

Secrétariat du Grand Conseil

PL Numéro d'objet

*Projet présenté par les députés :
Bertrand BUCHS*

Date de dépôt : Date de dépôt

Projet de loi modifiant la Loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile (LSDom) : Pour la mise en place d'un service d'hospitalisation à domicile (HAD).

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

Art. 1 Modifications

La Loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du 26 juin 2008, (LSDom) est modifiée comme suit.

Titre : (nouveau)

Loi sur le réseau de soins, *l'hospitalisation à domicile* et le maintien à domicile.

Art. 1 But (nouveau)

¹La présente loi a pour but de préserver l'autonomie des personnes dont l'état de santé et/ou de dépendance exige de l'aide et/ou des soins *simples ou complexes*, ainsi que de répondre de manière coordonnée aux besoins de ces personnes dans leur trajectoire de vie.

Art. 3 bis Hospitalisation à domicile (nouveau)

Par hospitalisation à domicile, on entend toutes les prestations médicales de soins qui s'adressent à des personnes dont l'état de santé nécessite des soins complexes évitant ou raccourcissant par la même une hospitalisation.

Titre IV Maintien à domicile**Chapitre I Dispositions générales****Art. 13 Orientation (nouveau)**

³Si l'état de santé des bénéficiaires exige une hospitalisation ou une assistance médicale et des mesures de réadaptation pour une longue durée, *ils peuvent bénéficier soit d'une hospitalisation à domicile, si cette dernière est possible, soit sont orientés vers des établissements publics médicaux ou des cliniques privées, respectivement vers des établissements médico-sociaux.*

Art. 2 Entrée en vigueur

La présente loi entre en vigueur le lendemain de sa promulgation dans la Feuille d'avis officielle

EXPOSE DES MOTIFS

Mesdames et
Messieurs les députés,

Depuis quelques années, sous l'impulsion du Conseiller d'Etat Unger, nous avons assisté à la mise en place d'un service de soins à domicile de qualité.

Les prestations proposées sont variées et comprennent déjà des soins complexes comme les soins de plaies ou des traitements par perfusion intraveineuse.

Ces soins permettent un maintien à domicile, d'éviter des déplacements à l'hôpital ou chez le médecin traitant. Ils permettent également de diminuer le temps des hospitalisations en permettant des retours à domicile plus précoces.

Nous proposons, avec ce projet de loi de faire un pas supplémentaire en créant un service d'hospitalisation à domicile (HAD).

Qu'entendons-nous par HAD ?

Le pays qui a le plus, et depuis de nombreuses années, réfléchi et agi sur ce sujet est la France.

L'Etat français dans un décret du 2 octobre 1992 en donne la définition suivante : « *Les structures d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Les soins en HAD se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes.* »

La circulaire du 30 mai 2000 précise : « *L'HAD concerne les malades, quel que soit leur âge, atteints de pathologies graves aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service seraient hospitalisés en établissement de santé.* »

En 2009, la loi Hôpital Santé Territoire (HPST) reconnaît l'HAD comme une hospitalisation à part entière et non plus comme une simple alternative à l'hospitalisation conventionnelle et elle en protège l'appellation.

En 2010, la France compte 270 établissements HAD avec un établissement au moins dans chaque département. Plus de 100 000 malades en ont bénéficié pour environ 4 millions de journées HAD. Le coût moyen est de 196 euros contre 703 euros dans un hôpital et représente 0.8 % des

dépenses de l'Assurance Maladie. L'âge moyen des patients HAD est de 63 ans, mais 55 % des séjours concernent des malades de moins de 60 ans (10 % de soins pédiatriques). 58.4 % de femmes pour 41.6 % d'hommes.

Les 4 activités médicales les plus fréquemment traitées sont la cancérologie, les pansements (escarres, ulcères cutanés, brûlures), les soins de périnatalité et les soins palliatifs.

Une HAD est réalisable uniquement avec le consentement du patient et/ou de sa famille. L'admission relève obligatoirement d'une prescription médicale. Les demandes d'admission entraînent une évaluation médicale, paramédicale et sociale avec visite de l'infirmière coordinatrice éventuellement aidée par une assistante sociale.

L'admission est prononcée après avis du médecin coordonateur, du cadre de soins et du médecin traitant.

Trois médecins sont appelés à intervenir :

Le médecin hospitalier qui est fréquemment à l'origine de l'hospitalisation à domicile du patient quand celui-ci est dans un établissement avec hébergement.

Le médecin traitant qui est le responsable de la prise en charge du patient pour lequel il dispense, de manière périodique, des soins. Il assume le suivi médical.

Le médecin coordonateur qui est le référent médical de la structure. Il ne prescrit normalement pas mais il est le garant de la bonne exécution du protocole de soins.

En novembre 2010, l'Inspection générale des affaires sociales de la République Française a publié un rapport sur l'HAD (RM2010-109P).

Ce rapport met en évidence la difficulté de concilier une prise en charge hospitalière à domicile. C'est une source de complexité. Le partage des rôles entre le médecin coordonateur, le médecin hospitalier et le médecin traitant varie d'un établissement à l'autre et d'un praticien à l'autre ; la place du médecin traitant allant de la prise en charge totale du patient au cantonnement aux affaires intercurrentes avec, symétriquement, une intervention prépondérante du médecin coordonateur. Il pointe également la difficulté de faire intervenir des infirmières libérales ou des pharmaciens indépendants (pour la préparation des médicaments).

Il démontre que l'HAD répond à une demande générale et croissante de prise en charge à domicile, de la part des patients comme des aidants. Cette demande devrait s'amplifier à l'avenir sous l'impact du vieillissement. L'HAD pourrait permettre d'éviter la désocialisation des personnes âgées et

plus généralement des personnes fragiles. Les experts rappellent que l'HAD présente la caractéristique de faire prendre en charge, par les ménages, les coûts non directement liés aux actes médicaux et paramédicaux (coûts hôteliers). Le coût d'une journée HAD est donc moindre. Ils appellent au développement des soins palliatifs et aux soins de suivis des personnes atteintes de maladies invalidantes, en particulier celles victimes d'AVC (Accident Vasculaire Cérébral).

Ce type de modèle d'HAD peut-il être mis en pratique dans le canton de Genève ?

Il y a plus de 15 ans une association pour l'HAD avait été créée dans notre République. Elle comprenait des infirmières indépendantes, des infirmières travaillant à FSASD (actuellement l'IMAD), des pharmaciens indépendants et l'AMG (association des médecins de Genève).

Cette association avait proposé à l'Etat un concept novateur.

Lorsqu'un médecin traitant se rend à domicile et rencontre une situation médicale grave nécessitant des soins complexes, il aura le réflexe d'appeler une ambulance et de faire hospitaliser son patient.

La question du maintien à domicile est rarement discutée, le médecin traitant n'ayant pas les moyens en temps pour l'assumer. Il a souvent besoin d'une aide qui puisse rapidement lui dire si une prise en charge est possible. Il a aussi besoin de certaines compétences métiers qu'il ne maîtrise pas, par exemple un avis dans une spécialité qui n'est pas la sienne (cardiologie, rhumatologie, pneumologie, gastro-entérologie, neurologie etc).

Il était proposé un numéro de téléphone unique, disponible 24h sur 24.

Un médecin coordinateur jugeait de la situation clinique, évaluait les besoins en personnel et en moyen technique.

Il donnait son OK à une prise en charge à domicile et fournissait au médecin traitant toutes les compétences nécessaires (des consultations, à domicile, par des spécialistes hospitaliers étaient prévues).

Le médecin traitant avait aussi le choix de ne pas s'occuper de la situation complexe à domicile en déléguant cette compétence à un confrère formé aux HAD.

L'Association HAD avait déjà établi une liste de médecins et débuté une formation adéquate.

Au cas où l'HAD n'était pas possible, une hospitalisation était programmée et discutée avec le service hospitalier idoine. Ce qui permettait de ne pas surcharger les urgences.

Après de nombreuses discussions avec le département de la santé, ce dernier avait décidé de se concentrer sur le développement du service de soins à domicile en développant la FSASD. Il désirait procéder du plus simple au plus compliqué.

Nous pensons qu'il est temps, maintenant que les soins à domicile sont sur rails et fonctionnent bien, de rediscuter le concept d'HAD et de le développer.

Il sera important de bien coordonner l'intervention des médecins de ville avec celle des médecins hospitaliers.

Il est donc essentiel de déjà réfléchir à la structure qui gèrera ce service.

Nous suggérons la création d'une Fondation pour l'Hospitalisation à Domicile gérée à part égale entre les HUG, l'AMG, l'Association des Pharmaciens, l'IMAD et les infirmières indépendantes.

L'avenir n'appartient plus au tout hospitalier.

Une diminution des investissements hospitaliers est obligatoire pour l'Etat. Il devra également redéfinir la taille de ses hôpitaux.

Le nouveau type de facturation par cas oblige une diminution des jours d'hospitalisation (11.8 jours en moyenne en 2010) et un retour précoce à domicile.

L'interface entre médecine de ville et médecine hospitalière est donc essentielle.

Malheureusement, la pratique actuelle va plus dans le sens d'un manque de communication et de coordination que son contraire.

Nous pensons donc que le concept d'HAD permettra de transformer la prise en charge des malades, obligera à une meilleure intégration de la médecine de ville et diminuera les coûts de la santé.

