

F. Surveillance

1. Procédure de surveillance des établissements

a) Bases légales et réglementaires

- Loi sur l'intégration des personnes handicapées - LIPH (K 1 36), du 16 mai 2003, en particulier les art. 13, 15, 17, 21, et 50 à 52;
- Règlement d'application de la loi sur l'intégration des personnes handicapées - RIPH (K 1 36.01), du 26 novembre 2003;
- Loi fédérale sur les institutions destinée à promouvoir l'intégration des personnes invalides, du 6 octobre 2006 (LIPPI);
- Loi sur la procédure administrative (E 5 10), du 12 septembre 1985.

b) Instances de surveillance

La surveillance des établissements est exercée par différentes instances, conformément à leurs bases juridiques respectives.

Elle est exercée, en particulier, par les instances suivantes :

- la direction générale de l'action sociale (DGAS);
- la commission cantonale d'indication (CCI);
- le service du contrôle interne du DSE;
- la direction des bâtiments, service des constructions universitaires et hospitalières (DCTI);
- l'inspection cantonale des finances (ICF);
- l'office cantonal de l'inspection et des relations du travail (OCIRT);
- la police du feu;
- le service de sécurité et de salubrité des constructions;
- le service de la consommation et des affaires vétérinaires.

La présente directive traite du devoir de surveillance de la direction générale de l'action sociale (DGAS), chargée :

- d'exécuter la loi sur l'intégration des personnes handicapées (art. 2 RIPH);
- d'assurer la surveillance des EPH (art. 17 LIPH). Le devoir de surveillance de la DGAS est complémentaire aux contrôles prévus par d'autres législations.

Dans ce cadre, il appartient à la DGAS :

- de s'assurer régulièrement que les conditions dont dépend l'autorisation d'exploitation sont respectées. Pour cela, elle se fonde notamment sur les processus de contrôle interne des établissements, dans le domaine financier et de la qualité des prestations (art. 17 al. 1 LIPH);
- de se renseigner sur la bonne marche des établissements, l'état des personnes qu'ils accueillent et l'accompagnement dont elles bénéficient (art. 17 al. 2 LIPH);
- de statuer sur les réclamations écrites qui lui sont adressées (art. 17 al. 3 LIPH).

c) Modalités de surveillance

Les modalités de surveillance sont les suivantes :

- les visites (cf. chiffre 2 ci-après);



- la procédure en matière de conciliation et de réclamation (cf. chiffre 3 ci-après);
- la procédure de fermeture d'un EPH (cf. chiffre 5 ci-après).

2. Visites et contrôles dans les établissements

a) Préambule

La surveillance des EPH, prévue à l'art. 17 LIPH, est exercée par :

- les visites de suivi des EPH, effectuées dans le cadre de leur certification, selon le référentiel qualité défini au chiffre 4 ci-après¹;
- le cas échéant, des visites ponctuelles, effectuées par la DGAS dans les EPH.

b) Déroulement et conditions

(1) "Visites de suivi liées à la certification qualité" : la visite est effectuée par l'organisme de certification désigné par l'établissement et doit remplir les obligations légales suivantes :

- l'organisme de certification de l'EPH est reconnu par le service d'accréditation suisse (SAS);
- la visite doit être effectuée au moins une fois par année, porter sur les conditions d'exploitation de l'art. 13 LIPH et les conditions de subventionnement de l'art. 21 LIPH. Elle doit durer au moins une journée et faire l'objet d'un rapport détaillé de l'audit;
- chaque année, l'EPH concerné transmet le rapport d'audit annuel à la DGAS dès qu'il en dispose (cf. art. 12 LIPH);
- l'EPH produit une attestation de certification et le nom de l'organisme de certification;
- la DGAS se réserve la possibilité de désigner une personne chargée d'accompagner le contrôleur dans sa visite d'audit annuelle.

(2) Visites ponctuelles de la DGAS : en cas de nécessité ou en lien avec une réclamation, la DGAS peut faire une visite ponctuelle à l'EPH, annoncée ou non annoncée. Le cas échéant, la procédure en matière de réclamation s'applique.

c) Compétences de la DGAS

La DGAS fait en sorte qu'il soit rapidement remédié aux éventuels points de non-conformité aux conditions d'exploitation. Demeurent réservées les mesures et les sanctions que le DSE peut prendre pour prévenir ou faire cesser un état de fait contraire à la LIPH (cf. art. 50 et 52 LIPH).

3. Procédure en matière de conciliation et de réclamation

a) Préambule

La loi fédérale sur les institutions destinée à promouvoir l'intégration des personnes invalides, du 6 octobre 2006 (LIPPI), impose aux cantons de garantir aux personnes handicapées ou à leurs représentants légaux de pouvoir faire valoir leurs droits, en cas de litige avec un établissement, dans le cadre d'une procédure de conciliation.

La procédure en matière de réclamation et recours, prévue à l'art. 52 LIPH, est soumise à la loi sur la procédure administrative (E 5 10 - LPA), du 12 septembre 1985.

¹ Les critères définis au point 4 ci-après sont obligatoires pour tout EPH titulaire d'une autorisation d'exploiter, toute autre certification en sus de celle-ci est laissée à la discrétion de l'établissement.



b) Compétence

La DGAS est l'autorité compétente à laquelle adresser un différend entre une personne invalide et un établissement ou une réclamation, lorsque la procédure interne à l'établissement n'a pas permis de résoudre un litige.

La commission cantonale d'indication (CCI) est l'autorité désignée pour mener la procédure de conciliation prévue par la LIPPI.

c) Etapas de la procédure

En cas de différend entre une personne handicapée et un établissement, les actions suivantes sont prévues :

1. une procédure interne à l'établissement : tout établissement au bénéfice d'une autorisation d'exploitation applique les critères de qualité d'accueil définis par le département. Ces critères déterminent que les établissements mettent en place une procédure interne de règlement des différends, décrite dans le contrat d'accueil passé entre l'établissement et la personne handicapée;
2. une procédure de conciliation auprès de la CCI : lorsqu'un litige n'a pas pu être réglé par la procédure interne à l'établissement, la personne handicapée ou son représentant légal peut s'adresser à la DGAS, qui transfère le dossier à la CCI pour tenter une conciliation. Dans ce but, la CCI désigne un groupe d'experts indépendants, dont la composition est déterminée selon la nature du litige;
3. une procédure de réclamation auprès du département : si la procédure de conciliation échoue, le dispositif de réclamation, décrit ci-après, est prévu.

Dans le cadre de la procédure de réclamation, on distingue deux paliers, par degrés de gravité :

- La réclamation d'importance mineure, portant sur un point technique, administratif ou comptable : elle est réglée directement entre les instances concernées, soit la DGAS et l'établissement, par lettre ou lors d'un entretien.
- La réclamation portant sur un dysfonctionnement ou un problème précis, lié aux conditions mentionnées dans l'autorisation d'exploitation délivrée à l'EPH (art. 13 LIPH) : elle est traitée selon la présente procédure.

En cas de violation supposée ou manifeste de dispositions légales, le Conseiller d'Etat en charge du DSE saisit l'autorité judiciaire compétente. En cas d'urgence, il prend des mesures provisionnelles au sens de l'art. 50 LIPH.

d) Objet de la réclamation

- La réclamation doit être motivée et porter sur un ou plusieurs fait(s), problème(s) ou dysfonctionnement(s) précis. Elle ne peut pas être d'ordre général.
- Les réclamations portant sur des rapports individuels de travail n'entrent pas dans le champ de compétence de la présente procédure.

e) Qualité pour former une réclamation

Toute personne a qualité pour former une réclamation. Il lui est recommandé, dans la mesure du possible, de s'adresser auparavant à l'instance de recours interne de l'établissement.

f) Qualité pour être partie à la procédure

La qualité pour être partie à la procédure s'apprécie selon la loi sur la procédure administrative.



g) Conditions générales

- En principe, la réclamation doit être déposée dans les trois mois qui suivent la survenance des événements incriminés;
- La réclamation doit être écrite (art. 17 al. 3 LIPH) et adressée à la DGAS (26, Boulevard Georges-Favon, 1204 Genève);
- La réclamation anonyme n'est pas prise en considération. Demeure réservé le devoir de surveillance du DSE, respectivement de la DGAS, en vertu de l'art. 17 LIPH;
- Une réclamation n'entraîne pas de frais pour la personne qui l'a déposée;
- La DGAS veillera au suivi rapide de la réclamation sur le plan administratif.

h) Déroulement de la procédure

- La DGAS fait parvenir un accusé de réception à la personne qui a formé une réclamation. Si cette dernière est partie à la procédure, la DGAS lui transmet un exemplaire de la procédure en matière de réclamation ainsi que les dispositions applicables;
- Si nécessaire, un entretien de clarification est organisé entre la personne ayant formé une réclamation, la DGAS et/ou un autre service par voie de délégation et dans la mesure où il est concerné;
- La DGAS procède à l'instruction de la réclamation. A cet effet et si nécessaire, elle peut s'adjoindre des experts. Si la réclamation entre dans le champ de compétences de la Commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients, instituée par la loi sur la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients, du 7 avril 2006 (K 3 03), la DGAS transmet la réclamation à cette commission pour raison de compétence;
- La DGAS communique sa décision par écrit aux parties (soit à la personne ayant formé la réclamation si elle a qualité de partie et à la personne ou l'établissement ayant fait l'objet de la réclamation);
- Si les conclusions de l'instruction le justifient, une sanction administrative est prononcée en application des art. 50 et 51 LIPH et/ou l'établissement ou la personne concernée est enjoint de prendre les mesures correctives nécessaires.

i) Droit d'être entendu

Le droit d'être entendu est garanti aux parties à la procédure, notamment à la personne ou à l'établissement contre qui la réclamation est dirigée. Sous réserve d'un intérêt prépondérant, privé ou public, exigeant la préservation de l'anonymat de la personne ayant formé la réclamation, une copie de la réclamation est adressée soit à l'EPH, soit à la personne visée. Si l'EPH n'est pas directement mis en cause, une copie de la réclamation lui est également adressée, si cela s'avère nécessaire en raison de ses obligations découlant de la LIPH.

j) Voies de droit

Les décisions émises par la DGAS sur réclamation peuvent faire l'objet d'une nouvelle réclamation adressée par écrit au DSE (Rue de l'Hôtel-de-Ville 14, 1204 Genève), dans les 30 jours qui suivent leur notification (art. 52 al. 1 LIPH).



4. Gestion de la qualité dans les EPH

a) Rappel

La présente directive découle des dispositions légales mentionnant l'obligation, pour les EPH, de mettre en place un système de gestion de la qualité, selon les critères de qualité d'accueil déterminés par le département, soit :

- l'article 5 al. 1 let. h de la loi sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides (LIPPI);
- l'article 2 de la loi sur la surveillance de la gestion administrative et financière et l'évaluation des politiques publiques (D 1 10 - LSGAF);
- l'article 13 let. e de la loi sur l'intégration des personnes handicapées (K 1 36 - LIPH).

b) Principes

- Les établissements soumis à la LIPH veillent à mettre en place un système approprié d'assurance de la qualité dans leur exploitation. Jusqu'au 31 décembre 2007, les exigences de qualité étaient fixées par des directives de l'office fédéral des assurances sociales, dénommées "OFAS/AI – 2000". Le contenu de ces directives est repris ci-dessous à la lettre c), au titre de directives départementales, dès le 1^{er} janvier 2008, dans le cadre du transfert de compétences entre la Confédération et les cantons, induit par la RPT;
- Un certificat, établi par un organe accrédité par le Service d'accréditation suisse (SAS), devra attester que les exigences de qualité énumérées ci-dessous, à la lettre c), sont remplies;
- Les établissements doivent, en outre, disposer d'un système de management de la qualité répondant aux exigences énoncées au point d) de ce chapitre;
- Les nouvelles institutions devront obtenir l'attestation de leur système qualité dans l'année qui suit la délivrance de l'autorisation d'exploiter au sens de l'article 13 LIPH.

c) Exigences qualité dans les EPH

	Conditions de qualité	Moyen de contrôle (indicateur)	Type de places d'accueil
1	Organisation		
1.1	Support juridique Définition des tâches, des compétences et de la responsabilité du support juridique et de la direction. Présentation des relations et des rapports de subordination au moyen d'un organigramme	Statuts, organigramme, diagramme des responsabilités	Homes avec ou sans occupation (HO et H), Ateliers (A) et Centre de jour (CdJ)
1.2	Infrastructure Respect des "Directives relatives à l'aménagement des EPH"	Projet architectural - expertise du département des constructions et des technologies de l'information (DCTI) de l'Etat de Genève	HO, H, A, CdJ
1.3	Lignes directrices, concepts Existence de lignes directrices et d'un concept d'exploitation et d'encadrement conformes à la LIPH	Projet institutionnel et projet architectural	HO, H, A, CdJ
1.4	Personnel Description des exigences requises et du poste pour chaque fonction	Description des postes / cahier des charges	HO, H, A, CdJ
	Tous les collaborateurs ont un contrat de travail juridiquement valable	Contrat de travail	HO, H, A, CdJ
	Fixation de la forme et de la fréquence des entretiens avec les collaborateurs	Documents et formulaires de qualification	HO, H, A, CdJ
	Existence d'un plan précisant les dates et modalités des mesures de formation continue, de perfectionnement et des conseils relatifs à la pratique	Documentation	HO, H, A, CdJ



	Conditions de qualité		Moyen de contrôle (indicateur)	Type de places d'accueil
1.4	Personnel (suite)	Existence d'un système de rémunération du personnel conforme aux conditions minimales de salaire, de travail et de prestations sociales applicables à l'institution en vertu notamment des dispositions légales, réglementaires ou de conventions collectives de travail de force obligatoire	Documentation	HO, H, A, CdJ
1.5	Relations extérieures	Réglementation concernant la forme et l'objectif des collaborations avec des organes externes	Projet institutionnel	HO, H, A, CdJ
2	Usagers			
2.1	Définition des groupes cibles	Définition des groupes cibles en fonction du handicap, de l'âge, du sexe, ainsi que d'autres critères éventuels visant à inclure ou à exclure des usagers.	Projet institutionnel	HO, H, A, CdJ
2.2	Procédure d'admission	Réglementation de la procédure d'admission, dans le respect de la procédure de fonctionnement de la commission cantonale d'indication. Ce point ne s'applique toutefois pas aux places ateliers (A) des EPH ayant des activités d'insertion par l'économique	Projet institutionnel	HO, H, A, CdJ
2.3	Procédure de sortie	Réglementation de la procédure de sortie, dans le respect de la procédure de fonctionnement de la commission cantonale d'indication. Ce point ne s'applique toutefois pas aux places ateliers (A) des EPH ayant des activités d'insertion par l'économique	Projet institutionnel	HO, H, A, CdJ
		Fixation des motifs justifiant un renvoi prématuré par l'institution	Projet institutionnel	HO, H, A, CdJ



		Une solution de prise en charge appropriée et réalisable en cas de renvoi par l'institution ainsi que de sortie ordinaire est proposée	Annotation figurant dans les dossiers individuels	HO, H, A, CdJ
2.4	Droits et devoirs	Réglementation contractuelle des principaux droits et devoirs des usagers	Projet institutionnel et contrats entre l'institution et ses clients ou leurs représentants légaux	HO, H, A, CdJ

Conditions de qualité		Moyen de contrôle (indicateur)	Type de places d'accueil	
		Règlement interne clair et compréhensible. Définition de la manière dont les usagers sont informés	Projet institutionnel, règlement interne / documentation	HO, H, A, CdJ
		Réglementation des modalités de la procédure de recours interne. Désignation d'une instance de recours interne qui ne soit pas directement impliquée dans la gestion de l'exploitation	Projet institutionnel - partie du contrat	HO, H, A, CdJ
		Fixation du prix de pension et / ou d'éventuels autres coûts	Prix agréé par le DSE Liste des tarifs	HO, H, A, CdJ
2.5	Satisfaction des usagers	Détermination de la méthode - de la fréquence de son application - permettant d'évaluer la satisfaction des usagers	Documentation	HO, H, A, CdJ
3	<u>Prestations</u>			
3.1	Autonomie	Définition de la manière dont l'autonomie des usagers est respectée	Projet institutionnel	HO, H, A, CdJ
		Justification des exceptions individuelles et concertation avec les usagers concernés ou leurs représentants	Annotation figurant dans les dossiers individuels	HO, H, A, CdJ
3.2	Programme de développement	Existence d'un programme de développement individuel pour chaque personne. Fixation de la période de contrôle	Projet personnel	HO, H, A, CdJ
3.3	Participation des clients	Fixation des domaines et de la forme de participations des usagers	Documentation	HO, H, A, CdJ
3.4	Alimentation	Documentation concernant la prévention et les soins. Règlement de	Documentation	HO, H, A, CdJ

		l'encadrement médical, même dans les situations d'urgence. Ce point ne s'applique pas aux places ateliers (A) des EPH ayant des activités d'insertion par l'économique car ils ne fournissent ni encadrement médical ni repas.		
3.5.	Alimentation	Fixation des critères pour l'offre de nourriture. Prise en compte appropriée des besoins individuels	Documentation (concept nutritionnel, plan des repas et des régimes, etc.)	Institutions fournissant des repas
	Conditions de qualité		Moyen de contrôle (indicateur)	Type de places d'accueil
3.6	Contrats sociaux	Description de la manière dont les intérêts et les besoins des usagers sont appréhendés et la façon d'en tenir compte (en matière de contacts sociaux et d'organisation du temps libre)	Documentation (programme des loisirs, horaires hebdomadaires, etc.)	HO, H
3.7	Sphère privée	Mise à disposition d'une chambre individuelle pour ceux qui le désirent. Justification des exceptions	Projet architectural : affectation des pièces / documentation en cas d'exceptions	HO, H
		Droit accordé à chaque usager de disposer d'un espace individuel où il peut se retirer. Possibilité offerte à chacun d'aménager cet espace comme il l'entend	Projet architectural : répartition par pièce	HO, H
3.8	Travail, occupation	Existence d'une offre de travail et d'occupation diversifiée, correspondant aux capacités individuelles des usagers	Projet institutionnel et projet personnel (cf. aussi 3.2)	HO, H, A
		Horaires journaliers dans les homes avec occupation	Documentation	HO, H
3.9	Rémunération, reconnaissance	Conformément au principe d'équivalence, les normes de l'OFAS prévalant dans le domaine s'appliquent	Contrat entre l'institution et l'utilisateur ou son représentant légal	A



	Connaissance du système de rémunération par les personnes accueillies. Fixation de la manière dont l'information est transmise aux usagers	Barèmes de salaires / documentation	A
	Transparence des critères de rémunération des usagers	Documentation	A
	Existence d'entretiens réguliers permettant de faire le point avec les usagers. Fixation de la forme et de la fréquence de ces entretiens.	Documentation (par exemple projet personnel)	HO, H, A

d) Exigences en matière de management de la qualité

Le management de la qualité (MQ) répondra aux exigences suivantes :

- Il peut être intégré dans le système de management et d'organisation. Il est décrit dans le projet institutionnel et garantit le respect des conditions de qualité requises par le département de la solidarité et de l'emploi (DSE) pour lui la direction générale de l'action sociale (DGAS).
- Il est axé sur les processus et favorise un développement continu de l'institution en vue d'une amélioration de sa qualité. Ce développement doit être démontré sous une forme appropriée.
- Il implique l'évaluation périodique des prestations fournies (au minimum une fois par an). Il prévoit les instruments et réglementations nécessaires à cet effet et la procédure à suivre au cas où les conditions de qualité ou d'autres objectifs en matière de qualité ne seraient pas respectées.
- Les bénéficiaires des prestations de l'institution, en particulier, sont associés à l'évaluation des prestations fournies.
- Le manuel qualité fait l'objet d'une documentation et peut être vérifié d'une manière appropriée.

5. Procédure de fermeture d'un établissement

a) Bases légales

articles 16 LIPH et 17 RIPH.

b) Exemples de situations de fermeture

- non-respect des conditions d'octroi de l'autorisation d'exploitation;
- sur recommandations des instances cantonales de surveillance, cités au point 1.b de la présente directive, en raison de constats relevés dans le cadre de leur surveillance;
- cessation planifiée ou brutale d'exploitation (par ex. incendie, faillite, etc.).

c) Principes à observer

- favoriser l'évolution la plus sereine de la situation;
- sauvegarder prioritairement les intérêts des personnes handicapées accueillies;
- veiller à la protection des droits du personnel.

d) Modalités d'application

- éviter, autant que possible, le déplacement précipité des personnes handicapées accueillies;
- pratiquer une politique d'information transparente;
- favoriser la concertation entre les partenaires mentionnés ci-dessous;
- mobiliser l'entourage des usagers pour les éventuelles opérations de transfert;
- assurer la fermeture effective dans les 3 mois au maximum, suivant la décision de fermeture.

e) Procédure pilotée par la DGAS

- informer en temps utile les personnes handicapées accueillies et leurs familles et/ou proches. Le cas échéant, mettre à disposition une ligne téléphonique d'information à leur intention («hot line»);
- saisir la commission cantonale d'indication afin de déterminer de nouveaux lieux de vie susceptibles de répondre aux besoins des résidents;
- sous la présidence de la DGAS, constituer une cellule de crise pouvant comprendre, selon les situations, des représentants des établissements, organismes et services compétents, tels que la direction de l'établissement, les associations de parents et de proches des personnes handicapées (Insieme, Cerebral, etc.), les représentants du personnel, les syndicats, l'office cantonal de l'emploi (OCE), INSOS. La cellule de crise définit les rôles et les compétences de chacun des protagonistes;
- assurer la mise à disposition de personnes qualifiées, susceptibles d'assurer un intérim de courte durée, de manière à maintenir la qualité de la prise en charge et sauvegarder les intérêts économiques de l'établissement;
- prévoir, le cas échéant, un fonds de crise permettant d'engager les dépenses urgentes indispensables;
- procéder à l'inventaire des effets des usagers ainsi que de toutes les données concernant les personnes accueillies;
- si nécessaire, mener les opérations de transfert des usagers en veillant à la sauvegarde de leurs intérêts;
- prendre les mesures nécessaires à la protection des droits du personnel de l'établissement concerné.

