

*Date de dépôt : 10 janvier 2022*

## **Rapport**

**de la commission de l'enseignement, de l'éducation, de la culture et du sport chargée d'étudier le projet de loi de M<sup>mes</sup> et MM. Pierre Nicollier, Véronique Kämpfen, Murat-Julian Alder, Céline Zuber-Roy, Pierre Conne, Alexis Barbey, Jacques Apothéloz, Helena Rigotti, Cyril Aellen, Fabienne Monbaron modifiant la loi sur l'enfance et la jeunesse (LEJ) (J 6 01) (Pour en finir avec les hospitalisations sociales des enfants)**

### **Rapport de M<sup>me</sup> Diane Barbier-Mueller**

Mesdames et  
Messieurs les députés,

La commission de l'enseignement a traité le projet de loi (*ci-après PL*) 12902 lors de ses séances du 6 octobre et des 3 et 10 novembre 2021.

Elle a siégé sous la présidence de M. Olivier Baud.

Les travaux ont été suivis, en tout ou partie, par M<sup>me</sup> Anne Emery-Torracinta, conseillère d'Etat chargée du département de l'instruction publique (*ci-après DIP*), et M<sup>me</sup> Daniela Di Mare Appéré, directrice générale de l'office de l'enfance et de la jeunesse.

Les procès-verbaux ont été tenus avec diligence et exactitude par M<sup>me</sup> Elise Cairus.

Que tous soient ici remerciés de leur contribution au bon traitement de ce projet de loi.

Le but recherché par ce PL est d'abandonner les placements des enfants en difficulté dans des hôpitaux, au profit du renforcement des deux solutions alternatives : le foyer et la famille d'accueil.

## **Présentation du projet de loi 12902 par son auteur, M. Pierre Nicollier (3 octobre 2021)**

M. Nicollier établit un point historique de la situation. En 1997, la Suisse signe une convention relative aux droits de l'enfant selon laquelle les enfants peuvent être placés en famille d'accueil ou dans des établissements adaptés. En 2016, la Cour des comptes rend un rapport qui préconise d'augmenter les places en foyers d'urgence. Le Grand Conseil a voté en 2017 pour que les hospitalisations sociales cessent. Entre 2010 et 2017, le nombre de familles d'accueil a augmenté et de nouvelles structures d'urgence ont ouvert pour les enfants. On voit qu'entre 2017 et 2019 le nombre d'enfants hospitalisés pour situations d'urgence est resté stable, environ cent par année. En mars 2021, la *Tribune de Genève* mentionne l'existence de la situation des hospitalisations sociales. On ne dispose pas encore des chiffres actuels. La pandémie des 18 derniers mois a accru les tensions sociales dans le canton. La situation ne s'est pas améliorée durant les derniers mois. L'hôpital n'est pas un lieu adapté pour ces enfants. La charge est chronophage pour le personnel soignant et l'absence de contacts sociaux est nuisible pour ces jeunes. Il y a une décision de la Confédération d'éviter ces situations, pourtant elles augmentent toujours. L'objectif de ce projet de loi est un geste fort pour interdire ces hospitalisations sociales en introduisant cet état de fait dans la loi. Il y aura malheureusement toujours des cas de figure où cela restera la seule possibilité, mais il s'agira de tout mettre en œuvre pour résorber cela. L'objectif n'est pas de faire des économies mais de contrôler les coûts et de mettre en place une structure adaptée pour les enfants. Idéalement, le but est de ne plus devoir avoir recours à l'hospitalisation sociale.

En réponse à une députée PDC, M. Nicollier explique que trois options sont aujourd'hui possibles : l'hôpital, le foyer ou la famille d'accueil. Avec ce projet de loi, il aspire à supprimer la première option au profit du renforcement des deux autres.

Une députée S aimerait connaître les motivations de l'auteur, en sachant que la motion de la commission de contrôle de gestion n'a pas permis de résoudre ce même problème constaté, faute de familles d'accueil. Le premier signataire estime qu'un projet de loi est plus contraignant et que la situation stagnante doit être améliorée.

M<sup>me</sup> Anne Emery-Torracinta remet à l'intention de la commission un document (annexe), présentant les causes de ces situations de placement d'urgence à l'hôpital. Elle explique qu'il peut s'agir de cas divers, tels que l'hospitalisation d'une mère célibataire dont l'enfant doit être pris en charge durant ce temps, d'un placement urgent (nuit, week-end...) où l'on ne peut pas laisser l'enfant chez lui pour le protéger, de suites médicales où l'on

découvrir qu'il y a un problème social ou éducatif et l'on ne veut pas renvoyer l'enfant chez lui, d'une naissance aux HUG où l'on découvre une famille en extrême fragilité et l'on constate qu'il n'est pas approprié de renvoyer la maman et le bébé à la maison.

**La durée de ces hospitalisations est en moyenne de 24 jours pour les cas urgents et de 21 jours pour des naissances aux HUG.** On constate une baisse de 32% entre l'année dernière et cette année. L'hôpital n'est pas un lieu de vie mais peut être un lieu transitoire. Depuis 2017, les cas ont beaucoup baissé même si le chiffre n'est pas nul. Le département est conscient du problème et collabore bien avec l'hôpital. La convention sur le financement a été revue. Il faut une palette de propositions. Actuellement, il en existe quelques-unes : l'AEMO est l'éducation ambulatoire au domicile des familles, le but étant de trouver des solutions avec les familles. On veut considérer le parent comme adulte responsable capable de s'occuper de son enfant. Parfois, cela se fait en situation de crise. Il existe l'AEMO Petite Enfance depuis 2016 pour les 0-2 ans, favorisant le retour à domicile après un placement. En deuxième lieu, il existe les foyers d'urgence pour des placements rapides de mineurs. Il y en a actuellement six à Genève comprenant 63 places. Il y a également des familles d'accueil de dépannage et de transition pour trois mois maximum. Quand c'est possible, les autorités essaient plutôt de mettre les enfants en famille d'accueil qu'en foyer. Il existe la Maison OBB qui accueille des enfants de 0-2 ans avec leur famille, souvent des mères seules qui participent aux activités. L'idée est d'encadrer la mère pour un retour à domicile. Le financement est à moitié pris en charge par l'Etat et l'autre moitié par une fondation privée à Genève. Ensuite, l'Unité mobile HUG intervient auprès des préadolescents. Le nombre d'hospitalisations sociales a été largement diminué, même si les efforts doivent continuer. L'objectif de 0 est difficilement atteignable, mais cela sous-entend garder des places vides dans les foyers pour parer aux urgences. Les perspectives sont les suivantes : pour les 0-2 ans, le département va lancer en 2022 une structure parents-enfants de 15 places, notamment pour les mères fragilisées qui ont besoin d'un accompagnement adéquat. Les placements sur le plus long terme seront à éviter. La Maison OBB était financée jusque-là par une fondation privée qui va cesser son soutien, le relais sera donc effectué par l'Etat. Pour les 5-12 ans, des familles d'accueil d'urgence de transition sont privilégiées, avec une couverture territoriale pour pouvoir garder le même réseau scolaire. Il y a aussi des situations difficiles pour des adolescents et des fratries, donc les autorités recherchent des familles d'accueil spécialisées dans ces problématiques. L'équipe mobile HUG sera renforcée, ainsi que l'AEMO de crise avec des équipes

pluridisciplinaires. Il y aura aussi la création au sein du SPMi d'une section d'AEMO pour une prise en charge des situations plus complexes qui nécessitent un accompagnement spécifique. Le coût des hospitalisations sociales se situe sur la même ligne que les MNA.

M<sup>me</sup> Di Mare Appéré complète ces propos en expliquant que les HUG souhaitent également, depuis 2017, cesser ces hospitalisations sociales et que le département est en contact avec de nombreux médecins pour cette problématique. M<sup>me</sup> Di Mare Appéré reprend les chiffres : les enfants hospitalisés pour raisons sociales entre juillet et septembre 2021 aux HUG se montent à une dizaine, tous représentent des situations aiguës d'urgence pour lesquelles il n'y a pas eu de solution immédiate. La durée de placement a été d'environ trois semaines.

Il y a actuellement à Genève 204 familles d'accueil pour 240 enfants devant être placés. La campagne romande est en cours. On peut trouver un test de critères afin de déterminer si une famille peut être éligible à devenir famille d'accueil. Toute personne majeure, même célibataire, peut devenir famille d'accueil. Il faut avoir suffisamment d'espace chez soi et que l'un des membres du couple, le cas échéant, ne travaille pas à plus de 60%. Ces critères sont peu restrictifs. Le défraiement se monte à 2000 francs par mois. Une formation à hauteur de 40 heures est dispensée et requise.

En réponse à une députée PLR, M<sup>me</sup> Emery-Torracinta explique qu'il existe des foyers en main de privés et qui sont subventionnés. Concernant les équivalents temps plein (ci-après ETP) de l'AEMO, il y en a actuellement 7,8 prévus au PB22, mais certaines situations doivent relever du SPMi. Le chiffre global du budget s'échelonne sur plusieurs années, une part sur 2022, puis sur 2023. Le coût en foyer est moins cher qu'une hospitalisation. L'augmentation d'hospitalisations sociales était due au manque de places en foyer alors que la population augmentait.

Une députée PDC demande si quelque chose a été entrepris au sein de l'Etat concernant le recrutement de familles d'accueil. M<sup>me</sup> Di Mare Appéré évoque un congé parental identique à l'adoption pour les familles qui accueillent des enfants de moins de 8 ans.

Une députée S interroge sur la durée de la procédure pour accepter une famille d'accueil après dépôt du dossier. Ce à quoi M<sup>me</sup> Di Mare Appéré explique qu'elle est assez rapide, à raison de quelques semaines. Il y a tout un processus en place, avec des séances d'information, qui conduisent à une réduction d'un tiers des inscrits à l'issue des séances et quelques autres dans un deuxième temps. Reste alors à trouver un enfant qui s'intégrera dans la famille d'accueil. Le lien avec la famille biologique est maintenu.

Un député PDC souhaiterait savoir ce que l'adoption de ce PL pourrait changer pour le département, ce que la conseillère d'Etat répond ignorer. Par ailleurs, il questionne sur le nombre de places manquantes à Genève. M<sup>me</sup> Di Mare Appéré explique qu'il faut différencier les prises en charge en fonction de l'âge des enfants. Les premières semaines/mois de vie sont particulières, car peu de foyers sont dévolus à un âge si précoce (15 places de cette nature). Le foyer n'est pas idéal non plus pour les adolescents ayant des troubles mentaux divers ou des réactions agressives. Donc l'enjeu est axé sur l'adéquation de la place en regard de la situation de l'enfant.

Une députée PLR aimerait connaître l'application de ce PL s'il entrait en vigueur le lendemain. M<sup>me</sup> Di Mare Appéré estime qu'il faudrait alors tabler sur le terme « en principe », car le département serait en incapacité de mettre en œuvre le projet de loi. L'hôpital est souvent le seul lieu alternatif en cas d'urgence pour des mères avec de très jeunes enfants. M<sup>me</sup> Emery-Torracinta complète que les hospitalisations de courte durée ne posent pas de problème.

Un député EAG demande si les enfants de 0 à 2 ans naissant aux HUG restent à la maternité ou s'ils sont placés dans des structures spécialement dédiées. Ce que M<sup>me</sup> Di Mare Appéré confirme. Elle explique que cette situation n'est pas idéale, car d'un point de vue somatique, si ces enfants vont bien, il n'y a pas de personnel qui leur est dévoué. Donc, la prévention est essentielle. Le professeur Gervaix s'investit beaucoup dans le déploiement de maisons pour enfants et adolescents et développe un projet de prévention et de repérage en amont, en périnatalité avec des obstétriciens pour accompagner la famille au moment de la naissance de l'enfant.

Une députée S pose la question de la mise à disposition de bâtiments aux alentours des HUG, pour y placer ces enfants avec leur mère, comme solution alternative, puisqu'il ne faut pas éloigner ces enfants de la maternité en cas de problème. La conseillère d'Etat répond qu'il faut pour cela trouver un lieu et le financer, ce qui prend du temps.

Une députée PLR propose d'auditionner la docteure Mirabaud pour obtenir un témoignage du terrain. Le président met au vote cette proposition, qui est acceptée par 10 oui (4 PLR, 2 S, 2 Ve, 1 EAG, 1 UDC) contre 0 non et 5 abstentions (2 PDC, 2 MCG, 1 S).

### **Audition de la docteure Madeleine Mirabaud, médecin aux HUG (3 novembre 2021)**

D<sup>re</sup> Mirabaud annonce d'emblée être opposée aux hospitalisations sociales, car un hôpital n'est pas un lieu adapté pour des enfants en bonne santé. Il y a eu un pic d'hospitalisations sociales en 2017. Puis on a assisté à

une diminution du nombre d'enfants placés en hôpital. La situation n'est pas satisfaisante. Mais il n'y a pas toujours de solution extérieure à l'hôpital. Il y a des contextes où des enfants ne sortent pas de l'hôpital, car il n'y a pas de structure adaptée pour eux en dehors.

Une députée PLR souhaiterait connaître les chiffres annuels de ces hospitalisations. D<sup>re</sup> Mirabaud relate les chiffres suivants : 2015 : 77 enfants, 2016 : 109 enfants, 2017 : plus de 140 enfants, 2018 : 105 enfants, 2019 : 100 enfants, 2020 : 68 enfants, 2021 : 45 enfants. Il y a eu un pic en 2017, la situation a été catastrophique et il y a eu jusqu'à 19 enfants hospitalisés en même temps. Cette année, il est arrivé qu'il n'y en ait pas du tout. Ils sont répartis en fonction de leur âge dans l'hôpital des enfants. Cela met en difficulté le fonctionnement des services, qui sont organisés pour des soins pour enfants présentant des problèmes de santé, qui sont là avec leurs parents. Dans le cas des hospitalisations sociales, les parents ne sont pas là.

Cette même députée PLR aimerait connaître la ou les structures les mieux adaptées pour répondre à ces besoins. D<sup>re</sup> Mirabaud explique que chaque enfant représente un cas particulier. Certains devraient aller en foyer, d'autres ont besoin d'un éducateur à domicile avec les familles pour permettre un retour de l'enfant à la maison. Il reste toujours des enfants pour lesquels on n'a pas de solution, ceux qui ont des TSA, des troubles psychologiques qui ne nécessitent pas forcément une hospitalisation en milieu psychiatrique. A un moment, cela concernait beaucoup de bébés, donc on a réfléchi, car à l'hôpital l'état de ces bébés se péjorait. On a réussi à redresser la situation. Beaucoup de parents rencontrent eux-mêmes des pathologies psychiatriques. Il peut être dangereux que des enfants passent la nuit avec eux et donc il y a un besoin de structures pour la nuit.

La pandémie a freiné les hospitalisations, puisque le SPMi a été moins actif durant cette période. Le nombre d'enfants concernés diminue et se situe en 2021 à 45 enfants. Cette diminution peut s'expliquer par l'augmentation des structures et par une prise en charge différente.

Une députée PDC demande des précisions sur les profils des enfants concernés par les hospitalisations sociales et s'interroge sur le fait que le SPMi ait été moins actif durant la pandémie, afin de savoir si c'était dû à une diminution des crises ou à une diminution des détections car les écoles étaient fermées. D<sup>re</sup> Mirabaud répond qu'on ne connaît pas l'impact du confinement sur les violences familiales. Les profils concernés par les hospitalisations sociales sont différents selon les âges. Il y a des bébés qui naissent à la maternité et ce sont les sages-femmes qui constatent que les mamans n'arrivent pas à s'en occuper. Elles les signalent au SPMi ou au Tribunal de protection des mineurs. Il y a des bébés qui arrivent à l'hôpital pour des

problèmes somatiques et on découvre des problèmes familiaux par ce biais. Et cela se transforme en hospitalisation sociale. D'autres enfants sont amenés à l'hôpital pour mise à l'abri car les foyers sont pleins. Concernant les troubles psychologiques, le TSA, les structures n'ont pas toujours de place, et les parents n'arrivent plus à faire face...

Un député EAG aimerait savoir dans quelle mesure l'hôpital peut influencer sur cette diminution des hospitalisations sociales. D<sup>re</sup> Mirabaud explique que les HUG travaillent beaucoup avec le SPMi pour anticiper au maximum les situations. Le but est de prendre des mesures le plus tôt possible. Il y a un travail effectué en prénatal, car des mamans sont suivies pour des grossesses à risque. Mais on n'a pas connaissance de toutes les grossesses en cours car les mamans arrivent parfois juste pour l'accouchement. Tout cela a un coût malgré la convention entre les HUG et l'office de la jeunesse. On a toujours essayé d'agir sur ces tarifs parce que ces hospitalisations sociales ne sont pas une bonne chose, mais les solutions ne se trouvent pas du jour au lendemain.

Un député PLR estime bénéfique de juger insatisfaisante cette solution pour forcer l'Etat à trouver d'autres mesures. D<sup>re</sup> Mirabaud répond que c'est bien le cas en théorie, mais que la pratique est régie par la peur de mettre en danger des enfants et que l'hospitalisation sociale apparaît comme la seule solution. Un autre problème important est soulevé, celui de la facturation et de la prise en charge – ou non – par l'assurance-maladie.

Un député EAG relève la Maison OBB comme structure alternative pour les bébés ayant certains besoins. D<sup>re</sup> Mirabaud explique que des unités de développement existent pour évaluer les compétences parentales, mais les parents ne sont pas dans la vraie vie, car les biberons arrivent tout prêts par exemple, et il faut pouvoir suivre ces compétences parentales. Soit l'enfant ne rentre pas à la maison et va en foyer, soit l'enfant a la chance d'être avec son parent, soit la situation est résolue et il rentre à la maison. Pour les plus grands, il y a l'AEMO.

En réponse à un député UDC, D<sup>re</sup> Mirabaud explique que l'accompagnement éducatif dans la structure OBB n'est prévu qu'en journée (partant du principe que la maman et le bébé rentrent le soir), et que cette structure dispose de 8 places.

Suite à l'interrogation d'un député PDC, D<sup>re</sup> Mirabaud indique qu'il manque des places dans des foyers adaptés à des difficultés de développement psychologique. Les foyers socio-éducatifs habituels ne veulent pas recevoir ces enfants, car ce ne sont pas de bonnes solutions d'accueil pour eux. D<sup>re</sup> Mirabaud n'a pas d'idées précises quant à la forme de ces familles (monoparentales, avec plusieurs enfants...).

En conclusion, D<sup>re</sup> Mirabaud réitère sa position, partagée par d'autres, opposée aux hospitalisations sociales. Il convient de réfléchir aux moyens d'améliorer le dispositif pour mettre en place l'aide dont ces enfants ont besoin et d'accompagner les parents le mieux possible.

*Suite à cette audition, une discussion interne s'ouvre entre les membres de la commission et la conseillère d'Etat chargée du DIP.*

M<sup>me</sup> Emery-Torracinta explique qu'il n'y a pas d'antagonisme entre les HUG et le DIP sur ces questions. Lors de la fermeture des écoles au printemps 2020, le département a dû renvoyer des enfants à l'école car leurs parents étaient trop maltraitants, avec un risque accru d'explosion à la maison. Certaines situations peinent à trouver une solution adéquate. C'est par exemple le cas pour les adolescents ayant des troubles psychiques. L'évolution sociétale ne va pas dans le bon sens. On se dirige vers une augmentation démographique et des situations de plus en plus complexes. Il y a un avantage à y mettre des moyens. Il y a des projets prévus au budget 2022 avec des conséquences en 2023, une structure parents-enfants de 15 places devrait ouvrir courant 2022, les 8 places de la structure OBB sont inscrites au budget. Il faut que l'Etat pallie le départ de la fondation privée, qui va cesser son soutien, et finance 4 de ces places. Cela demande un suivi accru des dossiers et l'augmentation régulière des places. Il y a un risque réel de mise en danger de l'enfant si on refuse les hospitalisations sociales. Dans le cas des incarcérations, il y a l'exemple de 2 parents arrêtés et 5 enfants pour qui il a fallu trouver une solution d'urgence... Il faudrait augmenter les places d'urgences dans les foyers, mais cela a un coût car ce sont des lits froids.

Un député PLR résume ces propos en affirmant que toutes les parties ont le même objectif. Il comprend qu'il faut avoir plus de flexibilité. **Il a donc un projet d'amendement.** Il y a deux options : soit on laisse les choses en l'état, malgré une situation qui se tend, soit on inscrit quand même quelque chose dans la loi, mais qui assure la liberté de prendre une décision dans l'intérêt de l'enfant. **L'al. 2 serait nouveau et indiquerait qu'on veut minimiser ces situations. Le but serait de permettre d'avoir des places de meilleure qualité dans des foyers.**

Une députée S n'est pas favorable à un projet de « bonne intention » et préconiserait plutôt une motion de commission demandant à l'Etat de chercher un site pour un nouveau bâtiment, de voir si un bâtiment peut être réaffecté, ou de se tourner vers des privés pour proposer plus de solutions comme alternatives à ces hospitalisations sociales. Ce à quoi M<sup>me</sup> Emery-Torracinta répond que ce n'est pas un problème de locaux, mais de moyens, car ce sont les postes qui coûtent le plus. Il est nécessaire d'avoir un plan



d'action, et ne pas considérer les hospitalisations sociales comme totalement négatives, si c'est pour une courte durée. Ce sont les hospitalisations de longues durées qui sont critiquables, car la structure n'est pas adaptée. Pour toutes ces situations, il y a une plateforme de placement où on recense les besoins. Il y a un foyer thérapeutique pour adolescents. Il faudrait encore ajouter un foyer semi-fermé pour ceux qui pourraient être dangereux.

Un député PLR revient sur cette plateforme et demande s'il existe une dimension de dépannage d'urgence, où les privés pourraient s'annoncer en cas de besoin. M<sup>me</sup> Emery-Torracinta répond que c'est davantage destiné aux enfants scolarisés afin qu'ils restent dans leur quartier pour éviter de changer d'école.

Une députée PLR souligne que le projet de loi a le mérite de rassembler les partis sur le fait que les hospitalisations sociales des enfants ne sont pas une solution heureuse. Elle soutient la proposition d'amendement : il faut prioriser les autres types de structures mieux adaptées que l'hôpital, et ce serait un signal politique fort. Le but n'est pas de mettre en danger la vie des enfants. Elle invite les commissaires à soutenir cet amendement. M<sup>me</sup> Emery-Torracinta et un député MCG indique que, si les enfants restent à l'hôpital, c'est faute de solution alternative.

Un député PLR et une députée PDC estiment que l'article inscrit dans la loi permettrait de s'assurer que l'Etat fait son maximum pour trouver des solutions alternatives. M<sup>me</sup> Emery-Torracinta pense qu'il faut pour cela voter les budgets proposés en conséquence. Deux députés PLR s'interrogent alors sur les garanties que le budget voté soit bien alloué à ces structures.

## Vote

### *1<sup>er</sup> débat :*

Le président met aux voix l'entrée en matière du PL 12902 :

Oui : 8 (1 UDC, 4 PLR, 2 PDC, 1 EAG)

Non : 7 (3 S, 2 Ve, 2 MCG)

Abstentions : –

*L'entrée en matière est acceptée.*

## Conclusion des travaux en commission (10 novembre 2021)

Le président a reçu deux demandes d'amendements, un premier du premier signataire et un deuxième d'une députée Ve. Le premier amendement demande la modification suivante : « Les hospitalisations sociales d'enfants sont interdites, à l'exception des situations pour lesquelles

aucune alternative ne permet de garantir la sécurité physique et/ou affective des enfants concernés. » La deuxième demande d'amendement est libellée comme suit : « Les hospitalisations sociales d'enfants ne doivent être permises qu'en dernier recours et si aucune alternative n'a pu être trouvée. » La députée Ve à l'origine du 2<sup>e</sup> amendement mentionne le fait que, si on interdit totalement les hospitalisations sociales, cela peut mettre en danger des enfants. Il faut garder à l'esprit que cela n'est pas une solution. Il faut laisser la possibilité de reconnaître la réalité du terrain.

Un député EAG se demande si l'inscrire dans une loi ne va pas créer une normalisation des hospitalisations sociales et depuis quand cette pratique existe. En réponse, M<sup>me</sup> Di Mare Appéré confie ne pas savoir si c'est le recensement qui fait l'apparition du phénomène, ou s'il y a une émergence du phénomène qui fait qu'on l'observe et qu'on le suit. On relève l'existence des hospitalisations sociales depuis 2014 et elles sont recensées encore plus finement à partir de janvier 2017. Mais elles existent sans doute depuis bien plus longtemps. Faute de définition explicite, on considère que les hospitalisations dites sociales concernent les accueils spécifiques de mineurs à l'hôpital qui ne sont pas pris en charge par la LAMal, car elles ne nécessitent pas toujours de soins médicaux en soi. Certains enfants ont besoin de soins et les reçoivent, mais ils pourraient les recevoir en mode ambulatoire. Les hospitalisations dites sociales relèvent donc de la prise en charge d'enfants avec nuitée à l'hôpital alors que l'état de santé de l'enfant ne le nécessite pas.

Un député PLR complète en affirmant que les assurances définissent jusqu'où elles paient.

Un député EAG préférerait remplacer la formule « hospitalisations sociales », donc un député PLR propose « hospitalisations non médicales ».

## *2<sup>e</sup> débat*

Le président procède au vote du 2<sup>e</sup> débat :

**Art. 1                    pas d'opposition, adopté**

**Art. 32, al. 2**

Le président met aux voix l'amendement de la députée Ve à l'**art. 32, al. 2** :

*<sup>2</sup> Les hospitalisations sociales d'enfants ne doivent être permises qu'en dernier recours et si aucune alternative n'a pu être trouvée.*

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

Non : —

Abstentions : 1 (1 Ve)

***L'amendement est accepté.***

**3<sup>e</sup> débat :**

Le président met aux voix l'ensemble du PL 12902 ainsi amendé :

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

Non : —

Abstentions : 1 (1 Ve)

**Le PL 12902, tel qu'amendé, est accepté.**

**Fin des travaux**

Les travaux sur le PL 12902 ont pris fin le 10 novembre 2021.

**Conclusion**

La problématique des placements d'enfants est vaste et complexe. Elle touche des enfants aux besoins très différents de par leur âge, leur situation familiale, leur santé mentale et physique, ou encore leur histoire.

Ce PL a mis en lumière un aspect auquel le parlement s'est déjà intéressé : les « hospitalisations sociales », donc d'enfants en bonne santé, gardés à l'hôpital faute de solutions alternatives. Cette mesure annexe aux placements des enfants qui, en principe, devraient se faire soit en foyer, soit dans des familles d'accueil, n'est pas satisfaisante, puisqu'elle mobilise un personnel déjà bien occupé par la prise en charge d'enfants nécessitant des soins. Donc, pourquoi laisser des enfants en bonne santé sous la responsabilité des hôpitaux ?

Il est ressorti des auditions que le département avait déjà mis en place de nombreuses solutions pour diminuer ce recours inadapté, et ce depuis plusieurs années. Aujourd'hui, cependant, le département semble arriver à une impasse, manquant de vision sur les moyens à mettre en œuvre pour résorber totalement le recours à l'hôpital.

Lors de son audition, la D<sup>re</sup> Mirabaud, responsable de la consultation du groupe protection de l'enfance au HUG, n'a pas caché sa vive opposition aux hospitalisations sociales, jugeant cette mesure inadéquate pour les enfants concernés, et demandait en conséquence une réflexion sur les améliorations possibles du dispositif d'aide aux enfants et d'accompagnement des parents. M<sup>me</sup> Emery-Torracinta a d'ailleurs souligné qu'il n'y avait pas d'antagonisme entre le DIP et les HUG.

Face au constat que les hôpitaux n'étaient évidemment pas un lieu adapté pour accueillir des enfants en difficulté sociale et que le département devait continuer de mettre en œuvre toutes les mesures possibles pour abandonner cette pratique, la commission dans sa majorité a accepté d'entrer en matière sur ce PL.

Elle a toutefois choisi d'amender le PL en supprimant l'interdiction stricte, afin de ne pas immédiatement exclure le recours à cette mesure. Il convient de laisser le temps au DIP de trouver des solutions complémentaires et/ou alternatives adaptées en fonction des besoins, différents selon chaque cas.

En acceptant le PL à l'unanimité, la commission de l'enseignement a choisi d'envoyer un message politique clair au Conseil d'Etat : **les hospitalisations sociales ne doivent plus être une solution pour le placement des enfants.** Nous espérons que le parlement, dans sa grande sagesse, suivra la recommandation de ses commissaires et nous vous invitons donc à accepter ce projet de loi.

## **Projet de loi (12902-A)**

**modifiant la loi sur l'enfance et la jeunesse (LEJ) (J 6 01)** *(Pour en finir avec les hospitalisations sociales des enfants)*

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

### **Art. 1      Modification**

La loi sur l'enfance et la jeunesse, du 1<sup>er</sup> mars 2018, est modifiée comme suit :

### **Art. 32, al. 2 (nouveau)**

<sup>2</sup> Les hospitalisations sociales d'enfants ne doivent être permises qu'en dernier recours et si aucune alternative n'a pu être trouvée.

### **Art. 2      Entrée en vigueur**

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



REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE  
Département de l'instruction publique, de la formation et de la jeunesse

## Note à l'attention des membres de la commission de l'enseignement, de l'éducation, de la culture et du sport

Cette note a pour objectif de mettre en avant les dispositifs existants ou à mettre en place pour lutter contre le recours à des hospitalisations sociales.

### 1. Stratégie pour prévenir et lutter contre les hospitalisations sociales

Depuis 2017, la mise en place de plusieurs dispositifs d'accueil ou d'accompagnement a permis de limiter activement le recours aux hospitalisations sociales. Ces dispositifs sont les suivants:

- **L'Action éducative en milieu ouvert (AEMO) classique ou de crise** a été mise en place depuis plusieurs années. Il s'agit d'une intervention éducative ambulatoire au domicile des familles, éventuellement d'urgence (sous 24 heures). Le but de cette intervention est de trouver des solutions avec la famille, notamment en cas de crise aigüe au sein du domicile. L'AEMO de crise est l'équivalent ambulatoire d'un foyer d'urgence et implique l'intervention intensive des éducateur-trice-s (plus de 10 heures par semaine sur un mois maximum). Cette prestation concerne souvent des adolescents (14-18 ans). Ce dispositif a été complété depuis 2016 par l'**AEMO Petite Enfance (APE)** pour les enfants de 0 à 2 ans qui vise à favoriser le retour de ces enfants à domicile après un placement ou une hospitalisation, voire empêcher ce placement ou cette hospitalisation. Cette prestation est en fort développement au cours des dernières années (9 mineurs en 2016 contre 70 en 2019). En 2020, 632 mineurs ont bénéficié d'une AEMO classique, 257 mineurs d'une AEMO d'urgence, 66 d'une AEMO Petite Enfance. Des moyens supplémentaires ont été régulièrement alloués entre 2017 et 2021 : 2 253 600 francs pour l'AEMO classique, 648 000 francs pour l'AEMO de crise et 405 000 francs pour l'APE.
- **Foyers d'urgence** : parmi les Institutions genevoises d'éducation spécialisées (IGE), il existe des foyers offrant des places en urgence pour des mineurs devant bénéficier d'un placement rapidement. A Genève, 6 foyers offrent un total de 63 places (L'Odyssee, Piccolo, l'Etape, Kelas, la Calanque, le Pont et depuis 2019 Yamba). Depuis 2017, des moyens supplémentaires ont été alloués pour l'ouverture de nouvelles places à hauteur de 3 740 106 francs.
- **Famille d'accueil de dépannage et de transition** : Il s'agit d'une famille d'accueil avec hébergement (FAH) qui assure un accueil transitoire limité à 3 mois et réévalué tous les mois. Cette prestation a notamment été développée pour limiter les hospitalisations sociales des nouveau-nés. Elle s'articule selon des modalités similaires aux familles d'accueil avec hébergement classique, notamment pour l'autorisation de la famille et le paiement des indemnités. En principe, à la fin de l'accueil, l'enfant retourne dans son lieu de vie habituel. En moyenne, 5 mineurs environ bénéficient de ce type de placement, pour un coût total d'environ 130 000 francs, imputés sur le budget des placements en FAH de 6 000 000 francs.
- **Maison OBB** : accueil des bébés de 0 à 2 ans, accompagnés de leur famille (souvent des mères seules), parfois jusqu'à 6 mois. L'équipe éducative est multidisciplinaire et vise à soutenir le développement des compétences parentales avant un retour au domicile. L'objectif est notamment de limiter le placement de ces enfants. Actuellement, il est possible d'accueillir 8 familles. La maison OBB est actuellement financée pour moitié, à hauteur de 600 000 francs par l'OEJ, conformément au budget accordé en 2021. L'autre

partie du financement, également pour 4 places, est assurée par une fondation privée, et prendra fin en 2022

- **Unité Mobile HUG/OEJ** : ce dispositif a été mis en place en 2017. L'unité mobile intervient auprès des pré-adolescents ou adolescents avec des difficultés psychosociales, à risque d'hospitalisations répétées et qui mettent à mal les institutions qui les accueillent, en particulier les IGE. Notamment, un des enjeux important est d'éviter ou de diminuer la fréquence des hospitalisations sociales aux HUG des jeunes, en soutenant leur maintien au sein des IGE. Elle intervient surtout auprès des pré-adolescents ou adolescents et/ou de leur réseau. Les moyens alloués pour cette structure se montent à 284 000 francs.

## 2. Résultats : une baisse constante des hospitalisations sociales

Le déploiement des différents dispositifs énoncés précédemment a permis de diminuer significativement le nombre de mineurs pris en charge en hospitalisation sociale comme en témoigne l'annexe en pages 5 et 6, et de faire baisser drastiquement le nombre total de journées d'hospitalisations sociales depuis 2017 (cf. Tableau 1).

**Tableau 1 - Baisse quantitative des hospitalisations sociales depuis 2017**

Années	Nombre d'hospitalisations sociales	Nombre total de journées d'hospitalisations sociales
2017	146	4'337
2018	103	2'616
2019	99	2'275
2020	67	1'541

## 3. Perspectives de déploiement du dispositif pour contenir les hospitalisations sociales

Malgré la baisse constante des hospitalisations sociales s'agissant aussi bien du nombre d'enfants concernés, de la durée de prise en charge, que de francs associés, le constat est partagé avec les HUG, que la prise en charge qualitative de certaines situations reste sensible en raison de leur complexité. En effet, si l'hospitalisation sociale est aujourd'hui strictement limitée aux situations nécessitant le concours de plusieurs professionnels dans un enjeu de santé et de protection de l'intégrité de l'enfant, il est tout à fait partagé par l'ensemble des professionnels que l'hôpital n'est pas un lieu de vie pouvant offrir un accompagnement éducatif. Les situations qui perdurent aujourd'hui sont rarement celles qui découlent d'une mise à l'abri en urgence; elles relèvent pour l'essentiel d'une suite de prise en charge HUG (naissance, psychiatrie des adolescents)

Ceci posé, les chiffres montrent qu'il devient difficile – pour ne pas dire impossible – de faire encore baisser le nombre d'hospitalisations sans renforcer les dispositifs existants ou en

développer de nouveaux<sup>1</sup>. Les moyens supplémentaires nécessaires ces prochaines années seront demandés de manière échelonnée sur plusieurs budgets et sont inscrits dans le PFQ.

Les dispositifs complémentaires envisagés sont adaptés aux problématiques des différentes tranches d'âges des enfants.

### 3.1 Pour les mineurs de 0 à 2 ans

L'hospitalisation sociale étant particulièrement difficile pour les bébés qui nécessitent une attention particulière, il est nécessaire de développer des structures permettant un accueil de jour pour un parent avec son bébé, mais aussi une prise en charge par les professionnels de santé la nuit, afin de ne pas laisser le parent seul avec le bébé. Le dispositif envisagé est :

**Une structure parents / enfants** de 15 places (inspirée de La Buissonnière en France) avec un coût total estimé à 3 000 000 francs proposant un accompagnement médico-socio-éducatif de grande proximité pour les jeunes parents. Elle permettrait d'accueillir des mères très fragilisées et nécessitant un accompagnement rapproché dans leur quotidien avec notamment la prise en soin de leur enfant et la gestion du quotidien. L'accompagnement serait pluridisciplinaire (éducateurs, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux) avec des vacations de psychiatres et pédopsychiatres.

**Maison OBB** : En 2022, le financement par une fondation privée de 4 places prendra fin. Il s'agit de prendre le relais de leur financement pour stabiliser la structure avec 8 places, de maintenir la capacité d'accueil d'OBB et de revoir son projet d'établissement pour le renforcer en restant dans la même philosophie d'accueil volontaire, tout en insistant sur le travail de réseau pour favoriser l'autonomie des intéressées.

### 3.2 Pour les mineurs de 5 à 12 ans

Les projets envisagés sont :

**Des familles d'accueil d'urgence de transition avec couverture territoriale**, pour 10 places (coût estimé à 241 000 francs). Ces familles seraient idéalement situées près du lieu de scolarisation des enfants. Il s'agit d'un accueil transitoire en urgence durant le temps nécessaire (2 à 3 semaines) pour développer le projet d'accueil de l'enfant dans un foyer ou une famille d'accueil.

**Des familles d'accueil spécialisées pour les adolescents en difficultés et les fratries** avec 15 places (coût estimé à 700 000 francs). Dans certaines situations, une AEMO de crise n'est pas suffisamment protectrice, un adolescent peut avoir besoin d'un cadre contenant et "cocoonnant". Dans ce genre de situations (environ une dizaine par an), une famille d'accueil peut prendre en charge ces adolescents, sous la forme d'un accueil d'urgence et de professionnels. Ce dispositif est d'autant plus nécessaire qu'en cas d'hospitalisation sociale, si le jeune a 16 ans ou plus, il se retrouverait alors placé en psychiatrie. Par ailleurs, la prise en charge de la fratrie est très problématique, compte tenu du souhait de ne pas séparer les fratries. La durée maximale d'accueil serait de 1 mois, avec une famille disponible à 100% et en urgence 24h/24, 7j/7.

**Le renforcement de l'équipe mobile HUG** mandatée par le DIP afin d'éviter ou de diminuer la fréquence des hospitalisations sociales des jeunes aux HUG, en soutenant leur maintien au sein des IGE. L'unité mobile intervient surtout auprès des pré-adolescents ou adolescents et/ou de leur réseau est actuellement doté d'un budget de 284 000 francs.

---

<sup>1</sup> Les projets présentés dans la suite de cette note sont le résultat d'une collaboration et réflexion avec les HUG ainsi que des travaux menés dans le cadre du projet stratégique DIP Harpej (Harmonisation de la protection de l'enfance et de la jeunesse).

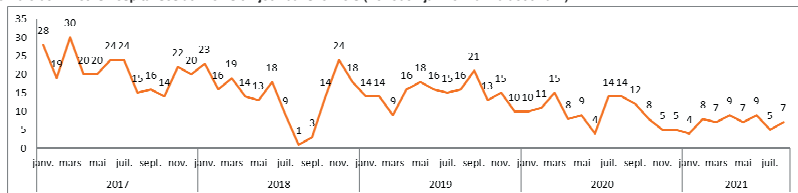


Actuellement l'équipe est au seuil de la saturation en termes de nombre de suivis, avec un nombre important de situations qui continuent d'arriver. Aussi, il est nécessaire de doubler la capacité du dispositif, soit 284 000 francs, pour continuer son activité selon son mandat actuel).

**Le renforcement de l'AEMO de crise avec des équipes pluridisciplinaires** avec la prise en charge de 200 mineurs supplémentaires pour un coût estimé à 650 000 francs. L'AEMO de crise bénéficie actuellement d'un budget 810 000 francs qui nécessite d'être augmenté pour répondre à la demande qui continue à être en forte croissance.

**La création d'une section AEMO au service de protection des mineurs (SPMi)** avec 7.8 ETP, dont 6 intervenants en protection de l'enfance (IPE), 1 chef de groupe et 0.8 secrétaire, soit 985 000 francs, pour environ 60 dossiers. Il s'agit non seulement de diminuer les listes d'attente en AEMO, mais aussi de prendre en charge les situations plus complexes nécessitant un accompagnement plus fin et plus agile, notamment en lien avec les autorités judiciaires.

## Nombre de mineurs hospitalisés au moins un jour dans le mois (Période : janvier 2017 à août 2021)



## Bilan des hospitalisations sociales en 2020 et comparaison avec 2019

## PLACEMENTS HUG - PERIODE DU 01.01.20 AU 31.12.20

Motif du placement	0-2 ans		3-4 ans		5-10 ans		11-15 ans		16-18 ans		TOTAL		Durée moyenne placements
	Nb Plac	Nb jours	Nb Plac	Nb jours	Nb Plac	Nb jours	Nb Plac	Nb jours	Nb Plac	Nb jours	Nb Plac	Nb jours	
Mère hospitalisée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Placement urgent	19	550	6	128	11	48	14	481	1	24	51	1'231	24
Suite médicale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Naissance HUG	15	310	-	-	-	-	-	-	-	-	15	310	21
Autre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>860</b>	<b>6</b>	<b>128</b>	<b>11</b>	<b>48</b>	<b>15</b>	<b>481</b>	<b>1</b>	<b>24</b>	<b>67</b>	<b>1'541</b>	<b>23</b>

## ANNEE PRECEDENTE - MEME PERIODE

Motif du placement	0-2 ans		3-4 ans		5-10 ans		11-15 ans		16-18 ans		TOTAL		Durée moyenne placements
	Nb Plac	Nb jours	Nb Plac	Nb jours	Nb Plac	Nb jours	Nb Plac	Nb jours	Nb Plac	Nb jours	Nb Plac	Nb jours	
Mère hospitalisée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Placement urgent	23	630	12	220	16	280	35	796	3	99	89	2'025	23
Suite médicale	1	2	-	-	-	-	2	10	-	-	3	12	4
Naissance HUG	9	238	-	-	-	-	-	-	-	-	9	238	26
Autre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>870</b>	<b>12</b>	<b>220</b>	<b>16</b>	<b>280</b>	<b>37</b>	<b>806</b>	<b>3</b>	<b>99</b>	<b>101</b>	<b>2'275</b>	<b>22.5</b>

<b>Ecart</b>	<b>1</b>	<b>-10</b>	<b>-6</b>	<b>-82</b>	<b>-5</b>	<b>-232</b>	<b>-22</b>	<b>-325</b>	<b>-2</b>	<b>-75</b>	<b>-34</b>	<b>-734</b>	<b>0</b>
<b>Ecart en %</b>	<b>3%</b>	<b>-1%</b>	<b>-50%</b>	<b>-42%</b>	<b>-31%</b>	<b>-83%</b>	<b>59%</b>	<b>-40%</b>	<b>-67%</b>	<b>-76%</b>	<b>-34%</b>	<b>-32%</b>	<b>2%</b>