ainsi qu'aux infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant, membres du réseau de soins au sens de l'article 9 de la présente loi, aux conditions cumulatives supplémentaires suivantes :</p> <p>a) participer à l'effort de coordination garantissant la continuité de la prise en charge des bénéficiaires;</p> <p>b) fournir les informations comptables nécessaires afin de permettre au Conseil d'Etat de fixer le coût résiduel propre à chaque organisation d'aide et de soins à domicile; les états financiers doivent notamment être certifiés et présenter avec clarté tous les éléments de charges et de produits en lien avec la prestation financée et exclure toute charge qui ne serait pas constitutive du coût des soins; lequel est exigé par l'Etat, au moyen d'une comptabilité analytique d'exploitation;</p> <p>c) se conformer aux modalités et processus de facturation prévus par le département pour le financement résiduel du coût des soins.</p> <p>³ La contribution de l'Etat au financement résiduel fait l'objet d'une décision du département sujette à recours auprès de la chambre administrative de la Cour de justice, la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985, étant applicable pour le surplus.</p>
---	--

<p>Art. 31 Financement de projets du réseau de soins</p> <p>¹ Conformément aux principes prévus dans la charte de collaboration, l'Etat peut financer des projets favorisant l'efficacité, la qualité du réseau de soins et la coordination des prestations, ainsi que des projets pilotes relatifs aux programmes cantonaux, notamment de prévention et de promotion de la santé.</p> <p>² Le financement s'opère conformément à la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005, subsidiairement aux autres sources de financement, telles que dons et legs.</p>	
<p>Titre V Dispositions finales et transitoires</p>	
<p>Art. 32 Dispositions d'application</p> <p>Le Conseil d'Etat édicte les dispositions d'application de la présente loi.</p>	
<p>Art. 33 Clause abrogatoire</p> <p>La loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du 26 juin 2008, est abrogée.</p>	
<p>Art. 34 Entrée en vigueur</p> <p>Le Conseil d'Etat fixe la date d'entrée en vigueur de la présente loi.</p>	
<p>Art. 35 Dispositions transitoires</p> <p>¹ Les organisations d'aide et de soins à domicile ainsi que les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant qui perçoivent, au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi, un montant au titre d'indemnité ou d'aide financière au sens de la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005, doivent se mettre en conformité avec les conditions prévues à l'article 30, alinéa 1, de la présente loi dans les 6 mois suivant son entrée en vigueur.</p> <p>² Les organisations d'aide et de soins à domicile ainsi que les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant qui perçoivent, au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi, un montant au titre du financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, doivent se mettre en conformité avec les conditions prévues à l'article 30, alinéa 2, de la présente loi dans les 6 mois suivant son entrée en vigueur.</p>	
<p>Art. 36 Modifications à d'autres lois</p> <p>¹ La loi sur la répartition des tâches entre les communes et le canton (1^{er} train), du 18 mars 2016 (A 2 05), est modifiée comme suit :</p> <p>Art. 5, al. 1 (nouvelle teneur)</p> <p>¹ L'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) est titulaire des baux à loyer ou des droits réels ou personnels sur les locaux nécessaires à l'exercice des tâches qui lui sont attribuées.</p> <p style="text-align: center;">* * *</p>	

² La loi sur l'organisation des institutions de droit public, du 22 septembre 2017 (A 2 24), est modifiée comme suit :	
Art. 3, al. 1, lettre f (nouvelle teneur) ¹ La présente loi s'applique aux institutions suivantes : f) l'Institution genevoise de maintien à domicile; ***	
³ La loi portant règlement du Grand Conseil, du 13 septembre 1985 (B 1 01), est modifiée comme suit : Art. 200A, al. 2, lettre c (nouvelle teneur) ² Cette commission examine les objets que le Grand Conseil décide de lui renvoyer touchant notamment la santé publique en général, y inclus : b) le maintien à domicile, au sens de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (à compléter). ***	
⁴ La loi générale relative au personnel de l'administration cantonale, du pouvoir judiciaire et des établissements publics médicaux, du 4 décembre 1997 (B 5 05), est modifiée comme suit : Art. 1, al. 1, lettre g (nouvelle teneur) ¹ La présente loi s'applique : g) au personnel de l'Institution genevoise de maintien à domicile. ***	
⁵ La loi de procédure fiscale, du 4 octobre 2001 (D 3 17), est modifiée comme suit : Art. 12, al. 1, phrase introductive (substitution de termes) Les termes « de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du 26 juin 2008 » sont remplacés par « de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (à compléter) ».	
Art. 12, al. 1, lettre u (nouvelle teneur) u) au personnel de l'institution compétente chargée de l'orientation des bénéficiaires au sens de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (à compléter); ***	
⁶ La loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées, du 4 décembre 2009 (J 7 20), est modifiée comme suit :	

Chapitre IIIA Structures intermédiaires (nouveau)	
Art. 35A Unités d'accueil temporaire de répit (UATR) (nouveau) ¹ Les établissements sont autorisés à exploiter en leurs murs des lits d'unités d'accueil temporaire de répit pour autant que le nombre de lits de long séjour ne soit pas modifié. ² Les prestations et les critères d'admission doivent correspondre aux exigences définies par le règlement d'application de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... <i>(à compléter)</i> .	
Art. 35B Immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA) (nouveau) ¹ Les établissements peuvent être autorisés à exploiter des immeubles avec encadrement pour personnes âgées. ² Le Conseil d'Etat définit par voie réglementaire les prestations, critères d'attribution de logements et autorisation d'exploiter.	
Art. 35C Financement (nouveau) ¹ L'établissement autorisé à exploiter des lits d'unités d'accueil temporaire de répit ou un immeuble avec encadrement pour personnes âgées peut bénéficier d'une subvention à l'exploitation régie par la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005. ² L'article 31 de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... <i>(à compléter)</i> , est applicable pour le surplus. ³ Les états financiers doivent présenter avec clarté et distinctement tous les éléments de charges et de produits des structures financées, lorsqu'exigé par l'Etat, au moyen d'une comptabilité analytique d'exploitation. ⁴ La surveillance de l'exploitant est assurée par le département selon le règlement sur les institutions de santé, du 22 août 2006. ***	
⁷ La loi sur la santé, du 7 avril 2006 (K 1 03), est modifiée comme suit : Art. 13A Réseau de soins (nouveau) Un réseau de soins est créé dont les conditions de fonctionnement sont prévues dans la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... <i>(à compléter)</i> . ***	
⁸ La loi sur l'Institution de maintien, d'aide et de soins à domicile, du 18 mars 2011 (K 1 07), est modifiée comme suit :	

Intitulé de la loi (nouveau teneur) Loi sur l’Institution genevoise de maintien à domicile	
Art. 1, al. 1 et 3 (nouveau teneur) ¹ Sous la dénomination « Institution genevoise de maintien à domicile » (ci-après : l’institution), il est créé un établissement de droit public autonome, doté de la personnalité juridique et régi par les dispositions de la présente loi. ³ Elle fait partie du réseau de soins, tel qu’institué par la loi sur l’organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (<i>à compléter</i>).	
Art. 2 Siège (nouveau teneur avec modification de la note) L’institution a son siège dans le canton de Genève et est inscrite au registre du commerce du même canton.	
Art. 29 (abrogé)	
Art. 31 (nouveau teneur) La communication des données entre l’institution et les partenaires publics et/ou privés du réseau de soins est régie par la législation fédérale, la législation cantonale sur la protection des données personnelles, ainsi que par les dispositions spéciales de la loi sur l’organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (<i>à compléter</i>).	
	Amendements PLR Chapitre 8 Art. A Structures intermédiaires (ajout) Le Conseil d’Etat fixe par règlement le catalogue des structures intermédiaires et leurs prestations.

Tableau comparatif du projet de loi modifiant la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile (LORSDom) (K 1 04) – AMENDEMENTS PLR

Amendements	
Loi actuelle Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève, vu la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (ci-après : la loi fédérale sur l'assurance-maladie); vu l'ordonnance fédérale sur l'assurance-maladie, du 27 juin 1995; vu l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, du 29 septembre 1995 (ci-après : l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins); vu la loi fédérale sur le dossier électronique du patient, du 19 juin 2015; vu la constitution de la République et canton de Genève, du 14 octobre 2012; vu la loi sur la santé, du 7 avril 2006 (ci-après : la loi sur la santé), décrète ce qui suit :	Inchangé
Titre I Dispositions générales	
Art. 1 But ¹ La présente loi a pour but d'organiser le réseau de soins en vue de favoriser le maintien à domicile. ² Elle vise notamment à : a) mettre en place un réseau de soins qui permette de répondre de manière adéquate aux besoins de la population afin de préserver son autonomie en restant le plus longtemps possible à domicile, en évitant les hospitalisations et en retardant l'admission dans des institutions de santé; b) soutenir toute mesure utile à l'aide et aux soins à domicile et en matière de prévention de la perte d'autonomie; c) promouvoir la collaboration et la coordination au sein du réseau de soins; d) soutenir les proches aidants, en promouvant, notamment, des mesures de répit appropriées. ³ Elle règle les conditions relatives au financement public des prestataires de soins en matière de maintien à domicile.	Inchangé
Art. 2 Champ d'application La présente loi s'applique aux partenaires tels que définis à l'article 8, œuvrant dans le réseau de soins en faveur du maintien à domicile, en particulier aux professionnels de la santé et aux institutions de santé au sens de la loi sur la santé qui prodiguent des soins pris en charge par la loi fédérale sur l'assurance-maladie, à l'exception des aspects sociaux qui incombent aux communes.	Art. 2 Champ d'application La présente loi s'applique aux partenaires tels que définis à l'article 8. (proposition Buchs)
Art. 3 Définitions	Inchangé

- 2 -

<p>1 Par réseau de soins, on entend un dispositif réunissant un ensemble de partenaires au sens de l'article 8 qui collaborent entre eux, poursuivent des objectifs communs et adoptent des bonnes pratiques communes en matière de prise en charge des bénéficiaires.</p> <p>2 Par maintien à domicile, on entend toutes les prestations médicales ou sociales, d'aide, de soins, de soutien, d'accompagnement et de prévention en vue d'éviter ou de retarder la péjoration de l'état de santé ainsi que le recours à l'hospitalisation ou à l'entrée en institution.</p> <p>3 Par structures intermédiaires, on entend notamment les foyers de jour et de jour/nuit, les unités d'accueil temporaire médicalisées (UATM) ou de répit (UATR) et les immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA).</p> <p>4 Par bénéficiaire, on entend la personne physique qui est récipiendaire d'une ou de plusieurs prestations mentionnées dans la présente loi.</p> <p>5 Par proche aidant, on entend une <i>personne de l'entourage immédiat d'un bénéficiaire dépendant d'assistance pour certaines activités de la vie quotidienne, qui, à titre non-professionnel et informel, lui assure de façon régulière des services d'aide, de soins ou de présence, de nature et d'intensité variées destinés à compenser ses incapacités ou difficultés, ou encore à assurer sa sécurité, le maintien de son identité et de son lien social.</i></p> <p>6 Par mesure de répit, on entend du conseil, de l'assistance, de l'accompagnement et de la relève à domicile ou dans une structure dédiée aux proches aidants, notamment par la prise en charge provisoire de leurs proches atteints de troubles physiques, psychiques ou cognitifs, pour les actes de la vie quotidienne et les soins de base.</p> <p>7 Par urgence domiciliaire, on entend l'intervention par un médecin en urgence au domicile du bénéficiaire permettant de déterminer si ce dernier nécessite une hospitalisation ou une entrée en établissement.</p>	<p>1 Par structures intermédiaires, on entend notamment les foyers de jour et de jour/nuit, les unités d'accueil temporaire médicalisées (UATM) ou de répit (UATR), les immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA), les établissements pour personnes handicapées (EPH).</p>
<p>Art. 4 Rôle de l'Institution genevoise de maintien à domicile</p> <p>1 L'Etat s'appuie sur l'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) pour mettre en œuvre sa politique du maintien à domicile dans le canton de Genève, notamment pour les tâches qui ne sont pas effectuées par des institutions privées.</p> <p>2 De par son statut d'établissement de droit public autonome et d'organisation à but non lucratif, sa mission légale et son financement par l'Etat, l'Institution de Genève de maintien à domicile a une obligation de prise en charge dans le domaine des soins LAMal à domicile, sur l'ensemble du territoire du canton de Genève, sous réserve des limites de la prise en soins conformément à l'article 21 de la présente loi.</p> <p>3 La loi sur l'Institution genevoise de maintien à domicile, du 18 mars 2011, s'applique pour le surplus.</p>	<p>Art.4 Mise en œuvre (modifié)</p> <p>1 Le département chargé de la santé (ci-après : département) est l'autorité compétente pour mettre en œuvre la présente loi.</p> <p>2 Le département s'appuie sur le réseau de soins pour mettre en œuvre sa politique du maintien à domicile dans le canton de Genève.</p> <p>3 Le département veille à ce que les missions du réseau de soins soient remplies et prend toutes les mesures d'exécutions nécessaires.</p>
<p>Art. 5 Autorité compétente</p> <p>1 Le département chargé de la santé (ci-après : département) est l'autorité</p>	<p>Art. 5 Commission de gestion et de coordination du réseau de soins (modifié)</p> <p>1 Le volet opérationnel ^{du} réseau est dirigé ^{supervisé} par la commission de gestion et de coordination du réseau de soins (ci-après : la commission), laquelle est</p>

<p>compétente pour mettre en œuvre la présente loi.</p> <p>² Il est chargé, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) de valider la qualité de membre du réseau de soins en fonction des conditions d'admission citées à l'article 9 de la présente loi; b) de décider du financement des activités liées au réseau de soins, tant au niveau des indemnités et des aides financières que du financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie; c) de désigner l'outil d'évaluation standardisée des besoins requis; d) de désigner l'outil fournissant le réseau du dossier électronique du patient; e) d'assurer la coordination entre les partenaires du réseau de soins, les communes et les milieux associatifs; f) de valider les règles communes de fonctionnement des partenaires du réseau de soins; g) de fixer les objectifs annuels et les indicateurs de performance du réseau de soins; h) de négocier les contrats de prestations avec les partenaires du réseau de soins; i) de mettre à disposition des bénéficiaires l'information utile. <p>³ Le département veille à ce que les missions du réseau de soins soient remplies et prend toutes les mesures d'exécution nécessaires.</p>	<p>composée de (i) un représentant désigné par l'IMAD, (ii) un représentant désigné par les HUG, (iii) un représentant désigné par l'AMGe, (iv) un représentant désigné par Pharmagenevel-association genevoise des médecins de famille internes généralistes, et (v) un représentant désigné par les associations de prestataires privés d'aides et de soins à domicile <u>et (iv) un représentant du Département de la Cohésion Sociale</u>.</p> <p>² La loi sur les commissions officielles, du 18 septembre 2009, est applicable pour le surplus.</p>
<p>Art. 6 Commission de coordination du réseau de soins</p> <p>¹ Le département est assisté par la commission de coordination du réseau de soins (ci-après : la commission), laquelle est composée de partenaires du réseau de soins et de l'Association des communes genevoises.</p> <p>² La commission a notamment pour mission de conseiller le département dans le cadre :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) de l'établissement de règles de comportement communes aux partenaires; b) du développement de projets communs visant à améliorer le fonctionnement du réseau de soins; c) de l'information de la population sur les prestations du réseau de soins. <p>³ Les membres de la commission s'engagent, en outre, à promouvoir auprès des partenaires du réseau de soins la charte de collaboration mentionnée à l'article 11 de la présente loi.</p> <p>⁴ La composition et les tâches de la commission sont fixées par règlement du Conseil d'Etat.</p> <p>⁵ La loi sur les commissions officielles, du 18 septembre 2009, est applicable pour le surplus.</p>	<p>Art. 6 Autorités compétentes</p> <p>1 Le département est chargé :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) de valider la qualité de membre du réseau de soins en fonction des conditions d'admission citées à l'article 9 de la présente loi ; b) de décider du financement des activités liées au réseau de soins, tant au niveau des indemnités et des aides financières que du financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie ; c) de valider les règles communes de fonctionnement des partenaires du réseau de soins sur propositions de la commission de gestion et de coordination du réseau de soins ; d) de fixer les objectifs annuels et les indicateurs de performance du réseau ; e) de négocier les contrats de prestations avec les membres du réseau de soins. <p>2 La commission est chargée :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) d) de garantir la continuité de la prise en charge des bénéficiaires et assurer une réponse appropriée aux situations d'urgence ; b) d) d'établir les règles de comportement communes aux partenaires ; c) e) d'assurer la coordination entre les partenaires du réseau de soins, les communes et les milieux associatifs ; d) d) de désigner les outils d'évaluation standardisée des besoins requis ; e) e) de désigner l'outil du dossier électronique du patient ; f) d) de mettre à disposition des bénéficiaires l'information utile.

	<p><u>§§</u> de développer des projets communs visant à améliorer le fonctionnement du réseau de soins ;</p> <p><u>§§</u> de fixer les modalités de participation à l'effort de formation des professionnels de la santé ;</p> <p><u>§§</u> d'informer la population sur les prestations du réseau de soins.</p> <p><u>Pour ce faire, elle s'appuie sur la direction du réseau dont elle porte la responsabilité de nomination et de révocation.</u></p>
Titre II	Réseau de soins
Chapitre I	Partenaires et membres
Art. 7 Organisation Le Conseil d'Etat fixe par règlement les modalités d'organisation du réseau de soins.	
Art. 8 Partenaires 1 Pour autant qu'ils aient signé la charte de collaboration des partenaires du réseau de soins (ci-après : la charte de collaboration) validée par le département, les partenaires sont notamment les suivants : a) les médecins traitants ; b) l'institution genevoise de maintien à domicile ; c) les organisations privées d'aide et de soins à domicile ; d) les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant ; e) les établissements publics médicaux ; f) les cliniques privées ; g) les établissements médico-sociaux ; h) les structures intermédiaires ; i) les pharmacies ; j) les physiothérapeutes ; k) les associations au service de la personne âgée ; l) les associations représentant les aînés ; m) les associations représentant les proches aidants ; n) tout autre professionnel de santé ou institution de santé au sens de la loi sur la santé. 2 L'Etat peut octroyer un financement aux partenaires qui satisfont aux conditions des articles 9 ou 30 de la présente loi. Les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-maladie sont réservées.	Inchangé
Art. 8 Partenaires 1 Pour autant qu'ils aient signé la charte de collaboration des partenaires du réseau de soins (ci-après : la charte de collaboration) validée par la commission, les partenaires sont notamment les suivants : a) les médecins traitants, les réseaux et organisations de médecins traitants ; b) l'institution genevoise de maintien à domicile ; c) les organisations privées d'aide et de soins à domicile ; d) les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant ; e) les établissements publics médicaux ; f) les cliniques privées ; g) les établissements médico-sociaux ; h) les structures intermédiaires ; i) les pharmacies ; j) les physiothérapeutes ; k) les associations au service de la personne âgée ; l) les associations représentant les aînés ; m) les associations représentant les personnes en situation de handicap ; n) les associations représentant les proches aidants ; o) tout autre professionnel de santé ou institution de santé au sens de la loi sur la santé. 2 La commission peut octroyer un financement aux partenaires qui satisfont aux conditions des articles 9 ou 30 de la présente loi. Les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-maladie sont réservées.	
Art. 9 Membres Les partenaires qui satisfont aux conditions suivantes peuvent devenir membres du réseau de soins : a) correspondre aux besoins de la planification sanitaire cantonale ;	Art. 9 Membres 1 Les partenaires qui satisfont aux conditions suivantes peuvent de venir membres du réseau de soins : (inchange) a) correspondre aux besoins de la planification sanitaire cantonale ; (inchange)

Mis en forme : Français (Suisse)

- 5 -

<p>b) être autorisé en qualité de professionnel de la santé ou d'institution de santé au sens de la loi sur la santé;</p> <p>c) appliquer les tarifs des prestations en vigueur au niveau fédéral, conventionnés avec les assureurs-maladie ou fixés ou approuvés par le Conseil d'Etat;</p> <p>d) poursuivre une politique salariale conforme aux conventions collectives ou aux normes cantonales appliquées aux professionnels concernés, respectivement être affilié à une caisse de compensation, au sens de l'article 64 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 20 décembre 1946, lorsque cela s'applique;</p> <p>e) disposer d'un plan de formation continue du personnel;</p> <p>f) participer à l'effort de relève en professionnels de la santé, selon les objectifs fixés par le département, conformément à l'article 14 de la présente loi;</p> <p>g) être signataire de la charte de collaboration;</p> <p>h) utiliser le dossier électronique du patient selon l'outil choisi par l'Etat;</p> <p>i) fournir au département les informations statistiques requises et nécessaires à la définition de la politique sanitaire du canton;</p> <p>j) s'engager à mettre en place une démarche qualité reconnue par le département;</p> <p>k) effectuer l'évaluation standardisée des besoins requis selon l'outil validé par le département.</p>	<p>b) être autorisé en qualité de professionnel de la santé ou d'institution de santé au sens de la loi sur la santé ;</p> <p>c) appliquer les tarifs des prestations en vigueur au niveau fédéral, conventionnés avec les assureurs-maladie ou fixés ou approuvés par le Conseil d'Etat ; (inchangé)</p> <p>d) poursuivre une politique salariale conforme aux conventions collectives de la branche concernée ; (modifié)</p> <p>e) supprimé ;</p> <p>f) participer à l'effort de relève en professionnels de la santé, selon les objectifs fixés par le département, conformément à l'article 14 de la présente loi ; (inchangé)</p> <p>g) être signataire de la charte de collaboration ; (inchangé)</p> <p>h) utiliser le dossier électronique du patient selon l'outil choisi par l'Etat ; (inchangé)</p> <p>i) utiliser un système de courrier électronique individuel sécurisé permettant l'échange de données médicales ; (nouveau)</p> <p>j) fournir au département les informations statistiques requises et nécessaires à la définition de la politique sanitaire du canton ; (inchangé)</p> <p>k) s'engager à mettre en place une démarche qualité reconnue par le département ; (inchangé)</p> <p>l) effectuer l'évaluation standardisée des besoins requis selon l'outil validé par le département. (inchangé)</p> <p>2 Les regroupements ou organisations de professionnels peuvent devenir membre lorsqu'ils regroupent des professionnels répondant tous individuellement aux critères de l'article 9, alinéa 1. (nouveau)</p>
<p>Chapitre II Collaboration</p> <p>Art. 10 Missions</p> <p>¹ Le réseau de soins a pour missions :</p> <p>a) de collaborer au sens des articles 11 et suivants, afin de permettre aux bénéficiaires de rester le plus longtemps à domicile, sous réserve de l'alinéa 2 du présent article;</p> <p>b) de garantir l'équité d'accès aux soins;</p> <p>c) de favoriser l'aide aux proches aidants;</p> <p>d) de promouvoir l'information aux bénéficiaires et à leurs proches aidants;</p> <p>e) d'assurer le développement des compétences des professionnels du réseau de soins.</p> <p>² Le réseau de soins vise à garantir la qualité et l'efficacité des prestations en veillant à la maîtrise de leurs coûts, quel que soit le lieu d'intervention et sous réserve des limites du maintien à domicile, notamment la limite de la prise en soins, en vertu de l'article 21.</p>	<p>Inchangé</p> <p>Inchangé</p>
<p>Art. 11 Charte de collaboration</p>	<p>Inchangé</p>

<p>¹ La charte de collaboration définit les engagements des partenaires du réseau de soins en matière de collaboration.</p> <p>² En mettant au centre de leurs préoccupations le bénéficiaire et ses proches aidants, les partenaires du réseau de soins s'engagent notamment dans les domaines suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) la collaboration; b) la définition et le respect des pratiques professionnelles; c) la formation; d) la diffusion des informations aux bénéficiaires et à leurs proches aidants; e) le partage d'informations relatives à la prise en charge; f) la communication entre partenaires du réseau de soins. 	<p>Art. 12 Buts de la collaboration</p> <p>La collaboration vise notamment à :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) promouvoir les interactions au sein du réseau de soins afin d'améliorer et d'optimiser les prises en charge; b) établir des conventions entre partenaires du réseau de soins afin d'améliorer la qualité et l'économicité des prestations; c) assurer la coordination lors de prises en charge partagées; d) identifier les dysfonctionnements du réseau, contribuer à la recherche de solutions et les mettre en œuvre; e) conduire des projets communs; f) collaborer à la mise en œuvre des plans et programmes cantonaux; g) collaborer de façon concertée lors de situations de crise. 	Inchangé
<p>Art. 13 Bonnes pratiques professionnelles</p> <p>¹ Dans le cadre du réseau de soins, la définition de bonnes pratiques professionnelles communes vise notamment à :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) partager les expériences et échanger sur les pratiques afin de les améliorer et d'adopter des référentiels communs; b) garantir, quel que soit le fournisseur de prestations, une prise en charge globale et continue du bénéficiaire. <p>² Chaque partenaire s'engage à respecter les bonnes pratiques établies par sa profession.</p>	<p>Art. 14 Formation</p> <p>¹ Conformément à l'article 9, lettres e et f, les membres du réseau de soins participent à la formation des professionnels de la santé et mettent à disposition des places de stages ou d'apprentissage.</p>	<p>Art. 14 Formation</p> <p>¹ Conformément à l'article 9, lettre f, les membres du réseau de soins participent à la formation des professionnels de la santé selon les règles fixées par la commission.</p> <p>² Les membres du réseau de soins participent également à la formation continue, au perfectionnement et à l'évolution des métiers des professionnels de la santé.</p>

<p>² Les membres du réseau de soins participent également à la formation continue, au perfectionnement et à l'évolution des métiers des professionnels de la santé.</p> <p>³ Les objectifs sont :</p> <p>a) la participation à l'effort de formation afin de couvrir les besoins en professionnels de la santé nécessaires au réseau de soins;</p> <p>b) l'harmonisation de la formation continue.</p> <p>⁴ Les partenaires du réseau de soins participent à l'enquête annuelle du programme de mesures pour favoriser la relève des professionnels de la santé et fournissent les informations requises.</p>	<p>³ Les objectifs sont :</p> <p>a) la participation à l'effort de formation afin de couvrir les besoins en professionnels de la santé nécessaires au réseau de soins;</p> <p>b) l'harmonisation de la formation continue.</p> <p>⁴ Les partenaires du réseau de soins participent à l'enquête annuelle du programme de mesures pour favoriser la relève des professionnels de la santé et fournissent les informations requises.</p>	<p>Inchangé</p>
<p>Art. 15 Information aux bénéficiaires et à leurs proches aidants</p> <p>Dans le but de garantir l'équité d'accès aux soins, les partenaires du réseau de soins :</p> <p>a) fournissent une information complète sur les prestations disponibles;</p> <p>b) donnent aux bénéficiaires les moyens de faire des choix éclairés, notamment en matière de directives anticipées et de désignation du représentant thérapeutique.</p>	<p>Inchangé</p>	<p>Inchangé</p>
<p>Art. 16 Partage d'informations relatives à la prise en charge</p> <p>Afin de favoriser la continuité de la prise en charge du bénéficiaire, le partage d'informations entre partenaires du réseau de soins est requis et comprend notamment les tâches et utilisations suivantes :</p> <p>a) la mise à disposition des informations nécessaires à la continuité des prises en charge lors, notamment, d'un transfert vers une autre institution de santé ou de situations partagées, y compris par voie électronique, avec le consentement explicite du bénéficiaire;</p> <p>b) l'inscription des patients pris en charge, avec leur consentement explicite, au dossier électronique désigné par le département, en proposant celle-ci à tous;</p> <p>c) l'utilisation des outils communs existants validés par l'Etat;</p> <p>d) l'utilisation des outils permettant le partage d'indicateurs et de statistiques de santé publique dans le réseau.</p>	<p>Inchangé</p>	<p>Inchangé</p>
<p>Art. 17 Communication entre partenaires du réseau de soins</p> <p>Les partenaires s'informent mutuellement des nouveautés et des changements en matière de structures et de prestations.</p>	<p>Inchangé</p>	<p>Inchangé</p>
<p>Chapitre III Proches aidants</p>	<p>Art. 18 But et prestations</p> <p>¹ Le soutien aux proches aidants a pour but de reconnaître l'importance de leur rôle et de l'aide qu'ils procurent aux personnes de leur entourage.</p> <p>² Le réseau de soins garantit des mesures de répit, d'accompagnement, de conseil et d'information aux proches aidants dans le but de favoriser le maintien à domicile.</p>	<p>Inchangé</p>

<p>Art. 19 Commission consultative</p> <p>¹ Il est institué une commission consultative pour le soutien des proches aidants actifs à domicile, sous la présidence de la direction générale de la santé.</p> <p>² Le département fixe par voie réglementaire la composition et les tâches de cette commission ainsi que le catalogue des prestations aux proches aidants.</p>	<p>Abrogé (proposition Buchs, la Commission peut s'en occuper)</p>
<p>Titre III</p> <p>Maintien à domicile</p>	
<p>Chapitre I</p> <p>Principes généraux</p>	
<p>Art. 20 Fournisseurs de prestations de soins</p> <p>¹ Le maintien à domicile des bénéficiaires est assuré par :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) les médecins; b) les organisations d'aide et de soins à domicile publiques ou privées; c) les infirmières et les infirmiers pratiquant à titre indépendant; d) les structures intermédiaires publiques ou privées; e) tout professionnel de la santé au sens du règlement sur les professions de la santé, du 22 août 2006, qui intervient sur prescription médicale. <p>² Les organisations d'aide et de soins à domicile et les structures intermédiaires sont des institutions de santé au sens de la loi sur la santé.</p>	<p>Art. 20 Fournisseurs de prestations de soins</p> <p>¹ Le maintien à domicile des bénéficiaires est assuré par :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) les médecins, les réseaux et organisations de médecins ; b) les organisations d'aide et de soins à domicile publiques ou privées ; c) les infirmières et les infirmiers pratiquant à titre indépendant ; d) les structures intermédiaires publiques ou privées ; e) tout professionnel de la santé au sens du règlement sur les professions de la santé, du 22 août 2006, qui intervient sur prescription médicale. <p>² Les organisations d'aide et de soins à domicile et les structures intermédiaires sont des institutions de santé au sens de la loi sur la santé.</p>
<p>Art. 21 Limites de la prise en soins LAMal à domicile</p> <p>¹ Les fournisseurs de prestations peuvent mettre fin aux soins fournis à domicile au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) éléments cliniques justifiant une telle décision, d'entente avec le prescripteur des soins, ou b) éléments en lien avec la préservation de la santé et de la sécurité des professionnels de la santé, ou c) décisions des assureurs-maladie s'agissant du remboursement à charge de l'assurance obligatoire des soins. <p>² Les fournisseurs de prestations doivent veiller à assurer la continuité de la prise en charge avant la cessation effective de leurs prestations.</p>	<p>Inchangé</p>
<p>Art. 22 Lieux d'intervention</p> <p>Les prestations favorisant le maintien à domicile s'effectuent :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) en priorité au domicile des bénéficiaires; b) dans les services de soins ambulatoires publics et privés; 	<p>Inchangé</p>

<p>c) dans les lieux d'accueil des organisations d'aide et de soins à domicile ou tout autre lieu approprié;</p> <p>d) dans les structures intermédiaires.</p>	
<p>Chapitre II Prestations</p>	<p>Art. X (nouveau) Médecins, réseaux et regroupements de médecins traitants</p> <p>Les médecins, réseaux et organisations de médecins dispensent les prestations médicales prévues par la LAMal. Ils supervisent la prise en charge médicale prescrite et portent la responsabilité des plans de soins partagés. Ils collaborent activement avec les autres partenaires et membres.</p>
<p>Art. 23 Organisation d'aide et de soins à domicile</p> <p>¹ Les organisations d'aide et de soins à domicile dispensent les prestations prescrites par un médecin et prévues à l'article 7 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) l'évaluation, les conseils et la coordination; b) les examens et les traitements; c) les soins de base. <p>² Elles peuvent en outre dispenser, notamment, les prestations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) prestations d'ergothérapie prévues à l'article 6 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins; b) conseils nutritionnels prévus à l'article 9b de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins; c) conseils aux diabétiques prévus à l'article 9c de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins; d) conseils en cas d'allaitement prévus à l'article 15 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins; e) liaison, notamment dans le cadre des entrées, respectivement des sorties, des établissements publics médicaux ou des cliniques privées; f) coordination générale avec l'ensemble des intervenants autour d'une situation; g) aide, comprenant notamment la suppléance parentale, l'alimentation, la sécurité à domicile et le maintien du lien social; h) aide au ménage, incluant notamment les tâches d'économie domestique, pour autant que les besoins requis aient fait l'objet d'une évaluation; i) relais, notamment social, des bénéficiaires en vue de les orienter vers l'institution compétente; j) mesures de soutien et d'accompagnement aux proches aidants; k) urgences sociales qui permettent la prise en charge de personnes sur le plan de la santé et sur le plan social dans des situations de crise liées, entre autres, à la précarité, à l'exclusion, aux violences domestiques ou aux troubles du 	<p>Art. 23 Organisation d'aide et de soins à domicile et infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant</p> <p>¹ Les organisations d'aide et de soins à domicile et les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant dispensent les prestations prescrites par un médecin et prévues à l'article 7 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins.</p>

comportement. Elles sont fournies après la fermeture des services, la nuit, le week-end et les jours fériés; 1) mesures de prévention et détection des fragilités en vue d'une entrée en institution.	
Art. 24 Infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant Les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant dispensent les prestations prescrites par un médecin et prévues à l'article 7 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, à savoir : a) l'évaluation, les conseils et la coordination; b) les examens et les traitements; c) les soins de base.	Effacés
Art. 25 Structures intermédiaires ¹ Les structures intermédiaires, médicalisées ou non, dispensent notamment les prestations suivantes : a) un accueil de jour/de nuit ou un séjour de courte durée pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou provisoire; b) des mesures de répit qui permettent le maintien à domicile du bénéficiaire pour soulager momentanément les proches aidants; c) un lieu de vie pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou durable. ² Ces prestations peuvent être de nature socio-hôtelière, médico-sociale ou consister en animation, transport ou accompagnement. ³ Le Conseil d'Etat fixe par règlement le catalogue des structures intermédiaires et leurs prestations.	Art. 25 Structures intermédiaires ¹ Les structures intermédiaires, médicalisées ou non, dispensent notamment les prestations suivantes : a) un accueil de jour/de nuit ou un séjour de courte durée pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou provisoire; b) des mesures de répit qui permettent le maintien à domicile du bénéficiaire pour soulager momentanément les proches aidants; c) un lieu de vie pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou durable. ² Ces prestations peuvent être de nature socio-hôtelière, médico-sociale ou consister en animation, transport ou accompagnement. ³ Le Conseil d'Etat fixe par règlement le catalogue des structures intermédiaires et leurs prestations.
Art. 26 Etablissements médico-sociaux ¹ Conformément à la loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées, du 4 décembre 2009, les établissements médico-sociaux peuvent créer des lits spécialement affectés au court séjour en unité d'accueil temporaire de répit (UATR), avec l'aval du département, pour favoriser le répit des proches aidants et dans une perspective de découverte de la vie en institution. ² Les établissements médico-sociaux peuvent exploiter des structures intermédiaires et délivrer des prestations sociales de proximité.	Inchangé
Art. 27 Etablissements publics médicaux Les établissements publics médicaux contribuent au maintien à domicile en : a) participant aux mesures en amont et en aval des hospitalisations afin de préparer les entrées, respectivement préparer les retours à domicile, dans les meilleures conditions possibles pour le bénéficiaire; b) participant aux projets favorisant le maintien à domicile; c) organisant la prise en charge des urgences gériatriques et psychiatriques.	Inchangé

<p>Art. 28 Autres professionnels de la santé ou institutions de santé 1° D'autres professionnels de la santé ou institutions de santé peuvent également être amenés à prodiguer des prestations dans le cadre de leurs champs de compétences propres. 2° S'agissant des médecins en particulier, ils collaborent activement avec les organisations d'aide et de soins à domicile et les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant dans le cadre de la prise en charge des urgences domiciliaires.</p>	<p>Art. 28 Autres professionnels de la santé ou institutions de santé 1° D'autres professionnels de la santé ou institutions de santé peuvent également être amenés à prodiguer des prestations dans le cadre de leurs champs de compétences propres. 2° S'agissant des médecins en particulier, ils collaborent activement avec les organisations d'aide et de soins à domicile et les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant dans le cadre de la prise en charge des urgences domiciliaires.</p>
<p>Titre IV Financement</p>	
<p>Art. 29 Sources Les prestations du réseau de soins en vue du maintien à domicile sont financées par :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) les bénéficiaires; b) les assureurs-maladie; c) les indemnités et les aides financières; d) le financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie; e) les dons et les legs; f) toutes autres formes de rémunération versées par les collectivités publiques. 	<p>Inchangé</p>
<p>Art. 30 Financement des prestations de soins à domicile 1° L'Etat peut accorder des indemnités ou des aides financières, au sens de la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005, aux membres du réseau de soins au sens de l'article 9 de la présente loi. 2° Un financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie peut être accordé par l'Etat aux organisations d'aide et de soins à domicile ainsi qu'aux infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant, membres du réseau de soins au sens de l'article 9 de la présente loi, aux conditions cumulatives supplémentaires suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) fournir, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, sur l'ensemble du territoire cantonal, des soins à domicile reconnus comme nécessaires à la couverture des besoins du canton de Genève et en assurer la continuité et le suivi; b) prendre en charge, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, les besoins en soins urgents et les nouvelles demandes et en assurer la continuité; c) garantir au sein de l'organisation, respectivement par une relève entre infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant, la prise en charge et le suivi des soins infirmiers prescrits, y compris en cas d'absence plurielle ou imprévue; 	<p>Art. 30 Financement des prestations de soins à domicile 1° L'Etat peut accorder des indemnités ou des aides financières, au sens de la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005, aux membres du réseau de soins au sens de l'article 9 de la présente loi. 2° Un financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie peut être accordé par l'Etat aux organisations d'aide et de soins à domicile ainsi qu'aux infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant, membres du réseau de soins au sens de l'article 9 de la présente loi, aux conditions cumulatives supplémentaires suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) participer à l'effort de coordination garantissant la continuité de la prise en charge des bénéficiaires ; b) fournir les informations comptables nécessaires afin de permettre au Conseil d'Etat de fixer le coût résiduel propre à chaque organisation d'aide et de soins à domicile; les états financiers doivent notamment être certifiés et présenter avec clarté tous les éléments de charges et de produits en lien avec la prestation financée et exclure toute charge qui ne serait pas constitutive du coût des soins; lorsqu'évalué par l'Etat, au moyen d'une comptabilité analytique d'exploitation; c) se conformer aux modalités et processus de facturation prévus par le département pour le financement résiduel du coût des soins.

<p>d) fournir les informations comptables nécessaires afin de permettre au Conseil d'Elat de fixer le coût résiduel propre à chaque organisation d'aide et de soins à domicile; les états financiers doivent notamment être certifiés et présenter avec clarté tous les éléments de charges et de produits en lien avec la prestation financée et exclure toute charge qui ne serait pas constitutive du coût des soins, lorsqu'exigé par l'Elat, au moyen d'une comptabilité analytique d'exploitation;</p> <p>e) se conformer aux modalités et processus de facturation prévus par le département pour le financement résiduel du coût des soins.</p> <p>³ La contribution de l'Elat au financement résiduel fait l'objet d'une décision du département sujette à recours auprès de la chambre administrative de la Cour de justice, la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985, étant applicable pour le surplus.</p>	<p>³ La contribution de l'Elat au financement résiduel fait l'objet d'une décision du département sujette à recours auprès de la chambre administrative de la Cour de justice, la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985, étant applicable pour le surplus.</p>
<p>Art. 31 Financement de projets du réseau de soins</p> <p>¹ Conformément aux principes prévus dans la charte de collaboration, l'Elat peut financer des projets favorisant l'efficacité, la qualité du réseau de soins et la coordination des prestations, ainsi que des projets pilotes relatifs aux programmes cantonaux, notamment de prévention et de promotion de la santé.</p> <p>² Le financement s'opère conformément à la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005, subsidiairement aux autres sources de financement, telles que dons et legs.</p>	<p>Inchangé</p>
<p>Titre V Dispositions finales et transitoires</p>	
<p>Art. 32 Dispositions d'application</p> <p>Le Conseil d'Elat édicte les dispositions d'application de la présente loi.</p>	<p>Inchangé</p>
<p>Art. 33 Clause abrogatoire</p> <p>La loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du 26 juin 2008, est abrogée.</p>	<p>Inchangé</p>
<p>Art. 34 Entrée en vigueur</p> <p>Le Conseil d'Elat fixe la date d'entrée en vigueur de la présente loi.</p>	<p>Inchangé</p>
<p>Art. 35 Dispositions transitoires</p> <p>¹ Les organisations d'aide et de soins à domicile ainsi que les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant qui perçoivent, au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi, un montant au titre d'indemnité ou d'aide financière au sens de la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005, doivent se mettre en conformité avec les conditions prévues à l'article 30, alinéa 1, de la présente loi dans les 6 mois suivant son entrée en vigueur.</p> <p>² Les organisations d'aide et de soins à domicile ainsi que les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant qui perçoivent, au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi, un montant au titre du financement résiduel au sens de</p>	<p>Inchangé</p>

l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, doivent se mettre en conformité avec les conditions prévues à l'article 30, alinéa 2, de la présente loi dans les 6 mois suivant son entrée en vigueur.	Inchangé
<p>Art. 36. Modifications à d'autres lois</p> <p>¹ La loi sur la répartition des tâches entre les communes et le canton (1^{er} train), du 18 mars 2016 (A 2 05), est modifiée comme suit :</p> <p>Art. 5, al. 1 (nouvelle teneur)</p> <p>¹ L'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) est titulaire des baux à loyer ou des droits réels ou personnels sur les locaux nécessaires à l'exercice des tâches qui lui sont attribuées.</p> <p style="text-align: center;">* * *</p>	Inchangé
<p>² La loi sur l'organisation des institutions de droit public, du 22 septembre 2017 (A 2 24), est modifiée comme suit :</p> <p>Art. 3, al. 1, lettre f (nouvelle teneur)</p> <p>¹ La présente loi s'applique aux institutions suivantes :</p> <p>f) l'Institution genevoise de maintien à domicile;</p> <p style="text-align: center;">* * *</p>	Inchangé
<p>³ La loi portant règlement du Grand Conseil, du 13 septembre 1985 (B 1 01), est modifiée comme suit :</p> <p>Art. 200A, al. 2, lettre c (nouvelle teneur)</p> <p>² Cette commission examine les objets que le Grand Conseil décide de lui renvoyer touchant notamment la santé publique en général, y inclus :</p> <p>b) le maintien à domicile, au sens de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (à compléter).</p> <p style="text-align: center;">* * *</p>	Inchangé
<p>⁴ La loi générale relative au personnel de l'administration cantonale, du pouvoir judiciaire et des établissements publics médicaux, du 4 décembre 1997 (B 5 05), est modifiée comme suit :</p> <p>Art. 1, al. 1, lettre g (nouvelle teneur)</p> <p>¹ La présente loi s'applique :</p> <p>g) au personnel de l'Institution genevoise de maintien à domicile.</p> <p style="text-align: center;">* * *</p>	Inchangé
<p>⁵ La loi de procédure fiscale, du 4 octobre 2001 (D 3 17), est modifiée comme suit :</p> <p>Art. 12, al. 1, phrase introductive (substitution de termes)</p>	Inchangé

Les termes « de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du 26 juin 2008 » sont remplacés par « de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (à compléter) ».	Inchangé
Art. 12, al. 1, lettre u (nouvelle teneur) u) au personnel de l'institution compétente chargée de l'orientation des bénéficiaires au sens de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (à compléter); * * *	
⁶ La loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées, du 4 décembre 2009 (17 20), est modifiée comme suit :	
Chapitre IIIA Structures intermédiaires (nouveau)	
Art. 35A Unités d'accueil temporaire de répit (UATR) (nouveau) ¹ Les établissements sont autorisés à exploiter en leurs murs des lits d'unités d'accueil temporaire de répit pour autant que le nombre de lits de long séjour ne soit pas modifié. ² Les prestations et les critères d'admission doivent correspondre aux exigences définies par le règlement d'application de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (à compléter).	Inchangé
Art. 35B Immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA) (nouveau) ¹ Les établissements peuvent être autorisés à exploiter des immeubles avec encadrement pour personnes âgées. ² Le Conseil d'Etat définit par voie réglementaire les prestations, critères d'attribution de logements et autorisation d'exploiter.	Inchangé
Art. 35C Financement (nouveau) ¹ L'établissement autorisé à exploiter des lits d'unités d'accueil temporaire de répit ou un immeuble avec encadrement pour personnes âgées peut bénéficier d'une subvention à l'exploitation régie par la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005. ² L'article 31 de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (à compléter), est applicable pour le surplus. ³ Les états financiers doivent présenter avec clarté et distinctement tous les éléments de charges et de produits des structures financées, lorsqu'exige par l'Etat, au moyen d'une comptabilité analytique d'exploitation. ⁴ La surveillance de l'exploitant est assurée par le département selon le règlement sur les institutions de santé, du 22 août 2006. * * *	Inchangé

<p>⁷ La loi sur la santé, du 7 avril 2006 (K 1 03), est modifiée comme suit :</p> <p>Art. 13A Réseau de soins (nouveau)</p> <p>Un réseau de soins est créé dont les conditions de fonctionnement sont prévues dans la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (<i>à compléter</i>).</p> <p style="text-align: center;">* * *</p>	Inchangé
<p>⁸ La loi sur l'Institution de maintien, d'aide et de soins à domicile, du 18 mars 2011 (K 1 07), est modifiée comme suit :</p> <p>Intitulé de la loi (nouvelle teneur)</p> <p>Loi sur l'Institution genevoise de maintien à domicile</p> <p>Art. 1, al. 1 et 3 (nouvelle teneur)</p> <p>¹ Sous la dénomination « Institution genevoise de maintien à domicile » (ci-après : l'institution), il est créé un établissement de droit public autonome, doté de la personnalité juridique et régi par les dispositions de la présente loi.</p> <p>³ Elle fait partie du réseau de soins, tel qu'institué par la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (<i>à compléter</i>).</p>	Inchangé
<p>Art. 2 Siège (nouvelle teneur avec modification de la note)</p> <p>L'institution a son siège dans le canton de Genève et est inscrite au registre du commerce du même canton.</p>	Inchangé
<p>Art. 29 (abrogé)</p>	
<p>Art. 31 (nouvelle teneur)</p> <p>La communication des données entre l'institution et les partenaires publics et/ou privés du réseau de soins est régie par la législation fédérale, la législation cantonale sur la protection des données personnelles, ainsi que par les dispositions spéciales de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (<i>à compléter</i>).</p>	Inchangé
<p>⁸ La loi sur la santé, du 7 avril 2006 (K 1 08), est modifiée comme suit :</p>	
	<p>Chapitre 8 Art. A Structures intermédiaires (ajout)</p> <p>Le Conseil d'Etat fixe par règlement le catalogue des structures intermédiaires et leurs prestations.</p>

LORSDom: propositions d'amendements du DSES

Ajouter à l'article 1 alinéa 2 :

"soutenir et développer le concept d'Hospitalisation A Domicile(HAD)"

Article 4: inverser les alinéas 1 et 2 et modification de l'alinéa 1:

1 De par son statut d'établissement de droit public autonome et d'organisation à but non lucratif, sa mission légale et son financement par l'Etat, l'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) a une obligation de prise en charge dans le domaine des soins LAMal à domicile, sur l'ensemble du territoire du canton de Genève, sous réserve des limites de la prise en soins conformément à l'article 21 de la présente loi.

2 Au vu de l'alinéa 1, l'Etat s'appuie sur l'IMAD pour mettre en œuvre sa politique du maintien à domicile dans le canton de Genève, notamment pour les tâches qui ne sont pas effectuées par des institutions privées.

Ajouter à l'article 8:

o) **les structures et organisations représentant le monde du handicap**

Modifier l'article 30 alinéa 2 :

² **Une subvention** peut être accordée par l'Etat aux organisations d'aide et de soins à domicile ainsi qu'aux infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant, membres du réseau de soins au sens de l'article 9 de la présente loi, aux conditions cumulatives supplémentaires suivantes :

- a) fournir, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, sur l'ensemble du territoire cantonal, des soins à domicile reconnus comme nécessaires à la couverture des besoins du canton de Genève et en assurer la continuité et le suivi;
- b) prendre en charge, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, les besoins en soins urgents et les nouvelles demandes et en assurer la continuité;
- c) garantir au sein de l'organisation, respectivement par une relève entre infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant, la prise en charge et le suivi des soins infirmiers prescrits, y compris en cas d'absence planifiée ou imprévue;
- d) fournir les informations comptables nécessaires afin de permettre au Conseil d'Etat de fixer le coût résiduel propre à chaque organisation d'aide et de soins à domicile; les états financiers doivent notamment être certifiés et présenter avec clarté tous les éléments de charges et de produits en lien avec la prestation financée et exclure toute charge qui ne serait pas constitutive du coût des soins, lorsqu'exigé par l'Etat, au moyen d'une comptabilité analytique d'exploitation;
- e) se conformer aux modalités et processus de facturation prévus par le département pour le financement résiduel du coût des soins.

³ Le versement de la subvention fait l'objet d'une décision du département sujette à recours auprès de la chambre administrative de la Cour de justice, la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985, étant applicable pour le surplus.



RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE
GRAND CONSEIL

Session

DEMANDE D'AMENDEMENTS

Présentée par Bertrand Buchs

Concerne : PL 12263

TEXTE

Art. 1 But

¹La présente loi a pour but d'organiser le réseau de soins en vue de favoriser le maintien à domicile.

²Elle vise notamment à :

- a) mettre en place un réseau de soins qui permette de répondre de manière adéquate aux besoins de la population afin de préserver son autonomie en restant le plus longtemps possible à domicile, en évitant les hospitalisations et en retardant l'admission dans les institutions de santé ;
- b) soutenir toute mesure utile à l'aide et aux soins à domicile et en matière de prévention de la perte d'autonomie ;
- c) **mettre en place le concept d'Hospitalisation A Domicile (HAD) ;**
- d) promouvoir la collaboration et la coordination au sein du réseau de soins ;
- e) soutenir les proches aidants, en promouvant, notamment, des mesures de répit appropriées.

³Elle règle les conditions relatives au financement public des prestations de soins en matière de maintien à domicile.

Signature

ANNEXE 19

Projet de loi Sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile (LORSDom) (K 1 04) (PL 12263)**Amendements conjoints Ve-EAG du 5 mars 2019**

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève, vu la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (ci-après : la loi fédérale sur l'assurance-maladie) ;

Vu l'ordonnance fédérale sur l'assurance-maladie, du 27 juin 1995 ;

Vu l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, du 29 septembre 1995 (ci-après : l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins) ;

Vu la loi fédérale sur le dossier électronique du patient, du 19 juin 2015 ;

Vu la constitution de la République et canton de Genève, du 14 octobre 2012 ;

Vu la loi sur la santé, du 7 avril 2006 (ci-après : la loi sur la santé), décrète ce qui suit :

Titre I Dispositions générales**Art. 1 But**

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

2 ~~La présente loi~~ Elle a pour but d'organiser le réseau de soins en vue de favoriser le maintien à domicile.

3 Elle vise notamment à :

a) mettre en place un réseau de soins qui permette de répondre de manière adéquate aux besoins de la population afin de préserver son autonomie en restant le plus longtemps possible à domicile, en évitant les hospitalisations et en retardant l'admission dans des institutions de santé **ou de résidence** ;

b) soutenir toute mesure utile à l'aide et aux soins à domicile et en matière de prévention de la perte d'autonomie ;

c) promouvoir la collaboration et la coordination au sein du réseau de soins ;

d) soutenir les proches aidants, en promouvant, notamment, des mesures de répit appropriées.

4 Elle règle les conditions relatives au financement public des prestataires de soins en matière de maintien à domicile.

Art. 2 Champ d'application

La présente loi s'applique aux partenaires tels que définis à l'article 8, œuvrant dans le réseau de soins en faveur du maintien à domicile, en particulier aux professionnels de la santé et aux institutions de santé au sens de la loi sur la santé qui prodiguent des soins pris en charge par la loi fédérale sur l'assurance maladie, **à l'exception des aspects sociaux qui incombent aux communes,**

Art. 3 Définitions

1 Par réseau de soins, on entend un dispositif réunissant un ensemble de partenaires au sens de l'article 8 qui collaborent entre eux, poursuivent des objectifs communs et adoptent des bonnes pratiques communes en matière de prise en charge des bénéficiaires.

2 Par maintien à domicile, on entend toutes les prestations médicales ou sociales, d'aide, de soins, de soutien, d'accompagnement et de prévention en vue d'éviter ou de retarder la péjoration de l'état de santé ainsi que le recours à l'hospitalisation ou à l'entrée en institution.

3 Par structures intermédiaires, on entend notamment les foyers de jour et de jour/nuit, les unités d'accueil temporaire médicalisées (UATM) ou de répit (UATR) et les immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA).

4 Par bénéficiaire, on entend la personne physique qui est récipiendaire d'une ou de plusieurs prestations mentionnées dans la présente loi.

5 Par proche aidant, on entend une personne de l'entourage immédiat d'un bénéficiaire, **quel que soit son lieu de vie**, dépendant d'assistance pour certaines activités de la vie quotidienne, qui, à titre non rémunérées ~~non professionnel et informel~~, lui assure de façon régulière des services d'aide, **d'accompagnement**, de soins ou de présence, de nature et d'intensité variées destinés à compenser ses incapacités ou difficultés, ou encore à assurer sa sécurité, le maintien de son identité et de son lien social.

6 Par mesure de répit, on entend du conseil, de l'assistance, de l'accompagnement et de la relève à domicile ou dans une structure dédiée aux proches aidants, notamment par la prise en charge provisoire de leurs proches atteints de troubles physiques, psychiques, ~~ou~~ cognitifs, **sociaux, moteurs et sensoriels**, pour les actes de la vie quotidienne et les soins de base.

7 Par urgence domiciliaire, on entend l'intervention par un médecin en urgence au domicile du bénéficiaire permettant de déterminer si ce dernier nécessite une hospitalisation ou une entrée en établissement.

Art. 4 Rôle de l'Institution genevoise de maintien à domicile

1 L'Etat s'appuie sur **le réseau de soins, notamment** l'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) pour mettre en œuvre sa politique du maintien à domicile dans le canton de Genève, notamment pour les tâches qui ne sont pas effectuées par des institutions privées.

2 De par son statut d'établissement de droit public autonome et d'organisation à but non lucratif, sa mission légale et son financement par l'Etat, l'Institution de genevoise de maintien à domicile a une obligation de prise en charge dans le domaine des soins LAMal à domicile, sur l'ensemble du territoire du canton de Genève, sous réserve des limites de la prise en soins conformément à l'article 21 de la présente loi.

3 La loi sur l'Institution genevoise de maintien à domicile, du 18 mars 2011, s'applique pour le surplus.

Art. 5 Autorité compétente

1 Le département chargé de la santé (ci-après : département) est l'autorité compétente pour mettre en œuvre la présente loi.

2 Il est chargé, notamment :

- a) de valider la qualité de membre du réseau de soins en fonction des conditions d'admission citées à l'article 9 de la présente loi ;
- b) de décider du financement des activités liées au réseau de soins, tant au niveau des indemnités et des aides financières que du financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie ;
- c) de désigner l'outil d'évaluation standardisée des besoins requis ;
- d) de désigner l'outil fournissant le réseau du dossier électronique du patient ;
- e) d'assurer la coordination entre les partenaires du réseau de soins, les communes et les milieux associatifs ;
- f) de valider les règles communes de fonctionnement des partenaires du réseau de soins ;
- g) de fixer les objectifs annuels et les indicateurs de performance du réseau de soins ;
- h) de négocier les contrats de prestations avec les partenaires du réseau de soins ;
- i) de mettre à disposition des bénéficiaires l'information utile.

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

Art. 6 Commission de coordination du réseau de soins

1 Le département est assisté par la commission de coordination du réseau de soins (ci-après : la commission), laquelle est composée de partenaires du réseau de soins et de l'Association des communes genevoises.

2 La commission a notamment pour mission : ~~de conseiller le département dans le cadre~~ :

- a) **La mobilisation des potentialités et les compétences des partenaires dans le but d'adapter l'offre aux besoins des bénéficiaires et aux évolutions des connaissances et pratiques de soins. (Reprise de l'a 2 de l'art 10 de la LSDom)**
- b) de l'établissement de règles de comportement communes aux partenaires ;
- c) du développement de projets communs visant à améliorer le fonctionnement du réseau de soins ;
- d) de l'information de la population sur les prestations du réseau de soins.
- e) **la participation de la mise en œuvre coordonnée des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies et des accidents ; (Reprise art 10 al 2 lettre e LSDom)**

3 Les membres de la commission s'engagent, en outre, à promouvoir auprès des ~~acteurs~~ **partenaires** du réseau de soins la charte de collaboration mentionnée à l'article 11 de la présente loi. *(L'usage ici du terme « partenaire » n'est pas clair, car selon la définition de l'art 8 LORSDom, pour être reconnu comme partenaire, il faut avoir préalablement signé cette charte)*

4 La composition et les tâches de la commission sont fixées par règlement du Conseil d'Etat.

5 La loi sur les commissions officielles, du 18 septembre 2009, est applicable pour le surplus.

Titre II Réseau de soins

Chapitre I Partenaires et membres

Art. 7 Organisation

Le Conseil d'Etat fixe par règlement les modalités d'organisation du réseau de soins.

Art. 8 Partenaires

1 Pour autant qu'ils aient signé la charte de collaboration des partenaires du réseau de soins (ci-après : la charte de collaboration) validée par le département, les partenaires sont notamment les suivants :

- a) les médecins traitants ;
- b) l'Institution genevoise de maintien à domicile ;
- c) les organisations privées d'aide et de soins à domicile ;
- d) les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant ;
- e) les établissements publics médicaux ;
- f) les cliniques privées ;
- g) les établissements médico-sociaux ;
- h) les structures intermédiaires ;
- i) les pharmacies ;
- j) les physiothérapeutes ;
- k) les associations au service de la personne âgée ;
- l) les associations représentant les aînés ;
- m) les associations représentant les proches aidants ;
- n) tout autre professionnel de santé ou institution de santé au sens de la loi sur la santé.

o) Les Etablissement publics pour les personnes en situation de handicap

p) les associations représentant les personnes en situations de handicap

q) les associations représentant les personnes atteintes dans leur santé

r) les services sociaux publics et privés intervenant auprès des catégories de personnes précitées

s) les communes

2 L'Etat peut octroyer un financement aux partenaires qui satisfont aux conditions des articles 9 ou 30 de la présente loi. Les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-maladie sont réservées.

Art. 9 Membres

Les partenaires qui satisfont aux conditions suivantes peuvent devenir membres du réseau de soins :

- a) correspondre aux besoins de la planification sanitaire cantonale ;
- b) être autorisé en qualité de professionnel **du domaine médico-social de la santé** ou d'institution de santé au sens de la loi sur la santé ; **d'établissements pour personnes en situation de handicap (vérifier si le vocable. « Institutions de santé » ne couvrent pas tout le champ, auquel cas nos amendements seraient superflus)**
- c) appliquer les tarifs des prestations en vigueur au niveau fédéral, conventionnés avec les assureurs-maladie ou fixés ou approuvés par le Conseil d'Etat ;
- d) poursuivre une politique salariale conforme aux conventions collectives ou aux normes cantonales appliquées aux professionnels concernés, respectivement être affilié à une caisse de compensation, au sens de l'article 64 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 20 décembre 1946, lorsque cela s'applique ;
- e) disposer d'un plan de formation continue du personnel ; **et garantir l'engagement de personnel formé aux tâches spécifiques requises ;**
- f) participer à l'effort de relève en professionnels de la santé, selon les objectifs fixés par le département, conformément à l'article 14 de la présente loi ;
- g) être signataire de la charte de collaboration ;
- h) utiliser le dossier électronique du patient selon l'outil choisi par l'Etat ;
- i) fournir au département les informations statistiques requises et nécessaires à la définition de la politique sanitaire du canton ;
- j) s'engager à mettre en place une démarche qualité reconnue par le département ;
- k) effectuer l'évaluation standardisée des besoins requis selon l'outil validé par le département.

Chapitre II Collaboration

Art. 10 Missions

1 Le réseau de soins a pour missions :

- a) de collaborer au sens des articles 11 et suivants, afin de permettre aux bénéficiaires de rester le plus longtemps à domicile, sous réserve de l'alinéa 2 du présent article ;
- b) de garantir l'équité d'accès aux soins ;
- c) de favoriser l'aide aux proches aidants ; d) de promouvoir l'information aux bénéficiaires et à leurs proches aidants ;
- e) d'assurer le développement des compétences des professionnels du réseau de soins.

2 Le réseau de soins vise à garantir la qualité et l'efficacité des prestations en veillant à la maîtrise de leurs coûts, quel que soit le lieu d'intervention et sous réserve des limites du maintien à domicile, notamment la limite de la prise en soins, en vertu de l'article 21.

Art. 11 Charte de collaboration

1 La charte de collaboration définit les engagements des partenaires du réseau de soins en matière de collaboration.

2 En mettant au centre de leurs préoccupations le bénéficiaire et ses proches aidants, les partenaires du réseau de soins s'engagent notamment dans les domaines suivants :

- a) la collaboration ;
- b) la définition et le respect des pratiques professionnelles ;
- c) la formation ;
- d) la diffusion des informations aux bénéficiaires et à leurs proches aidants ;
- e) le partage d'informations relatives à la prise en charge ;
- f) la communication entre partenaires du réseau de soins.

Art. 12 Buts de la collaboration

La collaboration vise notamment à :

- a) promouvoir les interactions au sein du réseau de soins afin d'améliorer et d'optimiser les prises en charge ;
- b) établir des conventions entre partenaires du réseau de soins afin d'améliorer la qualité et l'économicité des prestations ;
- c) assurer la coordination lors de prises en charge partagées ;
- d) identifier les dysfonctionnements du réseau, contribuer à la recherche de solutions et les mettre en œuvre ;
- e) conduire des projets communs ;
- f) collaborer à la mise en œuvre des plans et programmes cantonaux ;
- g) collaborer de façon concertée lors de situations de crise.

Art. 13 Bonnes pratiques professionnelles

1 Dans le cadre du réseau de soins, la définition de bonnes pratiques professionnelles communes vise notamment à :

- a) partager les expériences et échanger sur les pratiques afin de les améliorer et d'adopter des référentiels communs ;
- b) garantir, quel que soit le fournisseur de prestations, une prise en charge globale et continue du bénéficiaire.
- c) garantir une prise en charge assurant les droits des bénéficiaires au respect et à la promotion de leur autonomie, en favorisant leur aptitude à maîtriser, affronter et prendre les décisions personnelles relatives à leur vie quotidienne dans le respect de leurs propres règles et préférences**

2 Chaque partenaire s'engage à respecter les bonnes pratiques établies par sa profession.

Art. 14 Formation

1 Conformément à l'article 9, lettres e et f, les membres du réseau de soins participent à la formation des professionnels du domaine ~~médico-social de la santé~~ et mettent à disposition des places de stages ou d'apprentissage.

2 Les membres du réseau de soins participent également à la formation continue, au perfectionnement et à l'évolution des métiers des professionnels de la santé.

3 Les objectifs sont : a) la participation à l'effort de formation afin de couvrir les besoins en professionnels de la santé nécessaires au réseau de soins ;

b) l'harmonisation de la formation continue.

4 Les partenaires du réseau de soins participent à l'enquête annuelle du programme de mesures pour favoriser la relève des professionnels de la santé et fournissent les informations requises.

Art. 15 Information aux bénéficiaires et à leurs proches aidants

Dans le but de garantir l'équité d'accès aux soins, les partenaires du réseau de soins :

a) fournissent une information complète sur les prestations disponibles ;

b) donnent aux bénéficiaires les moyens de faire des choix éclairés, notamment en matière de directives anticipées et de désignation du représentant thérapeutique.

Art. 16 Partage d'informations relatives à la prise en charge

Afin de favoriser la continuité de la prise en charge du bénéficiaire, le partage d'informations entre partenaires du réseau de soins est requis et comprend notamment les tâches et utilisations suivantes:

a) la mise à disposition des informations nécessaires à la continuité des prises en charge lors, notamment, d'un transfert vers une autre institution ~~de santé~~ **médico-sociale** ou de situations partagées, y compris par voie électronique, avec le consentement explicite du bénéficiaire ;

b) l'inscription des patients pris en charge, avec leur consentement explicite, au dossier électronique désigné par le département, en proposant celle-ci à tous ;

c) l'utilisation des outils communs existants validés par l'Etat ;

d) l'utilisation des outils permettant le partage d'indicateurs et de statistiques de santé publique ou **de situations du handicap** dans le réseau.

Art. 17 Communication entre partenaires du réseau de soins

Les partenaires s'informent mutuellement des nouveautés et des changements en matière de structures et de prestations.

Chapitre III Proches aidants

Art. 18 But et prestations

1 Le soutien aux proches aidants a pour but de reconnaître l'importance de leur rôle et de l'aide qu'ils procurent aux personnes de leur entourage.

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

3. Les autorités veillent à favoriser la conciliation des activités professionnelles et de proches-aidant par des campagnes d'information auprès des employeurs ?

Art. 19 Commission consultative

1 Il est institué une commission consultative pour le soutien des proches aidants actifs à domicile, **ou auprès de proches aidés partiellement institutionnalisés, représentative des acteurs associatifs concernés agissant dans le champ de compétences de la présente loi.**

2. Elle est placée sous la présidence **conjointe** de la direction générale de la santé **et de la direction générale de l'action sociale.**

3 ~~Le département~~ **Le Conseil d'Etat** fixe par voie réglementaire la composition et les tâches de cette commission ainsi que le catalogue des prestations aux proches aidants.

Titre III Maintien à domicile

Chapitre I Principes généraux

Art. 20 Fournisseurs de prestations de soins

1 Le maintien à domicile des bénéficiaires est assuré par :

- a) les médecins ;
- b) les organisations d'aide et de soins à domicile publiques ou privées ;
- c) les infirmières et les infirmiers pratiquant à titre indépendant ;
- d) les structures intermédiaires publiques ou privées ;
- e) tout professionnel de la santé au sens du règlement sur les professions de la santé, du 22 août 2006, qui intervient sur prescription médicale.

2 Les organisations d'aide et de soins à domicile et les structures intermédiaires sont des institutions de santé au sens de la loi sur la santé.

Art. 21 Limites de la prise en soins LAMal à domicile

1 Les fournisseurs de prestations peuvent mettre fin aux soins fournis à domicile au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, dans les cas suivants :

- a) éléments cliniques justifiant une telle décision, d'entente avec le prescripteur des soins, ou

- b) éléments en lien avec la préservation de la santé et de la sécurité des professionnels de la santé, ou
- c) décisions des assureurs-maladie s'agissant du remboursement à charge de l'assurance obligatoire des soins.

2 Le droit des bénéficiaires à être entendu s'impose

3. Les fournisseurs de prestations doivent veiller à assurer la continuité de la prise en charge avant la cessation effective de leurs prestations.

Art. 22 Lieux d'intervention Les prestations favorisant le maintien à domicile s'effectuent :

- a) en priorité au domicile des bénéficiaires ;
- b) dans les services de soins ambulatoires publics et privés ;
- c) dans les lieux d'accueil des organisations d'aide et de soins à domicile ou tout autre lieu approprié ;
- d) dans les structures intermédiaires.

Chapitre II Prestations

Art. 23 Organisation d'aide et de soins à domicile

1 Les organisations d'aide et de soins à domicile dispensent les prestations prescrites par un médecin et prévues à l'article 7 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, à savoir :

- a) l'évaluation, les conseils et la coordination ;
- b) les examens et les traitements ;
- c) les soins de base.

2 Elles peuvent en outre dispenser, notamment, les prestations suivantes :

- a) prestations d'ergothérapie prévues à l'article 6 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins ;
- b) conseils nutritionnels prévus à l'article 9b de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins ;
- c) conseils aux diabétiques prévus à l'article 9c de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins ;
- d) conseils en cas d'allaitement prévus à l'article 15 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins ;
- e) liaison, notamment dans le cadre des entrées, respectivement des sorties, des établissements publics médicaux ou des cliniques privées ;
- f) coordination générale avec l'ensemble des intervenants autour d'une situation ;
- g) aide, comprenant notamment la suppléance parentale, l'alimentation, la sécurité à domicile et le maintien du lien social ;
- h) aide au ménage, incluant notamment les tâches d'économie domestique, pour autant que les besoins requis aient fait l'objet d'une évaluation ;

- i) relais, notamment social, des bénéficiaires en vue de les orienter vers l'institution compétente ;
- j) mesures de soutien et d'accompagnement aux proches aidants ;
- k) urgences sociales qui permettent la prise en charge de personnes sur le plan de la santé et sur le plan social dans des situations de crise liées, entre autres, à la précarité, à l'exclusion, aux violences domestiques ou aux troubles du comportement. Elles sont fournies après la fermeture des services, la nuit, le week-end et les jours fériés ;
- l) mesures de prévention et détection des fragilités en vue d'une entrée en institution.

Art. 24 Infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant

Les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant dispensent les prestations prescrites par un médecin et prévues à l'article 7 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, à savoir :

- a) l'évaluation, les conseils et la coordination ;
- b) les examens et les traitements ;
- c) les soins de base.

Art. 25 Structures intermédiaires

1 Les structures intermédiaires, médicalisées ou non, dispensent notamment les prestations suivantes :

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

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

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

Art. 26 Etablissements médico-sociaux

1 Conformément à la loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées, du 4 décembre 2009, les établissements médico-sociaux peuvent créer des lits spécialement affectés au court séjour en unité d'accueil temporaire de répit (UATR), avec l'aval du département, pour favoriser le répit des proches aidants et dans une perspective de découverte de la vie en institution.

2 Les établissements médico-sociaux peuvent exploiter des structures intermédiaires et délivrer des prestations sociales de proximité.

Art. 27 Etablissements publics médicaux

Les établissements publics médicaux contribuent au maintien à domicile en :

- a) participant aux mesures en amont et en aval des hospitalisations afin de préparer les entrées, respectivement préparer les retours à domicile, dans les meilleures conditions possibles pour le bénéficiaire ;
- b) participant aux projets favorisant le maintien à domicile ;
- c) organisant la prise en charge des urgences gériatriques et psychiatriques.

Art. 28 Autres professionnels de la santé ou institutions de santé

1 D'autres professionnels de la santé ou institutions de santé peuvent également être amenés à prodiguer des prestations dans le cadre de leurs champs de compétences propres.

2 S'agissant des médecins en particulier, ils collaborent activement avec les organisations d'aide et de soins à domicile et les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant dans le cadre de la prise en charge des urgences domiciliaires.

Titre IV Financement

Art. 29 Sources

Les prestations du réseau de soins en vue du maintien à domicile sont financées par :

- a) les bénéficiaires ;
- b) les assureurs-maladie ;
- c) les indemnités et les aides financières ;
- d) le financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie ;
- e) les dons et les legs ;
- f) toutes autres formes de rémunération versées par les collectivités publiques.

Art. 30 Financement des prestations de soins à domicile

1 L'Etat peut accorder des indemnités ou des aides financières, au sens de la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005, aux membres du réseau de soins au sens de l'article 9 de la présente loi.

2 Un financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie peut être accordé par l'Etat aux organisations d'aide et de soins à domicile ainsi qu'aux infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant, membres du réseau de soins au sens de l'article 9 de la présente loi, aux conditions cumulatives supplémentaires suivantes :

- a) fournir, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, sur l'ensemble du territoire cantonal, des soins à domicile reconnus comme nécessaires à la couverture des besoins du canton de Genève et en assurer la continuité et le suivi ;

- b) prendre en charge, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, les besoins en soins urgents et les nouvelles demandes et en assurer la continuité ;
 - c) garantir au sein de l'organisation, respectivement par une relève entre infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant, la prise en charge et le suivi des soins infirmiers prescrits, y compris en cas d'absence planifiée ou imprévue ;
 - d) fournir les informations comptables nécessaires afin de permettre au Conseil d'Etat de fixer le coût résiduel propre à chaque organisation d'aide et de soins à domicile ; les états financiers doivent notamment être certifiés et présenter avec clarté tous les éléments de charges et de produits en lien avec la prestation financée et exclure toute charge qui ne serait pas constitutive du coût des soins, lorsqu'exigé par l'Etat, au moyen d'une comptabilité analytique d'exploitation ;
 - e) se conformer aux modalités et processus de facturation prévus par le département pour le financement résiduel du coût des soins.
- 3 La contribution de l'Etat au financement résiduel fait l'objet d'une décision du département sujette à recours auprès de la chambre administrative de la Cour de justice, la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985, étant applicable pour le surplus.

Art. 31 Financement de projets du réseau de soins

1 Conformément aux principes prévus dans la charte de collaboration, l'Etat peut financer des projets favorisant l'efficacité, la qualité du réseau de soins et la coordination des prestations, ainsi que des projets pilotes relatifs aux programmes cantonaux, notamment de prévention et de promotion de la santé.

2 Le financement s'opère conformément à la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005, subsidiairement aux autres sources de financement, telles que dons et legs.

Titre V Dispositions finales et transitoires

Art. 32 Dispositions d'application

Le Conseil d'Etat édicte les dispositions d'application de la présente loi.

Art. 33 Clause abrogatoire

La loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du 26 juin 2008, est abrogée.

Art. 34 Entrée en vigueur

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

Art. 35 Dispositions transitoires

1 Les organisations d'aide et de soins à domicile ainsi que les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant qui perçoivent, au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi, un montant au titre d'indemnité ou d'aide financière au sens de la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005, doivent se mettre en conformité avec les conditions prévues à l'article 30, alinéa 1, de la présente loi dans les 6 mois suivant son entrée en vigueur.

2 Les organisations d'aide et de soins à domicile ainsi que les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant qui perçoivent, au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi, un montant au titre du financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, doivent se mettre en conformité avec les conditions prévues à l'article 30, alinéa 2, de la présente loi dans les 6 mois suivant son entrée en vigueur.

Art. 36 Modifications à d'autres lois

1 La loi sur la répartition des tâches entre les communes et le canton (1er train), du 18 mars 2016 (A 2 05), est modifiée comme suit :

Art. 5, al. 1 (nouvelle teneur)

1 L'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) est titulaire des baux à loyer ou des droits réels ou personnels sur les locaux nécessaires à l'exercice des tâches qui lui sont attribuées.

* * *

2 La loi sur l'organisation des institutions de droit public, du 22 septembre 2017 (A 2 24), est modifiée comme suit :

Art. 3, al. 1, lettre f (nouvelle teneur)

1 La présente loi s'applique aux institutions suivantes : f) l'Institution genevoise de maintien à domicile ;

* * *

3 La loi portant règlement du Grand Conseil, du 13 septembre 1985 (B 1 01), est modifiée comme suit :

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

2 Cette commission examine les objets que le Grand Conseil décide de lui renvoyer touchant notamment la santé publique en général, y inclus : c) le maintien à domicile, au sens de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (à compléter).

* * *

4 La loi générale relative au personnel de l'administration cantonale, du pouvoir judiciaire et des établissements publics médicaux, du 4 décembre 1997 (B 5 05), est modifiée comme suit :

Art. 1, al. 1, lettre g (nouvelle teneur)

1 La présente loi s'applique : g) au personnel de l'Institution genevoise de maintien à domicile.

* * *

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

Art. 12, al. 1, phrase introductive (substitution de termes)

Les termes « de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du 26 juin 2008 » sont remplacés par « de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (à compléter) ».

Art. 12, al. 1, lettre u (nouvelle teneur)

u) au personnel de l'institution compétente chargée de l'orientation des bénéficiaires au sens de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (à compléter);

* * *

6 La loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées, du 4 décembre 2009 (J 7 20), est modifiée comme suit :

Chapitre IIIA Structures intermédiaires (nouveau)**Art. 35A Unités d'accueil temporaire de répit (UATR) (nouveau)**

1 Les établissements sont autorisés à exploiter en leurs murs des lits d'unités d'accueil temporaire de répit pour autant que le nombre de lits de long séjour ne soit pas modifié.

2 Les prestations et les critères d'admission doivent correspondre aux exigences définies par le règlement d'application de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (à compléter).

Art. 35B Immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA) (nouveau)

1 Les établissements peuvent être autorisés à exploiter des immeubles avec encadrement pour personnes âgées.

2 Le Conseil d'Etat définit par voie réglementaire les prestations, critères d'attribution de logements et autorisation d'exploiter.

Art. 35C Financement (nouveau)

1 L'établissement autorisé à exploiter des lits d'unités d'accueil temporaire de répit ou un immeuble avec encadrement pour personnes âgées peut bénéficier d'une subvention à l'exploitation régie par la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005.

2 L'article 31 de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (à compléter), est applicable pour le surplus.

3 Les états financiers doivent présenter avec clarté et distinctement tous les éléments de charges et de produits des structures financées, lorsqu'exigé par l'Etat, au moyen d'une comptabilité analytique d'exploitation.

4 La surveillance de l'exploitant est assurée par le département selon le règlement sur les institutions de santé, du 22 août 2006.

7 La loi sur la santé, du 7 avril 2006 (K 1 03), est modifiée comme suit :

Art. 13A Réseau de soins (nouveau)

Un réseau de soins est créé dont les conditions de fonctionnement sont prévues dans la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (à compléter).

* * *

8 La loi sur l'Institution de maintien, d'aide et de soins à domicile, du 18 mars 2011 (K 1 07), est modifiée comme suit :

Intitulé de la loi (nouvelle teneur)

Loi sur l'Institution genevoise de maintien à domicile

Art. 1, al. 1 et 3 (nouvelle teneur)

1 Sous la dénomination « Institution genevoise de maintien à domicile » (ci-après : l'institution), il est créé un établissement de droit public autonome, doté de la personnalité juridique et régi par les dispositions de la présente loi.

3 Elle fait partie du réseau de soins, tel qu'institué par la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (à compléter).

Art. 2 Siège (nouvelle teneur avec modification de la note)

L'institution a son siège dans le canton de Genève et est inscrite au registre du commerce du même canton.

Art. 29 (abrogé)

Art. 31 (nouvelle teneur)

La communication des données entre l'institution et les partenaires publics et/ou privés du réseau de soins est régie par la législation fédérale, la législation cantonale sur la protection des données personnelles, ainsi que par les dispositions spéciales de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (à compléter).

ANNEXE 20

Mesdames et Messieurs les députés, membres de la commission des affaires sociales,

Je me permets de profiter de l'envoi du message de Mme Piccoli pour vous adresser les propositions d'amendements que Mme de Chastonay et moi-même avons élaborés.

Constatant que le projet de LORSDOM restait peu explicite sur la fonction du travail social dans le réseau de soins, de même qu'il focalisait son contenu sur la question des soins sans mentionner la question du handicap, nous avons procédé à une relecture du texte pour y introduire ces éléments, et les acteurs y relatifs, là où il nous paraissait nécessaire qu'ils y figurent explicitement. Au cours de cette démarche, nous avons également ajouté quelques éléments dont l'absence ou le manque de précision avait été soulevé par des organismes auditionnés.

En l'absence d'un tableau synoptique qui aurait permis plus simplement l'inclusion de tous ces amendements, Mme de Chatonay et moi avons opté pour l'ajout de ces amendements dans le texte de loi afin que vous puissiez avoir une vue globale de nos propositions.

En vous souhaitant une bonne lecture de celles-ci, Nous vous adressons nos meilleures salutations.

Marjorie de Chastonay
Les Verts

Jocelyne Haller
EàG



RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE
GRAND CONSEIL

Session

DEMANDE D'AMENDEMENTS

Présentée par Bertrand Buchs

Concerne : PL 12263

TEXTE

Art. 2 Champ d'application

La présente loi s'applique aux partenaires tels que définis à l'article 8.
(le reste est supprimé).

Signature



RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE
GRAND CONSEIL

Session

DEMANDE D'AMENDEMENTS

Présentée par Bertrand Buchs

Concerne : PL 12263

TEXTE

Art. 3 Définitions

³Par HAD, 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 occasion une hospitalisation en institution, en garantissant en tout temps une prise en charge médicale spécialisée.

Puis 3 devient 4, 4 devient 5, 5 devient 6, 6 devient 7 et 7 devient 8.

Signature

ANNEXE 23

De: De Chastonay Marjorie (GC)
Envoyé: vendredi 8 mars 2019 16:11
À: COM-Santé; Piccoli Roberta (SEC-GC)
Objet: Amendements handicap

Cher Président,
Chère Commission,
Chère Madame Piccoli,

Je vous informe que je reprends les amendements proposés par INSOS au nom des Verts :

Je cite :

Art 3 : dans l'alinéa 3, il est important que les EPH soient reconnus également comme des structures intermédiaires. De plus, il est important que toutes les associations et fondations offrant des prestations de répit aux proches aidants soient reconnues comme des structures intermédiaires (pour être en cohérence avec l'art. 25 let b du présent PL) :

Proposition d'amendement : « Par structures intermédiaires, on entend notamment les foyers de jour et de jour/nuit, les unités d'accueil temporaire médicalisées (UATM) ou de répit (UATR), les immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA), les Etablissements pour Personnes handicapées (EPH) ainsi que toutes les associations ou fondations offrant des prestations de répit aux proches aidants.

• Art 8 let k et l : il nécessaire à notre sens d'inclure formellement les partenaires agissant avec des personnes en situation de handicap

Proposition d'amendement : « k) les associations au service de la personne âgée ou en situation de handicap; l) les associations représentant les aînés ou les personnes en situation de handicap ; »

Avec mes meilleures salutations,

Marjorie de Chastonay
Députée
0774153350



RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE
GRAND CONSEIL

Session

DEMANDE D'AMENDEMENTS

Présentée par Bertrand Buchs

Concerne : PL 12263

TEXTE

Art. 3 Définitions

6 Par proche aidant, on entend une personne de l'entourage **immédiat (supprimé)** d'un bénéficiaire dépendant d'assistance pour certaines activités de la vie quotidienne, qui à titre non-professionnel et informel, lui assure de façon régulière des services d'aide, de soins ou de présence, de nature et d'intensité variées destinés à compenser ses incapacités ou difficultés, ou encore à assurer sa sécurité, le maintien de son identité et de son lien social.

Signature



RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE
GRAND CONSEIL

Session

DEMANDE D'AMENDEMENTS

Présentée par Bertrand Buchs

Concerne : PL 12263

TEXTE

Art. 4 Rôle de l'Institution genevoise de maintien à domicile

Supprimé

(cet article n'est pas nécessaire dans cette loi, l'IMAD est un membre parmi d'autre du réseau de soin)

Signature

ANNEXE 26

Amendement proposé par le groupe socialiste LRSDom

Art 5

j) (nouveau) De prévoir et garantir le contrôle des prestataires privés et de s'assurer de la qualification du personnel afin d'éviter le dumping salarial.



RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE
GRAND CONSEIL

Session

DEMANDE D'AMENDEMENTS

Présentée par Bertrand Buchs

Concerne : PL 12263

TEXTE

Art. 19 Commission consultative

Supprimé

(la Commission de coordination du réseau de soins peut jouer ce rôle)


Signature

- 1 -
Tableau comparatif du projet de loi modifiant la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile (LORSDom) (K 1 04)

Projet de loi	Amendements	Amendements votés
Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève, vu la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (ci-après : la loi fédérale sur l'assurance-maladie); vu l'ordonnance fédérale sur l'assurance-maladie, du 27 juin 1995; vu l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, du 29 septembre 1995 (ci-après : l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins); vu la loi fédérale sur le dossier électronique du patient, du 19 juin 2015; vu la constitution de la République et canton de Genève, du 14 octobre 2012; vu la loi sur la santé, du 7 avril 2006 (ci-après : la loi sur la santé), décrète ce qui suit :		
Titre I Dispositions générales		
Art. 1 But ¹ La présente loi a pour but d'organiser le réseau de soins en vue de favoriser le maintien à domicile. ² Elle vise notamment à : a) mettre en place un réseau de soins qui permette de répondre de manière adéquate aux besoins de la population afin de préserver son autonomie en restant le plus longtemps possible à domicile, en évitant les hospitalisations et en retardant l'admission dans des institutions de santé; b) soutenir toute mesure utile à l'aide et aux soins à domicile et en matière de prévention de la perte d'autonomie; c) promouvoir la collaboration et la coordination au sein du réseau de soins; d) soutenir les proches aidants, en promouvant, notamment, des mesures de répit appropriées. ³ Elle règle les conditions relatives au financement public des prestataires de soins en matière de maintien à domicile.	Amendements DSES Art. 1 But Ajouter à l'article 1 alinéa 2 : e) soutenir et développer le concept d'Hospitalisation A Domicile(HAD) Amendements PDC Art. 1 But ¹ La présente loi a pour but d'organiser le réseau de soins en vue de favoriser le maintien à domicile. ² Elle vise notamment à : a) mettre en place un réseau de soins qui permette de répondre de manière adéquate aux besoins de la population afin de préserver son autonomie en restant le plus longtemps possible à domicile, en évitant les hospitalisations et en retardant l'admission dans les institutions de santé; b) soutenir toute mesure utile à l'aide et aux soins à domicile et en matière de prévention de la perte d'autonomie;	Art. 1, al. 2 lit. a et e (nouveau) a) mettre en place un réseau de soins qui permette de répondre de manière adéquate aux besoins de la population afin de préserver son autonomie en restant le plus longtemps possible à domicile, en évitant les hospitalisations et en retardant l'admission dans des institutions de santé ou les établissements pour personnes handicapées (EPIH);

	<p>c) mettre en place le concept d'Hospitalisation A Domicile (HAD);</p> <p>d) promouvoir la collaboration et la coordination au sein du réseau de soins;</p> <p>e) soutenir les proches aidants, en promouvant, notamment, des mesures de répit appropriées.</p> <p>³ Elle règle les conditions relatives au financement public des prestations de soins en matière de maintien à domicile.</p> <p>Amendements Verts et E&G</p> <p>Art. 1 But</p> <p>¹ La présente loi a pour but de préserver l'autonomie des personnes dont l'état de santé et/ou de dépendance exige de l'aide et/ou des soins ainsi que de répondre de manière coordonnée aux besoins de ces personnes dans leur trajectoire de vie. (Reprise art 1 de la LSDom)</p> <p>² La présente loi Elle a pour but d'organiser le réseau de soins en vue de favoriser le maintien à domicile.</p> <p>³ Elle vise notamment à :</p> <p>a) mettre en place un réseau de soins qui permette de répondre de manière adéquate aux besoins de la population afin de préserver son autonomie en restant le plus longtemps possible à domicile, en évitant les hospitalisations et en retardant l'admission dans des institutions de santé ou de résidence;</p> <p>b) soutenir toute mesure utile à l'aide et aux soins à domicile et en matière de prévention de la perte d'autonomie;</p> <p>c) promouvoir la collaboration et la coordination au sein du réseau de soins;</p> <p>d) soutenir les proches aidants, en promouvant, notamment, des mesures de répit appropriées.</p> <p>³ devient ⁴</p> <p>⁴ Elle règle les conditions relatives au financement public des prestataires de soins en matière de maintien à domicile.</p>	<p>e) soutenir et développer le concept d'Hospitalisation à domicile (HAD)</p>
<p>Art. 2 Champ d'application</p> <p>La présente loi s'applique aux partenaires tels que définis à l'article 8, œuvrant dans le réseau de soins en faveur du maintien à domicile, en particulier aux professionnels de la santé et aux institutions de santé au sens de la loi sur la santé qui prodiguent des soins pris en charge par la loi</p>	<p>Amendements PDC et PLR</p> <p>Art. 2 Champ d'application</p> <p>La présente loi s'applique aux partenaires tels que définis à l'article 8.</p> <p><i>(le reste est supprimé).</i></p>	<p>Art. 2 Champ d'application</p> <p>La présente loi s'applique aux partenaires tels que définis à l'article 8.</p>

fédérale sur l'assurance-maladie, à l'exception des aspects sociaux qui incombent aux communes.	<p>Amendements Verts et E&G</p> <p>Art. 2 Champ d'application</p> <p>La présente loi s'applique aux partenaires tels que définis à l'article 8, travaillant dans le réseau de soins en faveur du maintien à domicile, en particulier aux professionnels de la santé et aux institutions de santé au sens de la loi sur la santé qui produisent des soins pris en charge par la loi fédérale sur l'assurance maladie, à l'exception des aspects sociaux qui incombent aux communes.</p>	
<p>Art. 3 Définitions</p> <p>¹ Par réseau de soins, on entend un dispositif réunissant un ensemble de partenaires au sens de l'article 8 qui collaborent entre eux, poursuivent des objectifs communs et adoptent des bonnes pratiques communes en matière de prise en charge des bénéficiaires.</p> <p>² Par maintien à domicile, on entend toutes les prestations médicales ou sociales, d'aide, de soins, de soutien, d'accompagnement et de prévention en vue d'éviter ou de retarder la péjoration de l'état de santé ainsi que le recours à l'hospitalisation ou à l'entrée en institution.</p> <p>³ Par structures intermédiaires, on entend notamment les foyers de jour et de jour/nuit, les unités d'accueil temporaire médicalisées (UATM) ou de répit (UATR) et les immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA).</p> <p>⁴ Par bénéficiaire, on entend la personne physique qui est récipiendaire d'une ou de plusieurs prestations mentionnées dans la présente loi.</p> <p>⁵ Par proche aidant, on entend une personne de l'entourage immédiat d'un bénéficiaire dépendant d'assistance pour certaines activités de la vie quotidienne, qui, à titre non-professionnel et informel, lui assure de façon régulière des services d'aide, de soins ou de présence, de nature et d'intensité variées destinées à compenser ses incapacités ou difficultés, ou encore à assurer sa sécurité, le maintien de son identité et de son lien social.</p> <p>⁶ Par mesure de répit, on entend du conseil, de l'accompagnement et de la relève à domicile ou dans une structure dédiée aux proches aidants, notamment par la prise en charge provisoire de leurs proches atteints de troubles physiques, psychiques ou cognitifs, pour les actes de la vie quotidienne et les soins de base.</p> <p>⁷ Par urgence domiciliaire, on entend l'intervention par un médecin en urgence au domicile du bénéficiaire permettant</p>	<p>Amendements PDC</p> <p>Art. 3 Définitions</p> <p>³ Par HAD, 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 occasion une hospitalisation en institution, en garantissant en tout temps une prise en charge médicale spécialisée.</p> <p>Puis ³ devient ⁴, ⁴ devient ⁵, ⁵ devient ⁶, ⁶ devient ⁷ et devient ⁸.</p> <p>⁶ Par proche aidant, on entend une personne de l'entourage immédiat (supprimé) d'un bénéficiaire dépendant d'assistance pour certaines activités de la vie quotidienne, qui à titre non-professionnel et informel, lui assure de façon régulière des services d'aide, de soins ou de présence, de nature et d'intensité variées destinés à compenser ses incapacités ou difficultés, ou encore à assurer sa sécurité, le maintien de son identité et de son lien social.</p>	<p>Art. 3, al. 3 (nouveau), al. 3 à 7 devenant 4 à 8</p> <p>³ Par HAD, on entend toutes les prestations médicales de soins qui s'adressent à des personnes dont l'état de santé nécessite à des complexes évitant ou raccourcissant par la même occasion une hospitalisation en institution, tout en offrant une prise en charge médicale spécialisée.</p> <p>⁴ Par structures intermédiaires, on entend notamment les foyers de jour et de jour/nuit, les unités d'accueil temporaire médicalisées (UATM) ou de répit (UATR) et les immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA).</p> <p>⁵ Par bénéficiaire, on entend la personne physique qui est récipiendaire d'une ou de plusieurs prestations mentionnées dans la présente loi.</p> <p>⁶ Par proche aidant, on entend une personne de l'entourage immédiat d'un bénéficiaire dépendant d'assistance pour certaines activités de la vie quotidienne, qui, à titre non-professionnel et informel, lui assure de façon régulière des services d'aide, de soins ou de présence, de nature et d'intensité variées destinés à compenser ses incapacités ou difficultés, ou encore à assurer sa sécurité, le maintien de son identité et de son lien social.</p> <p>⁷ Par mesure de répit, on entend du conseil, de l'assistance, de l'accompagnement et de la relève à domicile ou dans une structure dédiée aux proches aidants, notamment par la prise en charge provisoire de leurs proches atteints de troubles</p>
	<p>Amendements Verts et E&G</p> <p>Art. 3 Définitions</p> <p>⁵ Par proche aidant, on entend une personne de l'entourage immédiat d'un bénéficiaire, quel que soit son lieu de vie, dépendant d'assistance pour certaines activités de la vie quotidienne, qui, à titre non rémunérées non-professionnel et informel, lui assure de façon régulière des services d'aide, d'accompagnement, de soins ou de présence, de nature et d'intensité variées destinés à compenser ses incapacités ou difficultés, ou encore à assurer sa sécurité, le maintien de son identité et de son lien social.</p> <p>⁶ Par mesure de répit, on entend du conseil, de</p>	

<p>de déterminer si ce dernier nécessite une hospitalisation ou une entrée en établissement.</p>	<p>l'assistance, de l'accompagnement et de la relève à domicile ou dans une structure dédiée aux proches aidants, notamment par la prise en charge provisoire de leurs proches atteints de troubles physiques, psychiques, et cognitifs, sociaux, moteurs et sensoriels, pour les actes de la vie quotidienne et les soins de base.</p> <p>Amendements INSOS</p> <p>Art. 3 Définitions</p> <p>³ Par structures intermédiaires, on entend notamment les foyers de jour et de jour/nuit, les unités d'accueil temporaire médicalisées (UATM) ou de répit (UATR), les immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA), les Etablissements pour Personnes handicapées (EPH) ainsi que toutes les associations ou fondations offrant des prestations de répit aux proches aidants.</p> <p>Amendements PLR</p> <p>Inchangé</p> <p> Par structures intermédiaires, on entend notamment les foyers de jour et de jour/nuit, les unités d'accueil temporaire médicalisées (UATM) ou de répit (UATR), les immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA), les établissements pour personnes handicapées (EPH).</p>	<p>physiques, psychiques, cognitifs, sociaux ou moteurs pour les actes de la vie quotidienne et les soins de base.</p> <p>⁸ Par urgence domiciliaire, on entend l'intervention par un médecin en urgence au domicile du bénéficiaire permettant de déterminer si ce dernier nécessite une hospitalisation ou une entrée en établissement.</p>
<p>Art. 4 Rôle de l'Institution genevoise de maintien à domicile</p> <p>¹ L'Etat s'appuie sur l'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) pour mettre en œuvre sa politique du maintien à domicile dans le canton de Genève, notamment pour les tâches qui ne sont pas effectuées par des institutions privées.</p> <p>² De par son statut d'établissement de droit public autonome et d'organisation à but non lucratif, sa mission légale et son financement de genoise de maintien à domicile (IMAD) a une obligation de prise en charge dans le domaine des soins LAMal à domicile, sur l'ensemble du territoire du canton de Genève, sous réserve des limites de la prise en soins conformément à l'article 21 de la présente loi.</p> <p>³ La loi sur l'Institution genevoise de maintien à domicile, du 18 mars 2011, s'applique pour le surplus.</p>	<p>Amendements DSES</p> <p>Art. 4 Rôle de l'Institution genevoise de maintien à domicile</p> <p>Inverser les alinéas 1 et 2 et modification de l'alinéa 1:</p> <p>¹ De par son statut d'établissement de droit public autonome et d'organisation à but non lucratif, sa mission légale et son financement par l'Etat, l'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) a une obligation de prise en charge dans le domaine des soins LAMal à domicile, sur l'ensemble du territoire du canton de Genève, sous réserve des limites de la prise en soins conformément à l'article 21 de la présente loi.</p> <p>² Au vu de l'alinéa 1, l'Etat s'appuie sur l'IMAD pour mettre en œuvre sa politique du maintien à domicile dans le canton de Genève, notamment pour les tâches qui ne sont pas effectuées par des institutions privées.</p> <p>Amendements PDC</p> <p>Art. 4 Rôle de l'Institution genevoise de maintien à</p>	<p>Art. 4 al. 1 et 2</p> <p>¹ De par son statut d'établissement de droit public autonome et d'organisation à but non lucratif, sa mission légale et son financement par l'Etat, l'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) a une obligation de prise en charge dans le domaine des soins LAMal à domicile, sur l'ensemble du territoire du canton de Genève, sous réserve des limites de la prise en soins conformément à l'article 21 de la présente loi.</p> <p>² L'Etat s'appuie sur le réseau de soins, notamment l'IMAD pour mettre en œuvre sa politique du maintien à domicile dans le canton de Genève, notamment pour les tâches qui ne sont pas effectuées par des institutions privées.</p>

<p>Art. 5 Autorité compétente</p> <p>¹ Le département chargé de la santé (ci-après : département) est l'autorité compétente pour mettre en œuvre la présente loi.</p> <p>² Il est chargé, notamment :</p> <p>a) de valider la qualité de membre du réseau de soins en fonction des conditions d'admission citées à l'article 9 de la présente loi;</p> <p>b) de décider du financement des activités liées au réseau de soins, tant au niveau des indemnités et des aides financières que du financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie;</p> <p>c) de désigner l'outil d'évaluation standardisée des besoins requis;</p> <p>d) de désigner l'outil fournissant le réseau du dossier électronique du patient;</p> <p>e) d'assurer la coordination entre les partenaires du réseau de soins, les communes et les milieux associatifs;</p>	<p>domicile</p> <p>Supprimé</p> <p><i>(cet article n'est pas nécessaire dans cette loi, l'IMAD est un membre parmi d'autre du réseau de soin)</i></p> <p>Amendements Verts et E&C</p> <p>Art. 4 Rôle de l'Institution genevoise de maintien à domicile</p> <p>¹ L'Etat s'appuie sur le réseau de soins, notamment l'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) pour mettre en œuvre sa politique du maintien à domicile dans le canton de Genève, notamment pour les tâches qui ne sont pas effectuées par des institutions privées.</p> <p>Amendements PLR</p> <p>Art. 4 Mise en œuvre (modifié)</p> <p>¹ Le département chargé de la santé (ci-après : département) est l'autorité compétente pour mettre en œuvre la présente loi.</p> <p>² Le département s'appuie sur le réseau de soins pour mettre en œuvre sa politique du maintien à domicile dans le canton de Genève.</p> <p>³ Le département veille à ce que les missions du réseau de soins soient remplies et prend toutes les mesures d'exécutions nécessaires.</p>	
<p>Art. 5 Commission de gestion et de coordination du réseau de soins (modifié)</p> <p>¹ Le réseau est dirigé par la commission de gestion et de coordination du réseau de soins (ci-après : la commission), laquelle est composée de (i) un représentant désigné par l'IMAD, (ii) un représentant désigné par les HUG, (iii) un représentant désigné par l'AMGe, (iv) un représentant désigné par l'association genevoise des médecins de famille internistes généralistes, et (v) un représentant désigné par les associations de prestataires privés d'aides et de soins à domicile.</p> <p>² La loi sur les commissions officielles, du 18 septembre 2009, est applicable pour le surplus.</p>	<p>Amendements PLR</p> <p>Art. 5 Commission de gestion et de coordination du réseau de soins (modifié)</p> <p>¹ Le réseau est dirigé par la commission de gestion et de coordination du réseau de soins (ci-après : la commission), laquelle est composée de (i) un représentant désigné par l'IMAD, (ii) un représentant désigné par les HUG, (iii) un représentant désigné par l'AMGe, (iv) un représentant désigné par l'association genevoise des médecins de famille internistes généralistes, et (v) un représentant désigné par les associations de prestataires privés d'aides et de soins à domicile.</p> <p>² La loi sur les commissions officielles, du 18 septembre 2009, est applicable pour le surplus.</p>	<p>Amendement groupe socialiste</p> <p>Art. 5</p> <p>j) (nouveau) De prévoir et garantir le contrôle des prestataires privés et de s'assurer de la qualification du</p>

<p>f) de valider les règles communes de fonctionnement des partenaires du réseau de soins;</p> <p>g) de fixer les objectifs annuels et les indicateurs de performance du réseau de soins;</p> <p>h) de négocier les contrats de prestations avec les partenaires du réseau de soins;</p> <p>i) de mettre à disposition des bénéficiaires l'information utile.</p> <p>³ Le département veille à ce que les missions du réseau de soins soient remplies et prend toutes les mesures d'exécution nécessaires.</p>	<p>personnel afin d'éviter le dumping salarial.</p> <p>Amendements PLR2 – M. Nicollier</p> <p>Art. 5 Commission de gestion et de coordination du réseau de soins (modifié)</p> <p>1 Le volet opérationnel du réseau est supervisé par la commission de gestion et de coordination du réseau de soins (ci-après : la commission), laquelle est composée de (i) un représentant désigné par l'IMAD, (ii) un représentant désigné par les HUG, (iii) un représentant désigné par l'AMGre, (iv) un représentant désigné par Pharmagève, et (v) un représentant désigné par associations de prestataires privés d'aides et de soins à domicile et (vi) un représentant du Département de la Cohésion Sociale.</p> <p>² La loi sur les commissions officielles, du 18 septembre 2009, est applicable pour le surplus.</p>	<p>Art 6 al.2 lettre d et al.3</p> <p>d) de la mise en œuvre coordonnée des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies et des accidents.</p> <p>³ Les membres de la commission s'engagent, en outre, à promouvoir auprès des acteurs du réseau de soins la charte de collaboration mentionnée à l'article 11 de la présente loi.</p>
<p>Art. 6 Commission de coordination du réseau de soins</p> <p>¹ Le département est assisté par la commission de coordination du réseau de soins (ci-après : la commission), laquelle est composée de partenaires du réseau de soins et de l'Association des communes genevoises.</p> <p>² La commission a notamment pour mission de conseiller le département dans le cadre :</p> <p>a) de l'établissement de règles de comportement communes aux partenaires;</p> <p>b) du développement de projets communs visant à améliorer le fonctionnement du réseau de soins;</p> <p>c) de l'information de la population sur les prestations du réseau de soins.</p> <p>³ Les membres de la commission s'engagent, en outre, à promouvoir auprès des partenaires du réseau de soins la charte de collaboration mentionnée à l'article 11 de la présente loi.</p> <p>⁴ La composition et les tâches de la commission sont fixées par règlement du Conseil d'Etat.</p> <p>⁵ La loi sur les commissions officielles, du 18 septembre 2009, est applicable pour le surplus.</p>	<p>Amendements Verts et EAG</p> <p>Art. 6 Commission de coordination du réseau de soins</p> <p>² La commission a notamment pour mission : de conseiller le département dans le cadre :</p> <p>a) La mobilisation des potentialités et les compétences des partenaires dans le but d'adapter l'offre aux besoins des bénéficiaires et aux évolutions des connaissances et pratiques de soins; (Reprise de l'a 2 de l'art 10 de la LSDom)</p> <p>b) de l'établissement de règles de comportement communes aux partenaires;</p> <p>c) du développement de projets communs visant à améliorer le fonctionnement du réseau de soins;</p> <p>d) de l'information de la population sur les prestations du réseau de soins.</p> <p>e) la participation de la mise en œuvre coordonnée des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies et des accidents; (Reprise art 10 al 2 lettre e LSDom)</p> <p>³ Les membres de la commission s'engagent, en outre, à promouvoir auprès des acteurs partenaires du réseau de soins la charte de collaboration mentionnée à l'article 11 de la présente loi. <i>(L'usage ici du terme « partenaire » n est pas clair; car selon la définition de l'art 8 LORSDom, pour être reconnu comme partenaire, il faut</i></p>	<p>Art 6 al.2 lettre d et al.3</p> <p>d) de la mise en œuvre coordonnée des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies et des accidents.</p> <p>³ Les membres de la commission s'engagent, en outre, à promouvoir auprès des acteurs du réseau de soins la charte de collaboration mentionnée à l'article 11 de la présente loi.</p>

avoir préalablement signé cette charte.)

Amendements PLR

Art. 6 Autorités compétentes

¹ Le département est chargé :

- a) de valider la qualité de membre du réseau de soins en fonction des conditions d'admission citées à l'article 9 de la présente loi;
- b) de décider du financement des activités liées au réseau de soins, tant au niveau des indemnités et des aides financières que du financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie;
- c) de valider les règles communes de fonctionnement des partenaires du réseau de soins sur propositions de la commission de gestion et de coordination du réseau de soins;
- d) de fixer les objectifs annuels et les indicateurs de performance du réseau;
- e) de négocier les contrats de prestations avec les membres du réseau de soins.

² La commission est chargée :

- a) de garantir la continuité de la prise en charge des bénéficiaires et assurer une réponse appropriée aux situations d'urgence;
- b) d'établir les règles de comportement communes aux partenaires;
- c) d'assurer la coordination entre les partenaires du réseau de soins, les communes et les milieux associatifs;
- d) de désigner les outils d'évaluation standardisée des besoins requis;
- e) de désigner l'outil du dossier électronique du patient;
- f) de mettre à disposition des bénéficiaires l'information utile.
- g) de développer des projets communs visant à améliorer le fonctionnement du réseau de soins;
- h) de fixer les modalités de participation à l'effort de formation des professionnels de la santé;
- i) d'informer la population sur les prestations du réseau de soins.

	<p>Amendements PLR2 – M. Nicollier</p> <p>La commission est chargée :</p> <ul style="list-style-type: none">a) de garantir la continuité de la prise en charge des bénéficiaires et assurer une réponse appropriée aux situations d'urgence ;b) d'établir les règles de comportement communes aux partenaires ;c) d'assurer la coordination entre les partenaires du réseau de soins, les communes et les milieux associatifs ;d) de désigner les outils d'évaluation standardisée des besoins requis ;e) de désigner l'outil du dossier électronique du patient ;f) de mettre à disposition des bénéficiaires l'information utile ;g) de développer des projets communs visant à améliorer le fonctionnement du réseau de soins ;h) de fixer les modalités de participation à l'effort de formation des professionnels de la santé ;i) d'informer la population sur les prestations du réseau de soins ; <p>Pour ce faire, elle s'appuie sur la direction du réseau dont elle porte la responsabilité de nomination et de révocation.</p>	
Titre II	Réseau de soins	
Chapitre I	Partenaires et membres	
Art. 7 Organisation Le Conseil d'Etat fixe par règlement les modalités d'organisation du réseau de soins.		
Art. 8 Partenaires Pour autant qu'ils aient signé la charte de collaboration des partenaires du réseau de soins (ci-après : la charte de collaboration) validée par le département, les partenaires sont notamment les suivants : <ul style="list-style-type: none">a) les médecins traitants ;b) l'Institution genevoise de maintien à domicile ;c) les organisations privées d'aide et de soins à domicile ;d) les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant ;e) les établissements publics médicaux ;f) les cliniques privées ;	<p>Amendements DSES</p> <p>Art. 8 Partenaires</p> <p>Ajouter :</p> <ul style="list-style-type: none">o) les structures et organisations représentant le monde du handicap <p>Amendements INSOs</p> <p>Art. 8, let. k et l Partenaires</p> <ul style="list-style-type: none">k) les associations au service de la personne âgée ou en situation de handicap ;l) les associations représentant les aînés ou les personnes en situation de handicap	<p>Art 8</p> <ul style="list-style-type: none">a) les médecins traitants, les réseaux et organisations de médecins traitants ;l) les structures et organisations représentant le monde du handicap ;p) les associations représentant les personnes atteintes dans leur santé ;q) les services sociaux publics ou privés intervenant auprès des catégories de personnes précitées ;

<p>g) les établissements médico-sociaux; h) les structures intermédiaires; i) les pharmacies; j) les physiothérapeutes; k) les associations au service de la personne âgée; l) les associations représentant les aînés; m) les associations représentant les proches aidants; n) tout autre professionnel de santé ou institution de santé au sens de la loi sur la santé.</p> <p>² L'Etat peut octroyer un financement aux partenaires qui satisfont aux conditions des articles 9 ou 30 de la présente loi. Les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-maladie sont réservées.</p>	<p>Amendements Verts et EAG Art. 8, let. o à s. Partenaires o) Les Etablissements publics pour les personnes en situation de handicap p) les associations représentant les personnes en situations de handicap q) les associations représentant les personnes atteintes dans leur santé r) les services sociaux publics et privés intervenant auprès des catégories de personnes précitées s) les communes</p> <p>Amendements PLR Art. 8 Partenaires ! Pour autant qu'ils aient signé la charte de collaboration des partenaires du réseau de soins (ci-après : la charte de collaboration) validée par la commission, les partenaires sont notamment les suivants : a) les médecins traitants, les réseaux et organisations de médecins traitants; b) l'Institution genevoise de maintien à domicile; c) les organisations privées d'aide et de soins à domicile; d) les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant; e) les établissements publics médicaux; f) les cliniques privées; g) les établissements médico-sociaux; h) les structures intermédiaires; i) les pharmacies; j) les physiothérapeutes; k) les associations au service de la personne âgée, ?) les associations au service de la personne en situation de handicap; l) les associations représentant les aînés; ?) les associations représentant les personnes en situation de handicap m) les associations représentant les proches aidants; n) tout autre professionnel de santé ou institution de santé au sens de la loi sur la santé.</p> <p>² La commission peut octroyer un financement aux</p>	<p>r) les communes.</p>
--	---	-------------------------

<p>Art. 9 Membres Les partenaires qui satisfont aux conditions suivantes peuvent devenir membres du réseau de soins :</p> <p>a) correspondre aux besoins de la planification sanitaire cantonale;</p> <p>b) être autorisé en qualité de professionnel de la santé ou d'institution de santé au sens de la loi sur la santé;</p> <p>c) appliquer les tarifs des prestations en vigueur au niveau fédéral, conventionnés avec les assureurs-maladie ou fixés ou approuvés par le Conseil d'Etat;</p> <p>d) poursuivre une politique salariale conforme aux conventions collectives ou aux normes cantonales appliquées aux professionnels concernés, respectivement être affilié à une caisse de compensation, au sens de l'article 64 de la loi fédérale sur l'assurance-veillesse et survivants, du 20 décembre 1946, lorsque cela s'applique;</p> <p>e) disposer d'un plan de formation continue du personnel;</p> <p>f) participer à l'effort de relève en professionnels de la santé, selon les objectifs fixés par le département, conformément à l'article 14 de la présente loi;</p> <p>g) être signataire de la charte de collaboration;</p> <p>h) utiliser le dossier électronique du patient selon l'outil choisi par l'Etat;</p> <p>i) fournir au département les informations statistiques requises et nécessaires à la définition de la politique sanitaire du canton;</p> <p>j) s'engager à mettre en place une démarche qualité reconnue par le département;</p> <p>k) effectuer l'évaluation standardisée des besoins requis selon l'outil validé par le département.</p>	<p>partenaires qui satisfont aux conditions des articles 9 ou 30 de la présente loi. Les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-maladie sont réservées.</p>	<p>Art. 9 (al. 1 nouveau, lit b et c amendées et al. 2 nouveau) Les partenaires qui satisfont aux conditions suivantes peuvent devenir membres du réseau de soins :</p> <p>a) correspondre aux besoins de la planification sanitaire cantonale;</p> <p>b) être autorisé en qualité de professionnel de la santé ou d'institution de santé au sens de la loi sur la santé ou d'établissement au sens de la loi sur l'intégration des personnes handicapées, du 16 mai 2003;</p> <p>c) disposer d'un plan de formation continue du personnel et garantir l'engagement de personnel formé aux tâches spécifiques requises;</p>	<p>Art. 9 (al. 1 nouveau, lit b et c amendées et al. 2 nouveau) Les partenaires qui satisfont aux conditions suivantes peuvent devenir membres du réseau de soins :</p> <p>a) correspondre aux besoins de la planification sanitaire cantonale;</p> <p>b) être autorisé en qualité de professionnel de la santé ou d'institution de santé au sens de la loi sur la santé ou d'établissement au sens de la loi sur l'intégration des personnes handicapées, du 16 mai 2003;</p> <p>c) s'assurer du suivi par leur personnel d'une formation continue, afin de disposer d'un personnel formé aux tâches spécifiques requises;</p>
<p>Amendement DSES b) être autorisé en qualité de professionnel de la santé ou d'institution de santé au sens de la loi sur la santé ou d'établissement au sens de la loi sur l'intégration des personnes handicapées, du 16 mai 2003;</p> <p>Amendements Verts et EAG Art. 9 Membres c) être autorisé en qualité de professionnel du domaine médico-social de la santé ou d'institution de santé au sens de la loi sur la santé: d'établissements pour personnes en situation de handicap (vérifier si le vocable. « Institutions de santé » ne couvrent pas tout le champ, auquel cas nos amendements seraient superflus)</p> <p>e) disposer d'un plan de formation continue du personnel et garantir l'engagement de personnel formé aux tâches spécifiques requises;</p> <p>Amendements PLR Art. 9 Membres Les partenaires qui satisfont aux conditions suivantes peuvent devenir membres du réseau de soins : (inchangé)</p> <p>a) correspondre aux besoins de la planification sanitaire cantonale; (inchangé)</p> <p>b) être autorisé en qualité de professionnel de la santé ou d'institution de santé au sens de la loi sur la santé;</p> <p>c) appliquer les tarifs des prestations en vigueur au niveau fédéral, conventionnés avec les assureurs-maladie ou fixés ou approuvés par le Conseil d'Etat; (inchangé)</p> <p>d) poursuivre une politique salariale conforme aux conventions collectives de la branche concernée; (modifié)</p> <p>e) supprimé;</p> <p>f) participer à l'effort de relève en professionnels de la santé, selon les objectifs fixés par le département, conformément à l'article 14 de la présente loi;</p>	<p>Amendement DSES b) être autorisé en qualité de professionnel de la santé ou d'institution de santé au sens de la loi sur la santé ou d'établissement au sens de la loi sur l'intégration des personnes handicapées, du 16 mai 2003;</p> <p>Amendements Verts et EAG Art. 9 Membres c) être autorisé en qualité de professionnel du domaine médico-social de la santé ou d'institution de santé au sens de la loi sur la santé: d'établissements pour personnes en situation de handicap (vérifier si le vocable. « Institutions de santé » ne couvrent pas tout le champ, auquel cas nos amendements seraient superflus)</p> <p>e) disposer d'un plan de formation continue du personnel et garantir l'engagement de personnel formé aux tâches spécifiques requises;</p> <p>Amendements PLR Art. 9 Membres Les partenaires qui satisfont aux conditions suivantes peuvent devenir membres du réseau de soins : (inchangé)</p> <p>a) correspondre aux besoins de la planification sanitaire cantonale; (inchangé)</p> <p>b) être autorisé en qualité de professionnel de la santé ou d'institution de santé au sens de la loi sur la santé;</p> <p>c) appliquer les tarifs des prestations en vigueur au niveau fédéral, conventionnés avec les assureurs-maladie ou fixés ou approuvés par le Conseil d'Etat; (inchangé)</p> <p>d) poursuivre une politique salariale conforme aux conventions collectives de la branche concernée; (modifié)</p> <p>e) supprimé;</p> <p>f) participer à l'effort de relève en professionnels de la santé, selon les objectifs fixés par le département, conformément à l'article 14 de la présente loi;</p>	<p>Art. 9 (al. 1 nouveau, lit b et c amendées et al. 2 nouveau) Les partenaires qui satisfont aux conditions suivantes peuvent devenir membres du réseau de soins :</p> <p>a) correspondre aux besoins de la planification sanitaire cantonale;</p> <p>b) être autorisé en qualité de professionnel de la santé ou d'institution de santé au sens de la loi sur la santé ou d'établissement au sens de la loi sur l'intégration des personnes handicapées, du 16 mai 2003;</p> <p>c) disposer d'un plan de formation continue du personnel et garantir l'engagement de personnel formé aux tâches spécifiques requises;</p>	<p>Art. 9 (al. 1 nouveau, lit b et c amendées et al. 2 nouveau) Les partenaires qui satisfont aux conditions suivantes peuvent devenir membres du réseau de soins :</p> <p>a) correspondre aux besoins de la planification sanitaire cantonale;</p> <p>b) être autorisé en qualité de professionnel de la santé ou d'institution de santé au sens de la loi sur la santé ou d'établissement au sens de la loi sur l'intégration des personnes handicapées, du 16 mai 2003;</p> <p>c) s'assurer du suivi par leur personnel d'une formation continue, afin de disposer d'un personnel formé aux tâches spécifiques requises;</p>

² Les regroupements ou organisations de professionnels peuvent devenir membre lorsqu'ils regroupent des professionnels répondant tous individuellement aux critères de l'article 9, alinéa 1.

	<p>(inchangé) g) être signataire de la charte de collaboration; (inchangé) h) utiliser le dossier électronique du patient selon l'outil choisi par l'État; (inchangé) i) utiliser un système de courrier électronique individuel sécurisé permettant l'échange de données médicales; (nouveau) j) fournir au département les informations statistiques requises et nécessaires à la définition de la politique sanitaire du canton; (inchangé) k) s'engager à mettre en place une démarche qualité reconnue par le département; (inchangé) l) effectuer l'évaluation standardisée des besoins requis selon l'outil validé par le département. (inchangé) ²Les regroupements ou organisations de professionnels peuvent devenir membre lorsqu'ils regroupent des professionnels répondant tous individuellement aux critères de l'article 9, alinéa 1. (nouveau)</p>	
<p>Chapitre II Collaboration</p>		
<p>Art. 10 Missions ¹ Le réseau de soins a pour missions :</p> <p>a) de collaborer au sens des articles 11 et suivants, afin de permettre aux bénéficiaires de rester le plus longtemps à domicile, sous réserve de l'alinéa 2 du présent article;</p> <p>b) de garantir l'équité d'accès aux soins;</p> <p>c) de favoriser l'aide aux proches aidants;</p> <p>d) de promouvoir l'information aux bénéficiaires et à leurs proches aidants;</p> <p>e) d'assurer le développement des compétences des professionnels du réseau de soins.</p> <p>²Le réseau de soins vise à garantir la qualité et l'efficacité des prestations en veillant à la maîtrise de leurs coûts, quel que soit le lieu d'intervention et sous réserve des limites du maintien à domicile, notamment la limite de la prise en soins, en vertu de l'article 21.</p>		
<p>Art. 11 Charte de collaboration ¹La charte de collaboration définit les engagements des partenaires du réseau de soins en matière de collaboration.</p>		

<p>² En mettant au centre de leurs préoccupations le bénéficiaire et ses proches aidants, les partenaires du réseau de soins s'engagent notamment dans les domaines suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) la collaboration; b) la définition et le respect des pratiques professionnelles; c) la formation; d) la diffusion des informations aux bénéficiaires et à leurs proches aidants; e) le partage d'informations relatives à la prise en charge; f) la communication entre partenaires du réseau de soins. 		
<p>Art. 12 Buts de la collaboration</p> <p>La collaboration vise notamment à :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) promouvoir les interactions au sein du réseau de soins afin d'améliorer et d'optimiser les prises en charge; b) établir des conventions entre partenaires du réseau de soins afin d'améliorer la qualité et l'économie des prestations; c) assurer la coordination lors de prises en charge partagées; d) identifier les dysfonctionnements du réseau, contribuer à la recherche de solutions et les mettre en œuvre; e) conduire des projets communs; f) collaborer à la mise en œuvre des plans et programmes cantonaux; g) collaborer de façon concertée lors de situations de crise. 		<p>Art. 13, al. 1 lit c</p>
<p>Art. 13 Bonnes pratiques professionnelles</p> <p>¹ Dans le cadre du réseau de soins, la définition de bonnes pratiques professionnelles communes vise notamment à :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) partager les expériences et échanger sur les pratiques afin de les améliorer et d'adopter des référentiels communs; b) garantir, quel que soit le fournisseur de prestations, une prise en charge globale et continue du bénéficiaire. <p>² Chaque partenaire s'engage à respecter les bonnes pratiques établies par sa profession.</p>	<p>Amendements Verts et EoG</p> <p>Art. 13 Bonnes pratiques professionnelles</p> <p>c) garantir une prise en charge assurant les droits des bénéficiaires au respect et à la promotion de leur autonomie, en favorisant leur aptitude à maîtriser, affronter et prendre les décisions personnelles relatives à leur vie quotidienne dans le respect de leurs propres règles et préférences</p>	<p>Art. 13, al. 1 lit c</p> <p>c) respecter le bénéficiaire et promouvoir son autonomie.</p>
<p>Art. 14 Formation</p> <p>¹ Conformément à l'article 9, lettres e et f, les membres du réseau de soins participent à la formation des professionnels</p>	<p>Amendements Verts et EoG</p> <p>Art. 14 Formation</p> <p>¹ Conformément à l'article 9, lettres e et f, les membres du</p>	<p>Art. 14, al. 1</p> <p>¹ Conformément à l'article 9, lettres e et f, les membres du réseau de soins participent à la</p>

<p>de la santé et mettent à disposition des places de stages ou d'apprentissage.</p> <p>² Les membres du réseau de soins participent également à la formation continue, au perfectionnement et à l'évolution des métiers des professionnels de la santé.</p> <p>³ Les objectifs sont :</p> <p>a) la participation à l'effort de formation afin de couvrir les besoins en professionnels de la santé nécessaires au réseau de soins;</p> <p>b) l'harmonisation de la formation continue.</p> <p>⁴ Les partenaires du réseau de soins participent à l'enquête annuelle du programme de mesures pour favoriser la relève des professionnels de la santé et fournissent les informations requises.</p>	<p>réseau de soins participent à la formation des professionnels du domaine médico-social de la santé et mettent à disposition des places de stages ou d'apprentissage.</p> <p>Amendements PLR</p> <p>Art. 14 Formation</p> <p>¹ Conformément à l'article 9, lettre f, les membres du réseau de soins participent à la formation des professionnels de la santé selon les règles fixées par la commission.</p> <p>² Les membres du réseau de soins participent également à la formation continue, au perfectionnement et à l'évolution des métiers des professionnels de la santé.</p> <p>³ Les objectifs sont :</p> <p>a) la participation à l'effort de formation afin de couvrir les besoins en professionnels de la santé nécessaires au réseau de soins;</p> <p>b) l'harmonisation de la formation continue.</p> <p>⁴ Les partenaires du réseau de soins participent à l'enquête annuelle du programme de mesures pour favoriser la relève des professionnels de la santé et fournissent les informations requises.</p>	<p>formation des professionnels du domaine social et sanitaire et mettent à disposition des places de stages ou d'apprentissage.</p>
<p>Art. 15 Information aux bénéficiaires et à leurs proches aidants</p> <p>Dans le but de garantir l'équité d'accès aux soins, les partenaires du réseau de soins :</p> <p>a) fournissent une information complète sur les prestations disponibles;</p> <p>b) donnent aux bénéficiaires les moyens de faire des choix éclairés, notamment en matière de directives anticipées et de désignation du représentant thérapeutique.</p>		
<p>Art. 16 Partage d'informations relatives à la prise en charge</p> <p>Afin de favoriser la continuité de la prise en charge du bénéficiaire, le partage d'informations entre partenaires du réseau de soins est requis et comprend notamment les tâches et utilisations suivantes :</p> <p>a) la mise à disposition des informations nécessaires à la</p>	<p>Amendements Verts et EaG</p> <p>Art. 16 Partage d'informations relatives à la prise en charge</p> <p>a) la mise à disposition des informations nécessaires à la continuité des prises en charge lors, notamment, d'un transfert vers une autre institution de santé médico-sociale ou de situations partagées, y compris par voie</p>	<p>Art 16, lit a et d</p> <p>a) La mise à disposition des informations nécessaires à la continuité des prises en charge lors, notamment, d'un transfert vers une autre institution sociale et sanitaire ou de situations partagées, y compris par voie électronique,</p>

<p>continuité des prises en charge lors, notamment, d'un transfert vers une autre institution de santé ou de situations partagées, y compris par voie électronique, avec le consentement explicite du bénéficiaire;</p> <p>b) l'inscription des patients pris en charge, avec leur consentement explicite, au dossier électronique désigné par le département, en proposant celle-ci à tous;</p> <p>c) l'utilisation des outils communs existants validés par l'Etat;</p> <p>d) l'utilisation des outils permettant le partage d'indicateurs et de statistiques de santé publique dans le réseau.</p>	<p>électronique, avec le consentement explicite du bénéficiaire;</p> <p>d) l'utilisation des outils permettant le partage d'indicateurs et de statistiques de santé publique ou de situations du handicap dans le réseau.</p>	<p>avec le consentement explicite du bénéficiaire;</p> <p>d) l'utilisation des outils permettant le partage, au sein du réseau, d'indicateurs et de statistiques de santé publique ou d'incapacité.</p>
<p>Art. 17 Communication entre partenaires du réseau de soins</p> <p>Les partenaires s'informent mutuellement des nouveautés et des changements en matière de structures et de prestations.</p>		
<p>Chapitre III Proches aidants</p>		
<p>Art. 18 But et prestations</p> <p>¹ Le soutien aux proches aidants a pour but de reconnaître l'importance de leur rôle et de l'aide qu'ils procurent aux personnes de leur entourage.</p> <p>² Le réseau de soins garantit des mesures de répit, d'accompagnement, de conseil et d'information aux proches aidants dans le but de favoriser le maintien à domicile.</p>	<p>Amendements Verts et E&G</p> <p>Art. 18 But et prestations</p> <p>³ Les autorités veillent à favoriser la conciliation des activités professionnelles et de proches-aidant par des campagnes d'information auprès des employeurs ?</p>	
<p>Art. 19 Commission consultative</p> <p>¹ Il est institué une commission consultative pour le soutien des proches aidants actifs à domicile, sous la présidence de la direction générale de la santé.</p> <p>² Le département fixe par voie réglementaire la composition et les tâches de cette commission ainsi que le catalogue des prestations aux proches aidants.</p>	<p>Amendement DSES</p> <p>² Le Conseil d'Etat fixe par voie réglementaire la composition et les tâches de cette commission ainsi que le catalogue des prestations aux proches aidants.</p> <p>Amendements PDC</p> <p>Art. 19 Commission consultative</p> <p>Supprimé (la Commission de coordination du réseau de soins peut jouer ce rôle)</p> <p>Amendements Verts et E&G</p> <p>Art. 19 Commission consultative</p> <p>¹ Il est institué une commission consultative pour le soutien des proches aidants actifs à domicile, ou auprès de proches aidés partiellement institutionnalisés,</p>	<p>Art 19, al 2</p> <p>² Le Conseil d'Etat fixe par voie réglementaire la composition et les tâches de cette commission ainsi que le catalogue des prestations aux proches aidants.</p>

	<p>représentative des acteurs associatifs concernés agissant dans le champ de compétences de la présente loi.</p> <p>² Elle est placée sous la présidence conjointe de la direction générale de la santé et de la direction générale de l'action sociale.</p> <p>³ Le département Le Conseil d'Etat fixe par voie réglementaire la composition et les tâches de cette commission ainsi que le catalogue des prestations aux proches aidants.</p> <p>Amendements PLR</p> <p>Art. 19 Commission consultative Abrogé (proposition Buchs, la Commission peut s'en occuper)</p>	<p>Art. 20. a1 l1 lit a</p> <p>a) les médecins, les réseaux et les organisations de médecins;</p>
Titre III	Maintien à domicile	
Chapitre I	Principes généraux	
<p>Art. 20 Fournisseurs de prestations de soins</p> <p>¹ Le maintien à domicile des bénéficiaires est assuré par :</p> <p>a) les médecins;</p> <p>b) Les organisations d'aide et de soins à domicile publiques ou privées;</p> <p>c) les infirmières et les infirmiers pratiquant à titre indépendant;</p> <p>d) les structures intermédiaires publiques ou privées;</p> <p>e) tout professionnel de la santé au sens du règlement sur les professions de la santé, du 22 août 2006, qui intervient sur prescription médicale.</p> <p>² Les organisations d'aide et de soins à domicile et les structures intermédiaires sont des institutions de santé au sens de la loi sur la santé.</p>		
<p>Art. 21 Limites de la prise en soins LAMal à domicile</p> <p>¹ Les fournisseurs de prestations peuvent mettre fin aux soins fournis à domicile au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, dans les cas suivants :</p> <p>a) éléments cliniques justifiant une telle décision, d'entente avec le prescripteur des soins, ou</p>		
<p>Amendements Verts et EaG</p> <p>Art. 21 Limites de la prise en soins LAMal à domicile ¹ Le droit des bénéficiaires à être entendus s'impose. ² devient ³</p>		

<p>b) éléments en lien avec la préservation de la santé et de la sécurité des professionnels de la santé, ou</p> <p>c) décisions des assureurs-maladie s'agissant du remboursement à charge de l'assurance obligatoire des soins.</p> <p>² Les fournisseurs de prestations doivent veiller à assurer la continuité de la prise en charge avant la cessation effective de leurs prestations.</p>		
<p>Art. 22 Lieux d'intervention</p> <p>Les prestations favorisant le maintien à domicile s'effectuent :</p> <p>a) en priorité au domicile des bénéficiaires;</p> <p>b) dans les services de soins ambulatoires publics et privés;</p> <p>c) dans les lieux d'accueil des organisations d'aide et de soins à domicile ou tout autre lieu approprié;</p> <p>d) dans les structures intermédiaires.</p>		
<p>Chapitre II Prestations</p>		
	<p>Amendements PLR</p> <p>Art. X (nouveau)</p> <p>Médecins, réseaux et regroupements de médecins traitants</p> <p>Les médecins, réseaux et organisations de médecins dispensent les prestations médicales prévues par la LAMal. Ils supervisent la prise en charge médicale prescrite et portent la responsabilité des plans de soins partagés. Ils collaborent activement avec les autres partenaires et membres.</p>	
<p>Art. 23 Organisation d'aide et de soins à domicile</p> <p>¹ Les organisations d'aide et de soins à domicile dispensent les prestations prescrites par un médecin et prévues à l'article 7 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, à savoir :</p> <p>a) l'évaluation, les conseils et la coordination;</p> <p>b) les examens et les traitements;</p> <p>c) les soins de base.</p> <p>² Elles peuvent en outre dispenser, notamment, les prestations suivantes :</p> <p>a) prestations d'ergothérapie prévues à l'article 6 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins;</p>	<p>Amendements PLR</p> <p>Art. 23 Organisation d'aide et de soins à domicile et infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant</p> <p>¹ Les organisations d'aide et de soins à domicile et les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant dispensent les prestations prescrites par un médecin et prévues à l'article 7 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins.</p>	

<p>b) conseils nutritionnels prévus à l'article 9b de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins;</p> <p>c) conseils aux diabétiques prévus à l'article 9c de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins;</p> <p>d) conseils en cas d'allaitement prévus à l'article 15 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins;</p> <p>e) liaison, notamment dans le cadre des entrées, respectivement des sorties, des établissements publics médicaux ou des cliniques privées;</p> <p>f) coordination générale avec l'ensemble des intervenants autour d'une situation;</p> <p>g) aide, comprenant notamment la suppléance parentale, l'alimentation, la sécurité à domicile et le lien social;</p> <p>h) aide au ménage, incluant notamment les tâches d'économie domestique, pour autant que les besoins requis aient fait l'objet d'une évaluation;</p> <p>i) relais, notamment social, des bénéficiaires en vue de les orienter vers l'institution compétente;</p> <p>j) mesures de soutien et d'accompagnement aux proches aidants;</p> <p>k) urgences sociales qui permettent la prise en charge de personnes sur le plan de la santé et sur le plan social dans des situations de crise liées, entre autres, à la précarité, à l'exclusion, aux violences domestiques ou aux troubles du comportement. Elles sont fournies après la fermeture des services, la nuit, le week-end et les jours fériés;</p> <p>l) mesures de prévention et détection des fragilités en vue d'une entrée en institution.</p>	<p>Amendement en Commission des Verts</p> <p>Art 23 alinéa 2 lettre g</p> <p>g) aide et accompagnement, comprenant la suppléance parentale, l'alimentation, la sécurité à domicile et le maintien du lien social;</p>
<p>Art. 24 Infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant</p> <p>Les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant dispensent les prestations prescrites par un médecin et</p>	<p>Amendements PLR</p> <p>Effacés</p> <p>Amendement en commission DSES</p>

<p>prévues à l'article 7 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) l'évaluation, les conseils et la coordination; b) les examens et les traitements; c) les soins de base. 	<p>Art 24 alinéa 2</p> <p>² Les infirmières et infirmiers peuvent en outre selon leurs compétences, dispenser les prestations indiquées à l'article 23 alinéa 2 et prévues par l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins.</p>	<p>Art 24, al. 2</p> <p>² Les infirmières et infirmiers peuvent en outre, selon leurs compétences, dispenser les prestations indiquées à l'article 23, alinéa 2 et prévues par l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins.</p>
<p>Art. 25 Structures intermédiaires</p> <p>¹ Les structures intermédiaires, médicalisées ou non, dispensent notamment les prestations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) un accueil de jour/de nuit ou un séjour de courte durée pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou provisoire; b) des mesures de répit qui permettent le maintien à domicile du bénéficiaire pour soulager momentanément les proches aidants; c) un lieu de vie pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou durable. <p>² Ces prestations peuvent être de nature socio-hôtelière, médico-sociale ou consister en animation, transport ou accompagnement.</p> <p>³ Le Conseil d'Etat fixe par règlement le catalogue des structures intermédiaires et leurs prestations.</p>	<p>Amendements Verts et EaG</p> <p>Art. 25 Structures intermédiaires</p> <ul style="list-style-type: none"> a) un accueil de jour/de nuit ou un séjour de courte durée pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou provisoire, ou en situation de décompensation physique ou psychique; c) un lieu de vie pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou durable ou en situation de décompensation physique ou psychique. <p>Amendements en commission Verts et EaG</p> <p>Art. 25 Structures intermédiaires</p> <ul style="list-style-type: none"> a) un accueil de jour/de nuit ou un séjour de courte durée pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou provisoire, sur le plan physique ou psychique; c) un lieu de vie pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou durable sur le plan physique ou psychique. 	<p>Art. 25 Structures intermédiaires</p> <ul style="list-style-type: none"> a) un accueil de jour/de nuit ou un séjour de courte durée pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou provisoire, sur le plan physique et/ou psychique; c) un lieu de vie pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou durable sur le plan physique ou psychique.
<p>Art. 25 Structures intermédiaires</p> <p>¹ Les structures intermédiaires, médicalisées ou non, dispensent notamment les prestations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) un accueil de jour/de nuit ou un séjour de courte durée pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou provisoire; b) des mesures de répit qui permettent le maintien à domicile du bénéficiaire pour soulager momentanément les proches aidants; c) un lieu de vie pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou durable. <p>² Ces prestations peuvent être de nature socio-hôtelière, médico-sociale ou consister en animation, transport ou accompagnement.</p> <p>³ Le Conseil d'Etat fixe par règlement le catalogue des structures intermédiaires et leurs prestations.</p>	<p>Amendements PLR</p> <p>Art. 25 Structures intermédiaires</p> <p>¹ Les structures intermédiaires, médicalisées ou non, dispensent notamment les prestations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) un accueil de jour/de nuit ou un séjour de courte durée pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou provisoire; b) des mesures de répit qui permettent le maintien à domicile du bénéficiaire pour soulager momentanément les proches aidants; c) un lieu de vie pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou durable. <p>² Ces prestations peuvent être de nature socio-hôtelière, médico-sociale ou consister en animation, transport ou accompagnement.</p> <p>³ Le Conseil d'Etat fixe par règlement le catalogue des</p>	<p>Art. 25 Structures intermédiaires</p> <ul style="list-style-type: none"> a) un accueil de jour/de nuit ou un séjour de courte durée pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou provisoire, sur le plan physique et/ou psychique; c) un lieu de vie pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou durable sur le plan physique ou psychique.

structures intermédiaires et leurs prestations:

<p>Art. 26 Etablissements médico-sociaux</p> <p>¹ Conformément à la loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées, du 4 décembre 2009, les établissements médico-sociaux peuvent créer des lits spécialement affectés au court séjour en unité d'accueil temporaire de répit (UATR), avec l'aval du département, pour favoriser le répit des proches aidants et dans une perspective de découverte de la vie en institution.</p> <p>² Les établissements médico-sociaux peuvent exploiter des structures intermédiaires et délivrer des prestations sociales de proximité.</p>		
<p>Art. 27 Etablissements publics médicaux</p> <p>Les établissements publics médicaux contribuent au maintien à domicile en :</p> <p>a) participant aux mesures en amont et en aval des hospitalisations afin de préparer les entrées, respectivement préparer les retours à domicile, dans les meilleures conditions possibles pour le bénéficiaire;</p> <p>b) participant aux projets favorisant le maintien à domicile;</p> <p>c) organisant la prise en charge des urgences gériatriques et psychiatriques.</p>		
<p>Art. 28 Autres professionnels de la santé ou institutions de santé</p> <p>¹ D'autres professionnels de la santé ou institutions de santé peuvent également être amenés à prodiguer des prestations dans le cadre de leurs champs de compétences propres.</p> <p>² S'agissant des médecins en particulier, ils collaborent activement avec les organisations d'aide et de soins à domicile et les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant dans le cadre de la prise en charge des urgences domiciliaires.</p>	<p>Amendements PL R</p> <p>Art. 28 Autres professionnels de la santé ou institutions de santé</p> <p>D'autres professionnels de la santé ou institutions de santé peuvent également être amenés à prodiguer des prestations dans le cadre de leurs champs de compétences propres.</p> <p>S'agissant des médecins en particulier, ils collaborent activement avec les organisations d'aide et de soins à domicile et les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant dans le cadre de la prise en charge des urgences domiciliaires.</p>	
<p>Titre IV Financement</p>		
<p>Art. 29 Sources</p> <p>Les prestations du réseau de soins en vue du maintien à domicile sont financées par :</p>		

<p>a) les bénéficiaires;</p> <p>b) les assureurs-maladie;</p> <p>c) les indemnités et les aides financières;</p> <p>d) le financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie;</p> <p>e) les dons et les legs;</p> <p>f) toutes autres formes de rémunération versées par les collectivités publiques.</p>	<p>Amendements DSÉS</p> <p>Art. 30 Financement des prestations de soins à domicile</p> <p>1 L'Eat peut accorder des indemnités ou des aides financières, au sens de la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005, aux membres du réseau de soins au sens de l'article 9 de la présente loi.</p> <p>2 Un financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie peut être accordé par l'Eat aux organisations d'aide et de soins à domicile ainsi qu'aux infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant, membres du réseau de soins au sens de l'article 9 de la présente loi, aux conditions cumulatives supplémentaires suivantes :</p> <p>a) fournir, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, sur l'ensemble du territoire cantonal, des soins à domicile reconnus comme nécessaires à la couverture des besoins du canton de Genève et en assurer la continuité et le suivi;</p> <p>b) prendre en charge, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, les besoins en soins urgents et les nouvelles demandes et en assurer la continuité;</p> <p>c) garantir au sein de l'organisation, respectivement par une relève entre infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant, la prise en charge et le suivi des soins infirmiers prescrits, y compris en cas d'absence planifiée ou imprévue;</p> <p>d) fournir les informations comptables nécessaires afin de permettre au Conseil d'Eat de fixer le coût résiduel propre à chaque organisation d'aide et de soins à domicile; les états financiers doivent notamment être certifiés et présenter avec clarté tous les éléments de charges et de produits en lien avec la prestation financée et exclure toute charge qui ne serait pas constitutive du coût des soins, lorsqu'exigé par l'Eat, au moyen d'une comptabilité analytique d'exploitation;</p> <p>e) se conformer aux modalités et processus de facturation prévus par le département pour le financement résiduel</p>	<p>1 Indépendamment du financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, l'Eat peut accorder une subvention sous forme d'indemnité ou d'aide financière, au sens de la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005, aux membres du réseau de soins au sens de l'article 9 de la présente loi.</p> <p>2 Une subvention peut être accordée par l'Eat aux organisations d'aide et de soins à domicile ainsi qu'aux infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant, membres du réseau de soins au sens de l'article 9 de la présente loi, aux conditions cumulatives supplémentaires suivantes :</p> <p>a) fournir, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, sur l'ensemble du territoire cantonal, des soins à domicile reconnus comme nécessaires à la couverture des besoins du canton de Genève et en assurer la continuité et le suivi;</p> <p>b) prendre en charge, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, les besoins en soins urgents et les nouvelles demandes et en assurer la continuité;</p> <p>c) garantir au sein de l'organisation, respectivement par une relève entre infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant, la prise en charge et le suivi des soins infirmiers prescrits, y compris en cas d'absence planifiée ou imprévue.</p> <p>3 Le versement de la subvention fait l'objet d'une décision du département sujette à recours auprès de la chambre administrative de la Cour de</p>
---	---	---

<p>prévu par le département pour le financement résiduel du coût des soins.</p> <p>³ La contribution de l'Etat au financement résiduel fait l'objet d'une décision du département sujette à recours auprès de la chambre administrative de la Cour de justice, la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985, étant applicable pour le surplus.</p>	<p>du coût des soins.</p> <p>³ Le versement de la subvention fait l'objet d'une décision du département sujette à recours auprès de la chambre administrative de la Cour de justice, la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985, étant applicable pour le surplus.</p> <p>⁴ Les subventions éventuelles aux établissements concernés par la loi sur l'intégration des personnes handicapées, du 6 mai 2003, découlent de ladite loi.</p>	<p>justice, la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985, étant applicable pour le surplus.</p> <p>⁴ Les subventions éventuelles aux établissements concernés par la loi sur l'intégration des personnes handicapées, du 6 mai 2003, découlent de ladite loi.</p>
	<p>Amendements PDC</p> <p>Art. 30 Financement des prestations de soins à domicile</p> <p>² Un financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie peut être accordé par l'Etat aux organisations d'aide et de soins à domicile ainsi qu'aux infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant, membres du réseau de soins au sens de l'article 9 de la présente loi.</p> <p>(le reste est supprimé)</p> <p><i>(cet article est revu en fonction de l'arrêt du 12 mars 2018 du Tribunal Fédéral).</i></p>	
	<p>Amendements PLR</p> <p>Art. 30 Financement des prestations de soins à domicile</p> <p>¹ L'Etat peut accorder des indemnités ou des aides financières, au sens de la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005, aux membres du réseau de soins au sens de l'article 9 de la présente loi.</p> <p>² Un financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie peut être accordé par l'Etat aux organisations d'aide et de soins à domicile ainsi qu'aux infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant, membres du réseau de soins au sens de l'article 9 de la présente loi, aux conditions cumulatives supplémentaires suivantes :</p> <p>a) participer à l'effort de coordination garantissant la continuité de la prise en charge des bénéficiaires;</p> <p>b) fournir les informations comptables nécessaires afin de permettre au Conseil d'Etat de fixer le coût résiduel</p>	

	<p>propre à chaque organisation d'aide et de soins à domicile; les états financiers doivent notamment être certifiés et présenter avec clarté tous les éléments de charges et de produits en lien avec la prestation financée et exclure toute charge qui ne serait pas constitutive du coût des soins: les états financiers de l'Etat, au moyen d'une comptabilité analytique d'exploitation,</p> <p>c) se conformer aux modalités et processus de facturation prévus par le département pour le financement résiduel du coût des soins.</p> <p>³ La contribution de l'Etat au financement résiduel fait l'objet d'une décision du département sujette à recours auprès de la chambre administrative de la Cour de justice, la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985, étant applicable pour le surplus.</p>
<p>Art. 31 Financement de projets du réseau de soins</p> <p>¹ Conformément aux principes prévus dans la charte de collaboration, l'Etat peut financer des projets favorisant l'efficacité, la qualité du réseau de soins et la coordination des prestations, ainsi que des projets pilotes relatifs aux programmes cantonaux, notamment de prévention et de promotion de la santé.</p> <p>² Le financement s'opère conformément à la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005, subsidiairement aux autres sources de financement, telles que dons et legs.</p>	
<p>Titre V Dispositions finales et transitoires</p> <p>Art. 32 Dispositions d'application</p> <p>Le Conseil d'Etat édicte les dispositions d'application de la présente loi.</p>	
<p>Art. 33 Clause abrogatoire</p> <p>La loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du 26 juin 2008, est abrogée.</p>	
<p>Art. 34 Entrée en vigueur</p> <p>Le Conseil d'Etat fixe la date d'entrée en vigueur de la présente loi.</p>	

<p>Art. 35 Dispositions transitoires</p> <p>¹ Les organisations d'aide et de soins à domicile ainsi que les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant qui perçoivent, au moment de la présente loi, un montant au titre d'indemnité ou d'aide financière au sens de la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005, doivent se mettre en conformité avec les conditions prévues à l'article 30, alinéa 1, de la présente loi dans les 6 mois suivant son entrée en vigueur.</p> <p>² Les organisations d'aide et de soins à domicile ainsi que les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant qui perçoivent, au moment de la présente loi, un montant au titre du financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, doivent se mettre en conformité avec les conditions prévues à l'article 30, alinéa 2, de la présente loi dans les 6 mois suivant son entrée en vigueur.</p>	<p>Art. 35 Dispositions transitoires</p> <p>¹ Les organisations d'aide et de soins à domicile ainsi que les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant qui perçoivent, au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi, un montant au titre d'indemnité ou d'aide financière au sens de la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005, doivent se mettre en conformité avec les conditions prévues à l'article 30, alinéa 1, de la présente loi dans les 6 mois suivant son entrée en vigueur.</p> <p>² Les organisations d'aide et de soins à domicile ainsi que les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant qui perçoivent, au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi, un montant au titre du financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, doivent se mettre en conformité avec les conditions prévues à l'article 30, alinéa 2, de la présente loi dans les 6 mois suivant son entrée en vigueur.</p>	
<p>Art. 36 Modifications à d'autres lois</p> <p>¹ La loi sur la répartition des tâches entre les communes et le canton (1^{er} tran), du 18 mars 2016 (A 2 05), est modifiée comme suit :</p> <p>Art. 5, al. 1 (nouvelle teneur)</p> <p>¹ L'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) est titulaire des baux à loyer ou des droits réels ou personnels sur les locaux nécessaires à l'exercice des tâches qui lui sont attribuées.</p> <p>***</p>	<p>Art. 35 Modifications à d'autres lois</p>	
<p>² La loi sur l'organisation des institutions de droit public, du 22 septembre 2017 (A 2 24), est modifiée comme suit :</p>		
<p>Art. 3, al. 1, lettre f (nouvelle teneur)</p> <p>¹ La présente loi s'applique aux institutions suivantes :</p> <p>f) l'Institution genevoise de maintien à domicile;</p> <p>***</p>		
<p>³ La loi portant règlement du Grand Conseil, du 13 septembre 1985 (B 1 01), est modifiée comme suit :</p>		

<p>Art. 200/A, al. 2, lettre c (nouvelle teneur)</p> <p>² Cette commission examine les objets que le Grand Conseil décide de lui renvoyer touchant notamment la santé publique en général, y inclus :</p> <p>b) le maintien à domicile, au sens de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... <i>(à compléter)</i>.</p> <p>***</p>		
<p>⁴ La loi générale relative au personnel de l'administration cantonale, du pouvoir judiciaire et des établissements publics médicaux, du 4 décembre 1997 (B 5 05), est modifiée comme suit :</p> <p>Art. 1., al. 1, lettre g (nouvelle teneur)</p> <p>¹ La présente loi s'applique :</p> <p>g) au personnel de l'Institution genevoise de maintien à domicile.</p> <p>***</p>		
<p>⁵ La loi de procédure fiscale, du 4 octobre 2001 (D 3 17), est modifiée comme suit :</p> <p>Art. 12, al. 1, phrase introductive (substitution de termes)</p> <p>Les termes « de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du 26 juin 2008 » sont remplacés par « de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... <i>(à compléter)</i> ».</p>		
<p>Art. 12, al. 1, lettre u (nouvelle teneur)</p> <p>u) au personnel de l'institution compétente chargée de l'orientation des bénéficiaires au sens de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... <i>(à compléter)</i>;</p> <p>***</p>		
<p>⁶ La loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées, du 4 décembre 2009 (J 7 20), est modifiée comme suit :</p>		
<p>Chapitre IIIA Structures intermédiaires (nouveau)</p>		
<p>Art. 35A Unités d'accueil temporaire de répit (UATR) (nouveau)</p>		

<p>¹ Les établissements sont autorisés à exploiter en leurs murs des lits d'unités d'accueil temporaire de répit pour autant que le nombre de lits de long séjour ne soit pas modifié.</p> <p>² Les prestations et les critères d'admission doivent correspondre aux exigences définies par le règlement d'application de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (<i>à compléter</i>).</p>		
<p>Art. 35B Immeubles avec encadrement pour personnes âgées (nouveau)</p> <p>¹ Les établissements peuvent être autorisés à exploiter des immeubles avec encadrement pour personnes âgées.</p> <p>² Le Conseil d'Etat définit par voie réglementaire les prestations, critères d'attribution de logements et autorisation d'exploiter.</p>		
<p>Art. 35C Financement (nouveau)</p> <p>¹ L'établissement autorisé à exploiter des lits d'unités d'accueil temporaire de répit ou un immeuble avec encadrement pour personnes âgées peut bénéficier d'une subvention à l'exploitation régie par la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005.</p> <p>² L'article 31 de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (<i>à compléter</i>), est applicable pour le surplus.</p> <p>³ Les états financiers doivent présenter avec clarté et distinctement tous les éléments de charges et de produits des structures financées, lorsqu'exigé par l'Etat, au moyen d'une comptabilité analytique d'exploitation.</p> <p>⁴ La surveillance de l'exploitant est assurée par le département selon le règlement sur les institutions de santé, du 22 août 2006.</p> <p style="text-align: center;">* * *</p>		
<p>⁷ La loi sur la santé, du 7 avril 2006 (K 1 03), est modifiée comme suit :</p> <p>Art. 13A Réseau de soins (nouveau)</p> <p>Un réseau de soins est créé dont les conditions de fonctionnement sont prévues dans la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (<i>à compléter</i>).</p> <p style="text-align: center;">* * *</p>		

⁸ La loi sur l'Institution de maintien, d'aide et de soins à domicile, du 18 mars 2011 (K 1 07), est modifiée comme suit :		
Intitulé de la loi (nouveau teneur) Loi sur l'Institution genevoise de maintien à domicile		
Art. 1, al. 1 et 3 (nouveau teneur) ¹ Sous la dénomination « Institution genevoise de maintien à domicile » (ci-après : l'institution), il est créé un établissement de droit public autonome, doté de la personnalité juridique et régi par les dispositions de la présente loi. ³ Elle fait partie du réseau de soins, tel qu'institué par la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (<i>à compléter</i>).		
Art. 2 Siège (nouveau teneur avec modification de la note) L'institution a son siège dans le canton de Genève et est inscrite au registre du commerce du même canton.		
Art. 29 (abrogé)		
Art. 31 (nouveau teneur) La communication des données entre l'institution et les partenaires publics et/ou privés du réseau de soins est régie par la législation fédérale, la législation cantonale sur la protection des données personnelles, ainsi que par les dispositions spéciales de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (<i>à compléter</i>).		
	Amendements PLR Chapitre 8 Art. A Structures intermédiaires (ajout) Le Conseil d'Etat fixe par règlement le catalogue des structures intermédiaires et leurs prestations.	



RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE
GRAND CONSEIL

Session

DEMANDE D'AMENDEMENTS

Présentée par Bertrand Buchs

Concerne : PL 12263

TEXTE

Art. 30 Financement des prestations de soins à domicile

² Un financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie peut être accordé par l'Etat aux organisations d'aide et de soins à domicile ainsi qu'aux infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant, membres du réseau de soins au sens de l'article 9 de la présente loi.

(le reste est supprimé)

(cet article est revu en fonction de l'arrêt du 12 mars 2018 du Tribunal Fédéral).

Signature

Tableau comparatif du projet de loi modifiant la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile (LORSDom) (K 1 04)

Projet de loi	Amendements votés	Amendements 3 ^e débat	Vote 3 ^e débat
<p>Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève, vu la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (ci-après : la loi fédérale sur l'assurance-maladie); vu l'ordonnance fédérale sur l'assurance-maladie, du 27 juin 1995; vu l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, du 29 septembre 1995 (ci-après : l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins); vu la loi fédérale sur le dossier électronique du patient, du 19 juin 2015; vu la constitution de la République et canton de Genève, du 14 octobre 2012; vu la loi sur la santé, du 7 avril 2006 (ci-après : la loi sur la santé), décrète ce qui suit :</p>			<p>Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève, vu la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (ci-après : la loi fédérale sur l'assurance-maladie); vu l'ordonnance fédérale sur l'assurance-maladie, du 27 juin 1995; vu l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, du 29 septembre 1995 (ci-après : l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins); vu la loi fédérale sur le dossier électronique du patient, du 19 juin 2015; vu la constitution de la République et canton de Genève, du 14 octobre 2012; vu la loi sur la santé, du 7 avril 2006 (ci-après : la loi sur la santé), décrète ce qui suit :</p>
Titre I Dispositions générales			Titre I Dispositions générales
<p>Art. 1 But ¹ La présente loi a pour but d'organiser le réseau de soins en vue de favoriser le maintien à domicile. ² Elle vise notamment à :</p> <p>a) mettre en place un réseau de soins qui permette de répondre de manière adéquate aux besoins de la population afin de préserver son autonomie en restant le plus longtemps possible à domicile, en évitant les hospitalisations et en</p>	<p>Art. 1, al. 2 lit. a et e (nouveau)</p> <p>a) mettre en place un réseau de soins qui permette de répondre de manière adéquate aux besoins de la population afin de préserver son autonomie en restant le plus longtemps possible à domicile, en évitant les hospitalisations et en</p>		<p>Art. 1 But ¹ La présente loi a pour but d'organiser le réseau de soins en vue de favoriser le maintien à domicile. ² Elle vise notamment à :</p> <p>a) mettre en place un réseau de soins qui permette de répondre de manière adéquate aux besoins de la population afin de préserver son autonomie en restant le plus longtemps possible à domicile, en évitant les hospitalisations et en</p>

<p>dans des institutions de santé;</p> <p>b) soutenir toute mesure utile à l'aide et aux soins à domicile et en matière de prévention de la perte d'autonomie;</p> <p>c) promouvoir la collaboration et la coordination au sein du réseau de soins;</p> <p>d) soutenir les proches aidants, en promouvant, notamment, des mesures de répit appropriées.</p> <p>³ Elle règle les conditions relatives au financement public des prestataires de soins en matière de maintien à domicile.</p>	<p>retardant l'admission dans des institutions de santé ou les établissements pour personnes handicapées (EPH);</p> <p>e) soutenir et développer le concept d'hospitalisation à domicile (HAD)</p>	<p>restant le plus longtemps possible à domicile, en évitant les hospitalisations et en retardant l'admission dans des institutions de santé ou les établissements pour personnes handicapées (EPH);</p> <p>b) soutenir toute mesure utile à l'aide et aux soins à domicile et en matière de prévention de la perte d'autonomie;</p> <p>c) promouvoir la collaboration et la coordination au sein du réseau de soins;</p> <p>d) soutenir les proches aidants, en promouvant, notamment, des mesures de répit appropriées;</p> <p>e) soutenir et développer le concept d'hospitalisation à domicile (HAD).</p> <p>³ Elle règle les conditions relatives au financement public des prestataires de soins en matière de maintien à domicile.</p>	
<p>Art. 2 Champ d'application</p> <p>La présente loi s'applique aux partenaires tels que définis à l'article 8, eu égard dans le réseau de soins en faveur du maintien à domicile, en particulier aux professionnels de la santé et aux institutions de santé au sens de la loi sur la santé qui produisent des soins pris en charge par la loi fédérale sur l'assurance-maladie, à l'exception des aspects sociaux qui incombent aux communes.</p>	<p>Art. 2 Champ d'application</p> <p>La présente loi s'applique aux partenaires tels que définis à l'article 8.</p>	<p>Art. 2 Champ d'application</p> <p>La présente loi s'applique aux partenaires tels que définis à l'article 8, eu égard dans le réseau de soins en faveur du maintien à domicile, en particulier aux professionnels de la santé et aux institutions de santé au sens de la loi sur la santé qui produisent des soins pris en charge par la loi fédérale sur l'assurance-maladie, à l'exception des aspects sociaux qui incombent aux communes.</p>	<p>Art. 2 Champ d'application</p> <p>La présente loi s'applique aux partenaires tels que définis à l'article 8, eu égard dans le réseau de soins en faveur du maintien à domicile, en particulier aux professionnels de la santé et aux institutions de santé au sens de la loi sur la santé qui produisent des soins pris en charge par la loi fédérale sur l'assurance-maladie, à l'exception des aspects sociaux qui incombent aux communes.</p>
<p>Art. 3 Définitions</p> <p>¹ Par réseau de soins, on entend un dispositif réunissant un ensemble de partenaires au sens de l'article 8 qui collaborent entre eux, poursuivent des objectifs communs et adoptent des bonnes</p>	<p>Art. 3, al. 3 (nouveau), al. 3 à 7 devenant 4 à 8</p>	<p>Art. 3 Définitions</p> <p>¹ Par réseau de soins, on entend un dispositif réunissant un ensemble de partenaires au sens de l'article 8 qui collaborent entre eux, poursuivent des objectifs communs et adoptent des bonnes</p>	<p>Art. 3 Définitions</p> <p>¹ Par réseau de soins, on entend un dispositif réunissant un ensemble de partenaires au sens de l'article 8 qui collaborent entre eux, poursuivent des objectifs communs et adoptent des bonnes</p>

pratiques communes en matière de prise en charge des bénéficiaires. ² Par maintien à domicile, on entend toutes les prestations médicales ou sociales, d'aide, de soins, de soutien, d'accompagnement et de prévention en vue d'éviter ou de retarder la préjudice de l'état de santé ainsi que le recours à l'hospitalisation ou à l'entrée en institution. ³ Par structures intermédiaires, on entend notamment les foyers de jour et de nuit, les unités d'accueil temporaire médicalisées (UATM) ou de répit (UATR) et les immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA). ⁴ Par bénéficiaire, on entend la personne physique qui est récipiendaire d'une ou de plusieurs prestations mentionnées dans la présente loi. ⁵ Par proche aidant, on entend une personne de l'entourage immédiat d'un bénéficiaire dépendant d'assistance pour certaines activités de la vie quotidienne, qui, à titre non-professionnel et informel, lui assure de façon régulière des services d'aide, de soins ou de présence, de nature et d'intensité variées destinées à compenser ses incapacités ou difficultés, ou encore à assurer sa sécurité, le maintien de son identité et de son lien social. ⁶ Par mesure de répit, on entend du conseil, de l'assistance, de l'accompagnement et de la relève à domicile ou dans une structure dédiée aux proches aidants, notamment par la prise en charge provisoire de troubles physiques, psychiques, cognitifs, sociaux ou moteurs pour les actes de la vie quotidienne et les soins de base. ⁷ Par urgence domiciliaire, on entend l'intervention par un médecin en	³ Par HAD, 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 occasion une hospitalisation en institution, tout en offrant une prise en charge médicale spécialisée. ⁴ Par structures intermédiaires, on entend notamment les foyers de jour et de nuit, les unités d'accueil temporaire médicalisées (UATM) ou de répit (UATR) et les immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA). ⁵ Par bénéficiaire, on entend la personne physique qui est récipiendaire d'une ou de plusieurs prestations mentionnées dans la présente loi. ⁶ Par proche aidant, on entend une personne de l'entourage immédiat d'un bénéficiaire dépendant d'assistance pour certaines activités de la vie quotidienne, qui, à titre non-professionnel et informel, lui assure de façon régulière des services d'aide, de soins ou de présence, de nature et d'intensité variées destinées à compenser ses incapacités ou difficultés, ou encore à assurer sa sécurité, le maintien de son identité et de son lien social. ⁷ Par mesure de répit, on entend du conseil, de l'assistance, de l'accompagnement et de la relève à domicile ou dans une structure dédiée aux proches aidants, notamment par la prise en charge provisoire de troubles physiques, psychiques, cognitifs, sociaux ou moteurs pour les actes de la vie quotidienne et les soins de base. ⁸ Par urgence domiciliaire, on entend l'intervention par un médecin en	<p>jour/nuit, les unités d'accueil temporaire médicalisées (UATM) ou de répit (UATR) et les immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA) et les établissements pour personnes handicapées (EPH).</p> <p>Amendement Alternatif</p>	<p>poursuivent des objectifs communs et adoptent des bonnes pratiques communes en matière de prise en charge des bénéficiaires.</p> <p>² Par maintien à domicile, on entend toutes les prestations médicales, d'aide, de soins, de soutien, d'accompagnement et de prévention en vue d'éviter ou de retarder la préjudice de l'état de santé ainsi que le recours à l'hospitalisation ou à l'entrée en institution.</p> <p>³ Par HAD, 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 occasion une hospitalisation en institution, tout en offrant une prise en charge médicale spécialisée.</p> <p>⁴ Par structures intermédiaires, on entend notamment les foyers de jour et de nuit, les unités d'accueil temporaire médicalisées (UATM) ou de répit (UATR) et les immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA).</p> <p>⁵ Par bénéficiaire, on entend la personne physique qui est récipiendaire d'une ou de plusieurs prestations mentionnées dans la présente loi.</p> <p>⁶ Par proche aidant, on entend une personne de l'entourage immédiat d'un bénéficiaire dépendant d'assistance pour certaines activités de la vie quotidienne, qui, à titre non-professionnel et informel, lui assure de façon régulière des services d'aide, de soins, l'accompagnement ou de présence, de nature et d'intensité variées destinées à compenser ses incapacités ou difficultés, ou encore à assurer sa sécurité, le maintien de son identité et de son lien social.</p> <p>⁷ Par mesure de répit, on entend la personne physique qui est récipiendaire d'une ou de plusieurs prestations mentionnées dans la présente loi.</p> <p>⁸ Par proche aidant, on entend une personne de l'entourage immédiat d'un bénéficiaire dépendant d'assistance pour certaines activités de la vie quotidienne, qui, à titre non-professionnel et informel, lui assure de façon régulière des services d'aide, de soins, l'accompagnement ou de présence, de nature et d'intensité variées destinées à compenser ses incapacités ou difficultés, ou encore à assurer sa sécurité, le maintien de son identité et de son lien social.</p>
---	--	---	--

	urgence au domicile du bénéficiaire permettant de déterminer si ce dernier nécessite une hospitalisation ou une entrée en établissement.	<p>présence, de nature et d'intensité variées destinées à compenser ses incapacités ou difficultés, ou encore à assurer sa sécurité, le maintien de son identité et de son lien social.</p> <p>⁷ Par mesure de répit, on entend du conseil, de l'assistance, de l'accompagnement et de la relève à domicile ou dans une structure dédiée aux proches aidants, notamment par la prise en charge provisoire de leurs proches atteints de troubles physiques, psychiques ou cognitifs, pour les actes de la vie quotidienne et les soins de base.</p> <p>⁸ Par urgence domiciliaire, on entend l'intervention par un médecin en urgence au domicile du bénéficiaire permettant de déterminer si ce dernier nécessite une hospitalisation ou une entrée en établissement.</p>
<p>Art. 4 Rôle de l'institution genevoise de maintien à domicile</p> <p>¹ L'Eat s'appuie sur l'institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) pour mettre en œuvre sa politique du maintien à domicile dans le canton de Genève, notamment pour les tâches qui ne sont pas effectuées par des institutions privées.</p> <p>² De par son statut d'établissement de droit public autonome et d'organisation à but non lucratif, sa mission légale et son financement par l'Eat, l'institution genevoise de maintien à domicile a une obligation de prise en charge dans le domaine des soins LAMal à domicile, sur l'ensemble du territoire du canton de Genève, sous réserve des limites de la prise en soins conformément à l'article 21 de la présente loi.</p> <p>³ La loi sur l'institution genevoise de maintien à domicile, du 18 mars 2011, s'applique pour le surplus.</p>	<p>Art. 4 al. 1 et 2</p> <p>¹ De par son statut d'établissement de droit public autonome et d'organisation à but non lucratif, sa mission légale et son financement par l'Eat, l'institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) a une obligation de prise en charge dans le domaine des soins LAMal à domicile, sur l'ensemble du territoire du canton de Genève, sous réserve des limites de la prise en soins conformément à l'article 21 de la présente loi.</p> <p>² L'Eat s'appuie sur le réseau de soins, notamment l'IMAD pour mettre en œuvre sa politique du maintien à domicile dans le canton de Genève,</p>	<p>Art. 4 al. 1 et 2</p> <p>¹ De par son statut d'établissement de droit public autonome et d'organisation à but non lucratif, sa mission légale et son financement par l'Eat, l'institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) a une obligation de prise en charge dans le domaine des soins LAMal à domicile, sur l'ensemble du territoire du canton de Genève, sous réserve des limites de la prise en soins conformément à l'article 21 de la présente loi.</p> <p>² L'Eat s'appuie sur le réseau de soins, notamment l'IMAD pour mettre en œuvre sa politique du maintien à domicile dans le canton de Genève, notamment pour les</p>

<p>Art. 5 Autorité compétente</p> <p>¹ Le département chargé de la santé (ci-après : département) est l'autorité compétente pour mettre en œuvre la présente loi.</p> <p>² Il est chargé, notamment :</p> <p>a) de valider la qualité de membre du réseau de soins en fonction des conditions d'admission citées à l'article 9 de la présente loi;</p> <p>b) de décider du financement des activités liées au réseau de soins, tant au niveau des indemnités et des aides financières que du financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie;</p> <p>c) de désigner l'outil d'évaluation standardisée des besoins requis;</p> <p>d) de désigner l'outil fournissant le réseau du dossier électronique du patient;</p> <p>e) d'assurer la coordination entre les partenaires du réseau de soins, les communes et les milieux associatifs;</p> <p>f) de valider les règles communes de fonctionnement des partenaires du réseau de soins;</p> <p>g) de fixer les objectifs annuels et les indicateurs de performance du réseau de soins;</p> <p>h) de négocier les contrats de prestations avec les partenaires du réseau de soins;</p> <p>i) de mettre à disposition des bénéficiaires l'information utile.</p> <p>³ Le département veille à ce que les missions du réseau de soins soient remplies et prend toutes les mesures d'exécution nécessaires.</p>	<p>notamment pour les tâches qui ne sont pas effectuées par des institutions privées.</p>	<p>Amendement PLR</p> <p>c) de désigner les outils d'évaluation standardisés des besoins requis ;</p> <p>d) de désigner la plateforme numérique sécurisée permettant le partage des informations des dossiers électroniques de patients ;</p> <p>Amendement de l' Alternative</p> <p>d) (nouveau)</p> <p>De prévoir et garantir le contrôle des prestataires privés et de s'assurer de la qualification du personnel</p>	<p>tâches qui ne sont pas effectuées par des institutions privées.</p> <p>³ La loi sur l'Institution genevoise de maintien à domicile, du 18 mars 2011, s'applique pour le surplus.</p> <p>Art. 5 Autorité compétente</p> <p>¹ Le département chargé de la santé (ci-après : département) est l'autorité compétente pour mettre en œuvre la présente loi.</p> <p>² Il est chargé, notamment :</p> <p>a) de valider et contrôler régulièrement la qualité de membre du réseau de soins en fonction des conditions d'admission citées à l'article 9 de la présente loi;</p> <p>b) de décider du financement des activités liées au réseau de soins, tant au niveau des indemnités et des aides financières que du financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie;</p> <p>c) de désigner l'outil d'évaluation standardisée des besoins requis;</p> <p>d) de désigner la plateforme numérique sécurisée permettant le partage des informations des dossiers électroniques de patients;</p> <p>e) d'assurer la coordination entre les partenaires du réseau de soins, les communes et les milieux associatifs;</p> <p>f) de valider les règles communes de fonctionnement</p>
--	---	--	--

<p>Art. 6 Commission de coordination du réseau de soins</p> <p>¹ Le département est assisté par la commission de coordination du réseau de soins (ci-après : la commission), laquelle est composée de partenaires du réseau de soins et de l'Association des communes genevoises.</p> <p>² La commission a notamment pour mission de conseiller le département dans le cadre :</p> <p>a) de l'établissement de règles de comportement communes aux partenaires;</p> <p>b) du développement de projets communs visant à améliorer le fonctionnement du réseau de soins;</p> <p>c) de l'information de la population sur les prestations du réseau de soins.</p> <p>³ Les membres de la commission s'engagent, en outre, à promouvoir auprès des acteurs du réseau de soins la charte de collaboration mentionnée à l'article 11 de la présente loi.</p> <p>⁴ La composition et les tâches de la commission sont fixées par règlement du Conseil d'Etat.</p> <p>⁵ La loi sur les commissions officielles, du 18 septembre 2009, est applicable pour le surplus.</p>	<p>Art 6 al.2 lettre d et al.3</p> <p>d) de la mise en œuvre coordonnée des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies et des accidents.</p> <p>³ Les membres de la commission s'engagent, en outre, à promouvoir auprès des acteurs du réseau de soins la charte de collaboration mentionnée à l'article 11 de la présente loi.</p>	<p>Amendement de l'Alternative al. 2 lit.a</p> <p>a) de l'établissement de règles de comportement communes aux partenaires afin d'adapter l'offre aux besoins des bénéficiaires et aux évolutions des pratiques de soins</p> <p>² La commission rédige la charte de collaboration et la soumet au département pour validation. (nouveau, les alinéas 2 à 4 devenant 3 à 5)</p>	<p>des partenaires du réseau de soins;</p> <p>g) de fixer les objectifs annuels et les indicateurs de performance du réseau de soins;</p> <p>h) de négocier les contrats de prestations avec les partenaires du réseau de soins;</p> <p>i) de mettre à disposition des bénéficiaires l'information utile.</p> <p>³ Le département veille à ce que les missions du réseau de soins soient remplies et prend toutes les mesures d'exécution nécessaires.</p>	<p>Art. 6 Commission de coordination du réseau de soins</p> <p>¹ Le département est assisté par la commission de coordination du réseau de soins (ci-après : la commission), laquelle est composée de partenaires du réseau de soins et de l'Association des communes genevoises.</p> <p>² La commission a notamment pour mission de conseiller le département dans le cadre :</p> <p>a) de l'établissement de règles de comportement communes aux partenaires;</p> <p>b) de l'adaptation de l'offre aux besoins des bénéficiaires et aux évolutions des pratiques de soins;</p> <p>c) du développement de projets communs visant à améliorer le fonctionnement du réseau de soins;</p> <p>d) de l'information de la population sur les prestations du réseau de soins.</p> <p>³ La commission rédige la charte</p>
---	---	--	---	---

			de collaboration mentionnée à l'article 11 de la présente loi. Les membres de la commission s'engagent à la promouvoir auprès des partenaires du réseau de soins. ⁴ La composition et les tâches de la commission sont fixées par le règlement du Conseil d'Etat. ⁵ La loi sur les commissions officielles, du 18 septembre 2009, est applicable pour le surplus.

<p>âgée;</p> <p>l) les associations représentant les aînés;</p> <p>m) les associations représentant les proches aidants;</p> <p>n) tout autre professionnel de santé ou institution de santé au sens de la loi sur la santé.</p> <p>² L'Etat peut octroyer un financement aux partenaires qui satisfont aux conditions des articles 9 ou 30 de la présente loi. Les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-maladie sont réservées.</p>	<p>BOULEVARD</p>	<p>sociaux;</p> <p>h) les établissements publics pour les personnes handicapées (EPH);</p> <p>i) les structures intermédiaires;</p> <p>j) les pharmacies;</p> <p>k) les physiothérapeutes;</p> <p>l) les associations au service de la personne âgée;</p> <p>m) les associations représentant les aînés;</p> <p>n) les associations au service des personnes handicapées;</p> <p>o) les associations représentant les personnes handicapées;</p> <p>p) les associations représentant les proches aidants;</p> <p>q) tout autre professionnel de santé ou institution de santé au sens de la loi sur la santé;</p> <p>r) les associations représentant les personnes atteintes dans leur santé;</p> <p>s) les services sociaux publics ou privés intervenant auprès des catégories de personnes précitées;</p> <p>t) les communes.</p> <p>² L'Etat peut octroyer un financement aux partenaires qui satisfont aux conditions des articles 9 ou 30 de la présente loi. Les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-maladie sont réservées.</p>	<p>Art. 9 Membres Les partenaires qui satisfont aux conditions suivantes peuvent devenir membres du réseau de soins :</p> <p>a) correspondre aux besoins de la sanitaire cantonale;</p>	<p>Art. 9 (al. 1 nouveau, lit b et e amendées et al. 2 nouveau) ¹ Les partenaires qui satisfont aux conditions suivantes peuvent devenir membres du réseau de soins :</p> <p>a) correspondre aux besoins de la</p>	<p>Art. 9 Membres Les partenaires qui satisfont aux conditions suivantes peuvent devenir membres du réseau de soins :</p> <p>a) correspondre aux besoins de la</p>
--	-------------------------	---	--	--	---

	planification sanitaire cantonale; b) être autorisé en qualité de professionnel de la santé ou d'institution de santé au sens de la loi sur la santé; c) appliquer les tarifs des prestations en vigueur au niveau fédéral, conventionnés avec les assureurs-maladie ou fixés ou approuvés par le Conseil d'Etat; d) poursuivre une politique salariale conforme aux conventions collectives ou aux normes cantonales appliquées aux professionnels concernés, respectivement être affilié à une caisse de compensation, au sens de l'article 64 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 20 décembre 1946, lorsque cela s'applique; e) disposer d'un plan de formation continue du personnel; f) participer à l'effort de relève en professionnels de la santé, selon les objectifs fixés par le département, conformément à l'article 14 de la présente loi; g) être signataire de la charte de collaboration; h) utiliser le dossier électronique du patient selon l'outil choisi par l'Etat; i) fournir au département les informations statistiques requises et nécessaires à la définition de la politique sanitaire; j) s'engager à mettre en place une démarche qualité reconnue par le département; k) effectuer l'évaluation standardisée des besoins requis selon l'outil validé par le département.	Amendement de l'Alternative lit. b) Etre autorisé en qualité de professionnel de la santé ou d'institution <u>du domaine social et sanitaire</u> au sens de la loi sur la santé ou d'établissement au sens de la loi sur l'intégration des personnes handicapées, du 16 mai 2003; Amendement Alternative lit. f) participer à l'effort de relève en professionnels <u>de la santé, du domaine social et sanitaire</u> selon les objectifs fixés par le département, conformément à l'article 14 de la présente loi;	planification sanitaire cantonale; b) être autorisé en qualité de professionnel de la santé ou d'institution de santé au sens de la loi sur la santé; c) appliquer les tarifs des prestations en vigueur au niveau fédéral, conventionnés avec les assureurs-maladie ou fixés ou approuvés par le Conseil d'Etat; d) appliquer une politique salariale conforme aux conventions collectives ou aux normes cantonales appliquées aux professionnels concernés, respectivement être affilié à une caisse de compensation, au sens de l'article 64 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 20 décembre 1946, lorsque cela s'applique; e) disposer d'un plan de formation continue du personnel; f) participer à l'effort de relève en professionnels du domaine social et sanitaire, selon les objectifs fixés par le département, conformément à l'article 14 de la présente loi; g) être signataire de la charte de collaboration; h) utiliser le dossier électronique du patient selon l'outil choisi par l'Etat; i) utiliser un courrier électronique crypté; j) fournir au département les informations statistiques requises et nécessaires à la définition de la politique
	<p>e) s'assurer du suivi par leur personnel d'une formation continue, afin de disposer d'un personnel formé aux tâches spécifiques requises;</p> <p>² Les regroupements ou organisations de professionnels peuvent devenir membre lorsqu'ils regroupent des professionnels répondant tous individuellement aux critères de l'article 9, alinéa 1.</p>	<p>j) utiliser un courrier électronique crypté; Les lettres j a k deviennent k a l</p>	

		<p>k) effectuer l'évaluation standardisée des besoins requis selon les outils validés par le département.</p> <p>Amendement Alternative b) appliquer l'échelle de traitement du personnel de l'Etat et l'application des conventions collectives de travail pour les secteurs concernés, afin d'encadrer et de garantir les conditions de travail des salarié.e.s, à l'exception des infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant, des association au service de la personne âgée, des autre.e.s et des proches aidant.e.s</p>	<p>sanitaire du canton;</p> <p>k) s'engager à mettre en place une démarche qualité reconnue par le département;</p> <p>l) effectuer l'évaluation standardisée des besoins requis selon l'outil validé par le département.</p>
<p>Chapitre II Collaboration</p> <p>Art. 10 Missions</p> <p>¹ Le réseau de soins a pour missions :</p> <p>a) de collaborer au sens des articles 11 et suivants, afin de permettre aux bénéficiaires de rester le plus longtemps à domicile, sous réserve de l'alinéa 2 du présent article;</p> <p>b) de garantir l'équité d'accès aux soins;</p> <p>c) de favoriser l'aide aux proches aidants;</p> <p>d) de promouvoir l'information aux bénéficiaires et à leurs proches aidants;</p> <p>e) d'assurer le développement des compétences des professionnels du réseau de soins.</p> <p>² Le réseau de soins vise à garantir la qualité et l'efficience des prestations en veillant à la maîtrise de leurs coûts, quel que soit le lieu d'intervention et sous réserve des limites du maintien à domicile, notamment la limite de la prise en soins, en vertu de l'article 21.</p>		<p>Amendement de l'Alternative lit. c) de favoriser l'aide et l'accompagnement aux proches aidants ;</p>	<p>Chapitre II Collaboration</p> <p>Art. 10 Missions</p> <p>¹ Le réseau de soins a pour missions :</p> <p>b) de collaborer au sens des articles 11 et suivants, afin de permettre aux bénéficiaires de rester le plus longtemps à domicile, sous réserve de l'alinéa 2 du présent article;</p> <p>b) de garantir l'équité d'accès aux soins;</p> <p>c) de favoriser l'aide et l'accompagnement aux proches aidants;</p> <p>d) de promouvoir l'information aux bénéficiaires et à leurs proches aidants;</p> <p>e) d'assurer le développement</p>

		des compétences des professionnels du réseau de soins.
<p>Art. 11 Charte de collaboration</p> <p>¹ La charte de collaboration définit les engagements des partenaires du réseau de soins en matière de collaboration.</p> <p>² En mettant au centre de leurs préoccupations le bénéficiaire et ses proches aidants, les partenaires du réseau de soins s'engagent notamment dans les domaines suivants :</p> <p>a) la collaboration;</p> <p>b) la définition et le respect des pratiques professionnelles;</p> <p>c) la formation;</p> <p>d) la diffusion des informations aux bénéficiaires et à leurs proches aidants;</p> <p>e) le partage d'informations relatives à la prise en charge;</p> <p>f) la communication entre partenaires du réseau de soins.</p>		<p>² Le réseau de soins vise à garantir la qualité et l'efficacité des prestations en veillant à la maîtrise de leurs coûts, quel que soit le lieu d'intervention et sous réserve des limites du maintien à domicile, notamment la limite de la prise en soins, en vertu de l'article 21.</p>
<p>Art. 12 Buts de la collaboration</p> <p>La collaboration vise notamment à :</p> <p>a) promouvoir les interactions au sein du réseau de soins afin d'améliorer et d'optimiser les prises en charge;</p> <p>b) établir des conventions entre partenaires du réseau de soins afin d'améliorer la qualité et</p>		<p>Art. 11 Charte de collaboration</p> <p>¹ La charte de collaboration définit les engagements des partenaires du réseau de soins en matière de collaboration.</p> <p>² En mettant au centre de leurs préoccupations le bénéficiaire et ses proches aidants, les partenaires du réseau de soins s'engagent notamment dans les domaines suivants :</p> <p>a) la collaboration;</p> <p>b) la définition et le respect des pratiques professionnelles;</p> <p>c) la formation;</p> <p>d) la diffusion des informations aux bénéficiaires et à leurs proches aidants;</p> <p>e) le partage d'informations relatives à la prise en charge;</p> <p>f) la communication entre partenaires du réseau de soins.</p> <p>Art. 12 Buts de la collaboration</p> <p>La collaboration vise notamment à :</p> <p>a) promouvoir les interactions au sein du réseau de soins afin d'améliorer et d'optimiser les prises en charge;</p>

<p>l'économie des prestations;</p> <p>c) assurer la coordination lors de prises en charge partagées;</p> <p>d) identifier les dysfonctionnements du réseau, contribuer à la recherche de solutions et les mettre en œuvre;</p> <p>e) conduire des projets communs;</p> <p>f) collaborer à la mise en œuvre des plans et programmes cantonaux;</p> <p>g) collaborer de façon concertée lors de situations de crise.</p>		<p>b) établir des conventions entre partenaires du réseau de soins afin d'améliorer la qualité et l'économie des prestations;</p> <p>c) assurer la coordination lors de prises en charge partagées;</p> <p>d) identifier les dysfonctionnements du réseau, contribuer à la recherche de solutions et les mettre en œuvre;</p> <p>e) conduire des projets communs;</p> <p>f) collaborer à la mise en œuvre des plans et programmes cantonaux;</p> <p>g) collaborer de façon concertée lors de situations de crise.</p>
<p>Art. 13. Bonnes pratiques professionnelles</p> <p>¹ Dans le cadre du réseau de soins, la définition de bonnes pratiques professionnelles communes vise notamment à :</p> <p>a) partager les expériences et échanger sur les pratiques afin de les améliorer et d'adopter des référentiels communs;</p> <p>b) garantir, quel que soit le fournisseur de prestations, une prise en charge globale et continue du bénéficiaire.</p> <p>² Chaque partenaire s'engage à respecter les bonnes pratiques établies par sa profession.</p>	<p>Art. 13, al. 1 lit c</p> <p>c) respecter le bénéficiaire et promouvoir son autonomie.</p>	<p>Art. 13 Bonnes pratiques professionnelles</p> <p>¹ Dans le cadre du réseau de soins, la définition de bonnes pratiques professionnelles communes vise notamment à :</p> <p>a) partager les expériences et échanger sur les pratiques afin de les améliorer et d'adopter des référentiels communs;</p> <p>b) garantir, quel que soit le fournisseur de prestations, une prise en charge globale et continue du bénéficiaire;</p> <p>c) respecter le bénéficiaire et promouvoir son autonomie.</p> <p>² Chaque partenaire s'engage à respecter les bonnes pratiques établies par sa profession.</p>
<p>Art. 14 Formation</p> <p>¹ Conformément à l'article 9, lettres e et f, les membres du réseau de soins participent à la</p>	<p>Art. 14, al. 1</p> <p>¹ Conformément à l'article 9, lettres e et f, les membres du réseau de soins</p>	<p>Art. 14 Formation</p> <p>¹ Conformément à l'article 9, lettres e et f, les membres du réseau de soins</p>

<p>formation des professionnels de la santé et mettent à disposition des places de stages ou d'apprentissage.</p> <p>² Les membres du réseau de soins participent également à la formation continue, au perfectionnement et à l'évolution des métiers des professionnels de la santé.</p> <p>³ Les objectifs sont :</p> <p>a) la participation à l'effort de formation afin de couvrir les besoins en professionnels de la santé nécessaires au réseau de soins;</p> <p>b) l'harmonisation de la formation continue.</p> <p>⁴ Les partenaires du réseau de soins participent à l'enquête annuelle du programme de mesures pour favoriser la relève des professionnels de la santé et fournissent les informations requises.</p>	<p>participent à la formation des professionnels du domaine social et sanitaire et mettent à disposition des places de stages ou d'apprentissage de manière proportionnée à leur activité.</p>	<p>réseau de soins participent à la formation des professionnels de la santé et mettent à disposition des places de stages ou d'apprentissage de manière proportionnée à leur activité.</p> <p>² Les membres du réseau de soins participent également à la formation continue, au perfectionnement et à l'évolution des métiers des professionnels de la santé.</p> <p>³ Les objectifs sont :</p> <p>b) la participation à l'effort de formation afin de couvrir les besoins en professionnels de la santé nécessaires au réseau de soins;</p> <p>b) l'harmonisation de la formation continue.</p> <p>⁴ Les partenaires du réseau de soins participent à l'enquête annuelle du programme de mesures pour favoriser la relève des professionnels de la santé et fournissent les informations requises.</p>
<p>Art. 15 Information aux bénéficiaires et à leurs proches aidants</p> <p>Dans le but de garantir l'équité d'accès aux soins, les partenaires du réseau de soins :</p> <p>a) fournissent une information complète sur les prestations disponibles;</p> <p>b) donnent aux bénéficiaires les moyens de faire des choix éclairés, notamment en matière de directives anticipées et de désignation du représentant thérapeutique.</p>		<p>Art. 15 Information aux bénéficiaires et à leurs proches aidants</p> <p>Dans le but de garantir l'équité d'accès aux soins, les partenaires du réseau de soins :</p> <p>a) fournissent une information complète sur les prestations disponibles;</p> <p>b) donnent aux bénéficiaires les moyens de faire des choix éclairés, notamment en matière de directives anticipées et de désignation du représentant thérapeutique.</p>

<p>Art. 16 Partage d'informations relatives à la prise en charge</p> <p>Afin de favoriser la continuité de la prise en charge du bénéficiaire, le partage d'informations entre partenaires du réseau de soins est requis et comprend notamment les tâches et utilisations suivantes :</p> <p>a) la mise à disposition des informations nécessaires à la continuité des prises en charge lors, notamment, d'un transfert vers une autre institution de santé ou de situations partagées, y compris par voie électronique, avec le consentement explicite du bénéficiaire;</p> <p>b) l'inscription des patients pris en charge, avec leur consentement explicite, au dossier électronique désigné par le département, en proposant celle-ci à tous;</p> <p>c) l'utilisation des outils communs existants validés par l'Etat;</p> <p>d) l'utilisation des outils permettant le partage d'indicateurs et de statistiques de santé publique dans le réseau.</p>	<p>Art 16, lit a et d</p> <p>a) La mise à disposition des informations nécessaires à la continuité des prises en charge lors, notamment, d'un transfert vers une autre institution sociale et sanitaire ou de situations partagées, y compris par voie électronique, avec le consentement explicite du bénéficiaire;</p> <p>d) l'utilisation des outils permettant le partage, au sein du réseau, d'indicateurs et de statistiques de santé publique ou d'incapacité.</p>		<p>Art. 16 Partage d'informations relatives à la prise en charge</p> <p>Afin de favoriser la continuité de la prise en charge du bénéficiaire, le partage d'informations entre partenaires du réseau de soins est requis et comprend notamment les tâches et utilisations suivantes :</p> <p>a) la mise à disposition des informations nécessaires à la continuité des prises en charge lors, notamment, d'un transfert vers une autre institution sociale et sanitaire ou de situations partagées, y compris par voie électronique, avec le consentement explicite du bénéficiaire;</p> <p>b) l'inscription des patients pris en charge, avec leur consentement explicite, au dossier électronique désigné par le département, en proposant celle-ci à tous;</p> <p>c) l'utilisation des outils communs existants validés par l'Etat;</p> <p>d) l'utilisation des outils permettant le partage, au sein du réseau, d'indicateurs et de statistiques de santé publique ou d'incapacité.</p>
<p>Art. 17 Communication entre partenaires du réseau de soins</p> <p>Les partenaires s'informent mutuellement des nouveautés et des changements en matière de structures et de prestations.</p>			<p>Art. 17 Communication entre partenaires du réseau de soins</p> <p>Les partenaires s'informent mutuellement des nouveautés et des changements en matière de structures et de prestations.</p>

Chapitre III Proches aidants			Chapitre III Proches aidants
<p>Art. 18 But et prestations</p> <p>¹ Le soutien aux proches aidants a pour but de reconnaître l'importance de leur rôle et de l'aide qu'ils procurent aux personnes de leur entourage.</p> <p>² Le réseau de soins garantit des mesures de répit, d'accompagnement, de conseil et d'information aux proches aidants dans le but de favoriser le maintien à domicile.</p>		<p>Amendement Alternatif</p> <p>Art. 18</p> <p>³ Le réseau de soins permet la prise en charge des bénéficiaires afin que les proches aidants puissent pleinement exercer leur droit au répit.</p> <p>⁴ Le réseau de soins garantit aux proches aidants qui en font la demande un droit à 28 jours au minimum et, en principe, à 45 jours au maximum de répit par année civile.</p> <p>⁵ Les autorités favorisent la conciliation des apports des proches aidants et de leurs activités professionnelles par des campagnes d'information auprès des employeurs.</p>	<p>Art. 18 But et prestations</p> <p>¹ Le soutien aux proches aidants a pour but de reconnaître l'importance de leur rôle et de l'aide qu'ils procurent aux personnes de leur entourage.</p> <p>² Le réseau de soins garantit des mesures de répit, d'accompagnement, de conseil et d'information aux proches aidants dans le but de favoriser le maintien à domicile.</p> <p>³ Le réseau de soins permet la prise en charge des bénéficiaires afin que les proches aidants puissent pleinement exercer leur droit au répit.</p> <p>⁴ Le réseau de soins garantit aux proches aidants qui en font la demande un droit à 45 jours de répit par année civile.</p> <p>⁵ Les autorités favorisent la conciliation des apports des proches aidants et de leurs activités professionnelles en intégrant cette question spécifique dans leurs campagnes d'information auprès du public.</p>
<p>Art. 19 Commission consultative</p> <p>¹ Il est institué une commission consultative pour le soutien des proches aidants actifs à domicile, sous la présidence de la direction générale de la santé.</p> <p>² Le département fixe par voie réglementaire la composition et les tâches de cette commission ainsi que le catalogue des prestations aux proches aidants.</p>	<p>Art. 19, al 2</p> <p>² Le Conseil d'Etat fixe par voie réglementaire la composition et les tâches de cette commission ainsi que le catalogue des prestations aux proches aidants.</p>		<p>Art. 19 Commission consultative</p> <p>¹ Il est institué une commission consultative pour le soutien des proches aidants actifs à domicile, sous la présidence de la direction générale de la santé.</p> <p>² Le Conseil d'Etat fixe par voie réglementaire la composition et les tâches de cette commission</p>

			ainsi que le catalogue des prestations aux proches aidants.
Titre III	Maintien à domicile		Titre III
Chapitre I	Principes généraux		Chapitre I
Art. 20 Fournisseurs de prestations de soins ¹ Le maintien à domicile des bénéficiaires est assuré par :	Art. 20, al.1 lit a a) les médecins, les réseaux et les organisations de médecins;		Art. 20 Fournisseurs de prestations de soins ¹ Le maintien à domicile des bénéficiaires est assuré par :
a) les médecins;			a) les médecins, les réseaux et les organisations de médecins;
b) Les organisations d'aide et de soins à domicile publiques ou privées;			b) Les organisations d'aide et de soins à domicile publiques ou privées;
c) les infirmières et les infirmiers pratiquant à titre indépendant;			c) les infirmières et les infirmiers pratiquant à titre indépendant;
d) les structures intermédiaires publiques ou privées;			d) les structures intermédiaires publiques ou privées;
e) tout professionnel de la santé au sens du règlement sur les professions de la santé, du 22 août 2006, qui intervient sur prescription médicale.			e) tout professionnel de la santé au sens du règlement sur les professions de la santé, du 22 août 2006, qui intervient sur prescription médicale.
² Les organisations d'aide et de soins à domicile et les structures intermédiaires sont des institutions de santé au sens de la loi sur la santé.			² Les organisations d'aide et de soins à domicile et les structures intermédiaires sont des institutions de santé au sens de la loi sur la santé.
Art. 21 Limites de la prise en soins LAMal à domicile ¹ Les fournisseurs de prestations peuvent mettre fin aux soins fournis à domicile au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, dans les cas suivants :			Art. 21 Limites de la prise en soins LAMal à domicile ¹ Les fournisseurs de prestations peuvent mettre fin aux soins fournis à domicile au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, dans les cas suivants :
a) éléments cliniques justifiant une telle décision, d'entente avec le prescripteur des soins, ou			a) éléments cliniques justifiant une telle décision, d'entente

Amendements de l'Alternative

Art. 21 Limites de la prise en soins LAMal à domicile

al. 3 Le droit des bénéficiaires à être entendu s'impose.

<p>b) éléments en lien avec la préservation de la santé et de la sécurité des professionnels de la santé, ou</p> <p>c) décisions des assureurs-maladie s'agissant du remboursement à charge de l'assurance obligatoire des soins.</p> <p>² Les fournisseurs de prestations doivent veiller à assurer la continuité de la prise en charge avant la cessation effective de leurs prestations.</p>		<p>avec le prescripteur des soins, ou</p> <p>e) éléments en lien avec la préservation de la santé et de la sécurité des professionnels de la santé, ou</p> <p>f) décisions des assureurs-maladie s'agissant du remboursement à charge de l'assurance obligatoire des soins.</p> <p>² Les fournisseurs de prestations doivent veiller à assurer la continuité de la prise en charge avant la cessation effective de leurs prestations.</p>	<p>Art. 22 Lieux d'intervention</p> <p>Les prestations favorisant le maintien à domicile s'effectuent :</p> <p>a) en priorité au domicile des bénéficiaires;</p> <p>b) dans les services de soins ambulatoires publics et privés;</p> <p>c) dans les lieux d'accueil des organisations d'aide et de soins à domicile ou tout autre lieu approprié;</p> <p>d) dans les structures intermédiaires.</p>		<p>Art. 22 Lieux d'intervention</p> <p>Les prestations favorisant le maintien à domicile s'effectuent :</p> <p>a) en priorité au domicile des bénéficiaires;</p> <p>b) dans les services de soins ambulatoires publics et privés;</p> <p>c) dans les lieux d'accueil des organisations d'aide et de soins à domicile ou tout autre lieu approprié;</p> <p>d) dans les structures intermédiaires.</p>	<p>Chapitre II Prestations</p>	
<p>Art. 23 Organisation d'aide et de soins à domicile</p> <p>Les organisations d'aide et de soins à domicile dispensent les prestations prescrites par un médecin et prévues à l'article 7 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, à savoir :</p> <p>a) l'évaluation, les conseils et la coordination;</p>		<p>Art. 23 Organisation d'aide et de soins à domicile</p> <p>Les organisations d'aide et de soins à domicile dispensent les prestations prescrites par un médecin et prévues à l'article 7 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, à savoir :</p>	<p>Art. 23 Organisation d'aide et de soins à domicile</p> <p>Les organisations d'aide et de soins à domicile dispensent les prestations prescrites par un médecin et prévues à l'article 7 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, à savoir :</p>		<p>Art. 23 Organisation d'aide et de soins à domicile</p> <p>Les organisations d'aide et de soins à domicile dispensent les prestations prescrites par un médecin et prévues à l'article 7 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, à savoir :</p>	<p>Chapitre II Prestations</p>	
<p>Art. 23 Organisation d'aide et de soins à domicile</p> <p>Les organisations d'aide et de soins à domicile dispensent les prestations prescrites par un médecin et prévues à l'article 7 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, à savoir :</p> <p>a) l'évaluation, les conseils et la coordination;</p>		<p>Art. 23 Organisation d'aide et de soins à domicile</p> <p>Les organisations d'aide et de soins à domicile dispensent les prestations prescrites par un médecin et prévues à l'article 7 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, à savoir :</p>	<p>Art. 23 Organisation d'aide et de soins à domicile</p> <p>Les organisations d'aide et de soins à domicile dispensent les prestations prescrites par un médecin et prévues à l'article 7 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, à savoir :</p>		<p>Art. 23 Organisation d'aide et de soins à domicile</p> <p>Les organisations d'aide et de soins à domicile dispensent les prestations prescrites par un médecin et prévues à l'article 7 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, à savoir :</p>	<p>Chapitre II Prestations</p>	

<p>b) les examens et les traitements;</p> <p>c) les soins de base.</p> <p>² Elles peuvent en outre dispenser, notamment, les prestations suivantes :</p> <p>a) prestations d'ergothérapie prévues à l'article 6 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins;</p> <p>b) conseils nutritionnels prévus à l'article 9b de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins;</p> <p>c) conseils aux diabétiques prévus à l'article 9c de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins;</p> <p>d) conseils en cas d'allaitement prévus à l'article 15 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins;</p> <p>e) liaison, notamment dans le cadre des entrées, respectivement des sorties, des établissements publics médicaux ou des cliniques privées;</p> <p>f) coordination générale avec l'ensemble des intervenants autour d'une situation;</p> <p>g) aide, comprenant notamment la suppléance parentale, l'alimentation, la sécurité à domicile et le maintien du lien social;</p> <p>h) aide au ménage, incluant notamment les tâches d'économie domestique, pour autant que les besoins requis aient fait l'objet d'une évaluation;</p> <p>i) relais, notamment social, des bénéficiaires en vue de les orienter vers l'institution compétente;</p> <p>j) mesures de soutien et d'accompagnement aux proches aidants;</p> <p>k) urgences sociales qui permettent la prise en charge de personnes sur le plan de la santé et sur le plan social dans des situations de crise liées, entre autres, à la précarité, à l'exclusion, aux violences domestiques ou aux troubles du comportement. Elles sont fournies après la fermeture des services, la nuit, le week-end et les jours fériés;</p>		<p>a) l'évaluation, les conseils et la coordination;</p> <p>b) les examens et les traitements;</p> <p>c) les soins de base.</p> <p>² Elles peuvent en outre dispenser, notamment, les prestations suivantes :</p> <p>a) prestations d'ergothérapie prévues à l'article 6 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins;</p> <p>b) conseils nutritionnels prévus à l'article 9b de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins;</p> <p>c) conseils aux diabétiques prévus à l'article 9c de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins;</p> <p>d) conseils en cas d'allaitement prévus à l'article 15 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins;</p> <p>e) liaison, notamment dans le cadre des entrées, respectivement des sorties, des établissements publics médicaux ou des cliniques privées;</p> <p>f) coordination générale avec l'ensemble des intervenants autour d'une situation;</p> <p>g) aide et l'accompagnement, comprenant notamment la suppléance parentale, l'alimentation, la sécurité à domicile et le maintien du lien social;</p> <p>h) aide au ménage, incluant notamment les tâches</p>
--	--	--

<p>l) mesures de prévention et détection des fragilités en vue d'une entrée en institution.</p>			<p>d'économie domestique, pour autant que les besoins requis aient fait l'objet d'une évaluation;</p> <p>i) relais, notamment social, des bénéficiaires en vue de les orienter vers l'institution compétente;</p> <p>j) mesures de soutien et d'accompagnement aux proches aidants;</p> <p>k) urgences sociales qui permettent la prise en charge de personnes sur le plan de la santé et sur le plan social dans des situations de crise liées, entre autres, à la précarité, à l'exclusion, aux violences domestiques ou aux troubles du comportement. Elles sont fournies après la fermeture des services, la nuit, le week-end et les jours fériés;</p> <p>l) mesures de prévention et détection des fragilités en vue d'une entrée en institution.</p>
<p>Art. 24 Infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant</p> <p>Les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant dispensent les prestations prescrites par un médecin et prévues à l'article 7 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, à savoir :</p> <p>a) l'évaluation, les conseils et la coordination;</p> <p>b) les examens et les traitements;</p> <p>c) les soins de base.</p>	<p>Art 24, al. 2</p> <p>² Les infirmières et infirmiers peuvent en outre, selon leurs compétences, dispenser les prestations indiquées à l'article 23, alinéa 2 et prévues par l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins.</p>	<p>Art. 24 (nouveau) Médecins <i>tous les articles suivants sont décalés</i></p> <p>¹ Les médecins dispensent les prestations médicales prévues par la LAMal. Ils préservent la prise en charge médicale et la coordination en association avec les autres partenaires et membres.</p> <p>² Ils collaborent activement avec les organisations d'aide et de soins à domicile et les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant dans le cadre de la prise en charge des urgences domiciliaires.</p>	
<p>Art. 25 Structures intermédiaires</p> <p>¹ Les structures intermédiaires, médicalisées ou</p>			

<p>non, dispensent notamment les prestations suivantes :</p> <p>a) un accueil de jour/de nuit ou un séjour de courte durée pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou provisoire;</p> <p>b) des mesures de répit qui permettent le maintien à domicile du bénéficiaire pour soulager momentanément les proches aidants;</p> <p>c) un lieu de vie pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou durable.</p> <p>² Ces prestations peuvent être de nature socio-hôtelière, médico-sociale ou consister en animation, transport ou accompagnement.</p> <p>³ Le Conseil d'Etat fixe par règlement le catalogue des structures intermédiaires et leurs prestations.</p>	<p>Art. 25 Structures intermédiaires</p> <p>a) un accueil de jour/de nuit ou un séjour de courte durée pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou provisoire, sur le plan physique ou psychique;</p> <p>c) un lieu de vie pour des personnes en perte d'autonomie partielle et/ou durable sur le plan physique ou psychique.</p>		
<p>Art. 26 Etablissements médico-sociaux</p> <p>¹ Conformément à la loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées, du 4 décembre 2009, les établissements médico-sociaux peuvent créer des lits spécialement affectés au court séjour en unité d'accueil temporaire de répit (UATR), avec l'aval du département, pour favoriser le répit des proches aidants et dans une perspective de découverte de la vie en institution.</p> <p>² Les établissements médico-sociaux peuvent exploiter des structures intermédiaires et délivrer des prestations sociales de proximité.</p>			
<p>Art. 27 Etablissements publics médicaux</p> <p>Les établissements publics médicaux contribuent au maintien à domicile en :</p> <p>a) participant aux mesures en amont et en aval des hospitalisations afin de préparer les entrées, respectivement préparer les retours à domicile, dans les meilleures conditions possibles pour le bénéficiaire;</p> <p>b) participant aux projets favorisant le maintien à domicile;</p>			

c) organisant la prise en charge des urgences gériatriques et psychiatriques.			
Art. 28 Autres professionnels de la santé ou institutions de santé 1 D'autres professionnels de la santé ou institutions de santé peuvent également être amenés à prodiguer des prestations dans le cadre de leurs champs de compétences propres. 2 S'agissant des médecins en particulier, ils collaborent activement avec les organisations d'aide et de soins à domicile et les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant dans le cadre de la prise en charge des urgences domiciliaires.	<p>2 S'agissant des médecins en particulier, ils collaborent activement avec les organisations d'aide et de soins à domicile et les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant dans le cadre de la prise en charge des urgences domiciliaires. (supprimé)</p>		
Titre IV Financement			
Art. 29 Sources Les prestations du réseau de soins en vue du maintien à domicile sont financées par : a) les bénéficiaires; b) les assureurs-maladie; c) les indemnités et les aides financières; d) le financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie; e) les dons et les legs; f) toutes autres formes de rémunération versées par les collectivités publiques.			
Art. 30 Financement des prestations de soins à domicile 1 L'Etat peut accorder des indemnités ou des aides financières, au sens de la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005, aux membres du réseau de soins au sens de l'article 9 de la présente loi. 2 Un financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie peut être accordé par l'Etat aux organisations d'aide et de soins à domicile ainsi qu'aux infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant, membres du réseau de soins au sens de l'article 9	<p>1 Indemnité du financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, l'Etat peut accorder une subvention sous forme d'indemnité ou d'aide financière, au sens de la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005, aux membres du réseau de soins au sens de l'article 9 de la présente loi.</p> <p>2 Une subvention peut être accordée par l'Etat aux organisations d'aide et de</p>		

de la présente loi, aux conditions cumulatives supplémentaires suivantes :	soins à domicile ainsi qu'aux infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant, membres du réseau de soins au sens de l'article 9 de la présente loi, aux conditions cumulatives supplémentaires suivantes :		
a) fournir, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, sur l'ensemble du territoire cantonal, des soins à domicile reconnus comme nécessaires à la couverture des besoins du canton de Genève et en assurer la continuité et le suivi;	a) fournir, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, sur l'ensemble du territoire cantonal, des soins à domicile reconnus comme nécessaires à la couverture des besoins du canton de Genève et en assurer la continuité et le suivi;	a) participer à la coordination permettant de fournir, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, sur l'ensemble du territoire cantonal, des soins à domicile reconnus comme nécessaires à la couverture des besoins du canton de Genève et en assurer la continuité et le suivi;	
b) prendre en charge, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, les besoins en soins urgents et les nouvelles demandes et en assurer la continuité;	b) prendre en charge, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, les besoins en soins urgents et les nouvelles demandes et en assurer la continuité;	b) participer à la coordination permettant de prendre en charge, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, les besoins en soins urgents et les nouvelles demandes et en assurer la continuité ;	
c) garantir au sein de l'organisation, respectivement par une relève entre infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant, la prise en charge et le suivi des soins infirmiers prescrits, y compris en cas d'absence planifiée ou imprévue;	c) garantir au sein de l'organisation, respectivement par une relève entre infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant, la prise en charge et le suivi des soins infirmiers prescrits, y compris en cas d'absence planifiée ou imprévue.	Amendement Alternatif Nouveaux d) Respecter le cadre de réglementation répondant à des conditions garantissant la protection des salarié.e.s et respecter les dispositions de droit public ou de la convention collective de travail du secteur ; sont réservées les dispositions applicables aux infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant, les associations au service de la personne âgée, des aîné.e.s et des proches aidant.	
d) fournir les informations comptables nécessaires afin de permettre au Conseil d'Etat de fixer le coût résiduel propre à chaque organisation d'aide et de soins à domicile; les états financiers doivent notamment être certifiés et présenter avec clarté tous les éléments de charges et de produits en lien avec la prestation financée et exclure toute charge qui ne serait pas constitutive du coût des soins, lorsqu'exigé par l'Etat, au moyen d'une comptabilité analytique d'exploitation;	3 Le versement de la subvention fait l'objet d'une décision du département sujette à recours auprès de la chambre administrative de la Cour de justice, la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985, étant applicable pour le surplus.		
e) se conformer aux modalités et processus de facturation prévus par le département pour le financement résiduel du coût des soins.	4 Les subventions éventuelles aux établissements concernés par la loi sur l'intégration des personnes handicapées, du 6 mai 2003, découlent de ladite loi.		
3 La contribution de l'Etat au financement résiduel fait l'objet d'une décision du département sujette à recours auprès de la chambre administrative de la Cour de justice, la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985, étant applicable pour le surplus.			
Art. 31 Financement de projets du réseau de soins			
1 Conformément aux principes prévus dans la charte de collaboration, l'Etat peut financer des projets favorisant l'efficacité, la qualité du			

réseau de soins et la coordination des prestations, ainsi que des projets pilotes relatifs aux programmes cantonaux, notamment de prévention et de promotion de la santé. ² Le financement s'opère conformément à la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005, subsidiairement aux autres sources de financement, telles que dons et legs.			
Titre V Dispositions finales et transitoires			
Art. 32 Dispositions d'application Le Conseil d'Etat édicte les dispositions d'application de la présente loi.			
Art. 33 Clause abrogatoire La loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du 26 juin 2008, est abrogée.			
Art. 34 Entrée en vigueur Le Conseil d'Etat fixe la date d'entrée en vigueur de la présente loi.			
Art. 35 Dispositions transitoires ¹ Les organisations d'aide et de soins à domicile ainsi que les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant qui perçoivent, au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi, un montant au titre d'indemnité ou d'aide financière au sens de la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005, doivent se mettre en conformité avec les conditions prévues à l'article 30, alinéa 1, de la présente loi dans les 6 mois suivant son entrée en vigueur. ² Les organisations d'aide et de soins à domicile ainsi que les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant qui perçoivent, au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi, un montant au titre du financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, doivent se mettre en conformité avec les conditions prévues à l'article 30, alinéa 2, de la présente loi dans les 6 mois suivant son entrée en vigueur.	Art. 35 Dispositions transitoires ¹ Les organisations d'aide et de soins à domicile ainsi que les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant qui perçoivent, au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi, un montant au titre d'indemnité ou d'aide financière au sens de la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005, doivent se mettre en conformité avec les conditions prévues à l'article 30, alinéa 1, de la présente loi dans les 6 mois suivant son entrée en vigueur. ² Les organisations d'aide et de soins à domicile ainsi que les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant qui perçoivent, au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi, un montant au titre du financement résiduel au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, doivent se mettre en conformité avec les conditions prévues à l'article 30, alinéa 2, de la présente loi dans les 6 mois suivant son entrée en vigueur.		

	en conformité avec les conditions prévues à l'article 30, alinéa 2, de la présente loi dans les 6 mois suivant son entrée en vigueur.		
<p>Art. 36 Modifications à d'autres lois</p> <p>¹La loi sur la répartition des tâches entre les communes et le canton (1^{er} train), du 18 mars 2016 (A 2 05), est modifiée comme suit :</p> <p>Art. 5, al. 1 (nouvelle teneur)</p> <p>¹L'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) est titulaire des baux à loyer ou des droits réels ou personnels sur les locaux nécessaires à l'exercice des tâches qui lui sont attribuées.</p> <p>***</p>	<p>Art. 35 Modifications à d'autres lois</p>		
<p>²La loi sur l'organisation des institutions de droit public, du 22 septembre 2017 (A 2 24), est modifiée comme suit :</p>			
<p>Art. 3, al. 1, lettre f (nouvelle teneur)</p> <p>¹La présente loi s'applique aux institutions suivantes :</p> <p>f) l'Institution genevoise de maintien à domicile;</p> <p>***</p>			
<p>³La loi portant règlement du Grand Conseil, du 13 septembre 1985 (B 1 01), est modifiée comme suit :</p> <p>Art. 200A, al. 2, lettre c (nouvelle teneur)</p> <p>² Cette commission examine les objets que le Grand Conseil décide de lui renvoyer touchant notamment la santé publique en général, y inclus :</p> <p>b) le maintien à domicile, au sens de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... <i>(à compléter)</i>.</p> <p>***</p>			
<p>⁴La loi générale relative au personnel de l'administration cantonale, du pouvoir judiciaire</p>			

et des établissements publics médicaux, du 4 décembre 1997 (B 5 05), est modifiée comme suit :			
Art. 1, al. 1, lettre g (nouveau teneur) ¹ La présente loi s'applique : g) au personnel de l'Institution genevoise de maintien à domicile. ***			
⁵ La loi de procédure fiscale, du 4 octobre 2001 (D 3 17), est modifiée comme suit : Art. 12, al. 1, phrase introductive (substitution de termes) Les termes « de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du 26 juin 2008 » sont remplacés par « de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (à compléter) ».			
Art. 12, al. 1, lettre u (nouveau teneur) u) au personnel de l'institution compétente chargée de l'orientation des bénéficiaires au sens de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (à compléter); ***			
⁶ La loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées, du 4 décembre 2009 (J 7 20), est modifiée comme suit :			
Chapitre IIIA Structures intermédiaires (nouveau)			
Art. 35A Unités d'accueil temporaire de répit (UATR) (nouveau) ¹ Les établissements sont autorisés à exploiter en leurs murs des lits d'unités d'accueil temporaire de répit pour autant que le nombre de lits de long séjour ne soit pas modifié. ² Les prestations et les critères d'admission doivent correspondre aux exigences définies par le règlement d'application de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du			

<p>maintien à domicile, du ... <i>(à compléter)</i>.</p>			
<p>Art. 35B Immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA) (nouveau)</p> <p>¹ Les établissements peuvent être autorisés à exploiter des immeubles avec encadrement pour personnes âgées.</p> <p>² Le Conseil d'Etat définit par voie réglementaire les prestations, critères d'attribution de logements et autorisation d'exploiter.</p>			
<p>Art. 35C Financement (nouveau)</p> <p>¹ L'établissement autorisé à exploiter des lits d'unités d'accueil temporaire de répit ou un immeuble avec encadrement pour personnes âgées peut bénéficier d'une subvention à l'exploitation régie par la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005.</p> <p>² L'article 31 de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... <i>(à compléter)</i>, est applicable pour le surplus.</p> <p>³ Les états financiers doivent présenter avec clarté et distinctement tous les éléments de charges et de produits des structures financées, lorsqu'exigé par l'Etat, au moyen d'une comptabilité analytique d'exploitation.</p> <p>⁴ La surveillance de l'exploitant est assurée par le département selon le règlement sur les institutions de santé, du 22 août 2006. * * *</p>			
<p>⁷ La loi sur la santé, du 7 avril 2006 (K 1 03), est modifiée comme suit :</p> <p>Art. 13A Réseau de soins (nouveau)</p> <p>Un réseau de soins est créé dont les conditions de fonctionnement sont prévues dans la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... <i>(à compléter)</i>. * * *</p>			
<p>⁸ La loi sur l'institution de maintien, d'aide et de soins à domicile, du 18 mars 2011 (K 1 07), est</p>			

modifiée comme suit :			
Intitulé de la loi (nouveau teneur) Loi sur l'Institution genevoise de maintien à domicile			
Art. 1, al. 1 et 3 (nouveau teneur) ¹ Sous la dénomination « Institution genevoise de maintien à domicile » (ci-après : l'institution), il est créé un établissement de droit public autonome, doté de la personnalité juridique et régi par les dispositions de la présente loi. ³ Elle fait partie du réseau de soins, tel qu'institué par la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (<i>à compléter</i>).			
Art. 2 Siège (nouveau teneur avec modification de la note) L'institution a son siège dans le canton de Genève et est inscrite au registre du commerce du même canton.			
Art. 29 (abrogé)			
Art. 31 (nouveau teneur) La communication des données entre l'institution et les partenaires publics et/ou privés du réseau de soins est régie par la législation fédérale, la législation cantonale sur la protection des données personnelles, ainsi que par les dispositions spéciales de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du ... (<i>à compléter</i>).			



Courrier recommandé
Monsieur Bertrand Buchs
Président de la Commission santé du
Grand Conseil
Place Grenus 7
1201 Genève

N.Réf : KS/mm

Genève, le 2 mai 2019

Prise de position du syndicat SIT relative au PL 12263

- **Le syndicat SIT a pris connaissance du projet de loi et estime insuffisant le cadre des conditions de travail prévu aux articles 9 et 30 du projet de loi 12263 sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile (LORSDom) (K 1 04)**

Dans le cadre des travaux de la commission santé du Grand Conseil de Genève, relatif au projet de loi PL12263, nous souhaitons vous transmettre notre prise de position et notre vive inquiétude. En effet, l'organisation du réseau de soins prévue par ce projet péjorerait directement les conditions de travail applicables dans le secteur de la santé.

A propos des membres du réseau de soins, article 9:

Afin de palier à tous risques de sous-enchère salariale dans le domaine des soins à domicile, les conditions permettant aux partenaires de devenir membre du réseau de soins doivent être plus strictes. La lettre d) article 9 ne garantit pas une protection optimale des salarié.es. Pour la rémunération du personnel du réseau de soins, nous préconisons l'application de l'échelle de traitement du personnel de l'Etat. Nous souhaitons l'application de conventions collectives de travail pour les secteurs concernés, afin d'encadrer et de garantir les conditions de travail des salarié.es; à l'exception des infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant, des associations au service de la personne âgée, des aîné.es et des proches aidant.es. Ceci doit constituer une condition pour devenir membre du réseau de soins relatif à la lettre d) de l'article 9.

A propos du financement des prestations de soins à domicile, article 30:

Les besoins de la population genevoise en termes de santé vont en s'accroissant. Dans ce cadre, l'Etat accorde un financement résiduel aux prestataires du réseau de soins. Ce financement ne peut profiter à des partenaires pratiquant de la sous-enchère salariale. C'est pourquoi, ces indemnités et aides financières doivent s'inscrire dans un cadre de réglementation répondant à des conditions garantissant la protection des salarié.es. En l'état, l'article 30 ne permet pas de garantir cette protection. Le financement résiduel de l'Etat, au sens de l'alinéa 1 et 2 de l'article 30, doit être conditionné au respect des dispositions de droit public ou de la convention collective de travail du secteur; sont réservés, une nouvelle fois, les dispositions applicables aux infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant, les associations au service de la personne âgée, des aîné.es et des proches aidants.

En l'état, le projet de loi LORSDom ne garantit pas une protection des conditions de travail des salarié.es. La nouvelle organisation du réseau de soins comme présentée dans le PL12263 pose le risque d'une dérégulation du secteur et des dangers en découlant. Afin de pallier à cette problématique, il est plus que jamais nécessaire d'encadrer ce domaine par des conventions collectives de travail respectant l'échelle de traitement du personnel de l'Etat, et, régissant tous les autres aspects des conditions de travail. Ce n'est que dans ce cadre que nous éviterons les risques accrus de sous-enchère salariale, tout en garantissant des soins à la population efficaces et de qualité.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à la présente prise de position, recevez, Monsieur le Président, nos salutations les meilleures.

Pour le SIT,



Kevin Sanchez
Secrétaire syndical

Copie à : Tous les membres de la commission santé
Madame Roberta Piccoli, secrétaire de commissions

Proposition d'amendement du PLR du 24.05.2019

Art. 24 (nouveau) Médecins *tous les articles suivants sont décalés*

¹ Les médecins dispensent les prestations médicales prévues par la LAMal. Ils se coordonnent entre eux afin d'assurer la continuité de la responsabilité médicale et de la prise en charge de leurs patients. Ils prescrivent sans délai, non seulement les investigations et les traitements requis mais aussi les actes délégués aux autres professionnels. Ils effectuent le suivi et la réévaluation de leurs prescriptions.

² Ils collaborent activement avec les organisations d'aide et de soins à domicile et les infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant dans le cadre de la prise en charge des urgences domiciliaires.