



RAPPORT EXPLICATIF relatif au projet Senior+

1. Introduction

La Constitution du 16 mai 2004 du canton de Fribourg (RSF 10.1) stipule à l'article 35 que « les personnes âgées ont droit à la participation, à l'autonomie, à la qualité de vie et au respect de leur personnalité » et à l'article 62 que « l'Etat et les communes favorisent la compréhension et la solidarité entre les générations ».

La concrétisation de ces articles exige la mise en œuvre d'une politique qui place la personne âgée et ses besoins au centre des préoccupations des pouvoirs publics et vise la mise en place et la coordination d'un ensemble de prestations à même de garantir l'objectif posé par la Constitution.

Pour concrétiser ce mandat constitutionnel, le projet Senior+ ne modifie pas les compétences actuelles entre Etat et communes, étant donné qu'un projet général de désenchevêtrement des tâches entre Etat et communes est actuellement en cours. Il se concentre essentiellement sur l'organisation et l'offre des prestations dans le domaine médico-social et propose dans d'autres domaines différentes interventions par lesquelles l'Etat entend atteindre les objectifs de sa politique.

2. Eléments essentiels du projet

La politique relative aux seniors se propose de favoriser l'intégration et l'autonomie des seniors dans notre société ainsi que de tenir compte de leurs besoins et de mettre en avant leurs compétences.

Formellement, le projet Senior+ aboutit à l'élaboration de *trois avant-projets de loi* qui sont nécessaires à la mise en œuvre de la politique des seniors. Les fondements de la politique Senior+ sont expliqués dans le *Concept Senior+*, alors que les mesures concrètes qui seront mises en œuvre sont présentées dans le *Plan de mesures 2016 - 2020*. Ces documents figurent en annexe.

Les éléments essentiels de la politique Senior+ ressortant de ces documents peuvent être résumés en quatre points.

2.1. Qualité des soins

Dans le domaine médico-social, l'Etat est garant de la qualité des soins et de l'application des exigences de la LAMal dans l'ensemble du canton. Il doit ainsi veiller à l'accès et à la qualité des soins prodigués aux seniors et garantir le financement de ces soins par les pouvoirs publics.

Cela vaut aussi pour les institutions de santé qui accueillent des personnes nécessitant des soins de longue durée. Or, dans la législation actuelle, les homes simples ne sont pas tenus de remplir les mêmes exigences relatives aux soins que les EMS reconnus. Le projet Senior+ propose ainsi que les homes simples répondent aux mêmes exigences que les EMS en termes de soins (mais non pas d'accompagnement) et qu'ils soient ainsi autorisés à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins (ci-après : AOS), à l'instar de ce que font la plupart des cantons suisses. La notion de

home simple disparaît ainsi au profit de celle d'EMS admis à pratiquer à charge de l'AOS. Le projet législatif prévoit également d'assimiler à ces EMS admis à pratiquer à charge de l'AOS un certain type de logements protégés dont l'exploitation et la prise en charge des soins sont assurées par un EMS. Cela garantit aux personnes résidant dans ce type de logements, et qui s'attendent à pouvoir bénéficier de prestations de soins 24 heures sur 24, du personnel de soins qualifié dont le financement répond aux exigences de la LAMal et des assureurs-maladie.

Finalement, la notion d'EMS reconnu se réfère nouvellement aux EMS qui seront mandatés par les associations de communes et dans lesquels les pouvoirs publics subventionnent, en plus du coût résiduel des soins, le coût de l'accompagnement pour les personnes ne disposant pas des revenus suffisants.

2.2. Coordination des soins

Outre la qualité des prestations de soins, la coordination des prestations et des fournisseurs de prestations médico-sociales permet une adéquation entre les prestations fournies et les besoins des bénéficiaires. Les fournisseurs de prestations subventionnés par les pouvoirs publics jouent un rôle essentiel dans cette coordination. Le projet Senior+ prévoit ainsi la mise en réseau, au plan d'un ou de plusieurs districts, de ces fournisseurs de prestations et confie à l'ensemble des communes réunies en association la responsabilité de cette coordination pour le territoire idoine. Il s'agit ainsi d'appuyer les diverses démarches entreprises ou en discussion dans certains districts du canton. Ces réseaux médico-sociaux seront garants de la mise à disposition d'une offre de prestations répondant aux besoins locaux et assumeront les compétences financières et de surveillance y relatives.

L'évaluation globale des besoins en prestations médico-sociales des seniors fragilisés continuera à se faire au plan cantonal selon des critères uniformes et l'effort de coordination au plan des districts sera aussi appuyé par l'Etat.

2.3. Maintien à domicile

Dans la mesure du possible, la fragilisation des seniors ne doit pas avoir pour conséquence le déracinement de leur milieu familial et social. Ainsi le soutien du maintien à domicile est un pilier fondamental de la politique des seniors. Le projet Senior+ y fait écho en proposant notamment des axes et mesures permettant d'adapter l'habitat aux besoins des seniors et de développer l'offre de prestations à domicile. Le projet tient aussi compte du fait que le maintien à domicile des personnes fragilisées n'est pas envisageable sans l'appui des proches-aidants et des bénévoles. Il propose ainsi diverses mesures en vue d'améliorer et de coordonner les informations à leur intention et de les soutenir dans leur activité (conseil et formation).

2.4. Relations intergénérationnelles

Les relations intergénérationnelles dans le cadre familial étant, de manière générale, plutôt satisfaisantes, l'Etat se doit de concentrer ses efforts sur les échanges et la compréhension mutuelle hors de la cellule familiale. Afin d'encourager la participation citoyenne ainsi que de cibler au mieux les besoins et attentes locaux, le soutien financier de l'Etat à l'intégration des seniors dans la société consiste, principalement, en une aide au lancement de projets intergénérationnels.

3. Avant-projet de loi sur les seniors

3.1. Généralités

L'avant-projet de loi sur les seniors inscrit nouvellement dans la législation des objectifs politiques spécifiques aux seniors.

En vue de la mise en œuvre de cette politique, il détermine les compétences respectives des pouvoirs publics ainsi que les domaines d'intervention prioritaires de l'Etat et les modalités de cette intervention. Ainsi, il fixe le cadre général des mesures d'intervention et d'organisation des pouvoirs publics en faveur des seniors.

3.2. Commentaire des articles

Art. 1

La politique sur les seniors comporte trois objectifs : l'intégration des seniors dans la société, la reconnaissance de leurs besoins et de leurs compétences, ainsi que le maintien de leur autonomie. Les mesures prises en application de cette politique visent à compléter les actuels et futurs dispositifs fédéraux et cantonaux dont bénéficient les seniors.

Art. 2

Est considérée comme senior au sens de la loi la personne ayant atteint l'âge légal de la retraite. Toutefois, certaines mesures préventives prises en application du nouveau dispositif législatif pourront s'adresser à des personnes plus jeunes, ainsi par exemple dans le domaine d'intervention du travail.

Art. 3

L'article 3 précise les compétences de l'Etat.

De manière générale, les objectifs de la loi doivent être intégrés dans les réflexions des autorités lorsqu'elles prennent des dispositions pour la collectivité (al. 1).

L'Etat prend également des mesures spécifiques en faveur des seniors. Il relève de la compétence du Conseil d'Etat de préciser, dans un concept global, ses domaines d'intervention ainsi que de définir les actions prioritaires dans un plan de mesures pluriannuel. Ces documents figurent en annexe. L'incidence de la mise en œuvre des mesures doit faire l'objet d'une évaluation périodique (al. 2).

Art. 4

L'avant-projet met l'accent sur les capacités des communes dans l'évaluation des besoins locaux. Il leur confère la compétence d'établir la politique locale en faveur des seniors, en vue de compléter le dispositif cantonal de manière conforme aux besoins communaux. Pour ce faire, les communes définissent dans un concept les mesures qu'elles entendent mettre en œuvre et elles réactualisent ce concept afin de tenir compte de l'évolution des besoins.

Art. 5

L'intervention de l'Etat s'inscrit dans les domaines du travail (al. 1 let. a), du développement personnel (al. 1 let. b), de la vie en communauté et associative (al. 1 let. c), de l'infrastructure et de l'habitat (al. 1 let. d), ainsi que de la prise en charge médico-sociale par les proches et les fournisseurs de prestations (al. 1 let. e et f). Les moyens d'actions permettant la mise en œuvre de

mesures concrètes s'articulent autour de l'information et la sensibilisation de la population (al. 2) ainsi que de l'octroi d'aides financières (al. 3).

Art. 6

Les aides financières octroyées par l'Etat peuvent soit contribuer au lancement de nouveaux projets (al. 1), soit constituer en un financement régulier d'une prestation (al. 2).

Art. 7

Entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016.

3.3. Incidence sur le personnel et les finances

Selon le plan de mesures 2016 à 2020, la mise en œuvre de la loi impliquerait de nouvelles charges à hauteur de 1,66 millions de francs pour l'Etat, soit en moyenne 0,332 million par année.

4. Avant-projet de loi sur les prestations médico-sociales

4.1. Généralités

Actuellement, les prestations médico-sociales sont régies spécifiquement par la loi du 8 septembre 2005 sur l'aide et les soins à domicile (LASD ; RSF 823.1) et par la loi sur les établissements médico-sociaux pour personnes âgées (LEMS ; RSF 834.2.1). Au plan cantonal, elles sont également soumises, en particulier, à la loi d'application du 9 décembre 2010 de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins (RSF 820.6) et à la loi du 16 novembre 1999 sur la santé (RSF 821.0.1).

La LEMS opère une distinction entre les institutions de santé bénéficiant d'un financement des pouvoirs publics complet (EMS ou « home reconnu ») et ceux qui n'en bénéficient pas ou que très partiellement (home simple). Or, les pouvoirs publics ont à assurer que l'ensemble des personnes concernées puisse bénéficier de soins de même qualité ainsi que du financement résiduel de ces derniers, conformément au nouveau régime de financement des soins de longue durée. Partant, l'avant-projet distingue deux types d'établissements admis à pratiquer des prestations de soins à charge de l'assurance obligatoire des soins, selon qu'ils bénéficient, en outre, d'une subvention des pouvoirs publics ou non.

L'avant-projet de loi sur les prestations médico-sociales s'inscrit ainsi dans la volonté de garantir la qualité et la coordination de prestations médico-sociales répondant aux besoins de prises en charge de la population fribourgeoise. Dans ce but, il définit non seulement les prestations médico-sociales et les exigences auxquelles sont soumis les fournisseurs qui les offrent, mais aussi l'organisation des relations entre ces derniers et les pouvoirs publics, ainsi que le financement des prestations. L'avant-projet reprend certaines dispositions de la LEMS et de la LASD, qui seront abrogées. Il les complète par de nouvelles dispositions de nature organisationnelle et financière, tendant à renforcer la coordination régionale dans le domaine des prestations médico-sociales. En outre, l'avant-projet permet une flexibilisation de l'offre de prestations médico-sociales. La répartition des charges entre l'Etat et les communes n'est, quant à elle, pas modifiée.

L'avant-projet prévoit en particulier :

- > la création de réseaux médico-sociaux entre les associations de communes d'un ou de plusieurs districts et les fournisseurs de prestations médico-sociales qu'elles mandatent ;
- > la collaboration intercommunale pour la planification des besoins et la participation aux coûts des prestations. Ainsi, les associations de communes se voient attribuer la compétence d'organiser la prise en charge médico-sociale sur leur territoire basée sur une solidarité intercommunale dans cette prise en charge (frais d'investissement et déficit d'exploitation) ;
- > la création d'un outil d'évaluation des besoins médico-sociaux uniforme ;
- > l'extension de l'offre de prestations facilitant le maintien à domicile, comme l'accueil de nuit ;
- > l'assimilation des appartements protégés exploités par des EMS à ces derniers ;
- > l'institution d'une commission cantonale de coordination des prestations médico-sociales ;
- > la mise en place d'un suivi cantonal de l'offre de prestations (notamment benchmarking).

4.2. Commentaire des articles

Art. 1

Pas de commentaire particulier

Art. 2

Les prestations médico-sociales sont des prestations permettant à leur bénéficiaire d'accomplir les actes élémentaires de la vie quotidienne et visant à favoriser une vie autonome à domicile ou l'intégration sociale au sein d'une communauté. Elles sont fournies par les infirmiers et infirmières, les organisations de soins et d'aide à domicile et les établissements médico-sociaux, au sens de l'art. 7 al. 1 let. a à c de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31).

Art. 3

L'art. 3 souligne que le libre choix de prestation est limité par la disponibilité de la prestation souhaitée, d'une part, et par l'adéquation entre cette dernière et les besoins de la personne, d'autre part.

Art. 4

Les fournisseurs de prestations médico-sociales au bénéfice d'une subvention des pouvoirs publics doivent effectuer une évaluation des besoins médico-sociaux de la personne en vue de déterminer le mode de prise en charge le plus adapté.

La mise en place d'un processus cantonal d'évaluation des besoins permet, d'une part, d'assurer l'adéquation de la prise en charge selon un processus uniforme garantissant l'égalité de traitement et, d'autre part, la récolte de données comparables en vue de la planification. Il a aussi pour but de faciliter les placements en offrant une grille commune de lecture des besoins.

Art. 5

Pas de commentaire particulier

Art. 6

Pas de commentaire particulier

Art. 7

Cette disposition reprend, matériellement, les conditions de l'article 14 LASD.

Art. 8

Les établissements médico-sociaux (ci-après : EMS) sont définis par les caractéristiques de l'établissement et les modalités de la prise en charge qu'ils offrent (al. 1). Cette disposition reprend les conditions de l'article 3 LEMS en précisant que l'admission à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins fait partie intégrante de la définition de l'EMS.

Les différents types de prestations offertes par l'EMS sont exposés, soit celles existant actuellement (accueil long et court séjour, foyer de jour) et, nouvellement, l'accueil de nuit (al. 2).

En outre, la disposition confère un statut spécifique aux appartements protégés exploités par un EMS, qui, à certaines conditions, sont assimilés à ces derniers (al. 3). Le financement de ces structures intermédiaires pourra dès lors s'opérer selon les mêmes conditions que celles applicables aux EMS. En effet, cette solution s'impose pour les structures dans la mesure où les soins y sont effectués par du personnel de l'EMS. Ces appartements seront intégrés dans la planification des soins de longue durée.¹

Art. 9

L'article 9 précise ce qu'il faut entendre par admission à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins sous l'article 8 al. 1.

Art. 10

L'article 10 définit les conditions auxquelles les EMS peuvent faire l'objet d'une reconnaissance par l'Etat. La reconnaissance permet l'octroi de subventions pour les prestations d'accompagnement offertes par l'établissement (al. 2). Elle couvre toutes les prestations de l'établissement ou seulement une partie de celles-ci (al. 3).

Les conditions de la reconnaissance (al. 4) correspondent aux conditions de planification et de qualité des soins actuellement prescrites par la LEMS et son règlement d'exécution. En outre, la reconnaissance exige désormais que l'établissement soit mandaté par une association de communes (al. 4 let. d). En effet, il incombe aux associations de communes de proposer au canton les établissements à même de répondre aux besoins régionaux tels qu'elles les établissent. Le Conseil d'Etat peut accorder des dérogations à cette exigence pour les établissements auxquels des missions spécifiques, de portée cantonale, sont attribuées (p. ex. l'unité d'accueil temporaire, UATO).

Art. 11

L'article 11 instaure un devoir de collaboration et de coordination régionale en matière de prestations médico-sociales en y associant les acteurs publics et privés, soit les communes et les fournisseurs de prestations sous la forme d'un réseau (al. 1). En effet, une prise en charge de qualité et en adéquation avec les besoins de la population nécessite la coordination des acteurs de proximité.²

La forme de l'association de communes a fait ses preuves en matière de prestations d'aide et de soins à domicile. L'intégration des EMS dans ce processus de réflexion régional permettra d'assurer une gestion de proximité de l'ensemble des prestations de longue durée (al. 2), sans limiter les responsabilités de l'Etat en termes de soins.

¹ Dans les autres appartements protégés, les soins continueront à être prodigués par les services d'aide et de soins à domicile.

² Une telle coordination au plan du district est en discussion dans divers districts.

La coordination des prestations exige que l'association de communes offre elle-même les prestations médico-sociales permettant d'assurer la couverture des besoins de sa population ou mandate des fournisseurs de prestations publics ou privés.

Art. 12

L'article 12 énumère les compétences confiées à l'association de communes au sens de l'article 11.

Ainsi, elle assure le pilotage régional de l'offre et de la demande de prestations ainsi que la coordination de ces dernières et l'information (let. a à c). A ce titre, elle établit les critères d'admission pour les accueils résidentiels de long séjour dispensés par les fournisseurs médico-sociaux sur son territoire et valide les demandes individuelles y relatives (let. d). En vue de la couverture des besoins, elle met elle-même à disposition l'offre de prestations ou mandate des fournisseurs de prestations médico-sociales. Dans cette dernière hypothèse, le mandat détermine l'objet, et par la même, l'étendue des obligations financières de l'association de communes.

Dès lors que l'association de communes est amenée à assurer la couverture des prestations et la coordination entre les fournisseurs, elle doit également revêtir les compétences corollaires en matière de financement, de collaboration avec l'Etat et de surveillance. Le principe de financement actuel, aux termes duquel la commune de domicile du bénéficiaire (ou le pot commun dont elle fait partie) assume les frais financiers pour les prestations octroyées à ses habitants, garde toute sa pertinence. Il convient toutefois de l'adapter au transfert des compétences, et des devoirs, à l'association de communes. Ainsi, la participation aux frais d'investissement des fournisseurs mandatés doit être mise à la charge de l'association de communes pour les ressortissants du district idoine (let. e). Par ailleurs, il incombe à l'association de communes de formuler les propositions relatives à la reconnaissance d'EMS et aux dotations des services d'aide et de soins à domicile mandatés (let. f). Finalement la surveillance des fournisseurs qu'elle mandate lui incombe (let. g), comme la prise en charge de leur déficit d'exploitation (let. h). La centralisation de ces compétences auprès des associations de communes a pour but d'assurer une harmonisation et une simplification des processus de financement des prestations. Elle a également pour corollaire une responsabilisation financière du réseau pour les démarches de coordination et planification des prestations relevant de sa compétence.

Art. 13

Afin de mener à bien leur mission, les associations de communes seront amenées à veiller à ce que le réseau médico-social dispose du personnel qualifié nécessaire (al. 1).

La collaboration au sein du réseau exige aussi la mise en place d'une organisation permettant de réunir les différents acteurs du domaine, sous la forme d'une commission consultative composée de représentants des fournisseurs mandatés et des bénéficiaires de prestations (al 2).

Au surplus, les communes sont libres d'aménager leur collaboration au sein de l'association. La disposition rappelle toutefois qu'elles sont tenues par les exigences de la législation sur les communes.

Art. 14

L'article 14 énonce les principes de financement applicables aux prestations médico-sociales. La répartition des compétences financières entre Etat et communes n'est pas modifiée par l'avant-projet. Ainsi, les articles 14 ss reprennent, en substance, les règles de financement actuellement applicables.

L'alinéa 1er rappelle que le coût des soins se détermine selon la législation fédérale sur l'assurance-maladie et la loi d'application de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins (RSF 820.6).

En principe, les autres coûts des prestations sont à la charge du bénéficiaire. La disposition rappelle in fine qu'il incombe au bénéficiaire de prestations de faire valoir ses éventuels droits à des prestations d'assurance ou à des subventions, en vue de couvrir les frais de prise en charge de la prestation perçue (al. 2). Ainsi, la règle est que la participation des pouvoirs publics au financement des prestations est soumise à condition de ressources.

L'Etat octroie toutefois des subventions directes à certains fournisseurs de prestations mandatés et favorisant le maintien à domicile de personnes domiciliées dans le canton : les services d'aide et de soins à domicile et les fournisseurs de prestations d'accueil de jour et de nuit (al. 3).

Quant aux communes, elles assument les coûts d'investissement imputables à une prestation offerte à une personne domiciliée dans le canton ainsi que le déficit d'exploitation des fournisseurs qu'elles mandatent (al. 4). A contrario, les communes ne sont pas tenues d'assumer le coût des investissements pour des personnes résidant dans un EMS fribourgeois mais domiciliées hors canton.

La disposition réserve la conclusion de conventions intercantionales qui pourraient prévoir des règles spécifiques (al. 5).

Art. 15

L'article 15 définit une typologie des coûts par genre de fournisseur de prestations (al. 1 et 2). Il précise en outre que si le coût des soins est défini pour chaque type de fournisseur de prestations (al. 3), les autres coûts ne le sont que pour les fournisseurs mandatés par l'Etat, soit ceux susceptibles de faire l'objet d'un financement par l'Etat (al. 4).

Art. 16

Cette disposition correspond à l'actuel article 16 LASD.

Art. 17

Le financement par forfait des accueils de jour est actuellement prévu par les articles 28 ss du règlement du 4 décembre 2001 sur les établissements médico-sociaux pour personnes âgées. De par la même nature des deux types de prestations, il y a lieu de soumettre l'accueil de nuit aux mêmes principes de financement.

Art. 18

Les frais d'investissement des EMS reconnus sont actuellement facturés à la commune de domicile ou, le cas échéant, au pot commun constitué à cet effet, jusqu'à concurrence de la moyenne cantonale par résidant (art. 15 al. 2 LEMS). Dès lors que l'avant-projet institue une coordination régionale des prestations médico-sociales par l'association de communes, il y a lieu d'adapter cette règle.

Art. 19

Il en va de même de la prise en charge du déficit d'exploitation des EMS reconnus, actuellement assumé par les communes liées à l'établissement par convention ou par les statuts d'une association de communes (art. 18 al. 2 LEMS) et qui, à l'avenir, relèvera toujours de l'association de communes ayant mandaté l'établissement.

Art. 20

Cette disposition correspond matériellement à l'article 23 LEMS. Dès lors que l'article 10 précise que seule la prise en charge en établissement reconnu permet l'ouverture d'un droit à la subvention d'accompagnement, il n'y a pas lieu de reprendre l'article 24 al. 3 LEMS.

Art. 21

L'article 21 instaure l'outil cantonal de coordination des prestations médico-sociales. La mise en place d'une commission cantonale a pour but d'assurer le bon fonctionnement du dispositif de prise en charge de l'ensemble des soins de longue durée et une collaboration avec les réseaux hospitaliers. Elle permettra des synergies intéressantes entre les différents acteurs de la prise en charge de la personne fragilisée.

Art. 22

La surveillance en matière de soins est assurée, comme aujourd'hui, par la Direction en charge de la santé.

Art. 23

Pas de commentaire particulier

Art. 24

L'avant-projet maintient la voie de droit actuelle pour les décisions fixant le niveau des soins (al. 1). Il prévoit le Tribunal cantonal comme voie de droit contre toutes les décisions des associations de communes, en dérogation au Code de procédure de juridiction administrative (al. 2), lequel régit, au surplus, la procédure judiciaire (al. 3).

Art. 25

Cette disposition correspond à l'art. 29 LEMS.

Art. 26

L'avant-projet crée une base légale commune pour les prestations médico-sociales. Elle exige l'abrogation de la LEMS et de la LASD.

Art. 27

Entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2018 pour permettre aux associations de communes de se constituer et de s'organiser.

4.3. Incidence sur le personnel et les finances

Selon le plan de mesures 2016 à 2020, la mise en œuvre de la loi impliquerait de nouvelles charges à hauteur de 1,223 millions de francs pour l'Etat (moyenne annuelle : 0,245 million). Pour les communes, les charges nouvelles s'élèveraient à 3,073 millions (moyenne annuelle : 0,615 million), dont 2,160 millions sont prévus pour du personnel de coordination au sein des réseaux.³

³ La dotation pour la coordination dans les réseaux a été estimée sur la base de 1 EPT par 50'000 habitants; les coûts du personnel déjà engagé à cet effet dans certains districts ne sont pas déduits.

5. Avant-projet de loi sur l'indemnité forfaitaire

5.1. Généralités

L'indemnité forfaitaire est actuellement régie par la LASD et en particulier ses articles 4, 8 al. 1, 2, et 4, 9 al. 1 let. a et b, 10 let. a, 11 let. c, 13 et 21. Dès lors que l'avant-projet de loi sur les prestations médico-sociales prévoit l'abrogation de la LASD (cf. 2.1 *supra*), l'avant-projet de loi sur l'indemnité forfaitaire reprend les dispositions y relatives actuellement en vigueur en n'y opérant que de mineures modifications. Ainsi, les compétences des communes (art. 8 LASD) sont attribuées à l'association de communes. La version française de ces dispositions a subi quelques modifications terminologiques en vue d'en améliorer la clarté.

5.2. Commentaire des articles

Entrée en vigueur de la loi identique à celle de la loi sur les prestations médico-sociales (1^{er} janvier 2018)

5.3. Incidence sur le personnel et les finances

Le projet ne comporte aucune incidence sur le personnel et les finances.