

Règlement d'application de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile (RSDom)

K 1 06.01

Tableau historique

du 16 décembre 2009

(Entrée en vigueur : 1^{er} février 2010)

Le CONSEIL D'ÉTAT de la République et canton de Genève, vu la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du 26 juin 2008 (ci-après : la loi), arrête :

Titre I Réseau de soins

Chapitre I Dispositions générales

Art. 1 Partenaires

¹ Le réseau de soins repose sur l'engagement des partenaires publics et privés du dispositif sanitaire cantonal.

² Désignés par le département chargé de la santé (ci-après : département), il s'agit notamment :

- a) des médecins traitants;
- b) de l'Institution de maintien, d'aide et de soins à domicile (IMAD) ⁽²⁾;
- c) de la Coopérative de soins infirmiers (CSI) et des autres organisations d'aide et de soins à domicile;
- d) des établissements publics médicaux; ⁽⁴⁾
- e) des établissements médico-sociaux (EMS); ⁽⁴⁾
- f) des structures intermédiaires; ⁽⁴⁾
- g) des cliniques privées; ⁽⁴⁾
- h) des associations représentant les proches aidants. ⁽⁴⁾

³ Les partenaires formalisent leur engagement dans le réseau de soins en adoptant des règles communes de fonctionnement élaborées au sein de la commission de coordination visée à l'article 6 du présent règlement ainsi que des conventions de collaboration.

⁴ Des collaborations peuvent être mises en place avec d'autres organismes œuvrant dans le domaine du maintien à domicile, en particulier avec les communes, l'Hospice général et les associations actives dans le domaine de la santé.

Art. 2 Prestations du réseau de soins

Les prestations des partenaires publics et privés du réseau de soins sont déterminées conformément au plan cantonal d'accès aux soins et au plan cantonal de promotion de la santé et de prévention.

Art. 3 Financement

Le financement des activités et programmes développés dans le cadre du réseau de soins est régi par la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005.

Art. 4 Harmonisation de la formation continue

¹ Les collaborateurs des partenaires publics ou subventionnés du réseau de soins suivent les formations qui leur sont nécessaires au centre de formation des Hôpitaux universitaires de Genève, moyennant participation financière.

² Les collaborateurs des partenaires privés non subventionnés du réseau de soins ont accès aux formations organisées par le centre de formation des Hôpitaux universitaires de Genève, moyennant participation financière.

³ Des conventions de collaboration sont conclues entre les partenaires du réseau de soins et les Hôpitaux universitaires de Genève, lesquelles visent notamment à assurer des formations adéquates et de qualité.

⁴ Les Hôpitaux universitaires de Genève fournissent annuellement à la commission de coordination des statistiques sur le nombre et la provenance des professionnels de la santé ayant suivi ces formations.

Chapitre II Organes compétents

Art. 5 Autorité

¹ Le département est chargé de l'exécution de la loi et ses missions sont définies à l'article 9 de celle-ci.

² Dans le cadre des processus d'évaluation et d'orientation, le département est en outre compétent pour :

- a) approuver les conventions de collaboration conclues entre les partenaires du réseau de soins dans le cadre du programme d'accès aux soins (PASS);
- b) valider les principes de répartition des profils d'autonomie fonctionnelle entre les institutions du réseau de soins;
- c) approuver l'information commune destinée au public relative aux prestations existantes au sein du réseau de soins.

³ Le département se coordonne avec le département chargé de l'action sociale s'agissant notamment de :

- a) la participation des EMS au réseau de soins et la validation de la répartition des profils d'autonomie fonctionnelle les concernant;
- b) la planification des locaux mis à disposition par les communes pour l'aide à domicile et l'aide sociale.

Art. 6 Commission de coordination

¹ Le département est assisté par la commission de coordination, conformément à l'article 10 de la loi.

² Cette commission a notamment les tâches suivantes :

- a) participer à l'élaboration de la planification sanitaire cantonale;
- b) préavisier le plan stratégique du réseau de soins établi par le département, lequel sert de cadre de référence aux plans stratégiques des partenaires du réseau de soins;
- c) proposer au département des objectifs annuels et des indicateurs de performance du réseau de soins;
- d) proposer au département des indicateurs communs de performance liés aux activités du réseau de soins, lesquels sont intégrés aux contrats de prestations des partenaires;
- e) définir les règles communes de fonctionnement des partenaires;
- f) fixer des axes prioritaires de formation communs aux collaborateurs du réseau de soins;
- g) définir des indicateurs statistiques propres au réseau de soins, qui seront fournis par les partenaires et les analyser;
- h) formuler toute proposition utile en matière d'organisation et de planification des soins.

³ La commission de coordination exerce ses tâches dans le respect des compétences propres à chaque partenaire.

⁴ Elle désigne un groupe de travail, composé de professionnels représentant les différents partenaires et présidé par le département, pour procéder à l'analyse des processus et des procédures du programme d'accès aux soins.

⁵ Ce groupe est chargé notamment de prendre connaissance des dysfonctionnements, d'analyser leur nature et de formuler toute proposition utile à la commission de coordination en matière d'organisation, de pratiques et de planification des soins.

Art. 7 Fonctionnement

¹ La commission de coordination est convoquée par son président au minimum 6 fois par an ou à la demande écrite de 6 de ses membres.

² Elle élit, parmi ses membres, un vice-président qui remplace le président en son absence.

³ La présence de la majorité des membres est nécessaire pour la validité des délibérations. A défaut, une nouvelle séance est convoquée. La commission de coordination peut alors délibérer valablement quel que soit le nombre de membres présents.

⁴ Les décisions sont prises à la majorité des membres. En cas d'égalité, la voix du président est prépondérante.

Art. 8 Groupe d'experts

Mission

¹ Conformément à l'article 10, alinéa 3, lettre f, de la loi, la commission de coordination désigne un groupe d'experts composé de représentants des différents partenaires du réseau de soins.

² Ce groupe d'experts, saisi par le département, a pour tâche de concilier les partenaires et les bénéficiaires d'une orientation en cas de désaccords relatifs à celle-ci.

³ Pour faciliter la rapidité des interventions, le groupe d'experts constitue en son sein des délégations formées de 3 membres.

Procédure

⁴ A réception du dossier, la délégation désignée auditionne le bénéficiaire et/ou ses proches, l'institution concernée et les professionnels du programme d'accès aux soins et procède

aux investigations complémentaires nécessaires.

⁵ A l'issue de ces démarches, la délégation propose au bénéficiaire la solution d'orientation la plus adéquate compte tenu de ses besoins.

⁶ Les demandes sont traitées avec toute la célérité requise dans un délai maximum défini par la commission de coordination.

⁷ Le groupe d'experts s'assure de l'harmonisation des pratiques des différentes délégations.

Chapitre III Accès aux soins

Section 1 Organisation

Art. 9 Programme d'accès aux soins

¹ L'évaluation des besoins et du degré de dépendance des personnes en âge AVS, leur orientation ainsi que leur suivi au sein du réseau de soins se fait par le biais du programme d'accès aux soins.

² Le programme d'accès aux soins est géré par l'Institution de maintien, d'aide et de soins à domicile ⁽²⁾; il est clairement distinct des autres activités de l'institution et au service de tous les partenaires du réseau.

³ Le programme d'accès aux soins est mis en œuvre par le biais d'équipes composées d'infirmiers et d'assistants sociaux de liaison formés à l'évaluation des besoins et à l'orientation des bénéficiaires.

⁴ L'équipe d'infirmiers et d'assistants sociaux de liaison chargée de l'évaluation est répartie dans les centres de maintien à domicile (CMD) de l'Institution de maintien, d'aide et de soins à domicile (IMAD) et les établissements publics médicaux.⁽⁴⁾ Elle se déplace à la demande des professionnels des autres institutions d'aide et de soins à domicile, des structures intermédiaires, des cliniques privées et des EMS.

⁵ Les rôles et responsabilités des partenaires du réseau relativement au programme d'accès aux soins sont précisés dans le cadre de conventions de collaboration conclues avec l'Institution de maintien, d'aide et de soins à domicile⁽²⁾.

Art. 10 Communication

¹ Les partenaires du réseau de soins sont tenus de fournir aux professionnels du programme d'accès aux soins toutes les informations nécessaires au fonctionnement du programme, en particulier celles relatives aux places disponibles auprès des différentes institutions.

² Un outil informatique commun de gestion de ces données est mis en place.

Section 2 Evaluation

Art. 11 Evaluation des risques pour la personne

¹ Les médecins traitants effectuent une analyse synthétique de l'autonomie fonctionnelle de leurs patients en âge AVS, destinée à les évaluer sur le plan bio-psycho-social.

² Les personnes en âge AVS entrant pour la première fois dans le réseau de soins par le biais des organisations d'aide et de soins à domicile, des établissements publics médicaux et des cliniques privées font l'objet d'une information aux professionnels du programme d'accès aux soins qui effectuent l'analyse synthétique de l'autonomie fonctionnelle.

³ Les évaluations précédentes, effectuées lors d'un séjour hospitalier de la personne ou lors d'une prise en charge à domicile par les organisations d'aide et de soins à domicile, peuvent être requises en vue de procéder à l'analyse.

Art. 12 Mesure de l'autonomie fonctionnelle

¹ Lorsque plusieurs risques sont identifiés, une évaluation détaillée de l'autonomie fonctionnelle et de la situation sociale et financière de la personne est faite par les professionnels du programme d'accès aux soins, en concertation avec le médecin traitant ou le médecin hospitalier répondant, et les équipes soignantes concernées, à l'aide d'un outil informatique commun.

² Les professionnels du programme d'accès aux soins transmettent systématiquement le rapport d'évaluation de la mesure de l'autonomie fonctionnelle au médecin traitant du patient.

Art. 13⁽¹⁾ Démarches administratives

Si des démarches administratives s'avèrent nécessaires, concernant notamment une demande de prestations complémentaires ou une demande de mesure de protection de l'adulte, elles sont entreprises, lorsqu'elles n'ont pas encore été initiées, par les assistants sociaux du programme d'accès aux soins en même temps que l'évaluation.

Art. 14 Profils d'autonomie fonctionnelle

¹ Les besoins en prestations des bénéficiaires sont catégorisés en profils d'autonomie fonctionnelle.

² Ces profils servent de référence lors de l'orientation des bénéficiaires auprès des institutions du réseau de soins, eu égard aux missions de celles-ci, à leurs prestations et à leurs critères d'admission.

³ Les institutions concernées définissent les principes de répartition de ces profils, qui sont validés par le département.

Section 3 Orientation

Art. 15 Procédure d'orientation

¹ Suite au résultat de la mesure de l'autonomie fonctionnelle, une équipe d'infirmiers et d'assistants sociaux de liaison du programme d'accès aux soins, sur préavis du médecin traitant ou du médecin hospitalier répondant, propose :

a) le type de structure dans laquelle le bénéficiaire doit être orienté;

b) et, le cas échéant, les institutions les plus à même de répondre à ses besoins, en tenant compte notamment de leur secteur géographique et des fonctionnalités du bâtiment.

² Cette orientation est présentée au bénéficiaire et/ou à ses proches, lequel peut formuler au maximum 3 choix préférentiels d'institutions par type de structure. Le bénéficiaire est alors renseigné sur l'étendue de la prise en charge des prestations par l'assurance-maladie obligatoire, les autres assurances sociales et les prestations complémentaires.

³ Les dossiers, dûment complétés selon les exigences administratives et financières des institutions sélectionnées, sont remis à ces dernières pour détermination.

⁴ La décision finale du choix de l'institution est prise d'un commun accord entre le bénéficiaire et l'institution concernée.

⁵ En cas de désaccord du bénéficiaire relatif au type de structure proposé ou en cas de refus de l'institution ou des institutions choisies et si une alternative ne peut être trouvée, le dossier est adressé au département qui saisit le groupe d'experts visé à l'article 8 du présent règlement.

Section 4 Suivi

Art. 16 Procédure de suivi

¹ Les professionnels du programme d'accès aux soins sont chargés du suivi du bénéficiaire au sein du réseau, notamment en cas de transfert d'une institution à une autre ou d'un type de structure à un autre.

² Les partenaires du réseau de soins leur transmettent toute information nécessaire à un suivi adéquat et personnalisé du bénéficiaire dans sa trajectoire de soins au sein du réseau.

³ Ils requièrent auprès des professionnels du programme d'accès aux soins des réévaluations de l'autonomie fonctionnelle du bénéficiaire en cas de modification de son état ou de sa situation.

⁴ Les professionnels du programme d'accès aux soins fournissent à la commission de coordination, 2 fois par année, des statistiques relatives à la trajectoire des bénéficiaires dans le réseau de soins.

Titre II Maintien à domicile

Chapitre I Dispositions générales

Art. 17 Acteurs

Les médecins traitants, les organisations d'aide et de soins à domicile, les structures intermédiaires, les proches aidants, les communes et les milieux associatifs agissent en complémentarité pour assurer le maintien à domicile.

Art. 18 Reconnaissance d'utilité publique des partenaires

¹ Le Conseil Etat reconnaît d'utilité publique les partenaires répondant aux conditions de l'article 22 de la loi.

² Une requête écrite doit être adressée au département accompagnée des documents nécessaires à cette fin.

Art. 18A⁽⁵⁾ Conditions d'obtention du financement résiduel pour les organisations d'aide et de soins à domicile

¹ Le financement résiduel, au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994, est accordé aux organisations d'aide et de soins à domicile qui dispensent des soins prévus à l'article 7 de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, du 29 septembre 1995, et qui respectent les conditions suivantes afin de garantir le contrôle des coûts, la qualité et l'économicité des prestations :

a) être autorisées en qualité d'institution de santé au sens de la loi sur la santé, du 7 avril 2006;

- b) effectuer l'évaluation des besoins requis selon l'outil standardisé reconnu par l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile;
- c) fournir, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, sur l'ensemble du territoire cantonal, des soins à domicile reconnus comme nécessaires à la couverture des besoins du canton de Genève et en assurer la continuité et le suivi;
- d) prendre en charge 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 les besoins en soins urgents et les nouvelles demandes et en assurer la continuité;
- e) garantir au sein de l'organisation la prise en charge et le suivi des soins infirmiers prescrits, y compris en cas d'absence planifiée ou imprévue;
- f) être signataires de la charte de collaboration des partenaires du réseau de soins;
- g) utiliser MonDossierMedical.ch;
- h) participer à 2 mesures au minimum des plans cantonaux menés sous l'égide du département;
- i) s'engager à mettre en place une démarche qualité reconnue, soit dans le cadre du concept de qualité développé par les associations suisses de soins à domicile, soit une autre démarche reconnue;
- j) disposer d'un plan de formation continue du personnel et participer à l'effort de relève en professionnels de la santé, selon les objectifs fixés par le département;
- k) poursuivre une politique salariale conforme aux conventions collectives ou répondre aux normes cantonales appliquées aux professionnels concernés;
- l) fournir au département les informations statistiques requises et nécessaires à la définition de la politique sanitaire du canton;
- m) fournir les informations comptables nécessaires afin de permettre au Conseil d'Etat de fixer le coût résiduel propre à chaque organisation d'aide et de soins à domicile;
- n) se conformer aux modalités et processus de facturation prévus par le département pour le financement résiduel du coût des soins.

² La contribution de l'Etat au financement résiduel fait l'objet d'une convention entre l'Etat et l'organisation concernée, qui précise les droits et obligations de chaque partie. Cette contribution n'est pas soumise à la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005.

Art. 18B⁽⁵⁾ Conditions d'obtention du financement résiduel pour les infirmiers et infirmières exerçant à titre indépendant

¹ Le financement résiduel, au sens de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994, est accordé aux infirmières et infirmiers exerçant à titre indépendant, qui dispensent des soins prévus à l'article 7 de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, du 29 septembre 1995, et qui respectent les conditions suivantes afin de garantir le contrôle des coûts, la qualité et l'économicité des prestations :

- a) être au bénéfice d'un droit de pratiquer au sens de la loi sur la santé, du 7 avril 2006;
- b) effectuer l'évaluation des besoins requis selon l'outil standardisé reconnu par l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile;
- c) être en mesure de fournir, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, sur l'ensemble du territoire cantonal, des soins à domicile reconnus comme nécessaires à la couverture des besoins du canton de Genève et en assurer la continuité et le suivi;
- d) être en mesure de répondre 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 aux besoins en soins urgents et aux nouvelles demandes et en assurer la continuité;
- e) garantir la prise en charge et le suivi des soins infirmiers prescrits par une relève entre infirmiers et infirmières exerçant à titre indépendant, y compris en cas d'absence planifiée ou imprévue;
- f) être signataires de la charte de collaboration des partenaires du réseau de soins;
- g) utiliser MonDossierMedical.ch;
- h) participer à 2 mesures au minimum des plans cantonaux menés sous l'égide du département;
- i) s'engager à mettre en place une démarche qualité reconnue, soit dans le cadre du concept de qualité développé par les associations suisses de soins à domicile, soit une autre démarche reconnue;
- j) suivre une formation continue;
- k) être affiliés à une caisse de compensation, au sens de l'article 64 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 20 décembre 1946;
- l) fournir au département les informations statistiques requises et nécessaires à la définition de la politique sanitaire du canton;
- m) fournir les informations comptables nécessaires afin de permettre au Conseil d'Etat de fixer le coût résiduel propre à chaque infirmier ou infirmière exerçant à titre indépendant;
- n) se conformer aux modalités et processus de facturation prévus par le département pour le financement résiduel du coût des soins.

² La contribution de l'Etat au financement résiduel fait l'objet d'une convention entre l'Etat et l'infirmière ou l'infirmier exerçant à titre indépendant, qui précise les droits et obligations de chaque partie. Cette contribution n'est pas soumise à la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005.

Art. 19 Planification des locaux et subventions aux communes

¹ Conformément à l'article 4 de la loi, il est procédé chaque année à une planification des locaux mis à disposition de l'aide à domicile par les communes.

² Celles-ci peuvent obtenir une subvention pour :

- a) la construction, l'acquisition, la location, la rénovation et la transformation des locaux destinés à l'aide et aux soins à domicile fournis par l'Institution de maintien, d'aide et de soins à domicile⁽²⁾;
- b) la location de locaux pour les foyers de jour existants et la location de surfaces pour de nouveaux foyers de jour et/ou une antenne d'un centre de maintien à domicile dans les immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA).

³ Les institutions qui occupent les locaux financent le mobilier et l'entretien courant des locaux.

⁴ Les communes assument quant à elles les frais de consommation d'électricité et d'eau, de chauffage et les frais de nettoyage de ces locaux.

Art. 20 Actions des communes

¹ Les communes et les centres de maintien à domicile s'entendent sur les actions annuelles que celles-ci mènent en matière de maintien à domicile. Ces actions visent notamment à favoriser la mobilité des bénéficiaires et à assurer une continuité de leur réseau social.

² Dans la mesure de leurs possibilités, les communes soutiennent financièrement les programmes d'aide aux proches et participent aux programmes de prévention et de promotion de la santé.

³ Les communes collaborent également avec les milieux associatifs pour mener à bien les actions de maintien à domicile.

Chapitre II Prestations des organisations d'aide et de soins à domicile

Art. 21 Prestations de soins à domicile

Les prestations de soins à domicile sont définies aux articles 6 et 7 de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, du 29 septembre 1995.

Art. 22 Prestations d'aide, de repas et de sécurité à domicile

Les prestations d'aide, de repas et de sécurité à domicile sont :

- a) l'aide pratique et les grands nettoyages;
- b) l'aide aux familles et la suppléance parentale;
- c) les repas à domicile;
- d) la sécurité à domicile;
- e) la garde d'enfants malades de jour et de nuit;
- f) la garde de nuit d'adultes malades.

Art. 23 Prestations d'accompagnement social

Les prestations d'accompagnement social consistent en une aide pour la gestion administrative courante et en un accompagnement dans le cadre de démarches administratives.

Art. 24 Prestations d'urgence sociale

¹ Les prestations d'urgence sociale permettent la prise en charge de personnes sur le plan de la santé et sur le plan social dans des situations de crise liées, en autres, à la précarité, à l'exclusion, aux violences domestiques ou aux troubles du comportement.

² Elles sont fournies après la fermeture des services, la nuit, le week-end et les jours fériés.

Art. 25 Admission des bénéficiaires

¹ Les organisations d'aide et de soins à domicile se coordonnent avec le programme d'accès aux soins pour assurer la prise en charge du bénéficiaire dans le délai prescrit par sa situation.

² Les bénéficiaires sont admis sur la base d'un contrat de prestations d'aide ou de soins signé entre le bénéficiaire ou son représentant légal et l'organisation d'aide et de soins à domicile, qui définit notamment les prestations, leur fréquence et leur durée.

Chapitre III Structures intermédiaires

Section 1 Catalogue des structures intermédiaires

Art. 26 Catalogue

Les structures intermédiaires sont notamment les suivantes :

- a) les foyers de jour et de jour/nuit;
- b) les unités d'accueil temporaire de répit (UATR);
- c) les immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA).

Section 2 Foyers de jour et de jour-nuit

Art. 27 Prestations

- ¹ Les foyers de jour et de jour-nuit contribuent à une vie autonome à domicile en favorisant le mieux-être des bénéficiaires, en soutenant et en déchargeant leur famille et leur entourage, et en favorisant leur intégration dans un réseau social.
- ² Les prestations des foyers de jour sont :
 - a) de nature socio-hôtelière;
 - b) de l'animation et des loisirs;
 - c) de l'aide et de la stimulation à l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (AVQ);
 - d) de l'aide à l'alimentation, à la mobilité et à la prise de médicaments;
 - e) de la surveillance de l'évolution de l'état de dépendance de la personne;
 - f) du transport;
 - g) du soutien aux proches aidants sous forme de conseils, d'écoute et d'échanges.
- ³ Les foyers de jour/nuit offrent également les prestations suivantes :
 - a) l'hébergement et la surveillance pendant la nuit;
 - b) le repas du soir;
 - c) le traitement du linge;
 - d) l'aide à la toilette.
- ⁴ Une journée par semaine doit être consacrée aux prestations fournies aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie associée.

Art. 28 Critères d'admission

- ¹ Les critères d'admission des personnes en âge AVS en foyer de jour ou de jour/nuit sont entre autres :
 - a) la résidence dans le canton;
 - b) les difficultés liées au vieillissement, assorties ou non de problèmes de santé ou de problèmes liés à l'isolement;
 - c) la nécessité d'une mesure de répit pour le proche aidant.
- ² Les admissions sont coordonnées entre les foyers de jour et de jour-nuit et le programme d'accès aux soins.
- ³ Les bénéficiaires sont admis sur la base d'un contrat d'accueil signé entre le bénéficiaire ou son représentant légal et la direction du foyer de jour ou de jour-nuit, lequel définit notamment les prestations, leur fréquence et la durée du séjour.

Section 3 Unités d'accueil temporaire de répit (UATR)

Art. 29 Prestations

- ¹ Les unités d'accueil temporaire de répit accueillent et prennent en charge, pour les actes de la vie quotidienne et pour des soins de base, des personnes en âge AVS atteintes de troubles physiques, psychiques et/ou cognitifs en vue de leur retour à domicile.
- ² Les prestations sont :
 - a) de nature socio-hôtelière;
 - b) de l'encadrement psychosocial et relationnel;
 - c) des soins infirmiers et des soins de base.
- ³ Le médecin traitant du bénéficiaire demeure le responsable médical durant le séjour en unité d'accueil temporaire de répit.

Art. 30 Critères d'admission

- ¹ Les critères d'admission des personnes en âge AVS sont entre autres :
 - a) la résidence dans le canton;
 - b) la prescription médicale;
 - c) l'absence momentanée de proches aidants;
 - d) l'hospitalisation d'un proche aidant;
 - e) une mesure de répit pour les proches aidants ou pour la personne elle-même;
 - f) les travaux d'aménagement d'un appartement ou d'un immeuble avec encadrement pour les personnes nécessitant des prestations d'aide et de soins à domicile.
- ² Les admissions peuvent se faire soit depuis le domicile du bénéficiaire, soit depuis le service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève ou, exceptionnellement, depuis un autre service des Hôpitaux universitaires de Genève. Elles sont planifiées en coordination avec le programme d'accès aux soins.
- ³ La durée de séjour est au minimum de 5 jours et au maximum de 45 jours par année. Des dérogations peuvent être accordées d'entente entre l'unité d'accueil temporaire de répit, le bénéficiaire, le programme d'accès aux soins et le médecin traitant.
- ⁴ Les bénéficiaires sont admis sur la base d'un contrat d'accueil signé entre le bénéficiaire ou son représentant légal et la direction de l'établissement, lequel définit notamment les prestations.

Section 4 Immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA)

Art. 31⁽³⁾ Prestations

- ¹ Les immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA) proposent des logements adaptés aux besoins d'encadrement et de sécurité des personnes en âge AVS. Les prestations IEPA qui répondent à ces besoins sont :
 - a) architecture adaptée aux personnes à mobilité réduite et à risque d'isolement social et de perte cognitive;
 - b) système de sécurité intégré au bâti (espaces communs et appartements);
 - c) accompagnement en cas de problème de santé auprès des professionnels de la santé;
 - d) permanence nocturne;
 - e) surveillance et recherche en cas d'absence non annoncée du locataire supérieure à 24 heures;
 - f) possibilité de prendre un repas de midi ou une collation dans une salle à manger commune à tous les locataires;
 - g) activités communautaires pour favoriser les liens sociaux;
 - h) actions de prévention et de promotion de la santé;
 - i) aide à la gestion administrative courante et accompagnement dans le cadre de démarches administratives;
 - j) appui à la rédaction de directives anticipées et à la désignation d'un représentant thérapeutique.
- ² Les prestations mentionnées à l'alinéa 1, lettres f à j, sont mises à disposition au libre choix du locataire.

Art. 32⁽³⁾ Critères d'attribution des logements

- ¹ Un logement en immeuble avec encadrement pour personnes âgées peut être attribué à toute personne en âge AVS pour laquelle le besoin de sécurité et/ou de contacts sociaux est avéré, pour autant qu'elle ait résidé dans le canton au minimum pendant 2 années continues durant les 5 années précédant l'attribution du logement.
- ² Est déterminant le résultat de l'évaluation standardisée de la situation sanitaire et sociale de la personne candidate à un logement. A besoin égal, la priorité est donnée à la personne âgée qui a résidé le plus longtemps dans le canton.
- ³ L'outil d'évaluation standardisée est celui qui sert à déterminer les besoins en aide et soins à domicile.
- ⁴ L'outil d'évaluation standardisée doit être approuvé par le département.
- ⁵ D'entente avec l'exploitant, le propriétaire de l'immeuble avec encadrement pour personnes âgées peut déroger aux critères d'attribution des logements.
- ⁶ Au surplus, pour les logements qui sont soumis à la loi générale sur le logement et la protection des locataires, du 4 décembre 1977, les conditions d'accès au logement prévues par cette loi doivent être respectées, sous réserve de dérogations accordées par le service chargé de l'application de la loi générale sur le logement et la protection des locataires, du 4 décembre 1977.

Art. 32A⁽³⁾ Cadre de référence pour le propriétaire

- ¹ Tout immeuble avec encadrement pour personnes âgées doit correspondre aux besoins de la planification sanitaire cantonale et respecter un cadre de référence qui comporte 3 volets : architectural, technique et opérationnel (prestations).
- ² Le département s'assure de la conformité des projets d'immeuble avec le cadre de référence. Il s'assure notamment que le projet opérationnel permette à l'exploitant de délivrer les prestations au sens de l'article 31.
- ³ Le département met en place un monitoring de la demande et de l'offre en logements en immeuble avec encadrement pour personnes âgées, ainsi que des motifs de refus d'un logement par le propriétaire. Afin d'assurer un équilibre durable entre les besoins en logements et l'accessibilité financière à ces logements, il se réserve la possibilité de préavis négativement un projet d'immeuble avec encadrement pour personnes âgées.

Art. 32B⁽³⁾ Propriétaire

- ¹ Le propriétaire est la personne physique ou morale qui possède les droits de propriété ou des droits réels sur le bien-fonds immobilier constituant l'immeuble avec encadrement pour personnes âgées.
- ² Le propriétaire doit respecter les critères d'attribution de logements en immeuble avec encadrement pour personnes âgées mentionnés à l'article 32.
- ³ Le propriétaire prend en charge les coûts liés à l'installation ou à la mise à jour du système de sécurité effectuée par l'exploitant en raison d'une évolution technique.
- ⁴ Le propriétaire doit permettre à l'exploitant de délivrer les prestations IEPA au sens de l'article 31.

⁵ Afin de pallier l'obsolescence de l'immeuble, le propriétaire est tenu de prendre les mesures adéquates dans la perspective de travaux de rénovation ou d'entretien courants afin qu'en tout temps l'exploitant puisse délivrer les prestations IEPA au sens de l'article 31.

Art. 32C⁽³⁾ Exploitant – Fournisseur

¹ L'exploitant est la personne morale qui fournit les prestations d'un immeuble avec encadrement pour personnes âgées au sens du présent règlement.

² Seule une institution de santé, au sens de l'article 100 de la loi sur la santé, du 7 avril 2006, peut être autorisée par le département à délivrer en tant qu'exploitant des prestations IEPA au sens de l'article 31 du présent règlement.

³ L'exploitant doit prendre en charge toutes les prestations IEPA. Il peut toutefois déléguer certaines prestations prévues à l'article 31 du présent règlement à un ou plusieurs autres fournisseurs.

⁴ Dans tous les cas, il incombe à l'exploitant de garantir la qualité de toutes les prestations IEPA, qu'il les délivre lui-même ou qu'il les délègue à un ou plusieurs autres fournisseurs de prestations.

⁵ Toutefois, l'exploitant n'est pas responsable de la qualité des prestations que le propriétaire déléguerait directement à d'éventuels fournisseurs de prestations tiers.

⁶ L'exploitant réalise l'évaluation standardisée des besoins cliniques et sociaux de la personne candidate à un logement en immeuble avec encadrement pour personnes âgées et transmet une synthèse de son résultat au propriétaire de l'immeuble, incluant la recommandation d'attribution.

⁷ L'exploitant répète cette évaluation régulièrement (au minimum une fois par an), notamment afin de s'assurer que les critères d'attribution du logement sont toujours remplis.

⁸ Le département définit dans les contrats de prestations les informations statistiques que doit lui fournir l'exploitant, ainsi que la fréquence et les modalités de livraison de ces statistiques.

Art. 32D⁽³⁾ Autorisation d'exploiter et subventions

¹ L'autorisation d'exploiter un immeuble avec encadrement pour personnes âgées ne peut être délivrée qu'à une institution de santé qui présente un projet opérationnel conforme au cadre de référence, permettant de délivrer les prestations IEPA.

² Le département peut verser à l'institution de santé au bénéfice d'une autorisation d'exploiter un immeuble avec encadrement pour personnes âgées une subvention à l'exploitation, régie par la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005, et/ou une subvention à l'investissement (équipements seulement), régie par la loi sur la gestion administrative et financière de l'Etat, du 4 octobre 2013.

³ La surveillance de l'exploitant, et de la qualité de ses prestations, est assurée par le département, conformément aux articles 7 et suivants du règlement sur les institutions de santé, du 22 août 2006.

Art. 32E⁽³⁾ Relations contractuelles entre le locataire, le propriétaire, l'exploitant et le fournisseur

Relations entre le propriétaire et l'exploitant

¹ Une convention de collaboration entre le propriétaire et l'exploitant précise le rôle de chacun pour ce qui touche à l'exploitation du bâtiment et sa mission (notamment aspects logistiques et financiers, intendance, prestations, ressources humaines), ainsi que les modalités de recours à d'éventuels fournisseurs de prestations tiers. Copie de cette convention est transmise au département.

² La convention de collaboration demande notamment au propriétaire d'assortir le contrat de bail à louer qui le lie au locataire de conditions permettant à l'exploitant, respectivement le ou les fournisseurs, de délivrer les prestations IEPA selon l'article 31 du présent règlement.

Relations entre le propriétaire et le locataire

³ La relation entre le propriétaire et le locataire est un contrat de bail à louer. Dans les logements à loyers libres, il est régi par le code des obligations (art. 273c). Dans les logements soumis à la loi générale sur le logement et la protection des locataires, du 4 décembre 1977, il est régi par cette loi et les contrats de bail annexés au règlement d'exécution de la loi doivent être utilisés.

⁴ Une annexe au contrat de bail à louer décrit les conditions spécifiques requises à l'octroi d'un logement en immeuble avec encadrement pour personnes âgées.

Relations entre l'exploitant et le locataire

⁵ Un contrat d'accueil signé entre l'exploitant et le locataire décrit notamment les prestations obligatoires et facultatives et leurs prix, ainsi que leurs objectifs, de même que les droits et devoirs respectifs de l'exploitant et du locataire.

Relations entre l'exploitant et le fournisseur

⁶ Une convention de collaboration entre l'exploitant et le fournisseur précise le rôle de chacun pour ce qui a trait à la fourniture des prestations déléguées (notamment aspects logistiques et financiers, intendance, prestations, ressources humaines, qualité et responsabilité). Copie de cette convention est transmise au propriétaire, ainsi qu'au département.

Relations entre le propriétaire et le fournisseur

⁷ Une convention de collaboration entre le propriétaire et le fournisseur précise le rôle de chacun pour ce qui a trait à la fourniture des prestations déléguées (notamment aspects logistiques et financiers, intendance, prestations, ressources humaines, qualité et responsabilité). Copie de cette convention est transmise à l'exploitant, ainsi qu'au département.

Révisions des conventions

⁸ Les conventions de collaboration mentionnées aux alinéas 1 à 7 sont mises à jour à intervalle régulier ou dès qu'un élément essentiel de leur contenu change. Les conventions modifiées sont transmises au département.

Titre III Aide aux proches

Art. 33 But

¹ L'aide aux proches a pour but de reconnaître l'importance du rôle des proches aidants et le soutien qu'ils procurent aux personnes de leur entourage.

² A ce titre le réseau de soins assure des mesures de conseil, d'assistance, d'accompagnement et de répit aux proches aidants.

³ Les partenaires du réseau de soins ainsi que les communes et les milieux associatifs informent le public des mesures d'aide aux proches qu'ils proposent.

Art. 34 Définitions

¹ Sont réputées proches les personnes qui sont définies à l'article 11 du règlement sur les institutions de santé, du 22 août 2006.

² Sont réputées proches aidants les personnes qui viennent en aide à un proche malade et/ou en âge AVS, à titre non professionnel.

³ L'aide concerne les activités essentielles de la vie quotidienne et/ou les activités instrumentales de la vie quotidienne; elle est fournie de manière régulière (plusieurs heures par semaine) ou permanente (24 h/24).

Art. 35 Identification du besoin de soutien des proches aidants

¹ Afin d'assister les proches aidants dans leur activité, un éventuel besoin d'aide à leur égard doit être identifié systématiquement par :

- les professionnels du programme d'accès aux soins;
- les professionnels de l'aide à domicile;
- les professionnels de l'aide sociale;
- les milieux associatifs concernés.

² Une fois ce besoin d'aide avéré, il est communiqué au professionnel référent de la personne aidée et, cas échéant, aux professionnels du programme d'accès aux soins pour la mise en place des mesures nécessaires.

Art. 36 Mesures d'aide aux proches aidants

Information et accompagnement

¹ Un guide d'information à l'attention du public est élaboré par le département en collaboration avec les institutions du réseau de soins, les communes et les milieux associatifs. Il renseigne notamment sur les mesures existantes au bénéfice des proches aidants.

² Les professionnels de la santé, en collaboration avec les milieux associatifs et/ou les communes, organisent également des groupes de parole qui offrent un espace privilégié d'information, d'écoute, de partage et d'accompagnement relationnel et émotionnel.

Formation

³ Les milieux associatifs concernés mettent sur pied une formation visant à prévenir et à remédier à l'épuisement physique et psychologique du proche aidant.

Répît

⁴ Dans le cadre des processus d'orientation, les professionnels du réseau de soins offrent :

- un accueil de la personne aidée, jusqu'à 24 heures maximum, dans un foyer de jour ou de jour-nuit;
- l'hébergement de celle-ci dans une unité d'accueil temporaire de répit pour une durée de 5 à 45 jours par année.

⁵ Les milieux associatifs proposent la présence à domicile quelques heures par jour d'un accompagnant formé par les professionnels du réseau de soins. A cette fin, l'appel aux emplois de solidarité doit être favorisé.

Mise en œuvre

⁶ Ces mesures peuvent être combinées.

⁷ D'autres mesures peuvent être proposées par le réseau de soins, les communes et les milieux associatifs.

Titre IV Dispositions finales et transitoires

Art. 37 Mise en œuvre du programme d'accès aux soins

¹ A l'entrée en vigueur de la présente loi, le programme d'accès aux soins s'applique prioritairement aux personnes en âge AVS.

² Il peut être étendu à d'autres catégories de personnes ultérieurement.

Art. 38 Clause abrogatoire

Le règlement d'application de la loi sur les centres d'action sociale et de santé, du 31 octobre 2001, est abrogé.

Art. 39 Entrée en vigueur

Le présent règlement entre en vigueur simultanément à la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du 26 juin 2008, soit le 1^{er} février 2010.

Art. 40⁽⁵⁾ Dispositions transitoires

Les organisations d'aide et de soins à domicile ainsi que les infirmières et infirmiers exerçant à titre indépendant qui perçoivent, au moment de l'entrée en vigueur des articles 18A et 18B, un montant au titre du financement résiduel du coût des soins doivent se mettre en conformité avec ces dispositions dans les 6 mois suivant leur entrée en vigueur.

RSG	Intitulé	Date d'adoption	Entrée en vigueur
K 1 06.01	R d'application de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile	16.12.2009	01.02.2010
<i>Modifications :</i>			
1. <i>n.t.</i> : 13, 31/2b 3°		12.12.2012	01.01.2013
2. <i>n.t.</i> : rectification selon 7C/1, B 2 05 (1/2b, 9/2, 9/4, 9/5, 19/2a)		01.01.2013	01.01.2013
3. <i>n.</i> : 32A, 32B, 32C, 32D, 32E; <i>n.t.</i> : 31, 32		20.04.2016	27.04.2016
4. <i>n.t.</i> : 1/2d, 9/4 phr. 1; <i>a.</i> : 1/2e (<i>d.</i> : 1/2f-i >> 1/2e-h)		15.06.2016	01.07.2016
5. <i>n.</i> : 18A, 18B, 40		27.07.2016	03.08.2016