

Date de dépôt : 13 septembre 2013

Rapport

- a) RD 952-A** **Rapport de la Commission de la santé chargée d'étudier le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la politique publique cantonale en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie**
- b) R 744** **Proposition de résolution de M^{mes} et MM. Christine Serdaly Morgan, Brigitte Schneider-Bidaux, Prunella Carrard, Sylvia Nissim, Esther Hartmann, Michel Forni, Nathalie Schneuwly, Charles Selleger, Nathalie Fontanet, Jacques Béné, Pierre Ronget, Marie-Thérèse Engelberts, Mauro Poggia accompagnant la politique publique cantonale en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie**

Rapport de M^{me} Christine Serdaly Morgan

Mesdames et
Messieurs les députés,

La Commission de la santé a examiné ce rapport du Conseil d'Etat et a formulé une résolution à la suite de ses travaux. Elle a conduit ces derniers en sept séances de commission (les 7 décembre 2012, 11 et 18 janvier, 1^{er} et 8 février et 1^{er} et 8 mars 2013), au cours desquelles elle a auditionné différents acteurs, dont une partie à leur demande, signe, s'il en faut, de l'intérêt du sujet.

Les procès-verbaux ont été rédigés par les personnes suivantes : MM. Guy Chevallay, Hubert Demain, Sébastien Pasche et M^{me} Karin Kohler, et nous le remercions ici de leur travail.

Le DARES, avec la participation simultanée ou alternée de M. Adrien Bron, directeur général de la santé, de M^{mes} Pauline Borsinger et

Elisabeth Debenay, ainsi que de M. Pierre-François Unger, conseiller d'Etat, a assisté à l'ensemble des travaux.

Contexte du rapport

Le Grand Conseil a adopté la planification sanitaire du canton de Genève 2012-2015 au printemps de cette année. Comme rappelé dans le rapport y relatif, elle est la toile de fond dans laquelle vont s'inscrire les missions concrètes des institutions, les contrats de prestations qui en découlent, ainsi que divers plans et actions pluriannuels. Le rapport sur la politique publique cantonale en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie en est une déclinaison qui permet de concrétiser certains aspects relatifs à la personne âgée. Il permet également de disposer d'une vision complète de l'existant, afin d'être à même de projeter des actions futures dans un cadre clairement identifié.

Le canton a, en particulier, pris de longue date une option qui s'est révélée en phase avec les préoccupations concernant le vieillissement de la population, soit de privilégier le maintien à domicile.

A noter que ce rapport est très riche, notamment en données sur la situation actuelle et sur les objectifs chiffrés visés. Autant d'éléments qui ne sont pas repris ici, et auxquels le lecteur intéressé se référera pour le suivi de cette politique.

Contenu du présent rapport et résolution

Le présent rapport rappelle les objectifs du Conseil d'Etat, présente l'essentiel des contributions des personnes auditionnées et des institutions qu'elles représentent, relate les points de discussion principaux de la commission, dont les échanges ont abouti à la formulation d'une résolution accompagnant ce rapport.

Cette résolution invite le Conseil d'Etat à mettre l'accent sur cinq points que sont l'innovation au travers de projets pilotes, l'habitat adapté et la diversification des stratégies en la matière, le partenariat avec les médecins généralistes autour notamment des personnes présentant des troubles cognitifs, les logiques de territoire avec le soutien aux initiatives locales et, enfin, l'intégration de l'offre privée dans la cartographie des prestations cantonales proposées à la population.

Dans ce sens, il s'agit de traduire la volonté du maintien à domicile dans une politique souple, dynamique, qui favorise la prévention et qui, pour ce faire, promeut les innovations, soit à l'écoute du terrain et proche des acteurs.

Objectifs du Conseil d'Etat

Le Conseil d'Etat s'est fixé pour objectif pour les prochaines années de proposer un cadre permettant de répondre aux souhaits de la population de vieillir et de mourir à domicile; de garantir la qualité et l'équité d'accès aux prestations et, enfin, de préparer les choix budgétaires à venir. Prioritairement, il entend poursuivre le développement de la politique de maintien à domicile autour de cinq axes stratégiques complémentaires :

1. prévenir pour vieillir en bonne santé ;
2. bien vieillir chez soi ;
3. bien vieillir en EMS ;
4. garantir l'autodétermination des personnes âgées et leur dignité en fin de vie (soins palliatifs, directives anticipées) ;
5. renforcer la continuité des prises en charge. Ce dernier axe, transversal, vise à éviter les ruptures dans la trajectoire des personnes et de leurs proches.

Auditions

La commission a procédé à diverses auditions à commencer par celle du Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé (DARES), auteur du rapport, auquel le Département de la solidarité et de l'emploi a contribué pour le volet des EMS. Ce dernier a également été auditionné à la demande de la commission.

Elle a reçu les acteurs suivants qui l'avaient sollicitée :

- Pro Senectute ;
- FEGEMS, Fédération genevoise des EMS ;
- FAAG, Fondation pour la Formation des Aînées et des Aînés de Genève, membre de la Plate-forme des aînés de Genève ;
- Association VIVA, Valoriser et Intégrer pour Vieillir Autrement-, membre de la Plate-forme des aînés de Genève ;
- IMAD, Institution genevoise de maintien à domicile ;
- GSPASD, Groupement des Structures Privées d'Aide et de Soins à Domicile ;

Elle a en outre, demandé les auditions suivantes :

- HUG pour le Plan Victoria ;
- DARES pour le rapport du Groupe de travail sur les proches-aidants, publié en octobre 2012.

Plusieurs autres auditions ont été souhaitées, auxquelles la commission a finalement renoncé. Elles sont cependant mentionnées ici en raison du lien et de l'intérêt que ces acteurs peuvent présenter dans la mise en œuvre de la politique cantonale en faveur de la personne âgée :

- le Prof. Michel ORIS, directeur du Centre interfacultaire de gérontologie et d'études des vulnérabilités (Faculté des Sciences économiques et sociales, Genève), et co-directeur du Pôle national de recherche national LIVES (Overcoming Vulnerability. Life Course Perspectives);
- la Ville de Genève pour sa politique structurée en faveur des aînés (Cité Seniors ou les projets dans le cadre du programme « Villes amies des aînés » de l'OMS;
- la Croix-Rouge genevoise, notamment pour son programme relatif aux migrants âgés.

Audition du DARES

Le rapport a été présenté par M^{me} Elisabeth Debenay, cheffe du secteur réseau de soins.

Le rapport, pensé comme une aide à l'allocation des ressources et au financement des soins du maintien à domicile fait volontairement l'impasse, de ce fait, sur certains aspects, notamment sociaux, qui n'ont ainsi pas été abordés.

Le canton de Genève s'est orienté vers le maintien à domicile de manière plus importante que bien d'autres cantons. Il a doublé le nombre d'heures de soins à domicile en dix ans, et il dispose d'un taux de lits en EMS par habitant parmi les plus bas du pays (50 lits/1 000 habitants, moyenne suisse à 70). Ainsi, parmi les personnes de plus de 80 ans à Genève :

- seules 14 % vivent en EMS,
- 86 % vivent à domicile à Genève (21 400 personnes) ; et, parmi elles,
- 27% ont recours à l'aide et aux soins à domicile.

Selon les prévisions démographiques, en 2040, 20 % des gens auront plus de 65 ans (1/5^e de la population genevoise) et le nombre de personnes de 80 ans et plus aura doublé par rapport à 2010 (soit 40 000 personnes).

Les enjeux liés à cette augmentation démographiques sont une croissance forte des maladies chroniques et dégénératives (l'on imagine une augmentation de 13 000 personnes avec des troubles cognitifs ou de type Alzheimer), et l'augmentation corollaire du poids du financement public de la prise en charge des aînés.

En 2012, la charge des politiques publiques à Genève en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie s'élève à 630 millions de francs en 2012 (quasiment à parité entre hébergement en EMS et maintien à domicile). Une adaptation linéaire atteindrait 1,4 milliard de francs en 2014.

Le Conseil d'Etat entend donc poursuivre le développement des prestations à domicile et la recherche de gains d'efficience, par la rationalisation, la construction d'immeubles avec encadrement (IEPA), un bon rapport coût-efficacité des prestations selon l'intensité du besoin en soins et l'optimisation de la collaboration entre prestataires afin de fluidifier le parcours du patient. Ceci selon cinq axes stratégiques dont les orientations sont semblables à celles du canton de Vaud et des autres pays européens.

Axe stratégique 1 : Prévenir la perte d'autonomie et retarder le recours aux soins

Ses déclinaisons pratiques sont les suivantes :

1. prévenir les maladies chroniques;
2. promouvoir la santé (alimentation, activité physique);
3. prévenir les chutes;
4. renforcer l'intégration sociale;
5. renforcer les collaborations intersectorielles.

Il s'agit d'agir en amont auprès de la population concernée. Le Rapport sur le plan cantonal de prévention et promotion de la santé en traite notamment mais les moyens financiers sont actuellement concentrés sur l'alcool, la dépression et l'alimentation saine. Un budget visant la population plus âgée devrait être dégagé.

Axe stratégique 2 : Permettre aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible à domicile et fixer les limites de ce maintien

Cet axe comprend les éléments suivants :

- soutenir les **proches-aidants** ; les prestations de relèvement notamment offrent un répit à ces personnes durant quelques heures. Le Conseil d'Etat a accordé 103 000 F pour 2013 dans ce but, ce qui représente 7 000 heures, soit 100 heures pour 70 personnes qui éviteront hospitalisations et placements prématurés en EMS;
- augmenter le nombre de **structures intermédiaires** : 500 logements dans les immeubles à encadrement pour personnes âgées (IEPA) et 10 foyers de jour d'ici à 2015 ; ceux-ci sont en cours de regroupement au sein d'une association faîtière ; l'augmentation de leur fréquentation de 1,6-1,8 jours

par semaine jusqu'à 2 à 3 jours par semaine est souhaitée ; unités d'accueil temporaire de répit (UATR, 100 au total);

- éviter les **hospitalisations inappropriées** : les mesures ci-dessus devraient y contribuer;
- améliorer la prise en charge des personnes présentant des **troubles cognitifs** : un rapport d'expert a été élaboré à ce sujet (Plan cantonal Alzheimer, voir références).

Axe stratégique 3 : Réserver les places en EMS aux personnes pour lesquelles rester à domicile n'est plus adéquat ; adapter les prestations des EMS à l'évolution des pathologies

Les éléments en sont ici les suivants :

- augmenter de **180 lits** le nombre de lits en EMS;
- **différencier les EMS** selon trois missions : généralistes, troubles cognitifs, troubles psychologiques et /ou dépendances (populations vieillissantes avec ces pathologies);
- rechercher des gains d'efficacité par la **mutualisation des ressources** entre EMS;
- porter une attention particulière aux **personnes handicapées âgées**.

Axe stratégique 4 : garantir l'autodétermination des personnes âgées et leur dignité en fin de vie

Cet axe comprend deux recommandations :

- implémenter le programme de développement des **soins palliatifs** 2012-2014 dans les institutions de santé (FEGEMS, FSASD);
- favoriser l'expression des choix individuels par le recours aux **directives anticipées**. Il s'agira ici de faciliter l'accès de la population à l'information.

Axe stratégique 5 : rechercher des gains d'efficacité et assurer la qualité et l'équité de la prise en charge

Pour ce faire :

- recours au **dossier médical informatisé** : il sera un outil déterminant qu'il s'agira de généraliser, la transmission des informations s'en trouvant renforcée;
- renforcement du **pilotage administratif**;
- optimisation du fonctionnement du **réseau** : les partenaires doivent être amenés au dialogue afin de connaître les places libres dans chaque secteur et de fluidifier les trajectoires ; actuellement, la base est incitative, mais

pour étoffer la base de données, il n'est pas exclu de prendre des mesures coercitives;

- lutte contre la **pénurie des professionnels** de la santé.

Points de vue, questions et réponses

Modèle sous-tendant les axes

Quel est le **modèle** qui régit les mesures prises : s'agit-il de réduire le taux de personnes vivant en EMS en dessous des 14 % actuels ? Ou de baisser les coûts du maintien à domicile ? La projection linéaire de l'augmentation des besoins est certes spectaculaire, mais elle n'est pas nécessairement proche de la réalité (S). (DARES) : La ligne suivie consiste à proposer davantage de possibilités d'accueil, afin de décharger l'offre de maintien à domicile telle qu'elle est pensée actuellement. Grâce à la promotion des structures intermédiaires, à l'amélioration du travail collectif, etc., il sera possible de mieux répondre aux besoins des personnes concernées. Il va donc s'agir d'une **sophistication de l'offre de maintien à domicile**. Le public concerné par l'aide à domicile étant bien plus large que celui qui vit en EMS, son coût est à appréhender très différemment de ce dernier. La question qui se pose est de maintenir la qualité et l'équité de l'accès aux soins, ce qui exclut des réorientations majeures vu la bonne situation ; cependant des inflexions de financement sont à trouver. Concernant le calcul linéaire, il est rappelé que l'impact sur les hôpitaux n'est pas pris en compte (raccourcissement des prises en charge) et que les chiffres ne sont donc pas surestimés.

Flux et coordination entre acteurs

*Quelles sont les **statistiques des ré-hospitalisations** dans une perspective de continuité de prise en charge (Ve) ?* (DARES) : La ré-hospitalisation est un des indicateurs qualité dont on trouve trace dans le budget et les comptes.

Quels sont la responsabilité, les moyens et les effets attendus de l'optimisation de la coordination des prestataires de soins ? Et le **Plan Performance** des HUG a-t-il un impact sur la coordination entre prestataires (S) ? (DARES) : Le lien entre l'efficacité d'une institution et l'efficacité collective doit être établi. Aujourd'hui, chacune d'entre elles est appelée à fournir un certain nombre de prestations pour elle seule, en raison du mode de financement en silo. Il sera nécessaire de les convaincre de prendre part à un travail d'échange qui ne leur servira pas directement.

Un outil comme le **PASS** ne deviendra-t-il pas incontournable pour des raisons d'efficacité¹ (Ve) ? (DARES) : L'avantage de sa création n'ayant pu être établi, il est difficile de défendre ce projet, même si sur le fond sa nécessité adviendra.

Où en sont **e-toile** et sa promotion dix ans plus tard (R) ? (DARES) : La phase pilote d'e-toile est terminée, l'outil est désormais efficace et son apport à la transmission médicale, autant qu'à des économies importantes, ne sont plus à démontrer. Il doit désormais être implémenté dans un système multilatéral.

Sur la question des hospitalisations inappropriées et du retardement de l'arrivée en EMS, il existe deux acteurs indispensables qui pourraient être mieux utilisés : d'une part, **la médecine de ville en combinaison avec la FSASD**, d'autre part **la médecine gériatrique communautaire**, sous tous les aspects de prévention de la fragilité. Il s'agit d'un enjeu majeur – à l'égal de celui visant à accentuer les efforts sur le maintien à domicile – qui se heurte malheureusement aux difficultés de trouver un financement adéquat en dehors du schéma ordinaire de la LAMAL (EMS/hospitalier). Deux rapports (O. Rutschmann, et M. Erismann / Ores, voir « références ») confortent ces informations (PDC). Par ailleurs, une expérience telle que celle menée sur le site de Cressy avec des logements accueillant 7 ou 8 personnes âgées (ndlr : Pro Senectute dans la Coopérative INTI) pourrait être optimisée par un encadrement approprié en matière de prise en charge de la fragilité, en rattachant cette structure à un EMS : soit, **des appartements médicalisés sous la houlette d'un EMS et en lien avec la FSASD** (PDC). (DARES) : L'interface avec la médecine de ville serait évidemment souhaitable mais ce lien n'est pas établi à ce jour. Le département n'a aucune prise sur cette dernière, ni sous la forme de subvention, ni sous celle d'un quelconque contrôle. Il est évident qu'une initiative en provenance de la médecine de ville serait certainement regardée avec intérêt. Une meilleure planification pourrait l'intégrer.

EMS

Face au **faible taux de lits d'EMS** par habitant (50/1 000), l'on peut s'interroger sur le profil de la population des EMS genevois (Ve). (DARES) : La focale mise sur le maintien à domicile permet de penser que la population en EMS est bien celle qui devrait y être.

¹ ndlr : le projet de loi concernant le PASS, processus d'accès aux soins comportant information, évaluation des besoins des personnes et orientation vers la structure la plus adaptée, a été retiré par le Conseil d'Etat au vu des réserves qu'il a suscitées (voir aussi plus loin sous « discussion générale »)

Par rapport aux **trois missions évoquées pour les EMS**, il est relevé que les troubles cognitifs touchent pour l'heure 60 à 80% des personnes en EMS : il ne s'agit ainsi pas d'une spécialisation mais d'une tâche de base. La spécialisation pourrait quant à elle viser les comportements agressifs, particulièrement délicats à traiter (R).

UATR

L'absence de mention des **projets privés existants de lits UATR**, et donc de leur considération, est surprenante (Ve). (DARES) : Le département est ouvert à la création à l'essai d'UATR et UATM (unité d'accueil temporaire médicalisée) privés ; elle exige toutefois des clarifications vis-à-vis des assureurs et donc l'ajustement des subventions éventuelles.

Quel est aujourd'hui le **coût journalier d'un lit en UATR** dans l'immeuble de Villereuse (ndlr : dédié à cette mission) et celui d'un même lit au sein d'un EMS ? La question du coût du maintien à domicile doit être posée, tout en incluant le risque important de désocialisation, la qualité de vie étant aussi en jeu (R). (DARES) : Si les taux d'occupation sont bons, la comparaison entre une structure dédiée à cette tâche et un fonctionnement sporadique est difficile ; la centralisation permet d'éviter facilement des hospitalisations inutiles, ce qui implique une diminution de coûts.

Cartographie et offres privées

L'absence de l'offre privée dans le cadre de la **photographie globale de la situation** est surprenante, et l'on peut s'interroger sur les motifs qui président à cette non prise en compte (p. ex. les logements pour personnes âgées des Jardins du Rhône). Ces institutions doivent pouvoir être localisées par le biais des prestations complémentaires. Il semble logique de bien délimiter l'offre, tout comme le besoin avant de projeter la mise à disposition de nouvelles prestations (S). (DARES) : Des questions de classification, de repérage - lorsque les structures ne sont pas subventionnées et non soumises à autorisation -, expliquent cette situation qui pourrait être revue dans la suite de ce rapport. A noter cependant que le nombre de logements non subventionnés destinés aux personnes âgées reste relativement anecdotique.

Nouveau droit de protection de l'adulte

Quels en sont ses incidences sur les axes présentés (Ve) ? (DARES) : La promotion de l'**autonomie** est un élément que les axes du rapport cherchent à promouvoir, afin de diminuer les besoins en prestations « stationnaires ».

Proches-aidants

Environ 7 000 heures de **prestations dites « de relève »** (personne à domicile permettant au proche-aidant de faire autre chose), réparties entre 70 personnes, ont été mentionnées. Cela représente 12,5 jours/an/personne, ce qui semble peu. Comment les bénéficiaires ont-ils été par ailleurs sélectionnés (Ve) ? (DARES) : Le nombre de personnes correspond au budget à disposition, mais aucune demande n'était en attente. Celui-ci sera légèrement augmenté durant la période quadriennale, le besoin restant toutefois à préciser. Le nombre d'interventions est passé de 6 854 h en 2010 à 7 872 h toujours en 2011.

Innovation

En dehors de Cité Générations (Onex) souvent mentionnée, existe-t-il d'autres exemples ? Et quelles sont les intentions, la procédure, les critères et les incitations prévues en matière de **solutions nouvelles** (S) ? (DARES) : On peut citer les UATM (unité d'accueil temporaire médicalisée) qui fonctionnent dans le cadre LAMAL d'une expérience pilote, qui doit être évaluée en fonction de la satisfaction des patients ; les logements pour les personnes âgées qui sont en dehors des barèmes sociaux ; de nouvelles structures sont à l'étude pour les patients atteints de troubles cognitifs. Les travaux réalisés par des structures comme la Plate-forme pour les aînés ouvrent à la connaissance de prestations ou d'expériences conduites ailleurs (site à Dijon, Domino en Valais, ville allemande orientée sur la question Alzheimer). Des initiatives individuelles peuvent être soutenues. Il n'y a toutefois pour l'heure **aucun fonds affecté spécialement à l'innovation** dans les lignes budgétaires (hormis peut-être la « ligne 31 » qui sous la rubrique dépenses générales permet de financer cas échéant des mandats, des expertises ou des rapports).

Audition de Pro Senectute

La commission a reçu MM. Claude Aubert, vice-président, et Maurice Demont, directeur, ainsi que M^{me} Gabrielle Maulini, directrice de la Résidence Butini.

Pro Senectute est une association créée en 1919 et qui agit comme interface entre le dispositif législatif et les situations individuelles. Par rapport aux cinq axes du rapport, l'association est active sur trois d'entre eux :

- prévenir pour vieillir en bonne santé (axe 1);
- bien vieillir chez soi (axe 2);
- renforcer la continuité des prises en charge (axe 5).

L'on se référera à l'annexe pour des informations plus détaillées sur les actions entreprises dans le cadre de chacun de ces axes. L'intervention de Pro Senectute s'arrête à la porte de l'EMS.

EMS versus maintien à domicile

Le **souhait de la population** est-il toujours le maintien à domicile (S) ? (Pro S) : Le maintien à domicile est communément partagé, pour de bons et de mauvais motifs. L'entrée en EMS est rarement vécue comme une pleine volonté et constitue souvent une lourde pression, même si dans de nombreux cas, elle rompt l'isolement et génère des aspects très positifs pour la personne.

La focalisation s'opère sur le maintien à domicile, dans ce contexte quelle est la place réservée aux **proches-aidants** (S) ? (Pro S) : Les proches-aidants sont naturellement les premiers à être activés ; ils peuvent subir un phénomène d'accaparement et d'épuisement que les dispositifs en place peuvent justement contribuer à soulager. Cependant, l'évaluation globale de la situation est souvent trop tardive et l'aide apportée à domicile l'est avec un certain retard, alors que l'intervention aurait pu être mise en place plus rapidement. Le groupe de travail (voir plus loin « audition du DARES sur les proches-aidants) s'est notamment penché sur un dispositif de reconnaissance du proche-aidant, qu'il s'agisse de mécanismes d'allégements fiscaux ou, comme dans le canton de Fribourg, d'une allocation individuelle de l'ordre de 25 F par jour.

A une question sur les **accompagnatrices administratives à domicile**, il est précisé qu'elles travaillent sous la supervision d'assistants sociaux.

Coordination entre acteurs et structures intermédiaires

Les logements adaptés ont pu susciter beaucoup d'espoir, mais le fonctionnement n'est visiblement pas optimal en regard des besoins de certaines personnes âgées avec une nécessité d'accentuer le suivi et d'intensifier le fonctionnement des soins. Quid du besoin d'une meilleure **coordination en première ligne**, entre l'adaptation du logement et adaptation conjointe du dispositif qui est censé l'entourer (p. ex. modèle danois où l'ensemble est intégrée au niveau d'une politique de quartier incluant les aspects d'aménagement et d'urbanisme ainsi que l'adaptation du dispositif social et de la prise en charge à domicile autour de ces logements, sans rupture dans la chaîne de soins (PDC) ? (Pro S) Ces questions doivent être en effet envisagées dans un cadre d'innovation. D'autres exemples présentent un intérêt également comme certains quartiers à Stockholm qui combinent des logements mixtes à destination des familles, ainsi que des personnes âgées, en assurant un lien intergénérationnel : nul besoin de

déménager, des aménagements suffisent ou alors le déménagement s'opère vers un logement plus petit, laissant vacant l'appartement quitté pour une famille par exemple. Cela étant, la transposition de ce modèle n'est pas garantie en Suisse.

Audition de la FAAG

La commission a reçu M. Cyrus Mechkat, architecte et président du Conseil de fondation de la FAAG, Mme Martine Ruchat, professeure à l'Université de Genève, et M. Hans-Peter GRAF, membres du Conseil de fondation.

La Fondation pour la formation des aînés (FAAG) a une taille limitée et elle a pour but de soutenir la formation des aînés sur différents thèmes, de manière à développer leur autonomie (« empowerment »).

Si la FAAG estime que le rapport est bien rédigé et pertinent, elle déplore qu'il ne se concentre que sur les personnes âgées en perte d'autonomie, contrairement au précédent rapport (RD 586) qui avait une vision beaucoup plus large d'intégration des personnes âgées dans la vie de la cité. La plupart des personnes âgées ne sont en effet pas en perte d'autonomie, et une modulation de leur situation peut intervenir en fonction des périodes.

Les personnes âgées constituent la première ressource de leur propre prise en charge, et il est parfaitement possible de vivre de manière autonome avec une fragilité, voire avec une dépendance, pour autant que le cadre soit adapté.

Dans ce sens, le « bien vieillir chez soi » ne doit pas être limité au *maintien* à domicile, ce qui suppose :

- **un cadre de vie approprié pour éviter la dépendance**, incluant tous les acteurs (proches, familles, associations, commerces, etc.) et les actions nécessaires, ainsi que l'ensemble des départements concernés au sein de l'Etat et les communes ; il est par exemple suggéré d'intégrer les grands distributeurs ou les TPG (adaptation p. ex. des distributeurs à l'usage des personnes âgées) ; de procéder à la simplification des formulaires, lors de l'engagement d'un prestataire de services ; le service des prestations complémentaires pourrait servir de relais d'information vis-à-vis des personnes âgées souvent isolées;
- **des adaptations du domicile et pas seulement la construction d'IEPA** (notamment faire évoluer le règlement d'application de la loi en matière d'accessibilité des constructions);

- au-delà des structures intermédiaires évoquées, tenir compte et **favoriser l'émergence d'expériences innovantes** (Meinier, Maison de Tara, coopératives d'habitation inter-générationnelles, etc.);
- de garantir l'auto-détermination par l'information, la formation, l'« empowerment » et pas uniquement au travers des directives anticipées;
- **la prévention des chutes à domicile, prévention et promotion de la santé.**

L'Etat doit soutenir et anticiper et ne pas se contenter de renouveler les mêmes solutions alors que la situation des personnes âgées est en pleine évolution.

Audition de la FEGEMS

La commission a reçu M. Laurent Extermann, membre du Comité de la FEGEMS et membre du Conseil de la Fondation Robert Damon (EMS La Terrassière), M^{me} Pia Linder, membre du Comité et directrice de la Résidence Les Pervenches et M^{me} Geneviève Stucki, secrétaire générale de la FEGEMS.

La contribution de la FEGEMS se centre sur les axes stratégiques 3 et 4 (bien vieillir en EMS et implanter le programme de soins palliatifs sans ressources supplémentaires) et se situe dans la continuité de son intervention et de sa note remise à l'occasion de l'examen du RD 875 (16.09.2011).

La FEGEMS renouvelle sa crainte quant **au nombre défini pour la création de nouveaux lits** d'EMS (180) d'ici à 2022 par rapport à la cible définie (4 147) et souhaiterait que ce chiffre soit vérifié. Ses calculs, avec les lits recensés à ce jour (3 745 lits) montre qu'il faudrait 402 lits supplémentaires. Cette vigilance sur le nombre à définir est importante dans un contexte où Genève a un très faible taux de lits, que leur taux d'occupation dépasse les 98 % et que le tableau de bord des patients en attente aux HUG montre que, s'il y a eu un fléchissement en 2011, ce nombre augmente de nouveau (175 personnes en attente de placement à fin octobre 2012). Il y a ainsi une pression importante sur l'offre existante.

Le rapport s'appuie sur l'hypothèse de travail qui envisage de **retarder l'entrée en EMS de 55 jours** pour une économie de 5 % des dépenses de l'Etat dans le domaine. Différentes réserves sont émises à ce sujet :

- 65 % des entrées en EMS viennent de l'hôpital ; un retard d'entrée de ces usagers en EMS augmenterait les coûts hospitaliers;

- retarder de deux mois l'entrée en EMS pour une personne à domicile, peut solliciter fortement l'entourage et les services à domicile et créer des situations dites « de maintien à domicile dépassées », qui peuvent exiger plus de cinq passages par jour et donc des coûts importants, voire plus importants que l'EMS.

De même pour les **IEPA qui permettraient de retarder de deux ans l'entrée en EMS**. Au-delà de deux changements de domicile pour les personnes et d'un certain report de charge pour l'entourage, la crainte est ici que la mission des EMS se modifie en devenant des lieux de soins de fin de vie, éventuellement des structures hospitalières de soins palliatifs, avec une augmentation en conséquence des coûts.

Aujourd'hui déjà, l'accompagnement en fin de vie augmente la charge de travail : il faut plus de personnel pour assurer le lever, le coucher et la toilette, être à l'écoute de la personne et des proches et rester un lieu de vie. Cela demande du temps et des compétences. Il faut certes faire des économies, mais la piste du recul du jour d'entrée n'est pas forcément la bonne. Il est plutôt nécessaire de faire face au vieillissement lui-même et d'investir davantage en faveur d'une qualité de vie pour les personnes reçues dans les EMS qui favorise le maintien de l'autonomie.

Sur les **coûts des EMS genevois** (coût total et prix de pension), une véritable analyse comparative serait nécessaire pour établir s'ils sont vraiment plus chers à Genève en tenant compte de divers facteurs :

- **les charges immobilières** qui sont incluses dans les coûts d'exploitation des charges globales des EMS et sont reportées sur les coûts de pension, alors que par exemple, les prix de pension du canton de Vaud ne prennent pas en compte ces loyers puisque les investissements sont payés directement par les pouvoirs publics;
- **les conditions salariales** qui peuvent différer singulièrement d'un canton à l'autre, avec à Genève les avantages évidents d'une convention collective de travail, dont les conditions de rémunération sont définies par analogie aux conditions de l'Etat de Genève et qui met tout le monde sur un pied d'égalité;
- **le niveau moyen de dépendance** des résidents en EMS à Genève qui, à l'instar des cantons qui ont mis l'accent sur des politiques de maintien à domicile, est plus important que dans d'autres cantons.

Enfin, lorsque les prix de pensions sont comparés, il faut noter, selon les données analytiques de la FEGEMS, que le coût des soins n'est pas complètement couvert par les assureurs et par l'Etat. De ce fait, il y a un

report du coût des soins sur les prix de pension. Ce coût de report était estimé à environ 8,3 millions de francs en 2011.

Le secteur des EMS apprécierait, étant donné les efforts consentis, qu'il y ait un jour une analyse fondée qui permette de comparer ce qui est comparable, plutôt que de se voir stigmatisé régulièrement.

Sur la question des **gains d'efficience liés à la mutualisation**, il est important de noter que 75% des coûts sont ceux de la masse salariale cadrés par la CCT, et que la marge d'action sur les 25% restants est faible. Les EMS ont généralement externalisé leur cuisine ou procèdent à leurs achats par la centrale d'achats CADES qui dépend de CURAVIVA. A cet endroit, il est précisé que les EMS sont approchés par des sociétés internationales suisses qui proposent des achats groupés ou des conditions particulières. Les conditions offertes sont toutefois à mettre en regard de leur impact sur l'économie genevoise. Ces grandes sociétés qui permettent de réaliser quelques pourcentages d'économies font en général leurs achats de manière groupée en Europe ou en Chine. Il semble normal à la FEGEMS d'ancrer localement sa politique d'achat pour un certain nombre de choses.

Par rapport à la **différenciation des EMS selon trois missions**, la FEGEMS salue l'intention de dire qu'il faut garder plus de 80 % d'EMS avec une vocation généraliste. La proposition de faire deux EMS spécialisés supplémentaires pour l'accueil de personnes souffrant de troubles cognitifs semble pertinente et raisonnable. A noter toutefois que tous les EMS accueillent déjà de telles personnes, et que les deux établissements supplémentaires n'enlèveront pas cette charge à tous les autres EMS. Par ailleurs, il est important que certaines de ces personnes puissent rester dans leur environnement et dans leur quartier. Quant à la création d'unités spécialisées pour les personnes en dessous de l'âge AVS, elle semble aussi être une idée cohérente avec les nécessités de la prise en charge.

De manière générale, la FEGEMS soutient le développement d'EMS généralistes, polyvalents et ouverts sur l'extérieur. Ces aspects, qui sont restés lettre morte jusque-là, avaient déjà été relevés lors de la précédente prise de position en disant que les EMS à Genève, qui ont une mission exclusive de long séjour, étaient prêts à redévelopper des possibilités d'accueils temporaires et de prestations particulières comme l'accueil de personnes du quartier pour des repas de midi ou d'autres prestations. Ils sont également prêts à mettre à disposition ou construire des projets d'IEPA.

La FEGEMS exprime ses doutes quant à la réalité **d'implanter des programmes de soins palliatifs sans ressources supplémentaires**. Avec l'alourdissement de la prise en soins, l'on peut trouver la meilleure gestion

possible, stabiliser les coûts, accroître la collaboration entre les pouvoirs publics et le secteur, mais on ne peut diminuer les coûts en maintenant la qualité.

La FEGEMS salue l'intention d'éviter les effets induits par la législation actuelle sur les PC-AVS-AI. L'un des problèmes qui préoccupent le secteur est la présence de **débiteurs douteux en EMS** (personnes qui n'ont pas les moyens de couvrir leur prix de pension et pour lesquelles le SPC ne peut entrer en matière). Le bilan effectué auprès de 30 EMS a montré que cela représentait 1,7 million de francs. Avec un coût salarial moyen de 100 000 F, cette somme représente quand même 17 postes. La FEGEMS souhaite ainsi que des remèdes soient apportés sur ce point. Cette question pose des dilemmes moraux aux EMS face au devoir d'accueillir tout un chacun.

Concernant **l'assurance-dépendance** pour le financement en EMS, la FEGEMS y souscrit. Il faut toutefois être conscient que les conditions d'application, pour que cela soit juste et équitable, seront un grand défi.

La FEGEMS a manifesté le regret que la commission cantonale de coordination du réseau de soins n'ait pas jugé nécessaire d'entendre les différents partenaires pour rédiger son rapport. Elle exprime ainsi le souhait que les partenaires puissent être entendus à l'avenir avant la publication d'un rapport.

Points de vue, questions et réponses

Planification et financement de lits d'EMS

La FEGEMS pense-t-elle que la planification sanitaire sous-évalue le **nombre de lits d'EMS nécessaires** (Ve) ? (FEGEMS) : Toutes les modifications dans la politique ont une influence en fin de course sur les EMS qui reçoivent des personnes âgées de plus en plus dépendantes. Il faut donc que les EMS reçoivent les moyens adéquats pour une tâche alourdie qui change structurellement et en intensité. La charge en soins et en accompagnement augmente, et elle est parfois mal prise en compte par les systèmes de financement. Le DARES relève que le modèle fédéral souhaité conduirait à ce que les EMS genevois touchent beaucoup moins. (FEGEMS) : Il y a actuellement deux questions en jeu :

- Depuis le 1^{er} janvier 2011, le système est passé de 8 à 12 classes de soins. Elles vont de 20 minutes en 20 minutes jusqu'à 220 minutes avec une tarification nationale qui met 9 F à la charge des assureurs par tranche de 20 minutes. Pour les situations complexes et plus lourdes, la rémunération des assureurs reste stable au-delà de 220 minutes. Dans des situations de crise, de soins palliatifs ou de fin de vie, si un établissement doit faire face à plusieurs de ces situations au même moment, le risque est que les

ressources à disposition soient concentrées sur ces personnes et que cela soit fait au détriment des autres personnes présentes dans l'établissement. L'enjeu se situe autour de la **reconnaissance d'un besoin de financement pour ces situations complexes qui nécessitent beaucoup de coordination**. Ce besoin est mal reconnu, malgré une modification de l'OPAS relativement récente. C'est aussi bien le cas à domicile qu'en EMS.

- Si cette dernière catégorie concerne tous les EMS, les autres catégories seraient moins bien rémunérées dans les cantons où la classification PLAISIR n'est pas appliquée : c'est ce que va valider ou non une démarche d'harmonisation concernant les trois outils de mesure de la charge / besoin en soins qui existent en Suisse. C'est alors qu'il sera possible de dire si l'outil PLAISIR (utilisé à Genève notamment) avantage ou désavantage les patients.

Comment améliorer la situation pour que l'EMS ait une **garantie de risque** qui lui permette d'accepter quelqu'un dont le dossier social et financier n'est pas complètement analysé ; ceci notamment pour accélérer sa sortie d'hôpital (R). (FEGEMS) : Une volonté politique est nécessaire pour trouver une solution pour les débiteurs douteux. Il y a un dilemme à devoir à la fois répondre aux exigences de rigueur et accueillir tout le monde.

EMS polyvalent ou multi-prestataire

Quand le temps de survie des personnes accueillies ne sera plus de trois ans, mais d'une année, que deviendra **le secteur de l'animation** ? Quelles seront la motivation du personnel et la crainte des personnes qui auraient à y entrer ? Ne peut-on concevoir des **établissements polyvalents** où il y aurait un secteur EMS, un secteur IEPA, un secteur UATR, etc. de manière à donner au personnel la possibilité d'évoluer entre ces secteurs et à avoir une vision plus globale du devenir de la personne qui ne peut plus rester dans un logement classique (R) ? (FEGEMS) : La FEGEMS est ouverte à la suggestion d'un EMS avec un rôle plus grand que simplement un lieu de fin de vie. Pour changer l'orientation des constructions ou la structure des EMS, il s'agit d'une planification qui est l'affaire d'une législature au moins. Il faut que la question soit adressée à la fois aux EMS et aux autorités, et qu'un travail de concert soit effectué, les EMS n'ayant pas la prétention de résoudre ce problème à eux seuls.

Il semble difficile de croire que des **économies** pourraient être réalisées par un phénomène de vases communicants (S). (FEGEMS) : La question n'est pas de contester la mise à disposition de 500 unités d'ici deux à trois ans, car il s'agit bien d'une diversification des possibilités à disposition des

personnes vieillissantes, mais d'être face à une stratégie, comme cela est envisagé dans le rapport, qui impose systématiquement un **passage en IEPA** avant de pouvoir entrer en EMS. (DARES) : Le département assure que cette succession, telle que décrite, n'est pas dans sa conception.

Personnel des EMS

Le personnel doit être qualifié et en nombre. **Mais comment expliquer que le travail apparaisse comme lourd et difficile**, bien que les infirmierEs aient été formés de longue date aux soins d'accompagnement des mourants, aux soins palliatifs, à la gestion d'équipe, que l'on devrait continuellement être en stage, en situation, qu'il y a des projets, des animations (MCG) ? (FEGEMS) : L'impression est confirmée. Le travail est intéressant, mais pour une aide-soignante qui arrive à cinquante ans, avec trente années de travail dans un EMS, qu'elle soit qualifiée ou non, c'est lourd. Lorsque les gens disparaissent les uns après les autres, c'est acceptable dans une certaine norme. Lorsque l'on passe d'un tiers ou un quart de décès par année, à un décès par semaine, il n'est pas certain que la formation de base puisse y préparer et que chacun soit à même d'y faire face. Ce d'autant plus que les familles ont des attentes plus élevées qu'auparavant quant aux soins apportés à leurs proches et aux égards qui leur sont dus. Les exigences du public sont devenues disproportionnées par rapport aux moyens à disposition.

Flux et coordination entre acteurs

Il a été fait allusion aux personnes à l'hôpital en **attente d'une place dans un EMS ou une autre structure**. En quoi consiste un meilleur pilotage dans la mesure où la plupart des personnes qui entrent en EMS ne voulaient pas y entrer avant une situation de crise conduisant à l'hospitalisation (R).

Comment se situent les EMS par rapport à **e-toile (S)** ? (FEGEMS) : La FEGEMS y est favorable et certains EMS y participent déjà.

Audition du DSE

La commission a reçu M. Jean-Christophe Bretton, directeur général, direction générale de l'action sociale (DSE).

Lorsque le secteur des EMS est passé en 2008 du DARES au DSE, il y a eu, dans un laps de temps de six mois, une nouvelle loi de gestion sur les établissements pour personnes âgées, ayant pour but de mettre un cadrage aux différents établissements médicosociaux. Puis, près de 359 lits d'EMS ont été ouverts en 2011. Constat a été fait que, même en ouvrant davantage de lits d'EMS, il y a toujours des listes d'attente aux HUG d'environ 180 personnes. La première conclusion est que l'augmentation des capacités

en termes de lits ne répond pas à la question globale de la prise en charge de la personne âgée dépendante. Sur cette base, il a été proposé au DARES de faire un rapport sur la personne âgée dépendante. Ce rapport avait pour but de fixer un cadre et les différents éléments qu'il conviendrait de mettre en place afin de relever ce défi lié au vieillissement de la population. Il est nécessaire de revoir la planification au niveau social et sanitaire à l'aune de cette perspective et de poser des jalons pour prendre en charge globalement la personne âgée dépendante sur l'aspect de sa vie sociale, de sa vie sanitaire, mais aussi de prendre des options assez fortes par rapport à l'investissement public. Avec le taux d'institutionnalisation genevois actuel pour les personnes âgées en EMS (14 %) et dans une corrélation simple, il faudrait 5 000 lits supplémentaires à l'horizon 2025. Cela représenterait des budgets considérables puisqu'un lit d'EMS correspond à 140 000 F par année.

Points de vue, questions et réponses

Planification de lits d'EMS

La FEGEMS indiquait qu'il y aurait **320 lits manquants** par rapport aux besoins réels. Qu'en est-il (Ve) ? (DSE) : La proposition du Conseil d'Etat consiste à fixer un cadre plafond pour le nombre de lits d'EMS et de trouver d'autres solutions pour prendre en charge la personne âgée dans son domicile afin de limiter le nombre de lits d'EMS. La position du Conseil d'Etat sur le nombre de 180 lits a été prise pour autant que l'on construise, dans le même temps, 500 logements avec encadrement pour personnes âgées.

Politique publique, articulation des départements et EMS polyvalent ou multi-prestataire

Le rapport met en évidence la question de l'implication du DSE et du DARES et de ces **thèmes transversaux qui mériteraient d'être dans le même département**. Comment le travail a-t-il été fait conjointement sur ce rapport ? Comment la mise en œuvre des objectifs serait-elle faite et comment sera-t-il tenu compte des remarques du Grand Conseil, de manière transversale et conjointe (S) ? (DSE) : En 2008, le secteur des EMS est passé du département de la santé à celui de la solidarité. Ce sera au Grand Conseil de revoir, le cas échéant, cette question. Le canton de Genève est toutefois le seul canton à avoir dissocié ces questions. Cela étant, les excellentes relations entre le DSE et le DARES ont permis de réaliser un rapport en pleine collaboration pour minimiser les efforts collatéraux dus au fait que deux administrations distinctes doivent s'occuper d'une même thématique.

De nombreuses personnes au Grand Conseil pensent qu'une **organisation des départements en politiques publiques** serait plus pertinente, et, la

séparation actuelle engendre forcément des coûts, notamment de coordination. (S). (DSE) : Il n'y a vraisemblablement pas de coûts supplémentaires actuellement. Il y a une équipe de 2,5 personnes pour s'occuper des 53 EMS du canton. Il y a des coordinations nécessaires, mais qui relèvent des contacts. Les rôles sont distincts (surveillance, évaluation qualité des soins, etc.).

Par rapport à l'ouverture de la FEGEMS à travailler sur les IEPA et de nouvelles structures, des actions et une forme de **travail en commun** ont-elles déjà été envisagées (S) ?

Quelques exemples de projets et de développements communs en cours :

- DARES, DGAS, IMAD et l'association des foyers de jour ont prévu une rencontre pour la planification de structures intermédiaires.
- Deux projets avec la commune de Dardagny et l'EMS du Nant d'Avril sont en cours pour un IEPA.
- Un contact a été établi avec l'association de deux EMS, Les Mouilles et Lancy, pour la construction d'un IEPA en lien avec ces EMS.
- La recherche de synergies pour de tels projets, dans le respect des règles financières, est effectuée avec le DSE.

La direction prise est donc celle d'une collaboration entre les deux départements pour qu'un IEPA et un EMS à proximité puissent utiliser les compétences et les ressources des uns et des autres.

Pour les IEPA de taille importante, l'IMAD a considéré qu'elle pouvait entrer en matière en termes d'efficience. Elle a estimé qu'elle arrivait à gérer 70 logements dans leur totalité. Quant aux plus petits IEPA, souvent issus de demandes communales, ils n'ont pas les moyens de mettre un permanent nocturne pour dix à vingt logements. C'est le sens du projet avec le Nant d'Avril à Dardagny.

Les solutions ne sont pas toujours trouvées tout de suite et il faut parfois **adapter les règlements**. Le RSDom devra d'ailleurs être revu à la lumière de cette réflexion. Cette réflexion existe à la DGAS, mais aussi à la commission de coordination qui traite également des projets innovants en matière de structures intermédiaires, et qui regarde comment faire passer de manière plus fluide une personne d'une structure à une autre en évitant, avec les UATR et les UATM, les hospitalisations inappropriées.

Flux et coordination entre acteurs

L'une des problématiques évoquée est le **lien entre les HUG et les EMS ou entre les EMS et la FSASD**. Comment le département pourrait-il favoriser cette communication (PDC) ? (DSE) : La question est de savoir

comment ne pas institutionnaliser des personnes âgées et ne pas les faire entrer dans la filière hospitalière. Si 64 % des personnes qui entrent en EMS viennent des HUG, il y a beaucoup de choses à faire en amont dans les hospitalisations non appropriées avec des personnes qui pourraient être prises en charge dans un cadre plus léger. Une étude montre la corrélation entre la durée moyenne de séjour d'une personne âgée dans un milieu hospitalier et sa probabilité très importante de ne plus rentrer à domicile. Le DSE souhaite qu'il y ait, entre les HUG, l'IMAD et les EMS, cette préoccupation de mieux orienter les personnes âgées. Il faut donner le bon lit au bon patient.

Financement des EMS et liste d'attente aux HUG

Par rapport au problème de la garantie et de la sécurité financière relative à d'éventuels **débiteurs douteux**, l'Etat ne pourrait-il offrir une garantie en compensation des subventions qu'il n'aurait plus à fournir pour que cette personne soit maintenue en milieu hospitalier (R) ? (DSE) : Il s'agit d'un faux problème. Et accepter le principe d'admettre un résident et de régulariser après coup sa situation financière, s'apparenterait à une garantie de déficit. La décision de verser 8'000 à 9'000 francs de deniers publics pendant trois à quatre ans serait lourde de conséquences. Or, parmi les établissements publics du canton de Genève, seuls les HUG et l'Hospice général ont une telle garantie.

En outre, 75 % des résidents en EMS genevois sont bénéficiaires de prestations complémentaires. Cela veut dire que ce sont déjà les deniers publics qui financent une partie des montants nécessaires pour combler la différence entre les revenus de la personne et le coût par jour pour l'EMS.

Le Service des prestations complémentaires (DSE) a 14 jours ouvrables pour prendre une décision une fois qu'il a l'ensemble des documents de la personne. Ce n'est pas à ce niveau qu'il y a un problème. Dès lors que le SPC dit que cette personne est éligible aux prestations complémentaires, l'EMS a cette garantie et il peut l'admettre tout de suite. Il est important de s'assurer que la personne n'a pas elle-même la capacité de financer cela.

Par ailleurs, le chiffre d'affaires des EMS est de 535 millions de francs, et il y a 1 à 1,3 million de francs d'abandons de créances par année.

Que faire alors pour améliorer la situation ? Le PASS, abandonné, avait été la solution avancée par le DARES. Faut-il des lits d'EMS pour un **accueil provisoire** (R) ? (DSE) L'Hôpital de Loëx (118 lits) est aujourd'hui *de facto* un EMS. Une fois que les HUG ont fait une lettre de fin de traitement, les assureurs-maladie refusent de payer le forfait des HUG pour la personne. Il y a ainsi un forfait de 217 francs par jour à Loëx pour des personnes qui sont en lettre de fin de traitement. S'il y a 200 personnes en attente aux HUG, il

s'agit aussi du trop-plein des services de soins aigus à l'hôpital ou en gériatrie.

La réponse est dans une **action en amont du dispositif** sur les hospitalisations inappropriées (ndlr : voir plus haut). L'idée du PASS et d'un énorme guichet unique où les personnes reviendraient et referaient une anamnèse complète n'était pas la bonne solution. Il faut faire confiance aux médecins traitants et hospitaliers et avoir un outil simple pour indiquer que cette personne doit entrer dans un établissement. Cela existe dans le domaine du handicap, avec une commission d'experts qui se réunit une fois par mois, mais cela concerne 200 admissions par année dans le domaine du handicap, alors qu'il y en a 1 300 en EMS.

Comment la dimension des besoins sociaux est-elle prise en compte pour la gestion administrative avec **l'augmentation des troubles cognitifs** ? Un médecin ne peut prendre en charge les questions administratives d'une personne au moment de son orientation dans une structure nouvelle (Ve) ? (DSE) : Divers acteurs interviennent dans ce processus. Dès l'arrivée aux HUG, il est ainsi demandé aux assistants sociaux de mettre en place le système pour la sortie du patient au sens social et administratif. Quant aux personnes n'ayant pas la capacité de discernement, le Service de protection de l'adulte (SPAd) prend en charge ces personnes et, notamment, les personnes âgées. Enfin, les autres services sociaux, tels que le CSP ou Caritas, ont aussi cette mission de soutien.

Les durées ne sont cependant pas les mêmes selon les types d'intervenants. Si quelqu'un a une perte de discernement, se retrouve dans une situation budgétaire délicate et devient un débiteur douteux, la mise en place d'une mesure, telle qu'un **mandat pour inaptitude**, peut prendre du temps (jusqu'à une année). Durant cette période, les autres professionnels ne peuvent pas intervenir pour changer la situation. Ils se retrouvent alors à placer la personne où ils peuvent, par exemple à l'hôpital. Comment faire pour que ces situations ne perdurent pas. De même pour les EMS qui voient arriver des personnes dont la situation n'est pas clarifiée, doivent les accepter et se retrouvent à devoir tout recommencer, alors qu'il aurait fallu faire ce travail en amont (Ve). (DSE) : Un travail en amont a déjà été effectué aux HUG ou à l'IMAD pour préparer l'entrée en EMS au sens médical, social et administratif lorsque les EMS admettent des personnes âgées, afin que personne n'arrive à la porte d'un EMS avec tout le travail qui resterait encore à faire.

Coût, financement et modèles

Certains EMS ont-ils des **coûts moins élevés en fonction de certaines pathologies (PDC)** ? (DSE) : Le système de codification des actes de soins en EMS est l'outil PLAISIR. Ce système permet de classer la charge en soins dans les EMS autour de douze classes tarifaires uniformes dans l'ensemble de la Suisse depuis le 1er janvier 2011 (ndlr : voir sous audition FEGEMS). Cela signifie que l'établissement accueillant des personnes en classe 12 (220' de soins requis) a des revenus des assurances-maladie et des subventions de l'Etat plus importantes qu'un EMS qui a des patients plus légers, par exemple en classe 3. Il y a ainsi une relation directe entre le niveau de subventionnement de ces établissements et leur charge en soins.

Les soins sont ainsi financés par les assurances-maladie et par la subvention qui fait l'objet d'un contrat de prestations.

Le socio-hôtelier est financé exclusivement par le prix de pension, c'est-à-dire le prix journalier qui varie de 196 francs à 234 francs (la médiane étant à 221 francs). Cet élément est financé par les propres revenus de la personne où par les prestations complémentaires.

Dans le cadre de **l'évaluation PLAISIR**, entre soins requis et besoins réels des résidents, il semblerait que l'on puisse rajouter un fauteuil dans l'évaluation PLAISIR pour passer à une classe supérieure et obtenir de meilleures dotations. Qu'en est-il (PDC) ? Le problème avec PLAISIR est qu'il fixe les soins requis. Le canton de Genève dit par exemple ensuite qu'il ne peut financer que 80 % de ces soins. D'ailleurs, tous les pays qui utilisent PLAISIR ne financent jamais les soins à 100 %. Il est ainsi clair qu'il s'agit du débat permanent entre les soins requis et les soins prescrits. Il n'y a pas autant de variations observées en raison d'un manque de financement des soins.

Y a-t-il une meilleure gestion à l'égard des subventions et de l'hôtellerie qui sont payées, avec par exemple **une centrale d'achat** qui permet d'économiser (PDC) ? (DSE) : Il est impossible de dire que les petits EMS sont déficitaires et que les grands sont bénéficiaires. Cela tient à la bonne gestion et à la bonne implication du Conseil et de la direction. L'on essaie de promouvoir les synergies et les économies d'échelle. Il y a par exemple déjà des centrales d'achats (ndlr : voir audition FEGEMS). D'autres possibilités de synergies existent : pour la restauration ou la buanderie, jusqu'à présent chaque EMS a sa propre buanderie alors que la centrale de traitement du linge des HUG, financée par les deniers publics, fonctionne à 45 %. On peut donc imaginer que tous les EMS traitent leur linge aux HUG ; les salaires de l'ensemble des HUG, de l'IMAD et de l'Hospice général sont faits par les

HUG, alors que chaque EMS a sa propre application pour faire les salaires. Mais même s'il s'agit d'établissements d'utilité publique, les EMS sont privés, et il y a donc une limite à l'interventionnisme de l'Etat.

Y a-t-il une réflexion pour aller vers de **petites structures** de type familial, à l'instar d'un tel projet dans le canton de Vaud (PDC) ? (DSE) Le panachage d'EMS existant à Genève (de 18 à 230 lits) est formidable, et il existe de ce fait toute une panoplie d'EMS pour prendre en charge les personnes selon leur situation. 'L'on ne peut pas dire que les petites EMS ne sont pas rentables. Certaines situations sont parfois trop médicalisées en EMS. La prise en charge de patients atteints d'Alzheimer peut ainsi représenter des coûts très différents entre un grand et un petit EMS. Une prise en charge empathique de ces personnes peut se révéler adéquate sans forcément qu'elle soit trop invasive au sens médical et qu'elle mobilise une batterie de soins.

En matière de **médication**, il peut y avoir des écarts entre les EMS, cela dépend de la manière dont le stock et la prescription de médicaments sont gérés. Il y avait un forfait par médicament il y a quelques années. Ce système a été, depuis, abandonné et le coût des médications a augmenté. À Fribourg, il existe un système de forfait journalier qui permet d'atteindre un coût des médicaments qui est pratiquement la moitié par rapport aux résidents d'EMS genevois. Y a-t-il une réflexion en cours sur ce point (PDC) ? (DSE) : L'Etat est peu présent dans ce type de négociations tarifaires entre un prestataire de soins et une assurance-maladie. Il y a aujourd'hui une facturation à l'acte des médicaments, et il ne reste que le forfait de 3 F par jour pour le petit matériel. L'on serait, en effet aujourd'hui plutôt, dans une approche forfaitaire. Il s'agirait de trouver un forfait suffisamment représentatif pour que cela prenne en compte ceux qui sortent du forfait. Un juste milieu doit être trouvé, en sachant qu'une approche forfaitaire contribue à restreindre la consommation de médicaments.

(DSE) : Le secteur des EMS est financièrement parfaitement sous contrôle. Il a dégagé 13 millions de francs de bénéfices en 2011, et sur tous les EMS, seuls trois sont déficitaires. On peut s'en réjouir. En effet, il est important que les EMS aient les reins solides et les fonds propres nécessaires pour absorber ponctuellement des situations financières plus difficiles. Les dotations sont excellentes avec 1,04 poste par lit. La qualité des soins est remarquable grâce aux budgets publics injectés dans ce secteur. Le secteur des EMS n'est pas privé de ressources et de moyens. Il est important que la FEGMS, qui a un rôle majeur, notamment en termes de formations, reprenne ce rôle et ait un positionnement clair sur cette capacité à mettre en synergie les EMS.

Actuellement, le contrat de prestations des EMS pour la période 2014-2017 est en cours de préparation. Il est donc important de bien connaître la position de la FEGEMS dans sa capacité, dans la mesure où le canton doit relever des défis économiques, et trouver des solutions pour continuer avec la même qualité de prestations dans les EMS, avec les mêmes coûts, mais sans coûts additionnels.

Divers

Y a-t-il une réflexion au niveau des **EMS et du handicap** (PDC) ? (DSE) : La question du handicap est essentielle, les personnes handicapées vieillissant aussi, ce qui est une bonne nouvelle. Une réflexion est en cours avec les seize institutions pour personnes handicapées. Il s'agit d'imaginer un système pour garder ses personnes dans leur établissement lorsqu'elles arrivent en âge AVS. Le vieillissement des personnes handicapées constitue ainsi un autre défi à relever. L'idée n'est pas de déplacer ces personnes parce qu'elles auraient passé la barre des soixante-cinq ans. Il faut en outre rappeler que la moyenne de vie des personnes handicapées dans les institutions est entre quinze et dix-sept ans alors qu'elle est de trois ans pour les personnes âgées dans les EMS. La position de principe prise jusqu'à présent est de tout faire pour que la personne puisse rester dans son domicile : ce qui prédomine dans ce cas, c'est le handicap et pas forcément l'âge.

Après la saga sur la **formation** et la question de savoir si elle était centralisée ou non et de l'argent dû ou non entre EMS et FEGEMS, des différences ont-elles été constatées ? (PDC). (DSE) : Il y avait auparavant un contrat de prestation entre l'Etat et la FEGEMS pour la formation. Cette enveloppe a été depuis répartie sur l'ensemble des EMS qui ont reçu 600 F par lit. Ils ont ensuite reversé cette somme à la FEGEMS pour développer ce programme. Le DSE a appris que les EMS avaient décidé de ne reverser que 400 F à la FEGEMS et qu'ils souhaitaient garder 200 F pour avoir une main mise sur leur propre formation. La décision de donner une enveloppe à chaque EMS et de les laisser s'organiser était une décision politique.

Audition du Audition du Groupement des Structures Privées d'Aide et de Soins à Domicile (GSPASD)

La commission a reçu M^{me} Liliane Joannis, membre et M. Georges Belleville, président.

Le GSPASD a souhaité être entendu dans la mesure où les structures privées apparaissent de manière marginale dans le rapport. Il souhaiterait une approche complémentaire en faveur de la personne âgée sur certains axes qui aurait des effets positifs en matière de planification sanitaire.

Le groupement a été créé en 2008 et comprend sept structures employant des aides-soignants et des soignants². Parmi ces structures, six adhèrent à SPITEX privée Suisse (ASPS), une association nationale regroupant 105 structures soignantes disposant à la fois d'une autorisation cantonale et disposent d'un numéro de concordat (reconnues par Santésuisse).

Sur les cinq axes stratégiques du rapport, le GSPASD a une action plus prépondérante dans quatre d'entre eux : prévenir pour bien vieillir (1), bien vieillir chez soi (2), garantir l'autodétermination (4), renforcer la continuité des prises en charge (5).

En comparaison du secteur public, l'action du secteur privé est la suivante :

- sur un total de 731 291 d'heures d'intervention par des soignants (infirmierEs et aide-soignantEs), l'IMAD en effectue 440 398 et les services privés 290 893, soit 40%³;
- respectivement, avec 225 171 et 230 000 heures environ effectuées par des aides-soignantEs;
- deux des membres, SITEX et la CSI, reçoivent des subventions de l'Etat à hauteur de 2,53%, le restant; 97,46%, étant versé à l'IMAD.

Les spécificités des structures privées portent sur les éléments suivants : des prestations « sur-mesure », soit personnalisées, rapides et flexibles, 24h/24 et 7journs/7 avec des structures à taille humaine. Ces structures agissent dans le sens des directives cantonales, et participent volontiers aux différentes réflexions cantonales (PASS, grippe aviaire, etc.).

La demande du GSPASD est aujourd'hui la suivante :

- **une véritable intégration dans la planification**, et la reconnaissance de leurs activités dans la politique cantonale ; dans le cadre de l'élaboration de ce rapport, les structures privées non subventionnées n'ont, par exemple, pas été consultées ;
- **un accès aux soins dans le respect de la liberté de choix des bénéficiaires** (axe 2) ; notamment lors des phases de transition entre HUG et prestations à domicile ;
- **l'équité d'accès aux plans d'action mis en place dans le cadre de la prévention par l'Etat** (axe 1), de manière participative et pas

² Assistance à domicile, CSI – Coopérative de soins infirmiers, Le Lien des gardes-malades, Permed, Presti-Services, Proximos – L'accompagnement pharmaceutique, Sitex – L'Hôpital à domicile

³ OFS, 2010 et rapport d'activité FSASD 2010-2011

uniquement informative, dans le souci d'en faire bénéficier leurs patients, mais aussi leur personnel (ex. pour la formation en soins palliatifs) ;

- **adapter l'offre de prestations d'aide et de soins à domicile aux besoins** (axe 2) ; la spécificité de ces structures est de pouvoir répondre aux attentes des gens ;
- **un accès facilité à e-toile** pour l'ensemble des partenaires du réseau de soins, afin de permettre un meilleur dialogue entre les différents services (axe 5) ; l'intérêt est notamment sa dimension de plateforme, et le fait que le service dont bénéficie le patient soit identifié ; aujourd'hui un patient peut être transféré à l'IMAD, alors qu'un professionnel d'un service privé intervenait auprès de cette personne ; il est toutefois important qu'il n'y ait pas de frais supplémentaires pour se connecter au système ;
- **une cohérence des systèmes de financement** (axe 5) ; il ne s'agit pas de demander de subventionnement pour les structures non subventionnées, mais de faire partie du système ;
- **participer à des projets innovants en partenariat avec l'Etat** ; certaines personnes sont orientées vers des EMS, alors qu'il manque pu de choses pour qu'elles restent à domicile ; cependant leurs finances ne leur permettent pas de le faire.

De manière générale, les services privés non subventionnés fonctionnent sans subvention, mais c'est au niveau de la formation qu'il existe une problématique. L'enjeu est ainsi de savoir si l'on veut que les 40% de services privés soient effectués un jour par l'IMAD, ou si l'on veut les aider et maintenir leur spécificité.

Points de vue, questions et réponses

Publics-cible

Auprès de quelle population les structures du GSPASD interviennent-elles interviennent, et quels sont les besoins 24h/24h et 7j/7 ? (Ve) (GPSASD) : Il s'agit de situations lourdes, de fin de vie ou avec des problèmes de démence. La famille pourrait, pour respirer, faire le choix de l'unité d'accueil temporaire, mais elle ne prend pas le risque de déstabiliser son parent. Le coût limite toutefois ce type de service 24h/24. Les assurances ne paient jamais une surveillance 24h/24h.

Quelle est la clientèle des structures privées non subventionnées, qu'est-ce qui la différencie des autres structures (CSI, SITEX, IMAD) ? Couvrent-elles des problématiques/besoins différents ou émergents ? (S). (GPSASD) : Les publics ne sont pas différents, mais de nombreuses personnes (95%) font

appel à ces services parce qu'ils offrent une alternative aux services subventionnés sur le plan des horaires (respect), du personnel (rotation), de taille humaine de l'entreprise, etc. A noter que souvent, lorsqu'une personne est malade, elle estime qu'il y a un lien avec la structure qui la sert, et lorsqu'elle change, les besoins se modifient, parce qu'elle réalise que les problèmes sont les mêmes : le changement est bénéfique parce que la personne relativise ses besoins à partir de là.

Quelles sont les situations où il manquerait peu pour un maintien à domicile ? (Ve). (GPSASD) : Il s'agit de famille qui n'ont pas de ressources particulières dans lesquelles les services interviennent 2 à 3 h par jour et dont les prises en charge sont financées par la LAMal. Il manque là un temps complémentaire « non LAMal ».

Place des structures privées

Quelle est la **part des structures privées non subventionnées** dans les 40% de volume de prestations des services privés ? (S). (GPSASD) : Selon les chiffres 2010, SITEX et SCI effectuent 20'000 heures/an de soins infirmiers, qui enclenchent ensuite des prestations d'aides-soignants effectuées par d'autres services privés. De manière globale, les services privés effectuent 60 000 heures de soins infirmiers par an. La part des services aides-soignants privés est d'environ 50% par rapport à la masse globale des heures de soins fournis par des aides-soignants.

(DARES) : A noter que les statistiques sont aujourd'hui remplies de façon obligatoire et officielle, et elles sont donc plus fiables. L'on trouvera dans la planification sanitaire cantonale des données sur l'offre assumée par les services privés.

Face à **l'explosion des projets de soins à domicile des prestataires privés**, qu'est-ce qui devrait entrer ou non dans une planification sanitaire cantonale ? Et qu'est ce qui entre ou non dans le champ des activités du GPSASD pour lesquelles ce dernier demande une participation active à une politique cantonale ? Toutes les structures nouvelles qui font de l'aide à domicile devraient-elles participer ? (S). (GPSASD) : Il y a en effet un grand nombre de sociétés qui se développent et qui ne sont pas soumises à une réglementation puisqu'elles ne font pas de demande à l'Etat pour avoir un droit de pratique. Il y a des débordements, une grande concurrence et du personnel non formé à domicile.

Le problème réside dans la qualité, et il est souhaitable que les structures privées soient aussi efficaces de ce point de vue, avec des soins adaptés et quantitativement appropriés. Dans ce sens, une bonne collaboration entre le privé et le public est souhaitable. Quels sont les efforts entrepris par les

services privés pour arriver à la **qualité** attendue ? (PDC). (GPSASD) : Les membres du GSPASD doivent avoir exercé depuis cinq ans à Genève. Il faudrait des critères de qualité liés à la formation du personnel. Toutefois l'une des difficultés pour les services privés est qu'ils ne peuvent pas bénéficier des plans de formation au même prix que les services publics. Ce serait par exemple bénéfique dans le domaine des soins palliatifs pour les aides-soignantes qui effectuent une partie importante des soins. Ces personnes sont payées à l'heure, et il est ainsi difficile pour les structures privées de les former sans soutien à ce niveau.

Audition de l'Association Valoriser et intégrer pour vieillir autrement (VIVA)

La commission reçoit Mme Anne-Claude Juillerat-Van der Linden, présidente (ndlr : neuropsychologue responsable à la Consultation Mémoire des HUG et chargée de cours à la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education /FPSE dans le domaine du diagnostic et de la prise en charge neuropsychologique des affections démentielles) et Pr. Martial Van der Linden, secrétaire (ndlr : professeur à la FPSE dans les domaines de la neuropsychologie et psychopathologie de l'adulte).

L'Association VIVA a souhaité être auditionnée sur des questions complémentaires qui, selon elle, méritaient d'être prises en compte dans le cadre de cette politique. Ces réflexions ont émergé sur la base d'une part, de la mise en place de VIVA, dont les objectifs recouvrent une partie des objectifs du rapport, et d'autre part, de l'expérience d'enseignement à l'université où une partie des recherches concernent le vieillissement.

Les points suivants méritent ainsi une attention particulière :

- la prévention;
- les programmes de prise en charge des personnes avec troubles cognitifs et la contribution des interventions psychologiques;
- le bien vivre en EMS, les interventions psychologiques et le changement de culture.

Prévention

Les facteurs qui modulent le vieillissement et l'autonomie des personnes âgées sont multiples, interviennent tout au long de la vie et certains sont mentionnés dans le rapport. Trois points méritent cependant réflexion :

- - La prévention des facteurs de risque vasculaires qui sont au cœur du développement d'une démence et **l'intégration des médecins généralistes** dans les programmes de prévention ; ce d'autant que ces

derniers peuvent être en relation directe avec d'autres intervenants, notamment des associations favorisant l'activité physique. Une étude menée en Allemagne sur huit ans et plusieurs milliers de personnes montre qu'un programme d'identification et de prise en charge de ces facteurs conduit à une diminution significative de la perte d'autonomie. Le diabète est également un facteur de risque important des démences et des médecins lausannois ont montré combien la prévention du diabète nécessite des équipes pluridisciplinaires (médecins, psychologues, sociologues, médiateurs culturels, etc.). Les médecins généralistes sont démunis face au vieillissement et il faut donc réfléchir sur la manière de les impliquer de manière directe.

- **Le maintien d'un sentiment d'utilité et de buts** dans la vie. Il s'agit d'un facteur important qui ne se trouve toutefois pas dans le rapport. Il y a une réflexion à avoir sur la manière d'amener les personnes âgées à être intégrées dans des activités où elles se sentent utiles et peuvent transmettre leur savoir.
- Enfin, **le problème du vieillissement dans des cultures différentes**, et l'intégration de ces personnes. L'université a commencé à réfléchir à cette problématique, notamment concernant l'implication des personnes d'origine italienne dans des programmes.

Programmes de prise en charge des personnes avec troubles cognitifs

Les **psychologues** sont absents du rapport alors que plusieurs études montrent l'efficacité des programmes d'intervention pour optimiser l'autonomie des personnes présentant des troubles cognitifs et soutenir les proches-aidants.

Plus largement, il serait nécessaire de mettre en place des **équipes mobiles pluridisciplinaires**, intégrées dans les communes, aptes à identifier les problèmes des personnes dans leur globalité et à concevoir des interventions adaptées. Ces équipes œuvreraient en lien étroit avec les médecins généralistes, et éventuellement avec un centre de référence en cas de problème.

Bien vivre en EMS

Là aussi, les **approches psychologiques** manquent, alors que les études montrent qu'il y a une sur-médication (antidépresseurs, psychotropes, etc.) dans les EMS avec pour corollaire des effets indésirables associés. Si les interventions non pharmacologiques ne peuvent régler tous les problèmes, il y a néanmoins des méthodes psychologiques qui sont efficaces (interventions psychologiques individualisées par exemple pour réduire des comportements d'agitation ; communication adaptée ; formation du personnel). Il est

nécessaire d'entamer une réflexion sur un changement de culture dans les EMS et de passer d'une approche médicale à une approche centrée sur la personne pour réduire les sentiments de solitude, d'ennui et d'inutilité notamment.

La **distinction des EMS en fonction de leur mission** risque par ailleurs d'augmenter la stigmatisation, la chronicisation et la fermeture institutionnelle. Des structures globales avec des petites unités de vies et des espaces d'échange communs, adaptées aux personnes, présentent une alternative meilleure.

Le canton doit aussi se donner les moyens **d'évaluer l'efficacité des interventions**, et la mise en place de collaborations avec divers départements universitaires, notamment la sociologie, la psychologie et la médecine permettrait de disposer d'une véritable stratégie d'évaluation.

Exemples concrets d'actions : VIVA à Lancy

L'association VIVA a été fondée fin 2009 et a développé des liens étroits avec le service des affaires sociales de la ville de Lancy, afin d'ancrer les activités dans les communautés locales et d'agir en partenariat (service des affaires culturelles, des sports, EMS de Lancy, Lancy d'Autrefois, Centres de loisirs, Terrains d'aventures, écoles etc.).

Un projet coordonné a été présenté à la ville de Lancy en juin 2010 et cette dernière a accordé une subvention annuelle de plus 100 000 F qui couvre une psychologue et deux stagiaires en psychologie. Les prestations sont gratuites.

VIVA propose beaucoup d'activités qui s'articulent sur le bien-vieillir, la prévention et les moyens qui permettent aux aînés de s'impliquer dans ces activités, y compris pour des personnes déjà confrontées à une difficulté.

Le prix Chronos de littérature est à cet égard un projet intergénérationnel emblématique. Ce prix a été créé à la fin des années 90 en France. Il invite des lecteurs à lire chaque année quatre livres qui traitent des relations intergénérationnelles, de la vieillesse, de la mort, de la transmission des savoirs, etc. Ce prix existe à Genève depuis longtemps, mais à Lancy, l'idée était d'amener des enfants et des aînés à se retrouver pour discuter de ces ouvrages, en dépassant le seul exercice de lecture. Une évaluation scientifique de l'impact de ce projet sur les aînés et les enfants a été mise sur pied avec des étudiants en psycho-gérontologie appliquée. Il en ressort que les enfants et les aînés ont créé des liens, se reconnaissent dans la rue, se parlent, etc., ce qui est très important pour les aînés qui ont de plus en plus peur des jeunes. Avant le projet, les enfants avaient une vision très négative des aînés qui s'est totalement modifiée après les rencontres : les aspects de

reconnaissance de l'importance de la transmission ont été notamment mis en avant. Quant aux aînés, ils ont un sentiment d'utilité puisqu'ils ont l'impression d'avoir appris quelque chose aux enfants et ont un immense plaisir à participer. Un groupe de lecteurs de l'EMS des Mouilles participe systématiquement à ce projet.

D'autres projets intergénérationnels ont été par ailleurs développés avec les EMS des Mouilles et de la Vendée (rencontres mensuelles avec des enfants, ateliers de peinture à quatre mains, projet de tricot) qui permettent de rompre la routine, de constituer des échéances dont se réjouir et d'appartenir encore à la communauté locale, indépendamment des difficultés physiques ou cognitives.

Points de vue, questions et réponses

L'hypothèse étant une limitation du budget, afin de faire face à l'explosion démographique des personnes vieillissantes, l'approche actuelle, avec des **médicaments**, risque-t-elle de ne pas apparaître plus efficace et plus économique que celle qui se propose d'engager des personnes pour s'en occuper ? (Ve). (VIVA) : Une étude économique doit certes se faire. Mais ce qui a été mis en place à Lancy, l'a été à partir d'éléments qui existaient déjà avec une subvention très raisonnable. S'agissant des médicaments, les études montrent que les antidépresseurs, consommés par 70% des patients en EMS, ne sont pas efficaces, qu'ils ont des effets secondaires et qu'il faudra aussi en les coûts.

Engager un psychologue dans un EMS a un coût, notamment en termes de formation, mais il y a des bénéfices sur la qualité des prestations, sur la rotation du personnel, etc. Il est difficile de ne pas être déprimé aujourd'hui en EMS. Il faut changer de culture, construire des EMS à taille humaine avec des lieux de vie restreints, être imaginatifs, créatifs. L'EMS des Mouilles est luxueux, mais il est difficile d'y vivre : des études montrent que les problèmes de nutrition et de mobilité apparaissent aussi avec l'environnement. Par exemple, une personne qui sort de sa chambre et voit directement le lieu où elle doit se rendre, s'y rend ; mais si elle ne sait pas où elle se trouve, elle ne sait pas où aller, alors il faudra aller la chercher. Il précise que la réflexion autour de ces principes ne coûte rien.

La volonté des retraités de **retarder le vieillissement** se perd-elle si la personne se sent de plus en plus assistée par la collectivité ? (UDC). (VIVA) : L'expérience de VIVA montre que ce n'est pas le cas : dans le cadre des prestations offertes, au contraire, les personnes se prennent en mains et n'agissent pas comme des assistés. Elles s'engagent dans les structures parce qu'elles se projettent dans le futur et voient un sens à leur

vie. La dimension de proximité est aussi indispensable pour que les aînés fassent le premier pas et apportent eux-mêmes leurs propres projets.

S'agissant du changement de culture proposé, une personne âgée n'a effectivement pas besoin d'être « animée » et certains EMS travaillent sur les histoires de vie. Si l'on prend le temps d'avoir l'information sur **l'histoire de vie des personnes**, l'on saurait comment exploiter ce potentiel (MCG). (VIVA) : En tant que neuropsychologue, l'histoire de vie de la personne est effectivement un outil qui peut, par exemple, faciliter l'entrée d'une personne en EMS.

Audition de l'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD)

La commission a reçu M^{me} Marie Da Roxa, directrice générale et M^{me} Florence Moine, directrice adjointe des prestations.

Ce rapport est un cadre stratégique de référence qui peut donner une convergence et un sens à tous les différents plans cantonaux et groupes de travail qui existent. C'est aussi une réflexion sur les modes de financement et d'allocation des ressources.

L'IMAD (ex-FSASD), établissement de droit public et rebaptisé depuis le 1er janvier 2012 est le deuxième établissement public, par sa taille et son nombre de collaborateurs, à Genève.

Les besoins liés au vieillissement de la population appellent à parler aujourd'hui plutôt de « **malades** » **complexes** que de « **maladies** » **complexes** puisque c'est souvent le cumul des maladies qui rend une situation lourde et compliquée à prendre en charge.

Dans la mission de l'IMAD, la question de la **préservation de l'autonomie** est une notion très importante pour IMAD qui souhaite être en accompagnement des personnes, en les aidant à faire plutôt qu'en faisant à leur place. Ceci dans une approche pluridisciplinaire intégrée, en partenariat avec les proches-aidants et en coordination avec les autres intervenants du réseau de soins.

Au total, ce sont plus de 16 000 clients qui sont suivis par an et 4 900 prestations par jour en moyenne. Une équité de traitement et d'accès aux prestations du point de vue géographique est assurée, ce qui a une incidence en termes de déplacement. Dans ce sens, **l'aménagement du territoire** du point de vue des immeubles avec encadrement et des antennes en lien avec le vieillissement de la population, tout comme la localisation des personnes en perte d'autonomie, doit faire l'objet d'une réflexion approfondie ; les heures de déplacement ne pouvant être facturées à l'assurance, contrairement aux médecins/physiothérapeutes/ergothérapeutes, ce qui complique la pratique domiciliaire.

Les repas constituent à la fois une prestation primaire et une action de prévention, en collaboration avec les hôpitaux (suivi des patients dénutris à la sortie de l'hôpital) et d'un partenariat avec les EMS et les proches-aidants. Une prestation peut ainsi être déclinée sous plusieurs axes stratégiques définis dans le RD 952.

S'agissant de la stratégie institutionnelle, **l'anticipation** est multidirectionnelle et s'exerce tant au niveau du canton, des clients, des soignants (formation) que sur le plan de l'innovation technologique (dossiers informatisés, E-toile, développement des gérontechnologies) et organisationnelle (modes collaboratifs, approches, etc.), de la qualité (clinique, organisationnelle, médicale, relationnelle, etc.) et plus généralement de l'agilité (tests, expériences, projets pilotes).

L'histoire est à construire en termes d'expérience et une réflexion doit être menée sur la place à donner à des projets pilotes dans le canton.

Ce rapport met certes en évidence des convergences, de la cohérence et de l'espoir, mais il suscite également des questions par rapport à l'évolution des dispositifs légaux, à l'évolution des dispositifs de financement, sur la manière de gérer les injonctions paradoxales et la maturité nécessaire pour aborder ce défi de société avec humanité, réalisme et pragmatisme en faisant face aux enjeux financiers.

L'IMAD propose ainsi que des pistes de réflexion soient ouvertes qui sont autant de facteurs-clés:

- la prévention, le bien vieillir et l'autodétermination;
- la continuité de la prise en charge et l'optimisation de la coordination avec le réseau de soins;
- le développement des systèmes d'information et des nouvelles technologies;
- le soutien aux proches-aidants, le développement des structures intermédiaires et les prestations de répit;
- la formation en continu et l'assurance de conditions-cadre de travail adéquates;

Il est par ailleurs nécessaire de poser les questions suivantes :

- quelles sont les **limites du maintien à domicile** ?
- comment **faire évoluer le système de financement LAMal**, pas prévu pour la pratique domiciliaire ?
- comment **accroître l'agilité sur le plan cantonal**, développer des partenariats plus largement ?

- et comment se donner les moyens d’aborder les **questions d’éthique** sans tabou ?

Points de vue, questions et réponses

IMAD – structure privées

Quels sont les **liens unissant l’IMAD aux structures privées** actives dans le domaine des soins à domicile ? Quelles sont les différences séparant les deux types de structures et ces structures privées ont-elles l’obligation d’accepter toutes les personnes sollicitant leurs services (Ve) ? (IMAD) : Il existe des collaborations avec la Coopérative de Soins Infirmiers (CSI). Certaines structures privées ne sont pas subventionnées et ne sont ainsi pas obligées d’accepter tout le monde.

Compte tenu de l’affluence des prestataires, comment l’IMAD envisage-t-elle la **collaboration avec les acteurs privés** du secteur, en dehors de la seule question du financement (S) ? (IMAD) : Il y a toujours eu des services privés. Par rapport à la complexification de la prise en charge des personnes âgées, l’aide au ménage n’est pas suffisante, et la force de l’IMAD est la pluridisciplinarité et la coordination qui sont essentielles. L’IMAD suit 16’500 patients, ce qui représente une volumétrie dont les problèmes et les enjeux sont autres que dans les services privés. Mais les services offerts par l’IMAD doivent s’inscrire dans une vision globale, plus large qu’elle ne l’est actuellement.

Par rapport à une évolution probable dans le sens d’un monopole de l’IMAD, quelles sont les **capacités de l’IMAD** aux niveaux soignant, financier et politique (PDC) ? (IMAD) : L’IMAD n’a pas le monopole du secteur. Sa spécificité consiste en une prise en charge multidisciplinaire.

Elle utilise des outils nomades, les collaborateurs ont ainsi la possibilité d’avoir toutes les informations sur le patient en permanence, informations qui peuvent être utilisées également pour la recherche et favorisent les collaborations avec d’autres acteurs, comme les pharmaciens ou encore les hôpitaux. Il existe de grandes avancées dans le domaine, mais il est essentiel d’avancer par de petites victoires concrètes.

Du point de vue du financement, L’IMAD doit avoir la capacité de se développer, alors que l’on constate, par exemple, une certaine frilosité pour le financement de projets concernant la formation. Cette dernière est un élément essentiel qu’il faut privilégier, compte tenu du vieillissement croissant de la population et des prises en charges pointues que ce phénomène occasionne.

Prévention et innovation

A propos de la notion de prévention, comment se situe l'IMAD, notamment sur son aspect financier (Ve) ? (IMAD) : Un véritable « art du codage » devrait être développé de manière à mieux identifier les actes de prévention. Dans ce sens, le catalogue de l'ASAS (aide et soins à domicile) devrait être mieux utilisé, notamment dans le domaine éducationnel où les personnes peuvent apprendre à faire, plutôt que les choses soient faites à leur place.

Autre exemple incarné par le programme de re-nutrition des patients sortant de l'hôpital, mis au point par les HUG : il devrait y avoir un véritable suivi de ces cas, et l'IMAD devrait avoir les moyens de pouvoir combler ce manque.

Par ailleurs, les IEPA et les UATR sont des lieux de prévention dans lesquels un accompagnement quotidien effectué, représentant un véritable volet social de cette activité.

Sous quelle forme des **projets pilotes** pourraient-ils voir le jour (S) ? (IMAD) : la ligne directrice de l'IMAD est de promouvoir divers modèles, car l'innovation fait partie intégrante du secteur. Il est compliqué de passer à chaque fois par un projet de loi pour adopter tout changement. Une loi-cadre pour le domaine des soins à domicile permettrait plus de souplesse et d'espace à l'innovation.

Exemple de projet innovant, le projet de baluchonnage. Il consiste à envoyer des collaborateurs à domicile pour plusieurs jours de suite, offrant un répit aux proches s'ils sont présents, et permettant un suivi efficace des patients sans changement incessant d'intervenants. Pour la réalisation de tels projets, l'IMAD a besoin de plus de marge de manœuvre, surtout en matière financière.

Limites et interfaces

Qu'entend l'IMAD et comment se positionne-t-elle sur la notion de la notion de **limite de soins à domicile** (S) ? (IMAD) : Les soins palliatifs peuvent changer en fonction des cas, mais l'essentiel est que ce sujet ne soit pas tabou : dans certains cas, le soin à domicile ne devient simplement plus possible et peut s'apparenter à de la maltraitance (de la personne soignée ou des collaborateurs).

Y a-t-il un paradoxe entre l'obligation d'admettre tout le monde et les **ressources** (figées) à disposition, et où en est la réflexion concernant les **assistantEs en soins et santé communautaire** (ASSC) dans ce contexte (S) ? (IMAD) : La formation des aides-familiales vers le titre ASSC, dont la 5^e volée représente la formation de 40 à 60 personnes, est une avancée. Cette

formation répond au manque de personnel, en permettant aux personnes formées de procurer des soins généraux, mais aussi des soins plus spécialisés; par délégation d'unE infirmierE-férentE ; c'est un nouveau pari. L'apprentissage d'ASSC est plus difficile en raison de la maturité nécessaire.

Il n'existe pas suffisamment **d'outils informatiques permettant une réelle coordination** entre les différents acteurs du secteur, notamment aucun protocole de soins communs entre le médecin et les infirmières, ce qui oblige à agir uniquement dans l'urgence et empêche toute anticipation. Il est nécessaire de procéder à un transfert des coûts – et du financement – des milieux hospitaliers vers les soins ambulatoires. La réflexion politique doit aller dans ce sens. Quel est le point de vue de l'IMAD sur ces questions (PDC) ? (IMAD) : Il existe des exemples de bonnes relations avec des médecins, mais une grande partie administrative de ce travail de collaboration est encore trop lourde.

La question de l'interface est en effet essentielle et doit continuer à se développer, notamment le réseau **e-toile**. Dans ce sens, il est aussi important de disposer de collaborateurs adéquats : on doit pouvoir disposer de spécialistes de la coordination et de spécialistes des techniques de soins. L'infirmierE-référent est une fonction vers laquelle certains collaborateurs peuvent être orientés. Il existe à ce sujet, un dialogue avec la HEDS, et l'IMAD contribue durant les trois premières années de formation aux questions relatives aux concepts de coordination, ce qui permet aux infirmiers titulaire d'un bachelor de disposer d'un certain socle de formation.

(DARES) : Il n'y a jamais eu de médecins dans les séances concernant les soins à domicile, une absence qui trahit une certaine crainte des médecins de ville à voir leurs propres intérêts menacés.

Sur la question de la **formation**, il y a la nécessité de la création d'une plate-forme commune permettant que les différents acteurs apprennent ensemble et respectent ainsi le travail spécifique de chacun.

Enfin sur la vision politique de la question du **transfert de financement hôpital-domicile**, il est difficile de l'imposer, ce d'autant que le système financier est différent à l'hôpital et à domicile et que cela génère des confusions; tant que l'assurance est obligatoire, la rétribution des frais doit être la même partout.

Structures intermédiaires

Quels sont les **critères** qui déterminent le choix entre soins à domicile en IEPA (immeuble avec encadrement social pour personnes âgées) ou l'entrée en EMS (L/PDC) ? Des problèmes architecturaux peuvent-ils influencer ce choix (L) ? (IMAD) : Le choix est déterminé par des critères de fragilité,

d'autonomie de la personne concernée et par la présence ou non d'un réseau informel ; le critère financier joue également un rôle. Cependant, à la sortie d'hôpital, l'appartement doit être prêt et cela fait donc partie d'une démarche globale, préparée. Il s'agit aussi d'œuvrer en amont, en termes de prévention et sur les hospitalisations inappropriées.

Les IEPA sont composés d'appartements améliorés, avec une base communautaire ouverte aux résidents, pour autant que l'on veuille partager celle-ci. Il y a 19 immeubles équipés dans le canton et la population vieillit dans ces immeubles. D'une manière générale, on va moins en EMS qu'en IEPA. L'orientation est toutefois claire au niveau genevois.

Le nombre d'appartements prévu d'ici 2016 (500) est-il suffisant ? Y a-t-il des personnes qui ne remplissent pas les conditions nécessaires pour accéder aux IEPA ? Yen a-t-il qui renoncent pour des questions financières (L) ? (IMAD) : Il existe des problèmes concernant les autorisations de construire, mais tout porte à croire qu'ils seront bel et bien remplis. Les appels reçus par l'IMAD ne portent pas uniquement sur des questions médicales et sont souvent de type « main tendue ». Ainsi, le caractère social de ces appartements confirme la nécessité de leur existence, et en conséquence leur besoin de subventions.

Cependant, dans le futur, ces immeubles ne devraient pas être réservés uniquement à des personnes âgées, mais ouverts à des personnes handicapées et d'autres personnes qui en ont besoin. Elle estime qu'à terme, c'est le logement ordinaire qui devrait être repensé pour être accessible à l'ensemble de la population.

Avec la modification de la Loi sur les constructions et les installations diverses (LCI), les immeubles doivent respecter les normes, dont celles établies pour les personnes à mobilité réduite. Les problématiques relevées concernent donc surtout des appartements anciens. Par ailleurs, les personnes âgées vivent souvent dans des appartements plus grands que la moyenne ; ces personnes ne devraient-elles pas aller dans d'autres **habitations plus adaptées** et ainsi libérer ces appartements (L) ? (IMAD) : Pour ce faire, les IEPA ne doivent pas être seulement composés de petits studios, mais aussi de trois pièces, qui permettent aux personnes âgées de recevoir de la visite dignement.

En matière **d'innovation sociale**, il y aurait lieu de penser à une collaboration avec des entreprises sociales et solidaires afin de donner les moyens matériels de ce changement de domicile, en rappelant que déménager n'est pas simple pour une personne âgée. Il s'agit donc de repenser toute la structure permettant ces changements.

(DARES) : Certaines pistes restent à creuser comme la **mixité de publics au sein des IEPA**. Le concept même d'IEPA devrait être élargi à plus d'endroits que les 19 immeubles répertoriés actuellement sur le canton, sans qu'il faille donner à chaque fois un préavis formel.

Au niveau de la planification, les projets sont nombreux, et toutes les structures sont indispensables ; la priorité devant être mise sur le meilleur dosage possible, en termes d'efficacité.

Les données concernant des personnes ayant renoncé à un IEPA pour des questions financières ne sont pas disponibles, car ce sont les régies qui gèrent les loyers.

Discussion générale et éléments complémentaires

Avec la question de savoir pourquoi le **Programme d'accès aux soins (PASS)** a été mis de côté (MCG), il est rappelé que tous les partis l'ont refusé, notamment parce que la solution était très centralisée (S). A partir du moment où l'on dispose d'un certain nombre de personnes déjà en contact avec le patient (famille, médecins, infirmières,...), il semble absurde d'établir une structure, en dehors de ces personnes, qui coûte cher et peut parfois compliquer la situation du principal intéressé. L'anticipation est souhaitable, mais peut se heurter au fait que la personne concernée ne se rend souvent compte de son état qu'en situation d'urgence. Le PASS était donc un projet lourd, cher et dont l'utilité concrète était incertaine (R).

Le DARES estime que le PASS a été laissé de côté au profit d'une offre plus diversifiée, plus décentralisée, laissant plus de souplesse. La solution proposée permet d'accentuer l'anticipation, ce que le PASS ne faisait pas. Le refus du PASS a obligé à chercher d'autres solutions possibles.

L'importance se situe sur la question **du partage d'une culture commune et d'outils communs** dans ce domaine (S).

Le **partage d'information** est également capital et pour cette raison, le DARES va promouvoir e-toile. Les utilisateurs professionnels sont cependant peu nombreux, et il s'agit dès lors de mesurer la légitimité de cet outil et de chercher peut-être de nouveaux fonds pour développer une meilleure interface. Les médecins suisses sont les moins informatisés en Europe, et il y a un véritable retard par rapport à d'autres pays (PDC).

Si l'on ne veut pas d'un système social centralisé et obligatoire, à l'instar du modèle suédois, ou alors d'une transmission des informations du patient d'une structure à l'autre, sans que le principal intéressé soit au courant (ce qui est par ailleurs impossible à Genève compte tenu de la protection des données), il faut déterminer où le système doit être amélioré. **L'information médicale est un enjeu majeur dans la continuité de la prise en charge**, ce

qui a permis de valider le projet e-toile. L'écueil principal se situe aujourd'hui au niveau de l'enregistrement des patients car, en théorie, il doit se faire par un entretien avec le médecin-traitant. Certains réajustements sont nécessaires, mais le DARES estime que l'on est sur le bon chemin.

Projet de résolution

Lors de la révision de la loi sur les EMS, il avait été prévu d'aborder la question de la politique en faveur des personnes âgées à un autre moment, la loi étant une loi de gestion. Le RD 952 et son étude par la commission ont constitué ainsi une chance d'aborder cette question.

Si le RD 952 est surtout un état des lieux, dont l'importance est avérée, la commission a souhaité ne pas réduire la réflexion aux seules questions de financement.

Dans la mesure où certaines actions ont été pointées lors des auditions, qu'elles pourraient être entreprises avec *in fine* des conséquences sur la question de la disponibilité des ressources, la diminution de certains besoins et la réallocation de ressources, la commission a souhaité mettre en exergue quelques-unes d'entre elles.

En bref, les invites de la résolution parlant pour elles-mêmes, la proposition de résolution insiste sur le concept d'innovation et la nécessité d'un cadre légal permettant d'effectuer des actions transversales. Elle revient sur l'importance de la question de l'habitat adapté, avec ou sans encadrement, qui devrait appeler une certaine souplesse pour se développer. Elle propose de donner une place au médecin généraliste dans une perspective de renforcement de la prévention ; elle insiste sur l'attention à porter aux dynamiques locales, et souhaite, enfin, l'initiative privée soit intégrée dans le bilan général en matière de planification, afin de développer ce qui est nécessaire.

La résolution marque son plein soutien au Conseil d'Etat, tout en rappelant son désir :

- de voir le **partenariat** avec l'ensemble des acteurs concernés se poursuivre et se développer;
- de soutenir dans ce sens également la **collaboration inter-départementale**, notamment avec le DU;
- de voir la dynamique nécessaire s'engager à court et moyen terme, afin de disposer d'une **palette de propositions diversifiées** en matière de soutien et d'accompagnement des personnes âgées, de manière à assurer la durabilité des prestations sur le long terme.

Les investissements en matière de santé doivent permettre de faire des économies à long terme et il faut donc les considérer comme tels et non comme de simples dépenses.

Le rapport RD 952 a été mis au vote.

La commission a pris acte du RD 952 à l'unanimité des personnes présentes :
13 (1 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 2 L, 1 UDC, 2 MCG)

La résolution a été mise au vote.

Elle a été acceptée à l'unanimité des personnes présentes :
OUI : 13 (2 S, 3 Ve, 1 PDC, 3 L, 2 R, 2 MCG)

Références

On trouvera ci-dessous les références de documents cités au cours des travaux qui seraient toutefois trop volumineux pour être publiés avec le présent rapport, ainsi que des liens sur des sites évoqués. Une partie des documents est par ailleurs disponible sur le site de l'Etat de Genève :

« **DOCUPASS – le dossier personnel pour vos directives anticipées** » (directives anticipées, dispositions de fin de vie, mandat pour cause d'incapacité, testament, carte de directives anticipées, conseil), élaboré par Pro Senectute suisse : info@pro-senectute.ch

« **Commission consultative pour le soutien des proches-aidants actifs à domicile** », Rapport intermédiaire, Direction générale de la santé, service de la planification et du réseau de soins, DARES, Genève, 18 octobre 2012

« **Rapport en vue de la mise en place d'un plan cantonal Alzheimer** », Groupe de travail cantonal chargé de préparer la mise en place d'un plan cantonal Alzheimer (arrêté du 24 mai 2011), DARES, Genève, 6 juillet 2012

« **Rapport ORES au Conseil d'Etat sur les structures intermédiaires subventionnées** », Genève, mai 2004

« **Evaluation de la trajectoire et de la complexité des patients admis au Centre d'Accueil et d'Urgences des Hôpitaux Universitaires de Genève pour soins impossibles à domicile (SIAD)** », Rutschmann O. et al., Genève, Hôpitaux Universitaires de Genève, 2003

« **Le Tilleul – un espace intergénérationnel** », Meinier :

<http://www.meinier.ch/sites/default/files/u14/plaquette%202013%20centre%20du%20village%20meinier.pdf>

« Cité Générations – maison de santé », Onex :

<http://www.cite-generations.ch/index.php?page=Cite>

«Vivre-Leben-Vivere: Old Age Democratization? Progresses and Inequalities in Switzerland»: <http://cigev.unige.ch/recherches.html>

Pôle de recherche national LIVES : www.lives-nccr.ch/

Politique en faveur des aînées de la Ville de Genève :

<http://www.ville-geneve.ch/themes/social/politique-sociale-faveur-seniors/>

Association VIVA : aperçu sur des activités de communication sur le bien-vieillir, la prévention, les moyens de permettre aux aînés de s'impliquer : www.association-viva.org

Secrétariat du Grand Conseil

R 744

Proposition présentée par :

M^{mes} et MM. Christine Serdaly Morgan, Brigitte Schneider-Bidaux, Prunella Carrard, Sylvia Nissim, Esther Hartmann, Michel Forni, Nathalie Schneuwly, Charles Selleger, Nathalie Fontanet, Jacques Béné, Pierre Ronget, Marie-Thérèse Engelberts, Mauro Poggia

Date de dépôt : 13 septembre 2013

Proposition de résolution

accompagnant la politique publique cantonale en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève considérant :

- le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la politique publique cantonale en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie (RD 972) et le rapport de la commission de la santé à son sujet (RD 972-A) ;
- son cadre d'intervention général pour la période considérée qu'est le rapport du Conseil d'Etat du 11 mai 2011 sur la planification sanitaire du canton de Genève 2012-2015 (RD 875) et le rapport de la commission de la santé à son sujet (RD 875-A),

approuve la politique publique cantonale précitée et ses cinq axes stratégiques

invite le Conseil d'Etat à prêter attention aux points suivants dans la mise en œuvre de cette politique publique :

- favoriser la prévention en y associant les médecins de premier recours ;
- favoriser et soutenir l'innovation, notamment par le biais de projets pilotes ;

- dynamiser la réalisation d’habitats adaptés et l’offre, en diversifiant les stratégies: notamment en favorisant la mixité au sein d’immeubles locatifs, l’échange de logements, les adaptations légales et les allègements de procédures, l’adaptation de logement existants, le développement de partenariat public-privé ;
- favoriser les initiatives communales, associatives ou privées dans une logique de proximité ;
- tenir compte des offres privées dans la cartographie des prestations.

Les axes stratégiques du RD 952

Ne sont considérés que les axes stratégiques dans lesquels Pro Senectute est actif.

1. PRÉVENIR POUR VIEILLIR EN BONNE SANTÉ

ENJEU : prévenir la perte d'autonomie et retarder le recours aux soins par la promotion de la santé et la prévention des maladies chroniques.

PROPOSITIONS :

1. prévenir les maladies chroniques et la perte d'autonomie par des mesures de prévention et de promotion de la santé dès le plus jeune âge ;
lien : Promotion de la santé et prévention dans le canton de Berne (en allemand)
2. promouvoir chez les personnes âgées une alimentation saine et adaptée à leurs besoins ;
A Genève, des prestations sont organisées et réalisées par des communes et des associations. Dans d'autres cantons, Pro Senectute organise des prestations dans ce domaine. Par exemple, « les tables de midi », qui sont proposées aux personnes âgées par des familles qui s'engagent à les accueillir régulièrement pour partager un repas convivial en toute simplicité. Qualitativement cela permet aux personnes d'être bien nourries et de partager un moment de convivialité dans une ambiance familiale. Les coûts pour les collectivités sont faibles pour un impact important sur la qualité de vie.
lien : Les tables de midi
3. encourager une activité physique régulière quels que soient l'âge et l'état de santé ;
4. prévenir les chutes ;
La GSG (Gym Seniors Genève), en partenariat avec Pro Senectute Genève, propose une offre variée de prestations dans les domaines « de sport et du mouvement ». L'offre est adaptée aux personnes âgées. Une partie du financement, environ CHF 150'000/an, provient de Pro Senectute Suisse. Actuellement, nous peinons à obtenir la gratuité des salles auprès des services de l'Etat.
lien : Gym Seniors Genève
5. soutenir les projets renforçant l'intégration sociale afin de prévenir l'isolement et la survenue de dépression, et intensifier la détection précoce de cette maladie ;
En 2013, Pro Senectute Genève prévoit la création et l'organisation de chaînes téléphoniques de solidarité. Le financement est pour l'instant assuré par Pro Senectute Suisse et la fondation BNP-PARIBAS.
lien : Les chaînes téléphoniques
6. renforcer les collaborations intersectorielles dans le domaine de la promotion de la santé.
Collaborer étroitement avec d'autres organisations ou les collectivités publiques a toujours été la volonté de Pro Senectute. L'ampleur de la tâche est telle qu'elle ne peut se réaliser qu'en partenariat avec les autorités et d'autres organisations.

Ces mesures seront mises en cohérence avec le plan cantonal de promotion de la santé et de prévention.

2. BIEN VIEILLIR CHEZ SOI

ENJEU : permettre aux personnes en perte d'autonomie de rester à domicile aussi longtemps que possible dans des conditions adéquates et fixer les limites du maintien à domicile.

PROPOSITIONS :

Soutien aux proches aidants

1. mettre en œuvre les recommandations validées de la commission consultative *ad hoc* ;
Avec le programme de soutien aux proches aidants, Pro Senectute Genève, la CRG et l'Association Alzheimer ont réalisés dans le canton de Genève et depuis plus de 10 ans, des milliers d'heures de présence auprès de personnes atteintes par des troubles neurocognitifs. Cette activité a permis à des centaines de proches aidants de bénéficier de moments de répit. Une partie du financement, environ CHF 50'000/an, provient de Pro Senectute Suisse.

Le groupe de travail cantonal a formulé une série de recommandations visant à une meilleure reconnaissance par les autorités du rôle des proches aidants. L'objectif est que les proches aidants puissent obtenir, sous une forme ou une autre, une meilleure reconnaissance de leurs actions.

Foyers

2. dans une hypothèse maximale, augmenter à dix le nombre de nouveaux foyers d'ici 2015 ;
3. développer l'offre pour des patients souffrant de troubles cognitifs ;
4. assurer une offre équitable par une couverture des prestations sur l'ensemble du canton ;
Pro Senectute gère actuellement deux des huit foyers genevois. Nous sommes actuellement à la recherche d'un nouveau site pour en ouvrir un 3^{ème} d'ici à fin 2015, voir un 4^{ème} d'ici 2017. Le marché de la location des surfaces commerciales ou privées étant ce qu'il est, nous peinons à trouver des locaux à un prix admissible. Un droit de superficie ou une location provenant de l'Etat ou d'une commune serait un atout. La recherche de synergie avec l'existant (EMS – IEPA) est une priorité.

Appui administratif

5. repenser le système actuel d'appui administratif aux aînés, notamment à la lumière du nouveau droit de la protection des adultes ;
Par ses prestations actuelles de la consultation sociale individuelle et sa collaboration avec d'autres associations (HESTIA), Pro Senectute Genève a le savoir faire et l'expérience nécessaire pour gérer les aspects du soutien administratif avec les personnes âgées. A Genève, plus de 2'500 personnes ont fait appel à nos services en 2011. Une partie du financement, environ CHF 1'000'000/an, provient de Pro Senectute Suisse. Avec l'introduction du nouveau droit de la protection de l'adulte, de nouveaux besoins apparaîtront. Pro Senectute Genève est à la disposition des autorités pour élaborer un concept, voir le mettre œuvre en partenariat avec d'autres organisations. Des partenariats de ce type sont déjà en place dans le canton de Neuchâtel, le Haut Valais et des cantons alémaniques. Pourquoi pas à Genève, la question est ouverte ?

Cadre de vie adapté

6. proposer de nouvelles technologies répondant aux besoins des personnes âgées et allégeant la charge des proches aidants ;
Pro Senectute Genève participe aux travaux du groupe de travail sur les technologies appliquées au maintien à domicile organisé par l'IMAD et l'ARBT. Des préconisations sont en cours d'élaboration.
7. sensibiliser les décideurs communaux et les urbanistes à la construction d'aménagements urbains adaptés aux personnes âgées ;
Bien qu'il ne s'agisse pas d'un aménagement urbain, l'expérience de l'appartement communautaire de Pro Senectute situé à Confignon a démontré les avantages et les limites de cette forme d'habitat. Pro Senectute Genève souhaite développer cette forme de logement adapté à une population vieillissante, mais l'association ne peut pas le faire sans le soutien des pouvoirs publics et la collaboration d'autres partenaires. Le modèle des IEPA (Immeubles à Encadrement pour Personnes Agées) est une excellente variante qui se développe bien dans le canton. Cependant, Pro Senectute Genève souhaiterait que cette forme d'habitat ne soit pas la seule à être soutenue par les collectivités. En effet, d'autres modèles sont envisageables. A l'avenir, la stratégie cantonale devrait également intégrer une reconnaissance du développement d'autres formes d'habitats donnant satisfaction tant sur le plan économique que qualitatif (par exemple: les appartements Dominos).
Lien : Appartement Domino à Sion [Comment échapper à l'EMS - Temps Présent de la RTS](#)

8. soutenir les projets innovants intergénérationnels améliorant la qualité de vie des personnes âgées ;
Pro Senectute a un savoir faire dans ce domaine, comme par exemple, les quartiers solidaires dans le canton de Vaud. D'autres programmes sont également en œuvre, comme par exemple : les générations dans les classes d'école, le prix de littérature intergénérationnelle « prix Chronos » remis lors du salon du livre à Genève.

liens :

Quartiers solidaires, présentation vidéo

Prix Chronos parrainé par M. Eric-Emmanuel Schmitt

Les générations dans les classes à Zürich (en allemand)

Prise en charge des personnes atteintes de troubles cognitifs

9. définir et mettre en œuvre le plan cantonal Alzheimer, par étapes, sur la base des recommandations du groupe de travail *ad hoc*.

Compte tenu des enjeux, cette mise en œuvre nécessite une mobilisation dépassant largement le cadre d'une seule institution. Raison pour laquelle, Pro Senectute Genève et l'Association Alzheimer unissent leurs efforts en partenariat avec les autorités. (voir le point « soutien aux proches aidants »

5. RENFORCER LA CONTINUITÉ DES PRISES EN CHARGE

ENJEUX :

1. Améliorer la collaboration et la coopération entre les acteurs du réseau afin de rendre plus efficiente et plus équitable la prise en charge des personnes malades ou en perte d'autonomie ;
2. disposer de professionnels formés et en quantité suffisante.

PROPOSITIONS :

Pilotage

1. renforcer les capacités de l'administration pour le pilotage de la politique publique ;
2. assurer un suivi adéquat des besoins, des prestations, des coûts et de la qualité des prises en charge ;

Coordination

3. Améliorer le fonctionnement du réseau de soins grâce à une meilleure collaboration basée sur :
 - des informations à partager entre les partenaires du réseau ;
 - des règles de fonctionnement communes aux partenaires ;
 - un renforcement de l'information grand public ;

Pro Senectute Genève est à la disposition des services cantonaux, des communes pour participer aux réflexions, aux échanges d'informations et groupes de travail.
 4. étudier les modèles mis en place dans d'autres cantons ou pays (filrière de soins, case management, réseau de soins intégrés, etc.) pour répondre aux besoins de personnes âgées souffrant de pathologies chroniques et tester une ou deux de ces approches à petite échelle (projets pilotes) ;
- Pro Senectute Genève est une structure fédéraliste. Cette réalité comporte l'avantage des rencontres régulières avec les acteurs des autres parties du pays, les autres professionnels responsables de projets centrés sur les besoins, les coûts et la qualité des prises en charges des personnes âgées.**

e-toile : le réseau communautaire genevois d'informatique médicale

5. soutenir le déploiement d'e-toile sur l'ensemble du canton et l'exploitation de routine de la plateforme e-toile ;
- Pro Senectute Genève est d'accord de participer aux différentes phases pilotes du dispositif e-toile.**

Cohérence des systèmes de financement

6. mandater un groupe de travail en vue d'analyser le système de financement des structures et proposer des pistes en vue d'éliminer les incohérences actuelles ;
- Les ressources de Pro Senectute Genève proviennent de la confédération (Art. 101bis LAVS), des dons et des legs. Ces financements contribuent à alléger la facture sociale du canton et des communes.**

Formation et compétences des professionnels de santé

7. Mettre en œuvre les actions recommandées contre la pénurie des professionnels de la santé dans le canton de Genève ;
- Des apprentis ASE (Assistants Sociaux Educatifs), des stagiaires HES ont la possibilité d'être formés dans nos foyers et notre service social. Une collaboration avec l'association des gestionnaires de famille (HESTIA) a permis le développement de métiers émergents et d'une formation de gestionnaire en économie familiale.**
8. Renforcer l'offre et la qualité des formations (notamment sur les troubles cognitifs et les soins palliatifs) afin qu'elles répondent aux besoins des personnes âgées, des proches aidants et des professionnels.
- Par son offre en formation continue, Pro Senectute Genève contribue à la transmission des savoirs auprès des professionnels, des proches aidants et des bénévoles.**

Lien vers [l'offre de formation continue Pro Senectute](#)