



Date de dépôt : 23 novembre 2023

Rapport

**de la commission de la santé chargée d'étudier le projet de loi du
Conseil d'Etat modifiant la loi sur la gestion des établissements
pour personnes âgées (LGEPA) (J 7 20)**

Rapport de Jean-Marc Guinchard (page 10)

Projet de loi (13291-A)

modifiant la loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées (LGEPA) (J 7 20)

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

Art. 1 Modifications

La loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées, du 4 décembre 2009 (LGEPA – J 7 20), est modifiée comme suit :

Art. 1 (nouvelle teneur)

La présente loi vise à assurer, à toutes les personnes âgées, des conditions d'accueil, d'hébergement et de soins de qualité dans les établissements médico-sociaux (ci-après : établissements) ainsi que dans les résidences pour personnes âgées.

Art. 2 (nouvelle teneur)

La présente loi a pour but de définir :

- a) les conditions de délivrance des autorisations d'exploitation et les modalités de surveillance des établissements et des résidences pour personnes âgées;
- b) les modalités de versement du financement résiduel de soins de longue durée au sens de l'article 25a, alinéa 5, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (ci-après : financement résiduel) et les modalités d'organisation générale des établissements.

Art. 3, al. 1 (nouvelle teneur)

¹ Les établissements sont régis par le chapitre II de la présente loi qui définit les conditions d'octroi de l'autorisation d'exploitation, les modalités d'octroi du financement résiduel ainsi que leur surveillance.

Chapitre II Etablissements (nouvelle teneur)

Art. 4 (nouvelle teneur)

¹ Les établissements sont des institutions de santé qui accueillent, conformément à la planification cantonale, des personnes qui sont, en principe, en âge de bénéficier des prestations selon la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 20 décembre 1946, et dont l'état de santé, physique ou mentale, exige des aides et des soins sans justifier un traitement hospitalier.

² Les établissements peuvent, moyennant une dérogation du département chargé de la santé (ci-après : département), accueillir des personnes plus jeunes, dont l'état de santé physique et/ou psychique nécessite un encadrement médico-social.

Art. 5, al. 1, lettres h et i (nouvelles), al. 3 (nouveau)

¹ Le Conseil d'Etat :

- h) décide de l'instrument utilisé pour mesurer le temps de soins nécessaire à la prise en charge des résidentes et résidents;
- i) détermine la méthode de calcul du financement résiduel.

³ Le département se concerta avec les associations faïtières représentatives du secteur et les établissements publics autonomes, avant de statuer ou de soumettre au Conseil d'Etat les points qui relèvent de la compétence de ce dernier.

Art. 5A Commission consultative (nouveau)

¹ Le département institue une commission consultative en matière d'établissements médico-sociaux (ci-après : la commission) sous la présidence de la direction générale de la santé.

² Le département détermine par voie réglementaire la composition et les tâches de la commission. Celle-ci mène notamment une réflexion continue au sujet de l'évolution du secteur médico-social, de la planification des besoins, de la définition des standards de construction et d'équipement, de la qualification des unités de soins spécifiques, des critères de définition de la méthode relative au calcul du prix de pension et propose des orientations pour assurer une prise en charge globale de qualité.

Art. 7, al. 2, lettre e (nouvelle)

² L'autorisation d'exploitation est délivrée à la personne morale qui :

- e) se soumet à la surveillance du service d'audit interne de l'Etat de Genève.
Les dispositions de la loi sur la surveillance de l'Etat, du 13 mars 2014, sont applicables.

Art. 8, lettres b et c (nouvelle teneur)

Chaque établissement au bénéfice d'une autorisation d'exploitation est tenu notamment :

- b) de conclure un mandat de prestations avec le département;
- c) d'appliquer le contrat-type d'accueil;

Art. 9, al. 2 (nouveau, l'al. 2 ancien devenant l'al. 3), al. 3 (nouvelle teneur)

² Le retrait, la suspension ou la modification de l'autorisation d'exploitation peuvent intervenir également en cas de manquement grave dans la gestion administrative ou financière de l'établissement. La procédure est réglée par voie réglementaire.

³ Le département veille à ce que l'accueil des résidentes et résidents soit garanti dans d'autres établissements.

Art. 10, al. 1 et 3 (nouvelle teneur)

¹ La fermeture, provisoire ou définitive, d'un établissement décidée par l'exploitante ou l'exploitant doit être annoncée préalablement au département.

³ Le département veille à ce que la détentriche ou le détenteur de l'autorisation d'exploitation et les autres parties concernées prennent toutes les mesures utiles à l'accueil des résidentes et résidents dans d'autres établissements.

Art. 11, al. 3 (nouveau)

³ Les conseils ou comités d'établissements exercent la surveillance sur les personnes auxquelles ils délèguent la gestion pour s'assurer notamment qu'elles observent la législation applicable.

Art. 12, al. 1 et 2 (nouvelle teneur)

¹ Les établissements sont dirigés par une directrice ou un directeur.

² Les établissements sont placés sous la responsabilité médico-soignante d'une médecin répondante ou d'un médecin répondant.

Art. 13 Compétences et responsabilités (nouvelle teneur avec modification de la note)

¹ La directrice ou le directeur de l'établissement doit posséder les compétences professionnelles et l'expérience requises et attestées pour la fonction.

² La directrice ou le directeur est responsable de la gestion organisationnelle, administrative et financière de l'établissement et répond de celle-ci devant la personne morale qui détient l'autorisation d'exploitation.

Art. 14 Médecin répondante ou médecin répondant (nouvelle teneur avec modification de la note)

¹ La médecin répondante ou le médecin répondant de l'établissement doit être au bénéfice d'un droit de pratiquer dans le canton et posséder une formation en gériatrie et/ou en soins palliatifs et/ou une expérience équivalente.

² Elle ou il est responsable de la bonne organisation des activités médicales et des soins. En particulier, elle ou il doit :

- a) organiser et coordonner en collaboration directe avec la directrice ou le directeur de l'établissement et l'infirmière-chef ou l'infirmier-chef, le service médical, les mesures préventives, y compris la prévention et le contrôle des infections, les soins et les soins palliatifs dans le respect de l'autodétermination des résidentes et résidents;
- b) s'assurer que les résidentes et résidents bénéficient en tout temps de la prise en charge que leur état de santé requiert et exercent librement le droit de faire appel à la médecin traitante ou au médecin traitant de leur choix;
- c) garantir la mise en œuvre et le respect des bases légales et des règles professionnelles issues de son champ de compétences.

³ La médecin répondante ou le médecin répondant se rend dans l'établissement aussi souvent que nécessaire. Elle ou il est tenu au courant de tout fait relevant de sa responsabilité. Sont réservées les demandes contraires expresses des résidentes et résidents.

⁴ La médecin répondante ou le médecin répondant s'entretient librement avec les résidentes et résidents, leur entourage et le personnel de l'établissement. Elle ou il veille en particulier à s'assurer de l'existence d'éventuelles directives anticipées ou de la volonté des résidentes et résidents relativement à leur fin de vie.

⁵ Sa fonction fait l'objet d'un cahier des charges dont les points essentiels sont fixés par le département, après consultation de l'association faîtière des médecins répondants du secteur des établissements médico-sociaux.

⁶ La médecin répondante ou le médecin répondant collabore étroitement avec le service du médecin cantonal sur les thématiques de prévention et du contrôle des infections, en particulier lors d'épidémies potentielles ou avérées.

Art. 15, phrase introductive et lettres c et d (nouvelle teneur)

L'établissement affecte à la prise en charge des résidentes et résidents le personnel nécessaire, en nombre et en qualification, pour assurer la totalité des prestations nécessaires :

- c) de soins infirmiers, avec la désignation d'une infirmière répondante qualifiée ou d'un infirmier répondant qualifié vis-à-vis des autorités sanitaires en matière de prévention et de contrôle des infections. La mutualisation entre EMS est possible.
- d) des autres professions de la santé, notamment les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les psychomotriciennes ou psychomotriciens, les logopédistes, les diététiciennes ou diététiciens. Ces professionnelles ou professionnels peuvent exercer à titre indépendant, si les besoins de l'établissement ne justifient pas un engagement, même à temps partiel.

Art. 16 (nouvelle teneur)

¹ Tout établissement désirant acquérir des produits thérapeutiques directement auprès des maisons de gros doit être en possession d'une autorisation d'exploiter une pharmacie d'établissement médical délivrée par le département.

² Celle-ci peut être accordée, sur requête, à la condition notamment que l'établissement dispose des services d'une pharmacienne ou d'un pharmacien responsable et garantisse une gestion adéquate des médicaments. Les médicaments ainsi commandés sont destinés exclusivement aux résidentes ou résidents.

Art. 18 (nouvelle teneur)

Afin de maintenir et développer des prestations de qualité adaptées à l'évolution des besoins des résidentes et résidents, chaque établissement veille à assurer une formation professionnelle et continue adéquate de son personnel. Le département veille à son financement.

Section 4 Financement (nouvelle teneur) du chapitre II

Art. 19 (nouvelle teneur)

Les revenus de l'établissement, dans le cadre de l'autorisation d'exploitation, sont notamment :

- a) le prix de pension facturé aux résidentes ou résidents;
- b) les contributions aux coûts des soins conformément à la législation sur l'assurance-maladie;
- c) le financement résiduel.

Art. 22 Financement résiduel (nouvelle teneur avec modification de la note)

Le financement résiduel versé à l'exploitante ou à l'exploitant d'un établissement est destiné à couvrir la part cantonale au sens de la législation fédérale. Il tient compte du financement des mécanismes salariaux lorsqu'ils sont octroyés.

Art. 23 Conditions d'admission (nouvelle teneur de la note), al. 1 et 2 (nouvelle teneur)

¹ Pour figurer sur la liste des établissements admis par le canton au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994, les établissements doivent cumulativement :

- a) être au bénéfice d'une autorisation d'exploitation et répondre aux conditions et obligations prévues dans le cadre de celle-ci;
- b) renoncer à poursuivre un but lucratif;
- c) se conformer aux lois, règlements et directives applicables à leur activité;
- d) signer un mandat de prestations.

² Le département fixe la procédure en matière d'octroi du financement résiduel.

Art. 24 (nouvelle teneur)

Les établissements figurant sur la liste des établissements admis par le canton au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994, sont reconnus d'utilité publique.

Art. 25 (nouvelle teneur)

¹ Le libre choix est garanti pour la résidente ou le résident et pour l'établissement.

² Le Conseil d'Etat veille à ce que les démarches administratives liées à l'accueil des résidentes et résidents soient coordonnées entre les établissements. Il peut confier cette tâche de coordination à une structure désignée à cet effet.

Art. 26 (nouvelle teneur)

Le département encourage et peut fixer des mesures visant à rationaliser la gestion des établissements, notamment par une mutualisation des ressources. Il peut, si nécessaire, édicter des dispositions et en tient compte dans la fixation du financement résiduel et du prix de pension.

Art. 27, al. 3 (nouvelle teneur)

³ L'externalisation et la sous-traitance sont dans tous les cas interdites lorsqu'elles contournent les dispositions de la présente loi et ne sont permises que pour autant que l'employeuse ou l'employeur certifie :

- a) qu'elle ou il est à jour avec le paiement des cotisations sociales du personnel et que la couverture de ce dernier en matière d'assurances sociales est garantie conformément à la législation en vigueur;
- b) qu'elle est liée ou qu'il est lié par la convention collective de travail de sa branche applicable à Genève ou qu'elle ou il a signé, auprès de l'office cantonal de l'inspection et des relations du travail, un engagement à respecter les usages de sa profession en vigueur à Genève, notamment en ce qui concerne la couverture du personnel en matière de retraite, de perte de gain en cas de maladie, d'assurance-accidents et d'allocations familiales;
- c) qu'elle ou qu'il présente des garanties quant à sa capacité économique et financière.

Art. 28, al. 1 (nouvelle teneur)

¹ Un cahier des charges spécifique pour les organes de contrôle des établissements, adapté à leur structure juridique, est établi par le département, en concertation avec les associations faïtières représentatives du secteur et les établissements publics autonomes.

Art. 29, al. 1 (nouvelle teneur)

¹ La ou le propriétaire de l'infrastructure mobilière et immobilière ainsi que l'exploitante ou l'exploitant peuvent former une entité juridique unique ou des entités distinctes.

Art. 31, al. 1 (nouvelle teneur)

¹ La ou le propriétaire des immeubles destinés à héberger un établissement finance son investissement par le biais de loyers facturés à l'exploitante ou à l'exploitant ou par les charges immobilières.

Art. 33, al. 3 (nouvelle teneur)

³ Elles ne sont pas éligibles pour percevoir le financement résiduel et ne figurent pas sur la liste des établissements admis par le canton au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994.

Art. 34, al. 2, lettre c (nouvelle teneur)

² L'autorisation est délivrée à la personne morale :

- c) lorsque les professionnelles ou professionnels de santé qui interviennent dans la résidence et qui dispensent des prestations ambulatoires sont agréés.

Art. 35C, al. 4 (nouvelle teneur)

⁴ La surveillance de l'exploitante ou de l'exploitant est assurée par le département selon le règlement sur les institutions de santé, du 9 septembre 2020.

Art. 36, al. 3 (nouvelle teneur) et al. 4 (nouveau)

³ Il peut, le cas échéant, suspendre le versement du financement résiduel.

⁴ Il peut également exiger le remboursement de sommes perçues indûment.

Art. 37, al. 3, lettres b et c (nouvelle teneur)

³ Sont passibles des sanctions prévues à l'alinéa 1 :

- b) la directrice ou le directeur de l'établissement;
- c) la médecin répondante ou le médecin répondant.

Art. 2 Entrée en vigueur

La présente loi entre en vigueur le 1^{er} janvier 2024.

Rapport de Jean-Marc Guinchard

La commission de la santé a traité de ce projet de loi lors de 6 séances, les 2, 9 et 16 juin, 25 août, 20 octobre et 10 novembre, sous la présidence de M^{me} la députée Natacha Buffet-Desfayes.

Les procès-verbaux ont été tenus avec précision et exactitude successivement par M^{me} Carla Hunyadi et M. Lucas Duquesnoy, que je remercie pour ce travail de qualité.

Ont assisté les membres de la commission durant leurs travaux : M. Adrien Bron, DG, DGS, et M^{mes} Aglaé Tardin, MC, DSM, Angela Carvalho et Barbara Dellwo, SGGC, envers qui je suis reconnaissant de leur appui constant.

Séance du vendredi 2 juin 2023

Présentation du département : M. Thierry Apothéloz, conseiller d'Etat, et M. Laurent Mauler, directeur du service du réseau de soins

La présidente explique que la commission les invite pour les entendre sur le PL 13291 modifiant la loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées.

M. Apothéloz explique que le premier objectif de ce PL vise à faire en sorte que le dispositif de financement nouveau, en lien avec les établissements pour personnes âgées, les EMS, soit conforme à la LAMal, respectivement à leur système juridique de financement. Ils en ont profité pour faire un certain nombre d'aménagements de forme s'agissant du respect des formulations épiciènes. Un autre élément également intéressant à rappeler est le souhait qu'ils ont reçu de la part de leurs partenaires de créer un dispositif de concertation permettant effectivement que les allers-retours entre le département et les faïtières puissent nourrir les réflexions du département, raison pour laquelle il y a la création d'une commission consultative qui permet effectivement de rassembler les partenaires larges du dispositif de prise en charge dans les EMS pour répondre à un certain nombre de leurs questions. Ils ont déposé ce PL en avril 2023. Il est tout à fait pertinent et en lien avec l'article 25A al. 5, première et troisième phrase, de la LAMal, pour distinguer effectivement les coûts respectifs des établissements. En ce sens, le département des finances a donné son accord à l'adoption de ce projet de loi.

M. Mauler ajoute que ces travaux ont duré deux ans et se sont déroulés dans de parfaites conditions.

Une députée UDC a une question relative au nouvel article 5A al. 1 let. h. Elle demande qui intervient dans le processus.

M. Mauler répond que le principe même de consultation n'existait pas dans la précédente version de la loi et ils ont considéré qu'il était important, pour l'évolution du secteur des EMS, de considérer cette commission consultative, qui ensuite va rapporter au département puis au Conseil d'Etat.

La même députée demande aussi s'ils ont consulté sur le service d'audit interne pour élaborer cette loi.

M. Mauler confirme.

Une députée Ve demande plus de détails sur l'art. 19 et 22. Elle demande quel est le concept derrière et ce que cela implique pour les résidents.

M. Mauler explique que, pour le financement des EMS, ils ont 2 plateaux principaux. Il y a un plateau qui est en lien avec les soins et, dans ce plateau des soins, ils ont 3 piliers : la contribution des assurances-maladie, la contribution personnelle du résident au coût des soins et le financement résiduel qui est à la charge du canton. Cela concerne la prise en soins, sachant qu'à peu près 90% ce sont des dépenses de salaire. Sur l'autre plateau, ils ont la détermination du prix socio-hôtelier, qui est composé d'une partie du loyer de l'EMS et d'une partie socio-hôtelière qui sert à faire la cuisine, les nettoyages, etc., qui sont à la charge du résident, mais majoritairement des services de prestations complémentaires qui financent cela. Au niveau des soins, de manière individuelle, chaque résident bénéficie tous les 9 mois d'une évaluation de soins requise reconnue. Ce sont les prérogatives de l'OPAS. Il est enclassé dans 12 degrés de 20 minutes différentes. Donc, on parle de 0 minute de soins à 240 minutes de soins et chacune de ces 12 tranches de 20 minutes correspond à un financement des assureurs-maladie, qui est complété par le financement résiduel. Jusqu'à présent, Genève était le seul canton à ne pas financer des classes au-dessus de 12. La contribution des assurances-maladie s'arrête au degré 12, 240 minutes de soins. Les autres cantons romands et suisses finançaient davantage les résidents qui sont plus lourds avec des troubles cognitifs, des démences ou autres. A partir du 1^{er} janvier 2024, d'entente avec les faïtières aussi, ce sera financé par le financement résiduel dans la totalité, ceci au fond pour aménager la politique des soins à domicile, qui a évolué à Genève. Il était nécessaire de pouvoir aussi payer cet accompagnement pour la dignité de la prise en charge et de la qualité des résidents au niveau des soins.

La même députée Ve demande si cela change quelque chose pour les résidents concrètement.

M. Mauler répond que cela ne change rien pour les résidents au niveau du financement. Ce qui change c'est qu'il y a davantage de financement pour le canton à terme.

Une députée UDC voulait savoir s'ils disposaient d'un outil de monitoring pour avoir une vision rapide, par exemple pour connaître le niveau de salaires de tous les employés des EMS.

M. Mauler répond qu'ils maîtrisent déjà toutes ces informations puisqu'en 2015, il y a eu un audit de la Cour des comptes sur la gestion des EMS. Depuis ce moment-là, ils ont mis en place une comptabilité analytique d'exploitation qui est identique pour tous les EMS, ce qui leur permet de monitorer l'ensemble des données financières qui remontent une fois par année. Cette collecte d'informations leur demande de faire un benchmark, notamment au niveau des salaires. L'organe de révision doit leur indiquer les différences de classes par rapport à la convention collective existante. Ils ont un instrument qui permet de fluidifier les placements, notamment depuis les HUG où il y a 200 personnes en attente de placement de manière régulière, qui s'appelle GestPlace.

Un député UDC a une question concernant l'art. 23 et les conditions de subventionnement, et les quelques lettres qui ont été ajoutées, notamment les nuances entre « ne pas avoir de but lucratif » ou « renoncer à poursuivre un but lucratif ». Il demande combien d'EMS qui sont actuellement dans cette liste sont au bénéfice de cette subvention cantonale et si le fait de compléter cet article pourra faire courir à certains EMS le risque de ne plus bénéficier de cette subvention.

M. Mauler répond qu'à l'heure actuelle, il y a 54 EMS qui bénéficient du financement résiduel et que tout le monde continuera à en bénéficier.

Une députée S a une question par rapport à ce changement de contrat. Elle demande si le fait d'avoir besoin d'une autorisation a une incidence sur la facilité ou la difficulté à ouvrir d'autres établissements dans le futur.

M. Mauler répond que cela n'a aucune incidence. Ils étaient un peu contraires à la LAMal en étant dans le périmètre de la LIAF. Mais cela n'a aucune conséquence sur les ouvertures futures d'EMS.

Un député PLR demande combien de places il y a dans ces résidences qui ne sont pas financées par le canton. Ensuite, concernant la planification, il demande s'il y a toujours une demande qui est prévue.

M. Mauler répond qu'ils ont un monitoring, puisque les établissements qui sont dans la section 3 de la loi bénéficient aussi d'une autorisation d'exploiter, pour qu'ils puissent savoir ce qu'il se passe dans le réseau. Ils sont en contact régulier avec ces institutions. Ensuite, la planification sanitaire cantonale détermine les besoins de places en EMS. Ils ont demandé à la faculté des sciences de l'Université de Lausanne de faire un monitoring. Ils ne connaissent pas du tout le milieu de la santé, ce sont des mathématiciens. Ils leur ont donné

25 000 évaluations primaires PLAISIR. Ils sont en train de travailler et, à titre d'exemple, ils ont déterminé qu'un résident qui a un diagnostic primaire de cancer avec une ou deux comorbidités avait une durée de vie d'environ 9 mois s'il est en EMS. Donc, il est préférable de garder la personne à la maison pour qu'elle puisse décéder chez elle plutôt que de l'intégrer dans un EMS.

Le même député PLR demande encore si cela signifie que, dans la planification du territoire et des grands projets immobiliers, il y a systématiquement des établissements qui sont inclus.

M. Mauler répond que oui. Ils sont en contact avec le PAV et les nouveaux quartiers en général. La réalisation est beaucoup plus chère qu'à l'époque, donc ils vont arriver à des coûts de pension parfois élevés, mais ils sont en contact extrêmement étroit avec ces promoteurs. Comme ils vont avoir un pic de ces baby-boomers, ils vont avoir besoin de beaucoup de places à l'avenir, mais cela va vite retomber. Ils essaient aussi de réfléchir à des situations réversibles. Ce sont des enjeux qu'ils ont à l'esprit en permanence.

Un autre député PLR comprend que les IEPA ne sont pas beaucoup touchés par cette loi, alors qu'aujourd'hui ils se développent. Il demande pourquoi il n'y a pas une intégration des IEPA.

M. Mauler répond que les IEPA font partie d'une autre loi. Ce ne sont pas des institutions de santé.

M. Mauler ajoute encore que la modification de la loi a été rédigée sous couvert de la DGS et que les EMS viennent de passer au département de la cohésion sociale, donc il pense qu'il serait nécessaire de faire les ajustements en lien dans la loi. Changer les dénominations (DGS→DCS). Cela doit passer par un amendement.

La présidente demande s'il y a des suggestions d'auditions.

Un député PLR suggère d'auditionner la FEGEMS.

Un député LC propose l'AGEMS ainsi qu'un représentant des établissements publics autonomes.

Une députée UDC propose qu'on envoie des questions au service d'audit interne (pas d'audition, mais des questions envoyées à l'écrit).

Séance du vendredi 9 juin 2023

Audition de MM. Nicolas Walder, président, et Florian Erard, secrétaire général de la FEGEMS

M. Walder remercie la commission de les recevoir. Il pense que c'est important qu'ils donnent leur position sur ce PL. A vrai dire, ils sont

globalement assez satisfaits du PL tel qu'il a été soumis. Une chose qui leur plaît particulièrement et qu'ils demandaient depuis le début des discussions avec le département, c'est la question de la concertation, qui se trouve aujourd'hui à différents niveaux. Il y a l'art. 5 al. 3 dans lequel il est inscrit que toute proposition doit être soumise ou présentée en amont aux faïtières. Il y a aussi l'art. 5A qui précise la mise sur pied de la commission consultative, qui est un outil très important pour eux dans le cadre de ce partenariat. Et enfin l'art. 28 qui parle des directives de bouclage qui sont décidées en concertation avec les faïtières. Ces articles illustrent le besoin de partenariats.

C'est d'autant plus important que, comme ils ne seront plus soumis à la LIAF, le lien avec l'Etat sera un lien un peu différent. Il y aura moins de subordination et davantage de coopération. Ils ont toutefois émis deux bémols : le premier était le fait d'être soumis à la surveillance du SAI. Cela ne leur semble pas judicieux à partir du moment où ils ne seront plus soumis à la LIAF. Il leur paraît plus opportun que ce soit un organe externe qui s'en occupe. La Cour des comptes pourrait s'en occuper. Le Conseil d'Etat et le département ont vraiment insisté sur ce point, ils ont rencontré la SAI et discuté avec leurs membres et, aujourd'hui, ils pensent qu'ils peuvent aller de l'avant avec le fait que le rôle de la SAI soit ancré dans cette loi. Le deuxième bémol concernait l'art. 15 et l'obligation de désigner un infirmier répondant en prévention des infections. Ils ne contestent pas le fait qu'il faille une personne répondante pour les infections. Le fait que ce soit ancré dans la loi leur semblait bizarre, car il y a beaucoup d'autres professions dans les EMS qui ne sont pas spécifiées dans la loi. Cette inscription donne une prépondérance dans la loi par rapport à d'autres fonctions. Le département a aussi insisté là-dessus, donc ils peuvent vivre avec cette mention.

M. Erard explique qu'ils ont encore l'exercice de la rédaction du règlement. Ils doivent aussi, de par la sortie de la LIAF, finaliser le système de financement, particulièrement des soins. C'est l'occasion pour les faïtières de rediscuter le prix de pension avec l'ambition de mener une étude avec la HEG pour y voir un peu plus clair.

M. Walder rappelle qu'ils représentent la FEGEMS, qui a 43 EMS membres sur les 54 du canton de Genève. Ils ont, dans le cadre de cette loi, travaillé avec l'AGEMS et d'autres EMS.

Un député PLR voulait savoir s'ils avaient des difficultés à identifier des médecins répondants et comment les identifier. Dans une autre commission, ils avaient discuté de médecins répondants pour les écoles et il s'est avéré qu'il y avait une très grosse difficulté à trouver des médecins qui seraient disponibles.

M. Walder répond qu'effectivement, il y a un souci au sein des EMS pour trouver des médecins répondants. Pour les médecins répondants, le fait de devoir être à disposition pose un problème d'agenda.

M. Erard complète en disant que la problématique est identifiée et ils ont la chance d'avoir l'association des médecins répondants pour les EMS qui est très engagée sur ces questions-là. Pour les infirmiers répondants, les discussions tournent autour du niveau de formation qu'on pourrait exiger de ces EMS et de ces infirmiers. Cela pose énormément de questions et, dans la mise en œuvre, ils sont encore loin d'arriver à une réponse définitive. Cela étant, dans la profession de médecin comme d'infirmier, cette notion de prévention des infections fait partie intégrante du cursus et des compétences. C'est pour cela qu'ils trouvaient étrange de le souligner de cette manière-là dans la loi.

Le même député PLR demande si dans la FEGEMS ils ont des établissements qui n'offrent pas les prestations qui seraient requises (celles qui sont listées à l'art. 15 let. d. Il voulait savoir s'ils pensent que ce point a été ajouté parce qu'il y a eu des manquements et s'ils ont eu vent de ces manquements.

M. Erard ne pense pas qu'il y ait eu des manquements. C'est une leçon que les autorités ont tirée du covid, selon lui. Il ne sait pas si c'est une bonne pratique.

La présidente explique que la question qui se pose est de savoir si on maintient l'audition de l'AGEMS, étant donné qu'ils semblent être sur la même longueur d'onde que la FEGEMS.

Un député LC aurait apprécié qu'un membre de l'AGEMS qui a suivi l'entier des travaux législatifs soit présent, mais la personne en question ne peut pas se libérer. Il pense qu'il n'est pas indispensable d'auditionner l'AGEMS.

Un député PLR demande comment ils envisagent la suite des travaux sur un projet de loi de cette importance. Il y a eu un changement de département. Les EMS sont passés au département de la cohésion sociale (DCS). Il souhaite qu'ils fassent une lecture article par article en présence d'une personne répondante du département. Il pense que ça aurait plus de sens de travailler avec l'ancien département responsable des EMS.

Un député LC précise que l'interlocuteur de la semaine passée, M. Mauler, était le responsable des secteurs EMS au sein de la DGS et qu'il a passé avec toute son équipe au DCS. Tout ce qui concernait les personnes âgées et les proches aidants a passé de la DGS au DCS. M. Mauler pourrait tout à fait être la personne présente. Il ne faut pas oublier que ce n'est pas un PL de refonte

complète. L'état d'esprit de cette loi est vraiment d'aller vers une meilleure collaboration.

Séance du vendredi 16 juin 2023

Audition de M^{me} Florence Moine, directrice générale, EMS Maison de Vessy

M^{me} Moine est directrice générale de l'EMS Maison de Vessy. Elle explique que le projet de loi les a occupés ces deux dernières années de façon intensive (elle et les établissements publics autonomes qu'elle représente ici, soit la Fondation Vespérale, la Maison de retraite du Petit-Saconnex et la Maison de Vessy). Ils se sont rencontrés toutes les semaines afin de réviser de façon profonde ce que sont les EMS. Cela a été l'occasion pour eux de se concerter, de discuter et de négocier selon leur compréhension de ce que doivent être les EMS de demain, puisque ce projet de loi amène des évolutions par rapport à la situation actuelle. Parfois, les échanges ont été fournis. Cela a été l'occasion d'apprendre à travailler ensemble avec les faïtières. Ils n'avaient jamais eu de lieu pour échanger sur cette question. Ils n'ont de loin pas toujours été d'accord. Chacun arrive avec son expérience et ses préoccupations. Mais ils ont toujours pu se parler et s'entendre.

Le seul point sur lequel ils sont tous restés interrogatifs porte plus spécifiquement sur la désignation d'un infirmier répondant qualifié. Non pas qu'ils n'en aient pas besoin, mais c'est plutôt la question de faire figurer en tant que tel cet élément-là, de mettre une emphase particulière sur ce besoin-là. D'autant plus que l'élément de contrôle des infections, ils y tiennent, mais il est largement mentionné à l'art. 14 et il leur semblait qu'il était suffisant. Pour tout le reste, ils sont porteurs de ce PL et ravis d'avoir fait ce chemin. C'est une véritable avancée. Ils ont plein d'espoir que la commission consultative permette de maintenir cet esprit de concertation entre eux.

M. Mauler pense que le département accepte l'amendement en lien avec l'art. 15 de ne pas avoir un doublon.

Un député UDC sait qu'ils ont besoin de personnel en plus. Il connaît une personne qui travaille en EMS qui lui dit qu'elle est limitée, qu'elle n'a pas le temps de s'occuper des patients. Il demande si c'est pour cette raison qu'ils ont besoin de personnel.

M^{me} Moine va parler de son expérience. Il n'y a pas un référentiel du temps en EMS. Les soins ne sont pas minutés. Néanmoins, ils peuvent toujours souhaiter plus de personnel. Ce qu'il se passe actuellement, c'est qu'ils ont peut-être de la difficulté à recruter systématiquement tous les postes laissés vacants. C'est en tout cas la réalité qu'ils traversent depuis plusieurs mois. Ils

cherchent un certain type de professionnels qu'ils ne trouvent pas systématiquement sur le marché. Ils peuvent recruter, mais encore faut-il trouver les professionnels de soins avec le profil qu'ils cherchent. Elle pense notamment aux assistantes en santé et soins communautaires (ASSC). La Maison de Vessy en a cherché quatre en continu pendant 6 mois et ne les a pas trouvées. Forcément, cela impacte le quotidien des collègues qui se retrouvent ensuite dans des équipes insuffisamment dotées.

M. Mauler précise que, dans la révision de cette loi, il y a deux choses : ils vont maintenant financer davantage de minutes de soins, au-delà de 220 minutes. Les EMS seront davantage dotés pour l'accompagnement, d'une part. Et, d'autre part, dans la loi sur la santé, il y a un certain nombre de modifications qui ont été apportées sur les actes médicaux délégués. Les ASSC ou auxiliaires de soins pourront à l'avenir faire davantage de soins sous couvert d'une responsabilité d'une infirmière, par exemple. L'accompagnement devient un enjeu tout aussi important que les aspects médicaux.

Un député PLR a une question concernant l'art. 5A sur la commission consultative. Il est dit à l'al. 1 que la commission est sous la présidence de la direction générale de la santé, alors qu'à sa connaissance, la DGS n'est pas dans le même département que les EMS. Il demande si cela ne donnerait pas plus de souplesse ou s'il y a une bonne raison pour que cette commission reste spécifiquement attachée à la DGS.

M. Mauler explique que le magistrat a dit que c'était la commission qui devait proposer ces amendements. Mais ils peuvent volontiers le faire.

Un député PLR revient sur la difficulté de trouver des ASSC. Récemment encore, il a été interpellé sur la question et il a interrogé l'OrTra. Il pourra lui communiquer les échanges. Mais il lui a été expliqué qu'une trentaine d'ASSC vont finir leur formation et seront sur le marché prochainement. Il voulait être sûr que M^{me} Moine avait cette information.

M^{me} Moine répond que c'est avec grand plaisir qu'ils les engagent.

Un député MCG voulait savoir quels étaient les critères pour le recrutement, car il connaît beaucoup de personnes qui cherchent du travail dans ce domaine, mais ne trouvent pas.

M^{me} Moine répond qu'ils ne sont pas en pénurie dans tous les métiers. Quand un candidat postule, quelle que soit sa fonction, il y a un attendu de la part de l'employeur : bien entendu le diplôme, mais aussi l'expérience professionnelle et le profil de la personne par rapport à l'équipe dans laquelle elle va se trouver. En termes d'expérience professionnelle, ils peuvent attendre, à candidature et diplôme équivalent, une personne qui a déjà eu une expérience dans un autre EMS ou dans un autre établissement médical. Selon le poste mis

au concours, il y a non seulement une attente sur le diplôme du professionnel qui va postuler, mais aussi sur son expérience et son profil.

La présidente revient sur l'organisation des travaux : il y a deux jours, ils ont reçu des amendements du groupe LC. Ils arrivent à la fin des auditions votées pour l'instant. Elle demande s'il y a d'autres propositions d'audition.

Il n'y en a pas.

Séance du vendredi 25 août 2023

Audition de M. Pierre Maudet, conseiller d'Etat/DSM, M^{me} Aglaé Tardin, médecin cantonal/DSM, et M. Adrien Bron, directeur général de la santé/DSM

La présidente rappelle que la commission a déjà entendu le DCS, la FEGEMS et l'EMS Maison de Vessy. Elle a également reçu des amendements de la part du groupe Le Centre qui se retrouvent dans le tableau synoptique auquel les députés ont accès. La DGS a sollicité une audition, demande à laquelle la commission a répondu favorablement.

M. Bron rappelle que ce projet de loi a été préparé au sein de la DGS, bien qu'il soit aujourd'hui porté par le DCS. Néanmoins, le département souhaitait rendre la commission attentive au sujet de la prévention de l'infection dans le domaine des soins auprès d'une population fragile. Au vu des amendements proposés qui viennent supprimer cette prévention, il était essentiel de venir expliquer pourquoi le projet de loi arrive maintenant et comment il permettra d'être nettement meilleur dans les lieux de soin, particulièrement après la période du covid. Il s'agit d'une problématique essentielle et d'une occasion à ne pas rater, raison pour laquelle la DGS intervient aujourd'hui.

M^{me} Tardin explique que la question qui se pose concerne l'art. 15 qui prévoit un soignant spécialisé dans le domaine de la prévention des infections et du contrôle de l'infection. La question qu'il faut se poser est celle de l'utilité d'une telle personne. Les infections associées aux soins, ou infections nosocomiales, sont contractées lors d'un séjour de soin de longue ou courte durée. Le revers de la médaille de ces infections est la progression de l'antibiorésistance, un phénomène qui fait que les germes résistent aux antibiotiques. Il faut donc prendre en compte tant l'impact des infections elles-mêmes que leur impact secondaire, à savoir la croissance de cette résistance. Il s'agit d'une vraie préoccupation et l'OFSP s'engage notamment sur ce point.

Au niveau des chiffres, six patients sur 10 contractent une infection associée aux soins. Une étude menée en 2017 a montré que 60 000 patients en

avaient contracté une en Suisse et que 6000 patients en étaient décédés. D'autre part, une telle infection prolonge l'hospitalisation d'une semaine, pour un coût additionnel de 751 millions de francs, soit 12 000 francs par patient.

Les EMS sont certes des lieux de vie – et des lieux de vie communautaire, on y reviendra –, mais ce sont aussi et avant tout des institutions de santé ; ils sont régis par la loi sur la santé. En Suisse, entre août et octobre 2019, une étude a montré que 4 résidents sur 100 avaient contracté une infection associée aux soins, infection pouvant être dermatologique, respiratoire ou urinaire. La plupart du temps, des antibiotiques sont prescrits. Ces infections sont plus dangereuses en EMS qu'ailleurs, puisque la majorité des résidents sont des gens âgés, avec une santé fragile et des pathologies sous-jacentes. Il y a donc des besoins plus importants en termes de soins spécialisés. Ensuite, ces patients vivent tous ensemble, c'est un lieu de vie communautaire, et donc les infections se propagent plus vite qu'ailleurs, car ils mangent en grand groupe, mènent des activités en grand groupe, contrairement aux unités familiales, quand une personne est malade, ce sont de nombreuses autres personnes autour qui peuvent être infectées. Cela représente un facteur de risque de plus, qui augmente encore les risques de complication, et donc de décès. Prévenir ces infections associées aux soins est donc une priorité. Durant le covid, on a constaté que la majorité des décès liés au covid sont essentiellement survenus chez les gens de plus de 75 ans. Si tous ne vivent pas en EMS, si on compare les 75 ans et plus qui ne sont pas en EMS avec les résidents en EMS, la mortalité des résidents en EMS est de 25% contre 10% pour les plus de 75 ans ne vivant pas en EMS. Durant la deuxième vague, il y avait 4000 résidents dans les 54 EMS. 1400 ont été testés positifs et 330 sont décédés. Il y avait donc une mortalité de 25% contre une mortalité de 1% pour la population générale et 10% pour les autres +75 ans. Cette différence s'explique par les profils individuels des patients d'EMS qui sont âgés, avec des comorbidités, et vivent en communauté, mais aussi par la nécessité d'avoir des professionnels de santé ayant des connaissances en prévention de l'infection formés et compétents pour réduire le risque de propagation d'une maladie. Cela n'était pas le cas dans les EMS à l'époque, en particulier durant la deuxième vague : on avait alors les moyens de protection, mais l'application des mesures, dans les gestes de tous les jours, a fait défaut. Nombreux sont les autres cantons qui ont déjà des répondants spécifiques et des procédures dédiées. Ces répondants sont orientés par une instance cantonale. Cela est en train d'être créé à Genève, puisque l'émanation de la fameuse cellule covid au sein du service du médecin cantonal a été la création d'un nouveau secteur des maladies transmissibles, dans lequel plusieurs collaborateurs travaillent désormais sur cette répondeance PCI (prévention et contrôle des infections). Pour pouvoir assurer cette

référence, il faut avoir sur place des professionnels formés pour faire appliquer les bonnes mesures, informer et former les collaborateurs de l'EMS qui ne sont pas des professionnels de santé et mener les enquêtes d'entourage quand il y a une maladie qui se déclare.

L'OFSP met en place sa stratégie NOSO, en référence aux infections nosocomiales. Comme toujours, l'office recommande une stratégie avec de grands axes et il revient ensuite aux cantons de développer le plan d'action. Genève est en train de voir comment déployer cette stratégie NOSO et il faut pour cela pouvoir s'appuyer sur des professionnels formés. Si les EMS venaient à disposer de ces professionnels, cela permettrait de réduire les risques d'infection pour les résidents, mais aussi pour le personnel. Si ces infections se sont autant répandues durant la pandémie, c'est aussi parce que le personnel allait et venait tous les jours, important ainsi le virus dans le milieu de vie qu'est l'EMS. Il est important de réduire ce risque, cela apporte aussi une plus-value directe pour l'EMS en tant qu'employeur pour limiter les absences des collaborateurs.

Si on réduit le risque d'infection pour les résidents, on réduit leur risque de décès, et il est important que le personnel soit conseillé dans ce sens. Mieux on est formé, mieux on peut aussi éviter des mesures inutiles, comme certaines prescriptions ou des quarantaines n'étant pas nécessaires. Le dispositif améliore également la qualité de vie des résidents en réduisant la prescription inutile d'antibiotiques. Tout cela se fait à meilleur coût et représente un bénéfice direct clair pour les EMS. On peut imaginer une mutualisation de la ressource, avec un professionnel agissant comme répondant pour différents établissements sept jours sur sept. Il y a également des bénéfices plus indirects, le dispositif allant permettre de répondre aux exigences légales par rapport aux bonnes pratiques et par rapport aux recommandations, tout en allant aider à se préparer aux nouvelles exigences fédérales à venir. Le dispositif permettra par ailleurs de développer une culture de prévention des infections et de s'intégrer dans un réseau d'experts cantonaux en train d'être créé dans le secteur des maladies transmissibles. Compte tenu de tous ces éléments, il est absolument nécessaire que l'art. 15 persiste, et son retrait engendrerait le non-respect des bonnes pratiques en vigueur, avec plus d'infections, de décès et d'absences chez les collaborateurs. Le canton de Genève est à la traîne par rapport aux autres cantons et il est important de se mettre à jour sur ce point.

M. Bron précise que dans le fond, dans la LGÉPA, il est très insuffisant de mettre dans le cahier des charges du médecin répondant de faire de la prévention sur ces infections. Ce dernier n'est pas toujours disponible et les modalités d'intervention sont très variées dans les EMS. Il faut pouvoir professionnaliser ces normes de qualité tant que faire se peut. On a vu

330 décès en 3 mois suite au covid, avec une deuxième vague particulièrement sévère, et il y a donc une marge d'amélioration assez évidente avec la professionnalisation du personnel déployé auprès de ces populations fragiles. Il serait important de tirer des enseignements de la situation traversée.

M^{me} Tardin rappelle que le médecin répondant exerce en cabinet, et qu'il ne peut donc venir que quand son agenda le permet et non pas quand l'EMS le sollicite. Cette disponibilité ne suffit pas pour contenir une infection liée aux soins dans un EMS et on ne peut pas attendre un jour ou deux.

Un député PLR a de la peine à entendre que, si la commission adopte l'amendement du Centre, elle serait quelque part responsable de la mort des patients en EMS. S'il reconnaît tout ce qui a été dit, il commencerait personnellement par la « pression antibiotique », problème qui ne date pas d'hier et qui résulte de décennies de mauvaises prescriptions et d'abus. Or, ce sont bien les médecins qui prescrivent ces antibiotiques, et, si le mettre dans leur cahier des charges n'est pas la solution, on se demande ce que pourra faire l'infirmière répondante si le médecin décide quand même de prescrire un antibiotique avec le soutien de la famille et de l'établissement. Il ne lui sera juste pas possible de s'y opposer. La question de la pression antibiotique est vraiment une question de politique médicale qui mérite d'être attaquée, mais pas comme ça.

Une autre question est celle de la futilité des traitements chez certains patients, dont on peut douter de l'efficacité sur la durée de soin, ce qui ramène à la problématique des directives anticipées liées à la politique de soin et d'accompagnement des résidents. Là encore, l'interlocuteur n'est pas le répondant PCI, mais bien l'institution des EMS. Il y a une vraie pression sur les EMS, qui ont connu un creux d'occupation important et qui sont donc partis chercher des patients dans les hôpitaux pour améliorer leur remplissage. Ils sont un peu en chasse de clients et n'ont peut-être pas très envie de rentrer dans une politique de non-traitement. Néanmoins, le député a souvenir d'une unité de soin où il y avait un programme concernant les escarres. Il y avait des infirmiers spécialistes dont le rôle était de passer dans les unités pour suivre l'évolution de ces plaies et vérifier l'adéquation des traitements. Or, il était finalement parfois difficile pour ces agents spécialisés de cesser de compter pour véritablement traiter. Il comprend qu'il s'agirait ici d'une référence, mais il faut aussi se demander si la personne référente PCI doit être un spécialiste dans une tour d'ivoire sans être au quotidien dans l'équipe et vivre ce qui s'y passe.

Il faut aussi se demander dans quelle mesure cette personne aura réellement un impact, puisque l'impact de ces spécialistes ne doit pas être de faire des soins, mais de changer les pratiques. Il s'agit d'un vrai problème et le député

n'est pas convaincu que le spécialiste PCI soit la meilleure forme. En revanche, il faut réfléchir à comment mieux faire évoluer la politique de soin des EMS pour s'assurer que la prise en charge soit différente, y compris sur des aspects éthiques. Ce faisant, on aura de réels progrès à offrir à l'avenir aux résidents des EMS.

M^{me} Tardin répond qu'il ne s'agit pas d'un poste en tant que tel, mais bien d'une personne déjà en poste qui bénéficierait de cette compétence et qui effectuerait les soins tout en conseillant ses collègues. Ce poste ne s'oppose pas au rôle du médecin et vient en complémentarité. Il va de soi que l'infirmier ne va pas s'opposer au rôle du médecin. Cependant, le personnel infirmier connaît souvent nombre de procédures de protection mieux que les médecins, et c'est sur ces procédures qu'il faudra pouvoir conseiller les professionnels de santé n'étant pas infirmiers dans les EMS. Il faut donc un infirmier bien formé pour encadrer ce personnel. D'autre part, si toutes ces mesures peuvent permettre d'éviter de répandre l'infection, la part d'antibiotiques prescrits diminuera. Le médecin n'est donc pas toujours compétent et pas toujours disponible, et ce référent viendra en complément de son expertise.

M. Bron précise que la DGS n'imagine à aucun moment que cette personne formée va régler le problème de l'antibiorésistance, et ce n'est pas du tout le sujet ici. On parle de mesures de prévention de l'infection sur le terrain, portées non pas par une personne en plus dans une tour d'ivoire, mais bien par un membre de l'équipe avec une formation particulière pour cela. En particulier dans un domaine aussi sensible, il est très important d'avoir au moins une personne formée à ces éléments. Les modalités ne sont pas fixées, mais il faut que quelqu'un soit référent là-dessus. Il ne s'agirait donc pas de quelqu'un qui viendrait contrôler le travail des soignants mais bien de quelqu'un d'intégré dans l'équipe.

Un député Ve comprend que certains EMS ont des personnes référentes et que d'autres n'en ont pas. Le député souhaite savoir si la DGS a une idée de la grandeur de la réduction de risques pour ces établissements. Par ailleurs, il comprend que ces référents ne seraient pas là pour assurer le service après-vente, mais seraient plutôt présents dans une logique d'interprofessionnalité, tout en permettant une veille constante que ne peuvent assurer les médecins.

M^{me} Tardin répond qu'il y avait avec la cellule covid une équipe médico-infirmière qui suivait les flambées des cas dans les EMS. Les EMS qui disposaient d'un professionnel de santé qui avait des compétences en PCI ont certes eu des mesures mieux suivies et appliquées, mais le sujet n'est pas de dire quels EMS ont mieux performé que d'autres. Il est cependant assez clair que ces compétences sont utiles, qu'elles ne sont pas extrêmement

compliquées et font l'objet d'une formation courte qui serait prise en charge par la DGS. Les médecins n'ont effectivement pas toujours de disponibilité et viennent après leurs horaires de consultation.

Un député LC rappelle que tout a été mis en exergue par le covid, qui a été une sale passe pour les EMS. L'épidémie a surpris tout le monde, et il faut se souvenir que beaucoup de questions et d'hésitations subsistaient au début. Cela est tellement vrai qu'au moment où l'on a manqué de masques et de surblouses, l'ORCA a refusé ce matériel aux EMS en estimant qu'il ne s'agissait pas d'institutions de santé. Heureusement, la DGS avait tapé sur la table pour les obtenir, mais cela souligne les difficultés que les gens avaient à intégrer ce type de pandémie. Le député ne croit pas que l'on puisse dire que la PCI n'est pas la principale préoccupation d'un directeur ou d'un médecin répondant. Aucun n'accepterait que son établissement soit montré du doigt parce qu'il y a une surinfection régulière.

D'autre part, il y a déjà dans les EMS des infirmiers spécialisés en soins des plaies et en soins palliatifs, et des formations de base et continues sont régulièrement organisées dans ces deux domaines. Tout ceci se passant très bien, il a proposé cet amendement, puisqu'il ne voit pas la nécessité de ne mettre l'accent que sur les infirmiers PCI. Quant à la question de la mauvaise prescription, le député rejoint son collègue PLR et note que cela fait des années que l'on sensibilise le corps médical à la surmédicalisation. Une étude sur le plan romand conclut à des surmédicalisations dans les EMS, et deux séminaires ont été organisés en réponse pour le personnel infirmier et paramédical. Des progrès ont donc été entrepris en la matière. De façon générale, le député n'aime pas légiférer sur la base d'un événement exceptionnel comme le covid. Le député en revient à la question précédente et aimerait savoir combien d'EMS sur les 54 ne disposent pas de responsable PCI.

M^{me} Tardin répond que, concernant le matériel de protection, elle est tout à fait d'accord de dire que les EMS n'ont pas pu en faire usage de suite. C'est précisément pour cela qu'elle présentait les chiffres de mortalité de la deuxième vague, puisque tout le monde n'a pas pu être protégé comme il le fallait durant la première. Lors de la 2^e vague, on disposait du matériel de protection. Pour ce qui est des spécialités dont les infirmiers disposent dans les EMS, ce qui relève des plaies ou des soins palliatifs relève d'une prise en charge individuelle, spécifiquement pour un patient donné, tandis que la PCI a une dimension communautaire qui touche l'ensemble des résidents : la compétence ne permet pas seulement de prendre le mieux possible en charge la personne malade mais vise aussi à protéger l'ensemble des résidents, c'est très différent. Il ne s'agit pas ici de se pencher sur un seul événement, le covid,

puisque les chiffres montrés précédemment datent de 2019 et sont donc antérieurs à la pandémie. Le covid est un exemple récent et local, mais on a des chiffres hors pandémie et antérieurs aussi comme cette étude de 2019. Cette expertise PCi ne permet pas de lutter uniquement contre le covid, mais aussi contre de nombreuses autres infections. Pour la dernière question, il faudrait la poser aux faïtières. La DGS ne dispose pas d'un tel état de lieux, mais c'est notamment l'un des objectifs : faire préciser aux EMS où il manque des compétences et là où la DGS doit financer des formations.

Le même député LC est quelque peu étonné par la réponse. Les services de la DGS inspectent régulièrement et sévèrement les EMS et rien ne leur échappe. Il y a effectivement des progrès à faire en PCI, et il est donc possible d'avoir un chiffre pour avancer ce constat.

M^{me} Tardin répond qu'il y a une confusion entre le travail de l'inspection et celui du secteur des maladies transmissibles. L'inspection ne contrôle que les points exigés au sens de la loi ou au sens des recommandations des faïtières. Il n'y a donc pas ce point dans les contrôles du GRESI, qui ne contrôle pas la présence d'un infirmier PCI. Le constat que fait le secteur des maladies transmissibles découle des éléments obtenus via la déclaration obligatoire de certaines maladies. Dans certains EMS, le personnel ne sait pas appliquer les recommandations, parce qu'il ne les a pas comprises, manque de connaissance, n'en saisit pas la valeur, et parce que cela n'est pas mis en place. Il ne s'agit donc pas des contrôles du GRESI, mais bien de la pratique et des situations de flambée auxquelles on fait face.

Un député UDC revient sur le personnel nettoyant et estime qu'il faudrait aussi donner des cours à ces gens pour s'assurer que les conditions d'hygiène sont appliquées. Il faudrait s'assurer que le personnel des EMS, quand il nettoie une chambre, ne réutilise pas le même chiffon. Le personnel nettoyant doit donc lui aussi être impliqué dans cet effort.

M^{me} Tardin rejoint ces propos et rappelle que cela sera aussi le rôle de la personne formée, qui encadrera une équipe qui comprendra les intendants, les personnes distribuant les repas, le personnel de nettoyage ou encore les animateurs. Mais pour en arriver là, il faut être à proximité de l'équipe, et donc sur place.

Un député PLR pense que le rôle du personnel soignant est effectivement d'informer correctement. Or, l'art. 14 de la LGPEA met déjà en exergue la question du contrôle de l'infection, avec le médecin répondant qui doit organiser et coordonner en collaboration avec le directeur et le responsable des soins le service médical et les mesures préventives, y compris la prévention et le contrôle des infections. Le député se demande si d'un point de vue très

formel, cette disposition législative n'est pas suffisante pour atteindre les objectifs souhaités. Dans les EMS, les précautions standard sont en principe acquises et appliquées. Maintenant, si on veut donner des informations qui disent le contraire, il y a des inquiétudes à avoir et le répondant PCI ne sera pas suffisant. Le député estime que l'art. 14 est suffisant, puisque la PCI rentre dans le cadre de la responsabilité du médecin, et il se demande s'il ne faudrait pas négocier dans le cadre des contrats de prestations le niveau de formation du personnel, éventuellement par des formations continues, ou un système de reporting par le biais d'un certain nombre de prélèvements bactériologiques pour indiquer dans quelle mesure l'antibiorésistance augmente. On aurait là vraiment une approche institutionnelle qui serait liée à l'amélioration de la qualité des soins dans l'entreprise. Il a un peu l'impression que ce répondant est une bonne conscience législative sans vraiment répondre au besoin. Il se demande donc pourquoi ne pas aller plus loin en exigeant une formation continue pour le personnel, voire des tests bactériologiques aléatoires pour suivre l'évolution de la pression antibiotique.

M^{me} Tardin répond que les procédures doivent être validées par le médecin, qui a ce rôle de validation des documents de manière théorique. Il doit s'assurer que les choses sont conformes et que les bonnes pratiques sont respectées. Ensuite, pour ce qui est de la mise en œuvre sur le terrain, donc de l'application, il y a besoin de quelqu'un qui puisse encadrer et suivre les professionnels qui sont sur place. Il faut faire la distinction entre l'art. 14 qui fixe le rôle du médecin et l'art. 15 qui fixe le rôle de l'expertise du répondant PCI. Cela doit être assorti d'une formation, comme le prévoit la DGS. Pour ce qui est des tests bactériologiques, il s'agit là d'une prévention secondaire, et l'objectif est d'agir en amont avec de la promotion de la santé et de la prévention primaire. L'une n'empêche évidemment pas l'autre.

M. Bron précise qu'il ne faut pas du tout prendre tout cela comme un pointage accusateur sur les directions d'EMS. Tout le monde ne peut que reconnaître l'engagement total et exceptionnel de ces institutions, qui font le meilleur travail possible avec leurs moyens. Il ne s'agit pas d'un dispositif coercitif, mais d'une approche pragmatique et simple, avec une personne formée dans l'équipe. Cette exigence est claire et vient respecter la loi. L'imputation de la charge sur le financement est ici indubitable. Personne n'est accusé et on vient expliciter les exigences sans qu'il y ait besoin de trop de directives. Il s'agit simplement de former une personne à la PCI dans l'équipe.

Une députée Ve doit avouer qu'elle ne savait pas quoi faire d'un répondant PCI, mais que cette audition en clarifie l'utilité, notamment sur cet aspect qui dépasse le patient et qui concerne l'impact des mesures. L'hôpital est un lieu de soin et a ces spécialistes en PCI qui circulent dans les services. Il y a donc

des postes vraiment liés à cela et qui peuvent mettre en œuvre les bonnes mesures sans s'opposer aux médecins. Il s'agit de postes très spécialisés avec des compétences précises, et les médecins en EMS sont des généralistes installés qui ont de la peine à s'occuper de ce point. Il serait donc tout à fait pertinent d'ajouter ce poste d'infirmier avec une formation spécialisée dans chaque EMS au vu de la charge de travail qui est immense.

M^{me} Tardin précise qu'il ne s'agit pas d'ajouter un poste, mais bien une compétence au sein du personnel des EMS.

Un député LJS confirme que les infections nosocomiales sont un vrai problème, mais les premières mesures sont des gestes simples, qui doivent être rappelés dans le cadre de la formation continue. Ces formations continues s'appliquent aussi aux infirmiers et les infirmiers-chefs sont là pour vérifier qu'il y ait des acquis de ce côté. Le député se demande s'il ne faudrait pas un poste à temps plein, avec des compétences et pas juste une formation approfondie en infections. Cela serait cependant assez lourd pour les EMS. Il faut donc surtout mettre l'accent sur la formation, qui doit être répétée tous les trimestres. Le député LJS est également d'accord pour dire qu'il ne faut pas susciter cela uniquement suite au covid.

M^{me} Tardin est d'accord pour dire que les formations continues sont nécessaires, mais une personne spécialisée peut justement venir appuyer ces formations de manière correcte et précise au sein des EMS.

Un député MCG rappelle que les infections nosocomiales sont des problèmes majeurs tant sur le plan médical qu'économique. Il faut bien comprendre qu'il y a dans les EMS et les hôpitaux un roulement de personnel très important et qu'il faut donc à chaque fois rappeler ces points aux nouveaux venus. On peut faire un parallèle avec le lavage des mains qui n'allait pas du tout de soi avant l'intervention du D^r Pittet. Or, il y a maintenant un malaise profond lorsque cela n'est pas possible et il y a donc une vraie culture d'entreprise qui s'est développée et qui se diffuse à toute celles et ceux qui rentrent aux HUG. Ce roulement de personnel semble justifier les compétences d'un infirmier, soit une personne qui responsabilise les gens, les forme et les instruit. Il est essentiel de pouvoir amener cette compétence dans les EMS, où les infections nosocomiales sont un problème majeur qui génère certes des décès, mais aussi beaucoup de souffrance humaine. Il lui semble très important d'apporter dans les EMS une compétence dans le domaine des infections nosocomiales pour prévenir ces infections, les suivre et s'assurer que tous les gestes et attitudes soient infusés par cette culture d'entreprise. Le député est fortement en faveur de ce type de structure dans les EMS, comme cela se fait déjà aux HUG. A l'hôpital, la présence de ces infirmiers n'est pas vécue de

manière intrusive, mais bien comme un soutien permettant d'identifier les fautes et d'améliorer les pratiques.

M^{me} Tardin rappelle que contrairement aux HUG, la référence proposée ici ne serait pas un poste dédié, mais bien une personne déjà intégrée dans l'équipe de l'EMS.

Une députée S rappelle que le problème des médecins dans les EMS est qu'il y a peu de médecins avec beaucoup d'établissements à gérer. Il est donc important d'avoir quelqu'un sur place pour gérer des choses de l'ordre du travail journalier. Il n'est pas possible pour le médecin généraliste de gérer cela, et avoir une personne désignée sur place ne veut pas dire que le médecin n'aura aucune responsabilité. D'autre part, la population a récemment voté l'initiative pour des soins infirmiers renforcés et ce type d'initiative va clairement dans le sens d'une valorisation du travail du personnel infirmier. Les médecins seront de moins en moins nombreux, et surtout les généralistes. Cet article a donc un sens pour pousser les EMS à aller vers ce genre de mesures qui sont nécessaires.

M^{me} Tardin répond que, même si le médecin est là pour dire qu'il faut mettre un masque ou des gants, il est important d'avoir quelqu'un qui peut expliquer précisément comment effectuer concrètement ces gestes de manière correcte. Il ne s'agit pas de détails mais d'enjeux cruciaux, dire qu'il faut mettre un masque et le mettre correctement, ce sont deux choses bien différentes. Sur place, le personnel a besoin de démonstration, d'exercices, d'explications, de réponses à ses questions, et c'est dans cette mise en œuvre concrète que se joue le risque de transmission.

La présidente indique que la commission doit maintenant décider de la suite qu'elle entend donner à ses travaux. En l'absence de demandes d'auditions supplémentaires, et au vu du temps restant, elle propose de repousser le vote à la prochaine séance.

Séance du vendredi 20 octobre 2023

La présidente rappelle que la commission a déjà entendu le DCS, la FEGEMS, l'EMS de Vessy et le DSM sur ce projet de loi. La présidente avait mis à l'ordre du jour cet objet pour un vote ce soir, et la commission doit encore procéder à l'audition conjointe des personnes conviées aujourd'hui pour disposer de plusieurs regards sur la question du contrôle de l'infection. Ce point était lié à une question soulevée par la commission à plusieurs reprises quant aux référents sur la question.

Un député PLR fait l'hypothèse que ces auditions vont amener la commission à formuler des éléments d'améliorations qui concerneraient tant

les EMS que les EPH. Si cela venait à être le cas, il se verrait mal voter ce soir sans disposer d'un temps de réflexion pour que le département vienne avec des amendements. Cependant, si les propos tenus ce soir ne viennent que confirmer ce qui est déjà proposé, il serait possible de voter ce soir.

La présidente confirme que, si les auditions changent la perception de la commission ce soir, personne ne sera obligé de passer au vote, même si cela serait une bonne chose.

Audition de P^r Stephan Harbarth, chef de service/HUG, M. Claude Ginet, infirmier responsable – service de prévention et contrôle de l'infection – HUG, et D^r Alessandro Cassini, médecin cantonal adjoint du canton de Vaud, responsable de l'unité cantonale HPCi Vaud

M. Cassini indique qu'il est médecin cantonal adjoint et qu'il s'occupe notamment des maladies transmissibles ainsi que de l'unité HPCi Vaud (Hygiène, prévention et contrôle de l'infection) qui compte une dizaine de collaborateurs. M. Harbarth est médecin-chef du service de prévention et contrôle de l'infection aux HUG où il y a succédé au P^r Pittet. Il s'occupe depuis maintenant deux décennies de la question de la prévention et du contrôle de l'infection au sein du département de gériatrie. M. Ginet est pour sa part infirmier responsable au sein du service géré par le P^r Harbarth.

M. Cassini propose d'expliquer à la commission comment fonctionne le système vaudois, et en particulier comment fonctionne l'HPCi dans les EMS. L'unité HPCi fait partie de l'office du médecin cantonal et existe depuis le début des années 2000. L'idée était d'avoir un groupe de soignants qui s'occuperait de mettre en place de meilleures mesures et approches pour la HPCi dans le canton. Cela a toujours été une équipe qui avait pour mission de soutenir plus que de contrôler les EMS et les hôpitaux dans le canton. Tous les établissements de soins peuvent s'adresser à l'unité HPCi quand il y a une flambée de cas pour connaître les meilleures approches à mettre en œuvre pour gérer ce problème. L'unité s'occupe de traduire les stratégies nationales en programmes cantonaux, par exemple la stratégie NOSO. Depuis 2009, le canton de Vaud a introduit le besoin d'avoir un répondant infirmier dans chaque EMS. Concrètement, il fallait entre 0,2 et 0,4 ETP d'infirmiers pour 100 lits, aujourd'hui la recommandation est de 1 EPT pour 150 lits.

En ce moment, il y a aux alentours de 0,4 ou 0,5 ETP pour 100 lits dans le canton. Pour rappel, il y a 123 EMS dans le canton de Vaud, avec entre 6000 et 7000 résidents, avec 93 répondants répartis dans l'ensemble des établissements, donc $\frac{3}{4}$ des exigences sont remplies. Du côté de l'unité HPCi, il y a 4 infirmiers répondant chacun pour une région du canton. Si on regarde

ce que cela voudrait dire pour le canton de Genève, tous les EMS devraient avoir un répondant (ou en mutualiser selon le nombre de lits) pour les 34 EMS. Au vu du nombre d'EMS, cela voudrait dire qu'au service du médecin cantonal, il faudrait 1,5 ETP d'infirmier avec deux personnes qui pourraient répondre aux besoins des répondants des EMS genevois. Dans le canton de Vaud, beaucoup de ces ETP sont mutualisés et s'occupent de plusieurs établissements. La plupart des EMS ont un de leurs collaborateurs qui dispose d'un certain pourcentage pour assurer cette répondeance. La formation dure quatre jours, auxquels se rajoute une journée d'examen. Cette formation junior HPCi est complétée par un peu de formation continue. Le service du médecin cantonal paie les formations pour tout ce personnel, ce qui coûtait au début du dispositif environ 20 000 francs par an, même si cela a baissé depuis. Le principal effort à fournir se fait en fait au début de la mise en œuvre du dispositif.

Depuis le lancement du programme en 2009, il y a eu plusieurs évaluations qui ont toujours été positives et qui ont confirmé son utilité. Le programme permet, en plus de former le personnel, d'harmoniser les approches HPCi dans les établissements de soin. Quand l'unité écrit des recommandations, elle dispose de points focaux qui écoutent dans les EMS et qui traduisent cela en action sur le terrain. Ces recommandations sont toujours basées sur les évidences scientifiques et sont ensuite communiquées via des alertes, des e-mails ou encore via le site de l'unité qui est consulté par tous les cantons romands et même par la France voisine. Tout cela permet aussi d'effectuer un monitoring, de comprendre les mesures les plus adaptées pour la situation ou de faire de la promotion de la prévention vaccinale. L'unité est en train de publier un article qui montre que les EMS qui ne participent pas à la campagne vaccinale ou qui n'ont pas de répondant HPCi ont des taux de mortalité supérieurs. Pour ce qui est du canton de Genève, la pandémie de covid-19 a permis au service du médecin cantonal d'engager des expertises spécifiques en HPCi et l'équipe des maladies transmissibles a pu s'étoffer sur ce point. Les collègues genevois sont très experts et certains font même partie de Swissnoso. En ce moment, le service du médecin cantonal a besoin d'un peu de soutien, mais il est très préparé pour mettre en place un tel programme.

M. Harbarth confirme que cette proposition de texte lui parle. En tant que référent pour le contrôle de l'infection aux HUG, il y a des contacts fréquents avec les structures externes et voit bien les besoins énormes. Le stress du covid et la vraie hécatombe qui s'en est suivie ont dévoilé les lacunes énormes. Il y a eu à plusieurs reprises des demandes de la part de plusieurs structures qui demandaient à être aidées, et les contacts avec les médecins et les infirmiers ont démontré un besoin immédiat et essentiel pour renforcer des mesures de

base. On voit aussi que la transmission de germes résistants ne se fait pas nécessairement voir et sentir dans les structures même, mais l'infection peut se voir uniquement plus tard à l'hôpital. Il existe également un certain risque d'infection dans les structures avec les pneumonies ou encore les infections sur sonde. Tout cela fait que le texte soumis parle clairement aux auditionnés. Les HUG disposent déjà d'un tel dispositif de répondants, en lien avec des structures externes, et cela les aide énormément à remplir leur mission. M. Harbarth sera content si, dans 20 ou 30 ans, il y a un système de référent PCI mis en place pour être sûr que les mesures sont prises pour prévenir l'infection, et ce de manière homogène. Il faut renforcer le rôle des EMS dans la lutte contre la transmission des germes résistants, et ce constat est partagé dans tous les pays de l'OCDE.

M. Ginet précise qu'au niveau de ce qui se fait depuis de nombreuses années aux HUG, il y a une équipe d'infirmiers experts en prévention des infections associées aux soins, mais dans les milieux de soins aigus à moyen et long terme, il y a aussi des répondants. Ces répondants peuvent être des infirmiers ou des aides-soignants. Ces professionnels sont impliqués dans la prévention de l'infection et peuvent donner leur avis au sein de l'équipe soignante, répondre aux questions ou encore orienter vers les outils ou les personnes compétentes. Le cadre de proximité reste le garant de la qualité et la sécurité des soins. Le répondant peut faire appel à l'expert en PCI pour aider à la recherche de solutions cohérentes dans les situations de soin difficiles et donner un avis sur les questions pratiques. Sa mission est d'interagir avec les membres de l'équipe et le cadre de proximité dans un processus de développement des pratiques professionnelles qui vise à diminuer la transmission croisée de micro-organismes dans les unités de soin. Les grandes activités confiées aux répondants PCI sont de connaître et d'appliquer les procédures standard et additionnelles, de veiller à gérer les équipements de protection individuelle, de connaître de différents outils et moyens de protection à disposition et d'élaborer des protocoles spécifiques. Il faut insister sur la notion de protocole en ce qu'elle n'émane pas des organes faitiers comme les procédures, mais est bien une solution adaptée aux situations de soin, notamment dans les unités de long séjour. Tout cela se fait en collaboration avec l'expert PCI et le cadre de proximité. Le répondant PCI soutient et guide ses collègues en cas de méconnaissance des cadres en vigueur et collabore avec le cadre de proximité lors de l'implémentation de nouveaux outils ou lors de la transmission d'informations sur la PCI. M. Ginet en veut comme exemple un guide qui émane du groupe d'experts pour la prévention des infections dans les réseaux médico-sociaux. Le répondant PCI est justement chargé de diffuser ce document et d'en assurer la bonne application.

Il assure un lien entre les soignants, réfléchit en équipe aux solutions à mettre en place et sollicite les personnes compétentes en fonction des besoins et des problèmes rencontrés. Les répondants PCI apprécient de se former et d'acquérir de nouvelles compétences. Ils sont souvent sollicités par leurs collègues et aident à la remise en question des pratiques professionnelles. Ils se sentent responsables et légitimes dans leur rôle et ont envie d'apprendre. Les répondants PCI contribuent donc à la surveillance et à la prévention de ces infections en milieu de soin, en venant en soutien à l'expert PCI sans jamais se substituer à lui.

Une députée Ve a écouté avec attention les auditionnés, notamment ce qui a été dit sur les taux de mortalité. La députée demande s'ils disposent de statistiques additionnelles sur ce point entre les EMS qui ont des répondants PCI et ceux qui n'en ont pas.

M. Cassini répond que, par rapport à ce qui a été vu dans le canton de Vaud, on lui a raconté qu'avoir ces répondants dans les EMS a permis de détecter à chaque vague quand il y avait un problème. Les répondants HPCi ont pu communiquer avec l'unité HPCi pour mettre en place des mesures et aider leurs collègues. Il y a donc eu un vrai bénéfice avec la présence de ce personnel. Cette détection précoce fonctionne même hors pandémie, par exemple lors des flambées de cas de grippe ou de gastro-entérite. On peut tout de suite déclencher une réponse et la protection adéquate, tout en se coordonnant avec les hôpitaux pour traiter ces cas et prévoir les protocoles adéquats en cas d'hospitalisation. Les EMS sont certes un lieu de vie, mais il ne faut pas non plus oublier qu'ils sont aussi un lieu de soin.

M. Harbarth rappelle que certaines données ont été montrées à une conférence suisse par M. Cassini, notamment avec une courbe qui illustre très bien l'impact positif des répondants HPCi dans la gestion de la grippe nosocomiale, même si cela ne change pas beaucoup par rapport à d'autres virus. A Genève, les données dont on dispose pour la première et la deuxième vague de covid-19 montrent clairement un impact énorme dans les institutions de long séjour puisque cela concernait presque deux tiers des décès observés dans le canton. Les EMS et le département de réhabilitation et gériatrie aux HUG ont été assez traumatisés par cette situation. Il ne faut cependant pas prendre la pandémie comme un exemple qui va continuer éternellement. Il s'agissait d'un test qui a montré que, pour beaucoup de choses, il n'y avait pas la boîte à outils essentielle pour gérer ce genre d'éclosion de cas.

M. Cassini estime qu'il y a une régression linéaire où l'on voit une association significative entre la présence des répondants HPCi, la participation à la campagne de vaccination contre la grippe et les décès. Dans les EMS qui ne participent pas à la campagne, on observe 30% de décès chez

les résidents en plus par rapport à ceux qui participent. Tous ces chiffres sont issus de décès liés à des infections dues aux soins et pas uniquement pour le covid.

Un député PLR explique qu'il connaît bien la fondation Foyer Handicap, qui accueille 80 résidents répartis sur quatre résidences, et que la responsable qui faisait l'itinéraire d'intégration, soit en atelier protégé soit en résidence, a lancé une procédure PCI durant la pandémie. Cette personne est rapidement devenue une personne-ressource pour les autres EPH, qui font notamment face au problème du vieillissement, avec une population résidentielle de plus en plus âgée avec des problématiques proches des EMS. Le député ne voudrait pas que, en créant quelque chose pour les EMS, on oublie les EPH. Il se demande s'il faudrait les associer à ce réseau PCI ou si cela au contraire n'est pas nécessaire, parce que les problématiques épidémiologiques sont différentes et donc pas gérées de la même façon.

M. Harbarth répond que s'il ne s'agit bien sûr pas de la même population, il s'agit en revanche d'un groupe qui a encore plus de besoins. On voit chez certains groupes de personnes en situation de handicap qu'il y a des opérations, des problèmes respiratoires, des canules, et il s'agit parfois des cas les plus graves, notamment avec des infections assez graves à MRSA dans certains foyers pour personnes en situation de handicap.

M. Cassini précise que le canton de Vaud est tellement convaincu de cela que l'unité HPCi Vaud travaille régulièrement sur des mesures HPCi pour tous les contextes, même ambulatoires. Le canton est convaincu que tous les lieux de soins ont besoin de mesures HPCi adaptées au contexte.

Le même député revient sur la formation et notamment la formation VigiGerme à Genève qui fait partie de la formation de base des infirmiers. Il se demande si cette formation est suffisante pour mettre en œuvre un dispositif de répondants ou s'il faudrait compléter sur certains aspects plus spécifiques.

M. Ginet rappelle qu'il s'agit d'un programme qui s'adresse à tous les collaborateurs pour mettre tout le monde à niveau. Malheureusement, au vu du nombre de collaborateurs aux HUG, personne ne peut jamais avoir le même niveau de formation. M. Ginet est aux HUG depuis 25 ans, et s'il n'était pas dans le service PCI, il aurait clairement des lacunes. La formation junior à Lausanne est plus ciblée sur la microbiologie, le répondant PCI devant être un expert capable de se mettre à jour régulièrement et de transmettre ces mises à jour. Le document des experts de l'OFSP mentionné auparavant est justement une remise à jour et les soignants qui ont suivi VigiGerme ne savent pas ce qu'il y a dans ce document. Le but des formations est que les répondants

puissent transmettre ces informations et appliquer les mesures. Il s'agit donc de deux formations différentes, mais qui se complètent.

M. Harbarth confirme qu'il y a de plus en plus de questions au niveau des EMS, par exemple sur les soins de bouche, les sondes urinaires ou encore les rapatriements de cas aigus depuis l'hôpital et leur gestion. Les échanges sont plus intensifs que ce qui se faisait il y a encore quelques années. Cela ne veut pas dire que l'EMS va devenir un centre de soins primaires, mais les soignants dans les structures externes se posent maintenant les bonnes questions. Les HUG n'ont cependant pas le mandat pour aider ces établissements, si ce n'est pour leur proposer des procédures de manière ponctuelle. C'est là où l'exemple du canton de Vaud est utile. Par ailleurs, même la Haute-Savoie dispose d'une équipe mobile avec des personnes plus sensibilisées à la PCI qui permet d'aider les équipes.

Le même député PLR comprend que, dans le fond, il existe le modèle des HUG, avec un service spécifique dédié à la question et des répondants dans les autres services, et le modèle vaudois, avec un service étatique qui dispose de répondants dans les EMS. Les auditionnés ont très habilement introduit le propos en rappelant que le modèle vaudois venait davantage en soutien qu'en contrôle. Cela met le doigt sur ce qui n'est pas acceptable dans le projet de loi, puisque ce dernier ne permet pas de formaliser un lien entre le service spécialisé qui est à jour sur les compétences et de s'assurer que tous les répondants suivent la même formation. Créer un service spécialisé permettrait de s'assurer que les comportements suivent dans tous les domaines et le député se demande si sa lecture est correcte, à savoir qu'il manque à Genève une structure à laquelle les répondants pourraient être rattachés professionnellement.

M. Cassini répond que, dans le canton de Vaud, il existe certes l'unité HPCi Vaud à l'office du médecin cantonal, mais aussi HPCi CHUV. Ces deux entités travaillent continuellement ensemble. Surtout après la pandémie, le service du médecin cantonal genevois est capable de recréer un modèle similaire à celui du canton de Vaud. Il y a de l'expertise, avec une équipe renforcée par des personnes très compétentes. Maintenant, la question est d'inscrire une norme dans la loi. Sans un outil aussi formel que celui-là, il sera très difficile de changer une culture, qui est certes meilleure qu'il y a 20 ans, mais qui a besoin d'un cadre programmatique de ce type pour mettre en place les fondations. Créer une loi ne va pas résoudre tous les problèmes, mais installera des fondations solides.

M. Harbarth estime qu'il faudrait un mécanisme pour assurer qu'au niveau de la DGS, il y ait aussi des gens compétents pour agir comme les Vaudois. Les HUG peuvent y participer activement avec par exemple une mission

d'intérêt général. L'hôpital est rassuré par les compétences qui existent maintenant au niveau du médecin cantonal, avec des profils formés sur ces questions. Il y a un intérêt et une motivation, et on trouvera sûrement une construction viable qui pourra faire une différence. Le service du P^r Harbarth est prêt à s'engager, mais cela n'est actuellement pas inscrit dans son cahier des charges. Il est très intéressé à aider à améliorer la sécurité et la qualité de soins. Il y a tellement d'échanges entre les différentes structures et tout le monde y gagne. Il ne revient cependant pas aux auditionnés de répondre sur la question de la construction légale. Il faut rappeler qu'ailleurs d'autres font déjà pas mal de choses sans avoir des constructions légales parfaites, avec quelques personnes qui avancent. Il faut aussi que les EMS et leurs directions s'engagent. Pendant la pandémie, on a vu un certain nombre d'infirmiers-chefs qui demandaient de l'aide pour convaincre leurs directions. On a également des gens qui se forment un peu partout dans le monde, et il y a un vrai besoin d'harmoniser toutes ces pratiques entre elles.

M. Cassini rappelle que le rapport qui existe entre les infirmiers répondants et l'unité HPCi est un rapport étroit de communication continue. En cas de détection précoce, ils contactent directement leur contrepartie à l'unité tout en communiquant avec la direction. Il y a un rapport direct qui permet d'homogénéiser la réponse, et avoir des répondants dans les EMS permet une communication rapide sans devoir systématiquement passer par la direction.

Une députée S demande si l'on a constaté des difficultés d'acceptation de la part des EMS lors de l'adoption de ce programme dans le canton de Vaud.

M. Cassini explique que le canton a commencé en 2006 avec la mise en place de répondants PCI dans les EMS. Il a évalué ce programme en 2009, ce qui a conduit à la pérennisation du programme avec une recommandation allant de 0,2 à 0,3 ETP pour chaque EMS. Lors de la réévaluation de 2014, toutes les faitières étaient impliquées dans les négociations et, si on peut imaginer qu'il a pu être difficile de négocier les mesures ou le nombre d'ETP, la nécessité d'avoir un répondant était un point de départ compris par toutes les parties.

Il estime que l'infirmier répondant ne gagne pas nécessairement plus que d'autres d'infirmiers, bien que celui puisse dépendre de son niveau. Ce n'est pas sur le salaire que le canton a créé des incitations, et les personnes concernées le font tant par intérêt scientifique médical que pour faire avancer leur carrière et accéder à des échelons supérieurs. Il n'y a pour le moment aucun problème du côté des professionnels de santé, et il y a plutôt des discussions avec l'administration sur le nombre d'activités qu'ils doivent faire.

M. Ginet précise qu'aux HUG, cette répondance est basée sur le volontariat, en étroite collaboration avec le cadre de proximité. Il est important

que cette personne soit reconnue ensuite, même si elle a déjà été reconnue intellectuellement. Il est aussi important que ces personnes restent dans les soins, en gardant un pourcentage de leur emploi comme soignant, ce qui souligne l'importance de prévoir des pourcentages limités. Dans le service PCI, il y a 8 ETP d'experts en prévention des infections associées aux soins, qui ne sont pas sur le terrain, et il y a donc besoin de ces répondants qui permettent d'informer sur ce qui se passe dans les services. Il faut aussi faire attention à la notion de contrôle, et il faut bien rappeler que la mission du service PCI s'inscrit dans la supervision et dans le soutien à la progression des pratiques professionnelles.

Une députée Ve considère également que la coordination fait un peu défaut dans le projet de loi tel que soumis. La coordination proposée dans ce projet s'articule autour d'un infirmier PCI qui serait en lien avec le médecin répondant de l'EMS, lui-même en lien avec la DGS. Ce n'est pas du tout le modèle du canton de Vaud et la députée se demande si les auditionnés considèrent que cela pourrait poser un problème et qu'il faudrait supprimer un maillon pour avoir une communication plus directe entre le répondant PCI et la branche responsable.

M. Cassini précise que ce modèle existe aussi parce que tous les EMS n'ont pas toujours un médecin responsable pour suivre les flambées de cas. C'est pour cela que le répondant est en effet l'interlocuteur majeur de l'unité HPCi. M. Cassini n'est pas juriste, mais en lisant les art. 14 et 15, il ne lui semble pas que l'infirmier doive nécessairement passer par le médecin pour s'assurer que les mesures soient mises en place. On voit que le médecin est responsable de tout le côté médical, y compris les mesures préventives et notamment la PCI. Cela s'inscrit à l'intérieur des nombreuses activités médicales assurées par le médecin, mais ce n'est pas sa responsabilité principale et cela diffère de l'activité d'un infirmier qui serait répondant PCI pour une partie de son taux de travail. M. Cassini ne voit pas forcément un risque, bien qu'on ne puisse pas l'exclure. Dans le canton de Vaud, les médecins sont véritablement des partenaires du dispositif et non pas des barrières dans la communication.

M. Harbarth confirme qu'il n'est pas forcément indispensable d'avoir le médecin comme intermédiaire. Il y a souvent un lien de collégialité très étroit entre l'infirmier répondante, le médecin de l'unité et l'expert PCI, mais cette triangulation n'existe pas toujours. Les médecins sont toujours informés, mais ne prennent pas nécessairement les premières mesures puisqu'ils ne sont pas toujours sur place ou atteignables. Cela ne veut pas non plus dire qu'il faut bypasser le médecin de manière systématique. S'il y a un très gros problème et que l'on change les pratiques, il faut tout de même informer le médecin.

M. Cassini indique que le canton de Vaud est en train de mettre en place des commissions HPCi dans les EMS avec le répondant HPCi, un médecin et la direction de l'établissement.

Un député PLR note que le médecin répondant va être le garant sur le suivi individuel afin que les traitements des résidents soient adéquats, dans une politique définie pour l'EMS. Or, on parle ici d'une problématique collective, et l'on a dans le fond besoin des deux. Quand il y a de la transmissibilité et de la résistance aux virus, on a besoin d'une approche collective et c'est là où ces compétences PCI deviennent indispensables.

M. Harbarth répond que l'on peut aussi avoir des mesures préventives très individualisées. Les médecins ne sont pas toujours formés et ce n'est pas forcément leur perspective principale. On voit parfois que des patients sont transférés d'un EMS pour une chirurgie et le médecin répondant de l'EMS signale au chirurgien et à l'anesthésiste que le patient est connu pour être porteur d'un germe résistant. Cette communication permet d'adapter la prophylaxie antibiotique préambulatorie. On voit que le médecin peut aussi prendre une bonne décision individuelle, et le collectif ne doit pas exclure la prévention individuelle.

M. Cassini souhaite conclure l'audition en expliquant que l'unité HPCi vient de publier un article sur la co-efficacité de la PCI dans les EMS. Même s'il faut dépenser entre 10 000 et 20 000 francs par an pour les formations, la PCI est co-efficace et fait au final épargner de l'argent. Il ne s'agit pas seulement d'une protection envers les résidents, mais aussi de quelque chose qui va diminuer le temps de prise en charge et les ressources qu'il faut pour le côté médical.

Discussion interne

La présidente demande quelles suites la commission veut maintenant donner à cet objet après cette dernière audition.

Une députée S note que, par rapport aux remarques de son collègue PLR, il faut mettre en place un vrai programme et la députée n'est pas sûre que ce soit finalement le but de ce projet de loi. Le projet de loi concerne la gestion de la structure des EMS. Le point de départ dans le canton de Vaud était d'avoir un répondant PCI, avec un service adapté du médecin cantonal. Les équipes sont compétentes dans les services de M^{me} Tardin, mais cela est en train de se faire. Il y a effectivement besoin de ces répondants dans les EMS, mais la validation de ce projet de loi ne devrait pas dépendre de l'organisation des services du médecin cantonal.

Ce député PLR aimerait demander au DSM de proposer un amendement de manière à préciser que les répondants PCI doivent répondre à un service spécialisé du médecin cantonal ou des HUG, ou bien que le médecin cantonal doit collaborer avec les HUG. Deuxièmement, bien que l'on travaille ici sur les EMS, il faut proposer la même chose pour les EPH. Les auditionnés ont clairement confirmé que cette population était tout autant à risque et qu'il fallait combler les lacunes. Pendant la pandémie, le service du médecin cantonal ne communiquait pas du tout avec les EPH et il n'est pas possible de continuer comme cela. Enfin, prévoir le rattachement de ces répondants PCI sur les sites des EMS va aussi obliger le médecin cantonal à préciser qu'il n'est pas là que pour contrôler, mais aussi pour accompagner une transformation des pratiques.

Un député LC aimerait remercier son collègue PLR d'avoir proposé cette audition groupée qui a été très utile pour la commission. Il attire cependant l'attention de la commission sur le fait que le canton de Vaud dispose d'un certain nombre d'ETP pour ces responsables PCI. Or, le projet de loi proposé demande la désignation d'une responsable. S'il y en a environ 50 dans le canton de Vaud, il y en aurait 54 à Genève, soit une personne pour chaque EMS alors que, manifestement, certains EMS ont beaucoup moins de lits et n'ont pas les mêmes problèmes. Il est également très important que ce personnel n'ait qu'un pourcentage partiel de son activité consacré à la PCI. Or, le projet de loi dans sa version originale ne le permettrait pas. Comme dans d'autres circonstances, une mutualisation est par ailleurs essentielle pour alléger les charges des établissements.

Deuxièmement, le PLR a raison par rapport aux EPH. Jusqu'à il y a deux ans, il n'y avait aucun contrôle de la DGS dans ces établissements alors que les EMS faisaient déjà l'objet de contrôles réguliers à l'improviste. La situation est en train de changer, même si cela génère une charge de travail supplémentaire conséquente pour la cellule de contrôle du médecin cantonal. Le député se demande s'il ne faudrait pas modifier la LIPH pour les EPH. La modification proposée aujourd'hui pour la LGPEA est une modification sur le système de financement. Cette modification fait suite à un audit de 2015 de la Cour des comptes qui relevait que le système de financement des EMS ne fonctionnait pas et n'était pas correct. Il indiquait qu'il fallait sortir les EMS de la LIAF, mais, pour rappel, les EPH ont un système de subventionnement différent. Il serait donc bien de proposer une modification de la LIPH si on veut avancer sur les EPH.

Il ne sait cependant pas si cela relèverait de la compétence de la commission de la santé ou de la commission des affaires sociales. Le document mentionné par M. Ginet durant son audition a été distribué à tous les médecins

répondants des EMS et la semaine dernière, la médecin cantonale a interpellé tous les EMS pour proposer de mettre à niveau tous les répondants PCI. C'est pour cela que le député va maintenir ses amendements à ce projet de loi.

Une députée S estime qu'à la lumière de tout ce qui vient d'être discuté, il faudrait entendre à nouveau la DGS, dont on peut par ailleurs regretter l'absence aujourd'hui.

La présidente rappelle que c'est le DCS qui gère les EMS et non plus le DSM.

Un député LC rappelle que M. Mauler devait assister à tous les travaux, mais que la direction du DCS est en séminaire aujourd'hui. Il serait en effet plus pertinent de les auditionner conjointement puisque, de toute évidence, la DGS et le DCS ne sont pas d'accord sur ce point. M. Mauler avait accepté les amendements du Centre et la médecin cantonale est, elle, revenue avec d'autres propositions.

La présidente confirme que, même si le DCS se charge du dossier, la DGS reste impliquée.

Un député PLR se demande si cela ne rassurerait pas les départements si la commission parvenait à prendre une décision de principe en disant qu'elle souhaite suivre le modèle du canton de Vaud parce qu'elle est convaincue de la nécessité de mettre en place un système PCI. Le DCS attend encore peut-être que la commission n'adopte pas les dispositions prévues pour la PCI. Cela permettrait d'avoir une audition allant dans le sens de l'avenir, sur la volonté de la commission de mettre en place un réseau PCI pour les EMS et les EPH avec des répondants dans un groupe spécialisé. Une autre option serait d'adopter la loi, qui est finalement relativement urgente sur le volet du financement, en l'amendant pour retirer la question des répondants PCI. Cela serait une autre manière de faire, en demandant ensuite une autre audition avec un autre projet de loi. D'autre part, il rappelle que, dans le canton de Vaud, on prévoit entre 0,4 et 0,5 ETP pour 100 lits actuellement, et non pas par EMS. Ces ETP sont ensuite reliés à un service PCI.

Le député LC attire l'attention de la commission sur le fait que le projet de loi a été travaillé pendant deux ans en collaboration avec la DGS. Par ailleurs, il faut que ce projet de loi entre en vigueur au 1^{er} janvier 2024.

La présidente ne sait pas si tout le monde a bien compris la stratégie adoptée en matière de PCI par le canton de Vaud et elle se demande si cela ne nécessiterait pas encore d'être clarifié. Le modèle vaudois semble fonctionner et peut donner de bonnes pistes, surtout au vu des doutes de la commission quant aux manques de précisions sur le responsable des répondants dans le projet de loi. Une autre proposition serait de voter le projet de loi uniquement

sur les mécanismes de financement en excluant les questions de PCI, bien que cela soit un peu délicat. La présidente estime qu'il vaut mieux essayer d'améliorer ce que l'on peut améliorer.

Un député LC en revient à la proposition de sa collègue Ve et trouverait adéquat d'entendre rapidement les deux départements pour leur faire part des soucis de la commission afin d'ensuite savoir où aller.

Le même député LC indique qu'il y a en tout une dizaine de personnes dans l'office du médecin cantonal vaudois. Il ne faut cependant pas penser que c'est le désert à la DGS, qui a toujours su faire face aux crises et accompagner le personnel sur ces questions d'épidémiologie.

Un député PLR se souvient que son collègue PLR a demandé à ce que la DGS ou le DCS puissent venir avec des propositions d'amendements, et le député note que, puisque les positions semblent se rejoindre autour de la table, leur audition conjointe pourrait leur permettre d'arriver avec ces propositions.

La présidente rejoint cette proposition. Elle comprend donc que la commission se positionne pour une audition conjointe du DCS et de la DGS. Au vu du peu de séances disponibles en novembre, la présidente propose de traiter le projet de loi le 10 novembre avec une séance de trois heures, et de déplacer un autre objet dont le traitement était prévu ce jour-là au 1^{er} décembre.

Séance du vendredi 10 novembre 2023

La présidente rappelle que la commission a déjà entendu le DCS et le DSM sur ce projet de loi, pour lequel les travaux touchent à leur fin. Il s'agit maintenant de clore le débat avec cette audition conjointe afin que la nouvelle loi puisse voir le jour dès le 1^{er} janvier 2024.

Audition de M. Adrien Bron, directeur général de la direction de la santé, M^{me} Aglaé Tardin, médecin cantonale/DSM, M. Laurent Mauler, directeur du service cantonal des seniors et de la proche aide SeSPA/DCS

M. Bron indique que la DGS a pris connaissance du procès-verbal de la précédente audition. Le département avait déjà donné des informations sur ce sujet et propose de revenir sur les potentiels malentendus autour de ce que fait déjà la DGS en matière de PCI. Pour rappel, le projet de loi prévoit une disposition pour que les EMS aient du personnel formé en PCI. Au regard de cela, la commission semblait déplorer que le canton n'ait pas un modèle similaire à celui du canton de Vaud. Le dispositif est en train d'être déployé, en cohérence avec le projet de loi. Cette audition permettra donc d'expliquer

ce que fait la DGS actuellement et répondra aux questions restantes des députés. La DGS s'en tiendra cependant à cet art. 15, le reste du projet de loi étant sorti de la DGS pour aller au DSM.

M^{me} Tardin rappelle que la précédente audition avait beaucoup insisté sur le bien-fondé de la mesure et celle d'aujourd'hui devrait répondre aux questions sur ce qui a été fait jusque-là et ce qui doit encore être développé. La médecin cantonale avait déjà parlé de la stratégie NOSO, stratégie approuvée par le Conseil fédéral en 2016. En réalité, entre 2016 et 2020, il n'y a pas eu d'accompagnement spécifique auprès des EMS pour mettre sur pied cette stratégie. Cela n'a pas non plus été possible entre 2020 et 2022 lors de la pandémie de covid, même si c'est à ce moment-là que l'on a mis en place l'accompagnement concret en lien avec les flambées de cas et la gestion des risques. C'est à l'issue de cela que la DGS souhaite maintenant mettre en place la stratégie NOSO et accompagner les EMS pour le faire. A la sortie de la cellule covid qui s'est terminée fin 2022, un secteur maladie transmissible a été créé au service du médecin cantonal (SMC), composé d'une douzaine de personnes. Il s'agit de l'équipe opérationnelle qui va accompagner les EMS et qui déjà aujourd'hui les guide lorsqu'il y a un cas de maladie infectieuse qui nécessite des mesures de santé publique pour les résidents comme pour le personnel. La supervision et la coordination du projet sont assurées par quatre médecins que certains membres de la commission connaissent déjà. Durant le premier semestre 2023, l'équipe a déterminé le chronogramme et commencé les prises de contact avec les différents partenaires tout en avançant sur la revue scientifique qui permet de disposer des évidences présentées précédemment. Le budget a également été conçu.

Le SMC est aujourd'hui à cheval entre la fin du cadrage du projet et la mise en œuvre de la coordination du projet, notamment au vu des cas à déclaration obligatoire qui nécessitent un accompagnement. C'est précisément parce qu'il y a des besoins supplémentaires et la nécessité d'une stratégie dans les EMS que le service voudrait renforcer cette démarche. Il y a eu un groupe de travail avec différents partenaires et les EMS ont été sollicités. Sept d'entre eux ont répondu très positivement et sont dans une dynamique de construire ensemble un projet qui réponde à leurs besoins et pas simplement aux exigences de la stratégie NOSO. Ces sept EMS participeront au premier round de formation qui va se faire en avril 2024. Cela représente un cinquième des EMS. Cette première volée devrait susciter un retour positif pour inciter les autres institutions à suivre le mouvement, même s'il faudra un levier fort pour le dernier cinquième qui sera résistant comme pour toute stratégie. C'est là le fondement de l'art. 15 qui est nécessaire comme levier pour permettre une

prise en charge équitable par l'ensemble des EMS vis-à-vis de cette problématique.

M. Bron a cru comprendre que l'interrogation des dépositaires de l'amendement portait sur les obligations fixées aux EMS sans démarche construite de l'Etat en regard. Or, Genève est en train d'adopter le modèle du canton de Vaud, les évidences montrant que cela est utile et nécessaire. Il s'agit d'une formation complémentaire qui permet de ne pas dégager de ressources entièrement dédiées tout en ayant un vrai gain de sécurité sanitaire pour les personnes accueillies dans ces résidences. Il est important de rappeler ce qui a prévalu au choix du Conseil d'Etat au moment de décider ce projet de loi.

M. Mauler rappelle qu'au moment de la rédaction et du dépôt de la loi, il y avait une réflexion concertée, et c'est au cours de son parcours parlementaire qu'il y a eu un amendement. Les craintes des EMS, à ce stade, sont de voir une obligation HPCi supplémentaire avec des spécialistes. Maintenant, si cet article est en mesure de les rassurer, le DSM est d'avis qu'il faudrait poursuivre dans cette direction, compte tenu des éléments présentés aujourd'hui.

Un député PLR trouve que les choses ne sont pas si évidentes à la lecture de l'art. 15. Quand on parle d'un infirmier répondant, on comprend qu'il est répondant vis-à-vis du SMC, mais pas seulement puisque l'idée est d'avoir du personnel infirmier qui dispose d'un pourcentage de son temps de travail dédié pour effectuer cette tâche. Le député souhaiterait que l'on puisse préciser dans la loi que cette personne n'est pas répondante vis-à-vis de la direction de l'établissement, mais bien répondante vis-à-vis du programme PCI cantonal, pour lequel le SMC est en train de créer un réseau. Il faut donc bien être d'accord qu'il ne s'agira pas d'un infirmier spécialisé PCI mais bien d'un praticien qui aura un temps dévolu à cette répondance. D'autre part, en tenant compte de la taille des EMS, il est apparu qu'il était plus pertinent d'avoir une répondance en termes de lits et non pas termes d'EMS, en vue de mutualiser les ressources. L'article laisserait penser que chaque EMS devrait avoir une personne répondante PCI. Une autre idée qui ne fait, là, pas partie de ce projet de loi est celle d'étendre cette pratique aux EPH pour lesquels les spécialistes de la question ont montré que cela était presque encore plus nécessaire. Il ne faut pas qu'il s'agisse d'une question d'appartenance de département, mais vraiment d'un projet de santé publique qui permette de penser aux besoins de résidents des établissements, voire à tous les lieux de soins collectifs.

La présidente précise que des questions s'étaient posées lors de la dernière audition sur l'intégration d'un pourcentage supplémentaire pour cette personne répondante, sur une modification de son cahier des charges ou encore sur l'engagement d'un poste plein qui naviguerait entre plusieurs établissements.

La commission a bien compris que cette dernière option n'est pas celle imaginée par les départements.

M. Bron entend la demande formulée sur les EPH. Cependant, ces discussions n'ont pas encore eu lieu avec les EPH, et les EMS sont un public particulièrement fragile. Il est bien de commencer là où il y a une stratégie nationale, même s'il est tout à fait juste qu'il ne faut oublier personne et qu'il sera pertinent d'avoir ce dispositif dans tous les lieux de soins. Sur l'aspect ré pondance, cette personne doit être dans l'équipe et non pas hors-sol avec une mission perçue comme étant en dehors de la hiérarchie et des priorités fixées par la direction de l'établissement. Cela pourrait accentuer le risque que cette personne soit perçue comme un service de contrôle interne détaché de l'équipe soignante, avec pour but de vérifier ce qui joue et ce qui ne joue pas.

M. Mauler poursuit en expliquant que, si on remet les choses dans le contexte, la formation HPCi dispensée n'est pas une formation très qualifiante. Il s'agit d'un rappel des bonnes pratiques et des réactions à avoir quand il y a un cas qui se déclare. Cette personne est ensuite au sein de l'équipe pour informer sur ces pratiques et aider à trouver un moyen pour faire face à un ou plusieurs cas. La responsabilité médicale appartient toujours au médecin et l'infirmier répondant travaille en collaboration avec ce médecin. Cette formation dure quelques heures et plusieurs employés peuvent la suivre. Il ne s'agit pas de quelque chose de très important en soi en termes d'opérationnalisation, mais il s'agit de développer une vigilance accrue.

M^{me} Tardin précise encore que ce répondant PCI sera en effet l'interlocuteur principal du SMC, mais aussi de la direction afin de traduire les règles du jeu sur le terrain et donc les mesures à appliquer. La médecin cantonale ne pense pas que le département ait décidé sous quelle forme cette ré pondance s'applique, et notamment s'il s'agit d'une mutualisation ou d'une part de cahier des charges. On peut cependant imaginer que des mutualisations sont évidemment possibles, notamment quand il y a une proximité géographique. Il faut en tout cas que cette personne soit capable de traduire les règles du jeu du SMC en actes sur le terrain, en lien avec la DGS, mais aussi les équipes de l'établissement. Concernant la question des EPH, il faut rappeler qu'il ne s'agit pas d'établissements de soin a contrario des EMS. Il n'empêche qu'ils ont un vrai besoin d'accompagnement, ne serait-ce que pour la prescription de médicaments. La médecin cantonale mentionne également les concepts de délégation de soin, qui normalement devraient permettre a minima d'encadrer ces pratiques et qui exigent un personnel répondant au sein de la structure, mutualisé ou non. Tout cela est à réfléchir par les EPH, mais il faut une ré pondance qui délègue et qui est au sein de la structure. Les modalités opérationnelles sont à réfléchir même si les concepts de délégation vont

pouvoir y répondre. L'implémentation sur le terrain est encore loin et la discussion a encore lieu.

Un député LC remercie la DGS pour la mise en place du cours. Il a reçu le support de cours et cela lui paraît tout à fait structuré. Il permet de former les gens à l'apprentissage ou au réapprentissage des bonnes pratiques pour se protéger contre les infections. Le SMC a parlé de 7 EMS et le député se demande s'ils sont représentatifs ou non des trois faïtières. Deuxièmement, il rejoint son collègue PLR sur le fait que, d'après le texte de loi tel que soumis, on comprend qu'il y aurait un répondant par EMS. Or, les représentants du système vaudois ont justement expliqué que des mutualisations avaient lieu. Certains EMS n'ont que 20 lits tandis que d'autres en ont 200. Or, la crise du covid a bien montré que cela impliquait des mesures différentes selon la taille des EMS. Le député aimerait que la DGS confirme que des mutualisations sont possibles, auquel cas il serait prêt à retirer l'un de ses amendements.

M^{me} Tardin ne peut pas répondre sur la représentativité de ces EMS et propose d'y répondre ultérieurement. La mutualisation ne semble en revanche pas poser un problème. Il faut que chaque EMS ait une personne répondante, mais rien n'empêche qu'une même personne réponde pour plusieurs EMS.

Un député LJS constate que l'art. 5A institue une commission consultative nouvelle en matière d'établissements médico-sociaux et définit les tâches de ladite commission, notamment une réflexion continue au sujet de l'évolution du secteur médico-social. On y parle également de planification des besoins et de définition de standards de construction et d'équipement. A la lecture de cet article, le député se demande si le DSM sera complètement mis à part par rapport à la réflexion qu'il conviendrait de mener. Si cela n'était pas le cas, il aimerait des précisions sur la marge de manœuvre du département pour définir les tâches de cette commission. Cela l'inquiète par rapport au programme PAS, programme qui entendait évaluer de manière continue les besoins à venir de la population vieillissante sous forme d'enquêtes qui devaient se faire à une certaine fréquence. Il s'agissait alors d'enquêtes très lourdes et il avait été décidé à l'époque d'abandonner ce programme, qui visait à définir et à imposer à la population vieillissante le choix de se soumettre aux diktats de cette commission. Si la commission définissait que telle ou telle personne devait aller en EMS, elle avait le choix entre plusieurs EMS, mais ne pouvait pas refuser d'y aller. Cela avait fait sursauter les associations concernées. Il demande quelle analyse les auditionnés font de cet article 5A et s'il ne constitue pas une nouvelle forme non dite de PAS.

M. Mauler répond qu'il est à l'origine de cette proposition et qu'il a présenté aujourd'hui même le RGEPA de cette loi. La commission consultative vise, de manière concertée avec les associations faïtières et les EPA, à discuter

de l'évolution du sens des EMS dans l'avenir. Un groupe de travail composé de cette même manière a réussi après deux ans et demi de travail à sortir les EMS de la LIAF, modification qui sera effective au 1^{er} janvier 2024. C'est dans cet esprit que ce nouvel alinéa définit la mission de cette commission consultative qui devra plutôt réfléchir sur les enjeux de l'avenir des EMS, mais pas du tout orienter les résidents dans leur parcours. La composition que le DCS proposera à la DGS intégrera naturellement les faitières des EMS, les représentants des EPA, mais aussi des membres de la DGS et de l'OAIS. Le comité de pilotage sera un peu différent. Il y aura des assises sur la direction et la gouvernance des EMS deux fois par année, avec notamment des discussions sur la qualité des soins ou encore le cahier des charges du médecin répondant. Sur le programme PAS, la loi a été modifiée et le libre choix du résident est maintenant garanti. La difficulté actuelle réside dans le nombre de personnes en attente de placement aux HUG, puisqu'il y a aujourd'hui 201 personnes en attente de placement et que les EMS sont pleins à 95%. La commission consultative va aussi travailler sur des moyens supplémentaires pour un maintien à domicile prolongé dans de bonnes conditions pour éviter des institutionnalisations qui ne seraient pas nécessaires. Un groupe de travail a rendu hier un rapport de travail avec l'IMAD, Pro Senectute, la DGS, le DCS et les HUG pour instituer une cellule cantonale de placement pour orienter les résidents vers les différentes structures qui existent. Le rapport a été présenté hier et fera l'objet d'une présentation à la délégation du Conseil d'Etat au contrat social avec un certain nombre de mesures. Les trois magistrats qui font partie de cette commission décideront des orientations à prendre pour finaliser cette cellule. Il ne s'agit en aucun cas d'un diktat, puisque le libre choix du résident prime toujours.

Le même député LJS rappelle que son souci porte surtout sur la lourdeur de l'infrastructure qui était nécessaire pour mener à bien la planification. On parle là de planification et on dit que la tâche de cette commission consultative sera de planifier les besoins. Or, si le parlement accepte une loi qui prévoit la planification des besoins, on pourrait lui dire qu'il faut monter une structure d'enquête permanente qui ressemblera au PAS et qui devra définir pour les années à venir le nombre de personnes susceptibles d'entrer en EMS.

M. Mauler répond qu'il s'agit de participer aux travaux de la planification sanitaire cantonale dirigée par la DGS selon la définition d'un certain nombre de besoins, par exemple le nombre de lits. Il existe aujourd'hui un instrument informatique de gestion des places, et toute personne qui veut entrer en EMS doit s'y inscrire. Cet instrument arrive désormais au bout de ce qu'il peut faire, et il y a une orientation qui doit se professionnaliser autour des assistantes sociales des HUG qui préparent les dossiers, par exemple avec des infirmiers

de liaison qui pourront orienter les résidents dans l'EMS de leur choix en fonction aussi de leur état de santé. Un deuxième groupe de travail est chargé de définir ce que doit être un EMS spécialisé en psychogériatrie et en psychiatrie de l'âge avancé. On souhaite à l'avenir avoir des lits spécialisés, précisément pour orienter les résidents dans les bons EMS en fonction de leur état de santé. Le travail de préparation du dossier administratif en amont devient très compliqué, en lien nécessaire avec le SPAd, le TPAE et le SPC. Dans cette cellule de placement, on retrouvera des gens qui pourront qualifier les dossiers. On va un peu plus loin que le PAS qui disait où irait telle personne. Une fois encore, le canton a besoin d'une cellule de cette nature, pour laquelle il faudrait des ressources existantes ou à créer, en collaboration avec l'ensemble du réseau de soin.

M. Bron précise que la planification est une obligation de la LAMal et donc quand on parle de planification dans le projet de loi, on se réfère à ce que l'on fait déjà maintenant. Il ne s'agit pas de créer quelque chose de complètement nouveau. Le programme PAS a été créé il y a plus de douze ans et il n'est pas question de recréer cela. En revanche, il est nécessaire de mieux coordonner les sorties d'hôpital et de les fluidifier. Cela passe par des mesures organisationnelles entre les institutions plutôt que par des mesures dirigées sur les individus.

Le député LC revient sur les propos de son collègue LJS et précise que, par rapport à la commission consultative, toute la loi a été travaillée pendant deux ans dans un groupe de travail qui a donné lieu à un vrai échange et à une consultation permanente. Dans le sens de cette consultation, les faitières ont souhaité remettre en vigueur cette commission consultative pour échanger régulièrement avec le département, notamment sur la question de la planification. L'OBSAN a publié un rapport assez intéressant sur les besoins en EMS dans les dix prochaines années. Il y a également la planification sanitaire qui complète cela pour le canton. En 2007, le canton avait prévu de supprimer le libre-choix de la personne pour choisir un EMS, ce qui avait provoqué un véritable tollé et amené le gouvernement à retirer cette disposition.

Un député PLR reste insatisfait sur la question de la ré pondance, l'art. 15 étant tout de même ambigu. Il est bien écrit que l'établissement doit affecter un infirmier répondant qualifié en matière de PCI. Il faut bien s'entendre sur le fait que le répondant n'aurait pas un supérieur hiérarchique au SMC, mais qu'il serait bien intégré au sein d'une équipe tout en étant répondant par rapport au SMC.

M^{me} Tardin note que la personne serait également répondante vis-à-vis des équipes et du médecin responsable de l'EMS.

Le même député PLR explique que l'idée serait de rajouter une lettre e à la lettre c en disant que l'infirmier répondant qualifié est lié hiérarchiquement à la hiérarchie de l'établissement et fonctionnellement au service du médecin cantonal. Il faudrait également indiquer que ces ressources qualifiées peuvent être mutualisées entre plusieurs établissements.

M^{me} Tardin note qu'un lien fonctionnel reste une notion très forte. La personne répondante a la charge d'appliquer les mesures en cas de maladie transmissible et notamment de flambées ou d'épidémies. Dans les situations où il n'y a pas d'enjeu PCI, la personne n'a pas de lien fonctionnel avec le SMC et veille à des choses assez évidentes pour lesquelles elle est formée.

Ce même député PLR note que tous les infirmiers sont formés sur ces questions, mais qu'il y a besoin d'une personne répondante qualifiée pour le programme de santé publique en lien avec les maladies transmissibles et la résistance antibiotique. C'est pour cela qu'il faut un lien avec le SMC. Le double lien fait que cette personne sera à la fois membre d'une équipe tout en recevant directement un certain nombre d'informations du SMC. Si on ne le précise pas, on reste avec cette notion ambiguë de personne répondante dans l'établissement qui ne dit pas d'où viennent les indications. Il est important de préciser qu'il y a un réseau PCI qui se met en place sous la responsabilité du SMC.

M. Mauler rappelle que le statut d'infirmier ne donne pas un statut de spécialiste en PCI, qui est sanctionné par un diplôme après une formation postgrade de quelques heures. Il ne faut pas oublier que l'infirmier de l'EMS travaille sous un mandat de délégation de soin sous la responsabilité du médecin. Un lien fonctionnel ne serait donc pas simple avec le SMC, qui doit cependant avoir un relais dans les EMS pour s'assurer que ses décisions en cas de crise sont appliquées et suivies.

M^{me} Tardin observe que c'est bien là où est la difficulté. Le SMC communique au responsable de soin, qui n'est pas toujours là. Il faut donc pouvoir communiquer au soignant présent, qui a des connaissances variées qui vont au-delà du programme de base. Si on regarde le circuit propre-sale classique dans les EMS, même les responsables de soin n'appliquent parfois pas les règles de base. Il ne faudrait pas non plus que le SMC devienne responsable de ces manquements alors qu'ils sont sous la responsabilité de la structure de l'EMS.

M. Bron se demande si tout cela ne va pas au-delà de ce que demande le projet de loi et il a quelque part l'impression que l'on passe de rien à quelque chose d'encore plus ambitieux. Il serait personnellement très prudent avec le lien fonctionnel qui peut créer beaucoup de confusion. S'il faut préciser

quelque chose, il faut préciser qu'en cas de mesures à prendre contre la propagation d'un virus, cette personne est répondante vis-à-vis des autorités sanitaires. Le lien fonctionnel pourrait indiquer que la DGS donne des ordres de manière permanente.

Le même député PLR rappelle qu'un des gros enjeux est celui de l'harmonisation des pratiques. Pour harmoniser les bonnes pratiques, il faut que quelqu'un soit en phase avec l'évolution des exigences en la matière, qui changent assez régulièrement. Si l'on veut avoir un réseau PCI pour les EMS, on doit pouvoir avoir un lien fonctionnel, ce sans quoi ces personnes vont dépendre de ce que voudra bien faire la direction de l'établissement. Dans la réalité, on sait que les responsables de soin ont parfois d'autres priorités comme la planification, les engagements ou la maîtrise financière. Il y a un vrai risque à ne pas mettre cela précisément dans la loi.

La présidente trouve qu'il faudrait une proposition de formulation qui serait moins contraignante.

M. Bron note qu'il faut préciser que cette ressource répond aux autorités sanitaires en cas de mesures à déployer contre les risques d'infection.

M. Mauler propose de rajouter que l'infirmier sera répondant vis-à-vis des autorités sanitaires. Il propose également de rajouter une phrase indiquant que la mutualisation entre EMS est possible.

Ce même député PLR trouve cela tout à fait envisageable. Il revient également sur l'art. 33 et constate que certains établissements ne sont pas éligibles pour percevoir le financement résiduel. Il demande quels établissements cela concerne.

M. Mauler précise que cette disposition correspond à la section III de la loi et concerne les résidences privées qui ne sont pas des institutions de santé et ne sont donc pas encadrées. Ces établissements n'ont pas de soignants et font appel à des organisations d'aide et de soins à domicile, qui sont contrôlées par le SMC. Ces établissements, au nombre de deux à Genève, ne bénéficient pas du financement résiduel. On considère donc que ce ne sont pas des EMS et qu'ils n'entrent pas dans la liste de 54 EMS telle qu'arrêtée par le Conseil d'Etat.

M. Mauler indique que le financement résiduel est attribué aux organisations d'aide et de soins à domicile qui pratiquent dans ces établissements.

La présidente, en l'absence d'autres questions, remercie les auditionnés pour les réponses apportées. Elle propose de poursuivre les travaux de la commission sur cet objet.

Votes

1^{er} débat

La présidente met aux voix l'entrée en matière du PL 13291 :

Pour 15 (3 S, 2 Ve, 1 LJS, 2 MCG, 1 LC, 4 PLR, 2 UDC)

Contre : –

Abstentions : –

L'entrée en matière du PL 13291 est acceptée à l'unanimité.

2^e débat

Titre et préambule	sans opposition, adopté
Art. 1	sans opposition, adopté
Art. 1 (nouvelle teneur)	sans opposition, adopté
Art. 2 (nouvelle teneur)	sans opposition, adopté
Art. 3, al. 1 (nouvelle teneur)	sans opposition, adopté
Art. 4 (nouvelle teneur)	sans opposition, adopté
Art. 5, al. 1, lettres h et i (nouvelles), al. 3 (nouveau)	sans opposition, adopté
Art. 5A (nouveau)	sans opposition, adopté
Art. 7, al. 2, lettre e (nouvelle)	sans opposition, adopté
Art. 8 lettres b et c (nouvelle teneur)	sans opposition, adopté
Art. 9, al. 2 (nouveau, l'al. 2 devenant l'al. 3), al. 3 (nouvelle teneur)	sans opposition, adopté
Art. 10, al. 1 et 3 (nouvelle teneur)	sans opposition, adopté
Art. 11, al. 3 (nouveau)	sans opposition, adopté
Art. 12, al. 1 et 2 (nouvelle teneur)	sans opposition, adopté
Art. 13	sans opposition, adopté
Art. 14	sans opposition, adopté

Art. 15, phrase introductive et lettres c et d

Un député PLR dépose un amendement qui reprend la formulation avancée par M. Mauler précédemment à l'art. 15, lettre c.

La présidente demande ce qu'il en est de l'amendement du Centre.

Le député LC indique qu'il a retiré cet amendement.

La présidente met aux voix l'amendement PLR à l'art. 15, lettre c :

- c) de soins infirmiers, avec la désignation d'une infirmière répondante qualifiée ou d'un infirmier répondant qualifié vis-à-vis des autorités sanitaires en matière de prévention et de contrôle des infections. La mutualisation entre EMS est possible.*

Pour : 15 (3 S, 2 Ve, 1 LJS, 2 MCG, 1 LC, 4 PLR, 2 UDC)

Contre : –

Abstentions : –

Cet amendement est accepté.

Le député LC propose un amendement à la lettre d, amendement qui demande la suppression de la mention des laborantins et laborantines, cette profession n'existant plus dans les EMS.

Le député LJS entend ce que dit son collègue LC, mais note que si un EMS venait à de doter d'un laboratoire, à ce moment-là, la loi la prévoirait déjà.

Le député LC répond que cela ne veut pas dire que, si un EMS se dote un jour d'un laboratoire, il s'agirait d'une antenne qui serait soumise à la loi. A une certaine époque, il y avait des laborantins propres aux EMS pour réaliser certains examens, ce qui n'est plus le cas.

Le député LJS observe qu'il y a encore des appareils de chimie sèche dans des EMS pour faire entre autres des examens de coagulation du sang ou pour la glycémie.

Le député LC lui répond qu'il n'y a pas besoin de laborantin pour cela.

Une députée S précise que la loi ne prétend pas fixer une liste exhaustive des professions devant être proposées et enlever la mention des laborantins n'exclut pas d'en avoir dans le futur.

La présidente met aux voix l'amendement LC à l'art. 15, lettre d.

- d) des autres professions de la santé, notamment les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les psychomotriciennes ou psychomotriciens, les logopédistes, les diététiciennes ou diététiciens. Ces professionnelles ou professionnels peuvent exercer à titre indépendant, si les besoins de l'établissement ne justifient pas un engagement, même à temps partiel.*

Pour : 14 (3 S, 2 Ve, 2 MCG, 1 LC, 4 PLR, 2 UDC)

Contre : –

Abstentions : 1 (1 LJS)

Cet amendement est accepté.

Art. 16 (nouvelle teneur)	sans opposition, adopté
Art. 18 (nouvelle teneur)	sans opposition, adopté
Art. 19 (nouvelle teneur)	sans opposition, adopté
Art. 22 (nouvelle teneur)	sans opposition, adopté
Art. 23 (nouvelle teneur de la note), al. 1 et 2	sans opposition, adopté
Art. 24 (nouvelle teneur)	sans opposition, adopté
Art. 25 (nouvelle teneur)	sans opposition, adopté
Art. 26 (nouvelle teneur)	sans opposition, adopté
Art. 27, al. 3 (nouvelle teneur)	sans opposition, adopté
Art. 28, al. 1 (nouvelle teneur)	sans opposition, adopté
Art. 29, al. 1 (nouvelle teneur)	sans opposition, adopté
Art. 31, al. 1 (nouvelle teneur)	sans opposition, adopté
Art. 33, al. 3 (nouvelle teneur)	sans opposition, adopté
Art. 34, al. 2, lettre c (nouvelle teneur)	sans opposition, adopté
Art. 35c, al. 4 (nouvelle teneur)	sans opposition, adopté
Art. 36, al. 3 (nouvelle teneur) et al. 4 (nouveau)	sans opposition, adopté
Art. 37, al. 3, lettres b et c (nouvelle teneur)	sans opposition, adopté
<u>Art. 2</u>	sans opposition, adopté

3^e débat

La présidente met aux voix le PL 13291 tel qu'amendé :

Pour :	15 (3 S, 2 Ve, 1 LJS, 2 MCG, 1 LC, 4 PLR, 2 UDC)
Contre :	–
Abstentions :	–

Le PL 13291 est accepté à l'unanimité par la commission.

Catégorie de débat préavisée : IV

Un député PLR propose que la commission vote la clause d'urgence. Si le PL doit entrer en vigueur en 2024, il faut donc que la commission la vote à l'unanimité pour que le Grand Conseil puisse se prononcer en urgence.

La présidente met aux voix la clause d'urgence sur le PL 13291 :

Pour :	15 (3 S, 2 Ve, 1 LJS, 2 MCG, 1 LC, 4 PLR, 2 UDC)
Contre :	–
Abstentions :	–

La clause d'urgence est acceptée par la commission.

Conclusions

Mesdames les députées, Messieurs les députés, chères et chers collègues,

Ce projet de loi a été déposé par le Conseil d'Etat en avril de cette année et a pour objectif, notamment, de faire en sorte que le financement des EMS soit en conformité avec les dispositions de la LAMal. En effet, suite à un rapport de la Cour des comptes, ce financement ne pouvait plus faire l'objet d'une subvention dépendant de la loi sur les indemnités et les aides financières (LIAF), mais devait consacrer l'objet d'un financement résiduel.

Une autre nouveauté est la prise en charge des classes Plaisir (la classification des patients selon le nombre de minutes de soins requis par chaque résident) supérieures à 20, conformément à la pratique utilisée dans les autres cantons qui utilisent cette échelle.

Dans un esprit de concertation, les travaux de modification de cette disposition légale ont été menés par le département (à l'époque le DSPS) en collaboration avec les trois faîtières du secteur des EMS, la FEGEMS, l'AGEMS et la représentante des trois établissements publics autonomes.

Ces travaux ont duré deux ans et ont permis de produire le texte qui est proposé à notre Grand Conseil.

Au-delà des aspects liés au financement, une nouveauté est la création d'une commission consultative réunissant les acteurs précités ainsi que les deux départements en charge, le DCS s'agissant de l'administration et de la planification, et le DSM pour le côté du contrôle de la qualité des soins.

Une autre nouveauté est l'introduction de la notion d'infirmier référent – poste qui peut être mutualisé selon la taille de l'institution – formé à la prévention et au contrôle des infections (PCI), selon le modèle pratiqué avec succès dans le canton de Vaud et dont les responsables ont été longuement auditionnés par la commission.

Au terme de ce travail législatif, il sied de souligner la bonne collaboration instituée entre l'Etat et ses services et les trois grands acteurs du secteur.

Sur cette base, et compte tenu de la belle unanimité avec laquelle ce PL a été adopté par la commission de la santé, je ne peux que recommander de suivre la position de la commission et d'accepter également la clause d'urgence, afin que ces dispositions puissent entrer en vigueur au début 2024.

Amendement

Art. 2 Clause d'urgence (nouvelle teneur)

L'urgence est déclarée.