



Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie
Service de la santé publique

Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie
Dienststelle für Gesundheitswesen

CANTON DU VALAIS
KANTON WALLIS

LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES



Août 2005



Table des matières

1.	Résumé.....	5
1.1.	Introduction.....	5
1.2.	L'évolution démographique.....	5
1.3.	Les centres médico-sociaux (CMS).....	7
1.4.	Les établissements médico-sociaux pour personnes âgées (EMS).....	7
1.5.	Les hôpitaux.....	10
1.6.	Les instances de coordination.....	10
1.7.	La promotion de la santé et prévention des maladies et des accidents.....	10
2.	Objectifs et délimitations du rapport.....	12
2.1.	Le concept de 2001.....	12
2.2.	Le concept de 2005.....	12
3.	Historique.....	13
3.1.	Aide et soins à domicile.....	13
3.2.	Etablissements médico-sociaux pour personnes âgées.....	14
4.	Bases légales / révision de la loi.....	15
4.1.	La loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994.....	15
4.2.	La loi cantonale sur la santé du 9 février 1996.....	15
4.3.	Le décret sur le Réseau Santé Valais (RSV) du 1er février 2002 et la révision du Décret sur le RSV du 4 septembre 2003.....	15
4.4.	Les ordonnances du Conseil d'Etat.....	15
4.5.	Les directives du Département de la Santé, des Affaires Sociales et de l'Energie.....	16
4.6.	La révision de la loi valaisanne sur la santé.....	16
5.	Viellissement de la société et des personnes âgées.....	17
6.	Centres médico-sociaux (CMS).....	20
6.1.	Généralités.....	20
6.2.	Etat des lieux.....	21
6.3.	Développements récents.....	25
6.4.	Adaptation du mandat de prestations.....	25
6.5.	Financement.....	30
6.6.	Résumé des propositions pour la période 2005 – 2010.....	31
7.	Etablissements médico-sociaux pour personnes âgées (EMS).....	33
7.1.	Les besoins.....	33
7.2.	Mise en œuvre du concept de 2001.....	38
7.3.	Dotations en personnel.....	45
7.4.	Financement des EMS.....	46
7.5.	Propositions pour la période 2005 – 2010 respectivement 2013.....	48
7.6.	Architecture, construction d'EMS.....	64
7.7.	Les autres institutions pour personnes âgées.....	64
7.8.	Derniers développements.....	65
8.	Les hôpitaux.....	68
8.1.	Les hôpitaux de soins aigus.....	68



8.2.	Les hôpitaux et cliniques de gériatrie	69
8.3.	Proposition	72
8.4.	Les hôpitaux et services de réadaptation	72
8.5.	Les services de psychogériatrie	73
9.	Les structures intermédiaires de prise en charge	77
9.1.	Généralités	77
9.2.	Etat des lieux.....	77
9.3.	Propositions	80
10.	Instances de coordination.....	81
10.1.	Généralités	81
10.2.	Etat des lieux.....	81
10.3.	Propositions pour la période 2005 - 2010 respectivement 2013.....	83
11.	Partenaires divers : Pro Senectute ; Association Alzheimer ; médecins et pharmaciens	84
11.1.	Pro Senectute Valais	84
11.2.	L'association Alzheimer Valais	84
11.3.	La Fédération valaisanne des retraités	85
11.4.	Propositions	85
12.	Promotion de la santé et prévention des maladies et des accidents.....	86
12.1.	Généralités	86
12.2.	Protection de la santé, prévention des maladies et des accidents et promotion de la santé des personnes	86
12.3.	Situation actuelle.....	87
12.4.	Mesures proposées	88
12.5.	Les projets et actions de promotion de la santé	89
12.6.	Description en bref des projets	89
13.	Consommation de médicaments	94
13.1.	Généralités	94
13.2.	Consommation de médicaments chez les personnes âgées.....	95
13.3.	Le patient âgé et ses particularités	95
13.4.	Projets pilotes.....	97
13.5.	Remarque conclusive	97
14.	Personnel soignant, autre personnel et bénévoles.....	98
14.1.	Généralité.....	98
14.2.	Etat des lieux.....	98
14.3.	Propositions	102
15.	Formation et recherche	103
15.1.	La formation	103
15.2.	La recherche.....	104
16.	Informatisation des EMS et des CMS.....	105
17.	Recommandations à l'attention du Conseil d'Etat.....	106
17.1.	Centres médico-sociaux (CMS).....	106
17.2.	Etablissements médico-sociaux (EMS)	107



17.3.	Financement des Centres médico-sociaux et des établissements médico-sociaux ...	108
17.4.	Planification cantonale des lits d'établissements médico-sociaux et mise à disposition de nouveaux lits.....	108
17.5.	Coordination entre les fournisseurs de prestation.....	108
17.6.	Divers.....	108
18.	Bibliographie	109
19.	Annexes	112
19.1.	Charte des droits et liberté de la personne âgée dépendante.....	112
19.2.	Prévention et promotion de la santé.....	114
19.3.	Programme-cadre des locaux pour les EMS.....	118
19.4.	Directives concernant les conditions à remplir par les établissements médico-sociaux en vue de l'obtention d'une autorisation d'exploiter.....	127

Edité par le
Service de la santé publique
Août 2005



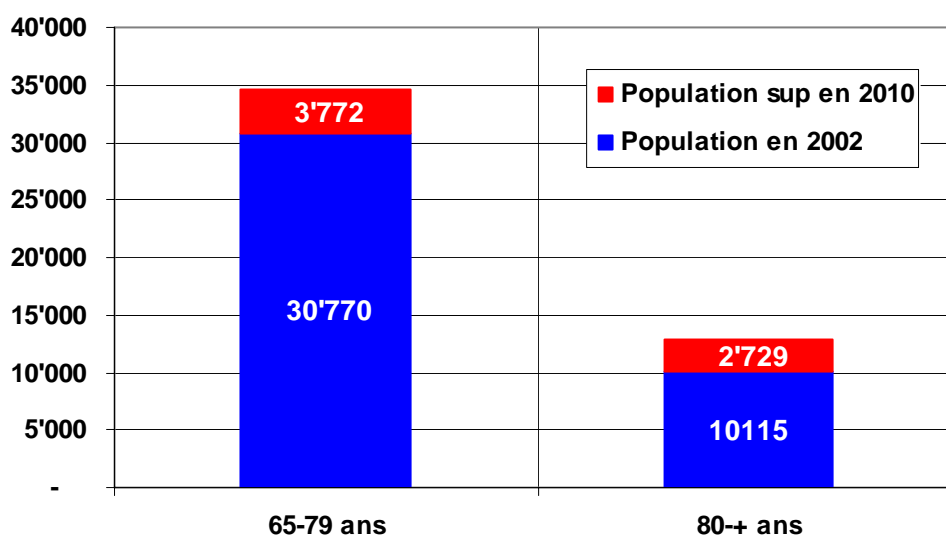
1. Résumé

1.1. Introduction

En juillet 2001 le Conseil d'Etat décidait d'un concept général de prise en charge de la personne âgée. Le Conseil d'Etat avait assorti ses décisions de la nécessité d'en mesurer l'impact jusqu'en 2005. Pour ce faire, outre des considérations d'ordre général sur le vieillissement démographique et les bases législatives, nous présentons ici pour les différents types de prise en charge, un état des lieux de la situation actuelle. Le constat est complété par des propositions pour la période de 2005 à 2010 respectivement 2013 en ce qui concerne les lits d'EMS. L'idée est de pouvoir suivre le bien-fondé et les effets des décisions de la planification sanitaire, de les ajuster si nécessaire et de les mener à bien dans les délais prévus. Les choix et les priorités d'action tiennent cependant aussi compte des possibilités financières dévolues à ce secteur.

1.2. L'évolution démographique

La population âgée devrait encore fortement augmenter au cours des prochaines années. Les pronostics pour le canton du Valais pour 2010 tablent sur 3'772 personnes en plus dans les tranches d'âge 65-79 ans et 2'729 personnes en plus dans celle de 80 ans et plus. Ceci est représenté dans le tableau suivant :



La grande majorité des personnes âgées est aujourd'hui en bonne santé. Les nouvelles générations de retraités exprimeront sans doute des besoins¹ assez différents de ceux des générations qui les ont précédées. En outre, « *entre 1981 et 1997/99, les années de vie sans handicap ont progressé de 5 ans au moins chez les femmes ; celles avec handicap ayant reculé de deux ans. Dans la même période les hommes ont gagné plus de quatre années de vie sans handicap ; celles où ils en souffrent ayant diminué d'une demie année . Ce constat est important pour ce qui est de l'évolution des besoins en soins : si les personnes âgées nécessitent plus tard de l'aide et des soins, cela signifie que la progression des besoins est plus lente que ne le laisseraient penser les relevés démographiques.* » Les estimations de

¹ Amélioration des conditions matérielles d'existence, meilleur état de santé, effets de la prévention, revendication des mouvements d'usagers (organisations de retraités), etc.

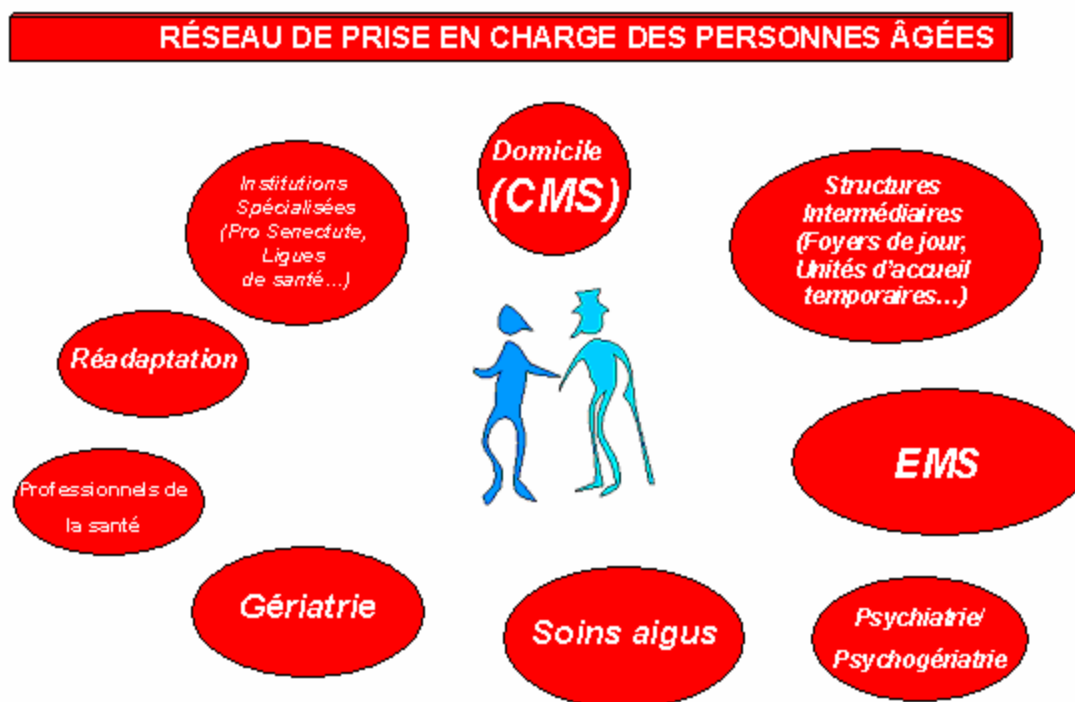


Höpflinger et Hugentobler² prévoient cependant quand même une augmentation des besoins en soins pour ces prochaines années au vu de l'augmentation de la population des 80 ans et plus. Les experts avancent les chiffres suivants : dans la catégorie des personnes âgées de 65-79 ans, il faut compter au maximum 5% de personnes ayant besoin de soins, soit pour le Valais 1'727 personnes sur 34'542 ; pour la catégorie des 80 ans et plus, il faut compter avec 27% de personnes tributaires de soins, soit pour le Valais 3'467 personnes sur 12'844. Une partie de ces personnes dépendantes et tributaires des soins sont touchées par des formes diverses de démence ou de type Alzheimer par exemple. Si l'on additionne les personnes de ces deux catégories, on obtient un total de 5'194 personnes âgées qui nécessiteraient des soins en Valais. Ces prévisions nous semblent cependant sous-évaluées au vue des statistiques cantonales 2004.

En principe les personnes âgées souhaitent vivre à domicile aussi longtemps que possible même si elles ont besoin de manière ponctuelle ou à long terme de soins et d'assistance. Une enquête menée par l'université du 3^{ème} âge de Genève indique que même si l'âge ou la maladie limite l'indépendance des personnes âgées, 66% des personnes interrogées souhaitent rester à domicile. Ceci est certainement aussi valable pour la population valaisanne.

Les objectifs du Canton dans sa politique de prise en charge de la personne âgée dépendante sont :

- **Le maintien de l'autonomie de cette dernière ;**
- **Les soins et l'assistance à la personne âgée à domicile ;**
- **Les soins et la prise en charge sociale des personnes âgées en institution ;**
- **Le placement de la personne âgée au centre de la prise en charge en favorisant la coordination des actions dont elle bénéficie.**



² Révision partielle de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance maladie, Nouveau régime de financement des soins, Rapport explicatif (consultation en cours)



Afin d'atteindre ces objectifs, une attention particulière est portée au personnel soignant et autre personnel des institutions, à la formation et à la recherche ainsi qu'au développement et à la modernisation des institutions.

1.3. Les centres médico-sociaux (CMS)

Outre le fait que les personnes âgées désirent rester à domicile, il faut mentionner que la prise en charge à domicile est en principe moins onéreuse qu'une prise en charge institutionnelle. Des études socio-économiques menées en Suisse ces dernières années l'ont démontré³. A domicile une partie de la prise en charge est souvent assurée par les proches. Ces derniers rencontrent cependant des difficultés lors de prises en charge de longue durée malgré l'intervention des CMS. Suite à un séjour hospitalier la personne âgée seule peut se trouver en difficulté face à une perte ponctuelle de son autonomie. Par leur mandat de prestations, les 6 Centres médico-sociaux favorisent le maintien à domicile. Cependant il convient de l'actualiser avec les mesures proposées suivantes :

- définir plus précisément chacune des prestations actuelles des CMS soit les soins à domicile, l'aide au ménage, le service de repas à domicile, la sécurité à domicile, le prêt de matériel, le service de la petite enfance ;
- compléter l'offre des CMS par les soins palliatifs en collaboration avec l'Association FXB ;
- développer les appartements protégés à encadrement médico-social ;
- apporter une aide aux proches qui soignent afin d'éviter l'épuisement de ces derniers ;
- poursuivre la politique de recrutement du personnel et de sa formation ;
- participer à la formation des étudiants du domaine des soins et du social ;
- participer à la recherche à la demande d'organismes spécialisés ;
- mettre en place un système d'information uniformisé et une comptabilité analytique ;
- assurer la qualité des prestations dans le sens de la LAMal ;
- définir et assurer le financement des CMS dans le cadre de la révision de la loi valaisanne sur la santé en lien avec la révision de la LAMal.

1.4. Les établissements médico-sociaux pour personnes âgées (EMS)

Malgré toutes les mesures mises en place pour le maintien à domicile un certain nombre de personnes devront bénéficier d'une prise en charge en établissement.

Les établissements médico-sociaux pour personnes âgées, sont au nombre de 41 en Valais. Ils ont subi un grand changement dans leur population. Celle-ci est relativement âgée, même si des personnes plus jeunes y sont aussi hébergées au vu de leur pathologie. La charge en soins a augmenté de façon importante et de plus en plus de personnes y séjournant sont atteintes de démence. L'hébergement de ces personnes pose des problèmes spécifiques dans la prise en charge et pour l'infrastructure. Les EMS sont aussi appelés à collaborer au maintien à domicile avec l'exploitation de lits d'accueil temporaire.

Les mesures concrètes proposées sont pour les EMS:

³ Hagmann Hermann-Michel et Fragnière J.P., Maintien à domicile : le temps de l'affirmation, Lausanne, E. Réalités sociales et Spitex im Trend Association suisse des services d'aide et de soins à domicile Hans Huber Verlag 1998



- donner un mandat de prestations aux EMS soit : d'héberger les personnes âgées dépendantes et de leur assurer les soins médicaux, infirmiers ainsi qu'une prise en charge sociale ;
- augmenter le nombre de lieux d'accueil de court séjour pour décharger les proches soignants ou permettre une transition entre l'hôpital et le domicile. La création des unités d'accueil temporaire dans les EMS a été encouragée mais devra se poursuivre ;
- ouvrir des foyers de jour, voire de nuit, afin de favoriser le maintien à domicile des personnes peu dépendantes ;
- recruter et former du personnel soignant et les autres personnes nécessaires à fournir les prestations. Une réévaluation de la dotation du personnel a eu lieu 2005 ;
- participer à la formation des étudiants du domaine des soins et du social ;
- participer à la recherche à la demande d'organismes spécialisés ;
- mettre en place un système d'informatisation uniformisé ainsi qu'une comptabilité analytique ;
- assurer la qualité des prestations dans le sens de la LAMal ;
- définir et assurer le financement dans le cadre de la révision de la loi valaisanne sur la santé en lien avec la révision de la LAMal ;
- rénover et adapter l'infrastructure des EMS, revoir le programme des locaux ;
- créer l'infrastructure nécessaire pour accueillir les personnes âgées dépendantes et prévoir l'ouverture (construction ou réaffectation) de 390 nouveaux lits à cette fin.

Concernant ce dernier point, le concept de 2001 prévoyait à terme pour l'an 2010 une norme de 2500 lits pour l'ensemble du canton. Ceci était à la fois peu et beaucoup. C'était beaucoup dans la mesure où cette décision entraînait la nécessité de construire 232 nouveaux lits d'ici 2010. C'était peu dans la mesure où la dotation qui s'élevait en 2001 à 239 lits pour 1000 habitants de 80 ans et plus, passerait en raison du vieillissement de la population et malgré ces nouvelles constructions à une dotation de 195 lits pour 1000 habitants de 80 ans et plus en 2010.

Cette décision prise en 2001 ne peut plus être assumée aujourd'hui dans la mesure où :

- l'analyse démographique confirme l'augmentation importante des personnes de 80 ans et plus ;
- la planification de 2001 n'a pas pris en considération les personnes dépendantes de moins de 80 ans ;
- la dotation en lits EMS du canton du Valais est relativement faible par rapport aux autres cantons ;
- les listes d'attente pour des entrées en urgence en EMS s'accroissent ;
- la demande pour des lits d'EMS augmente ;
- des lits d'EMS non planifiés sont actuellement exploités ;
- 55 lits ont été supprimés afin d'agrandir certaines chambres trop petites ou sans sanitaire ;
- les lits pour les personnes en attente de placement dans les hôpitaux (lits d'attente) est une solution transitoire ;
- près de quatre années sont nécessaires à la construction d'un nouvel établissement.

Pour ces raisons, nous proposons les mesures suivantes :



- prévoir une norme de lits d'EMS à 2890 pour 2013 afin de disposer de 204 lits pour 1000 habitants de 80 ans et plus, ce qui équivaut à la dotation de fin 2004 ;
- mettre à disposition les lits manquants d'ici 2013 soit environ 340 lits. (390 moins une cinquantaine de lits déjà exploités mais pas reconnus dans la planification). Il faut souligner que certains EMS ont encore des locaux en réserve qui pourraient être transformés en lits EMS sans grand engagement financier ;
- dans la mesure où des établissements déjà bâtis pourraient être utilisés pour servir d'établissement médico-social, il faudrait naturellement leur donner priorité pour autant qu'ils soient disponibles rapidement, que les transformations puissent être envisagées dans des délais courts et que les coûts engendrés soient nettement inférieurs à ceux de nouvelles constructions ;
- assurer entre les partenaires le financement des dépenses d'exploitation ainsi que celles pour les nouveaux lits en fonction des estimations ci-après (en millions de francs):

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total coûts des soins	100.367	108.7	117.8	124.833	134.433	144.833	156.833	*	*	*
Subvention des EMS (art 125) : à l'exploitation 30% des dépenses de soins	30.11	32.61	35.34	** A partir de 2007 la répartition des charges d'exploitation et d'investissement entre les collectivités publiques n'est à ce jour pas encore définie						
Total investissements	1.667	3.333	8.947	17.567	17.833	15.467	12.333	12.333	12.333	11.333
Subvention des EMS (art 113) : 30% des investissements	0.5	1.0	2.684	** A partir de 2007 la répartition des charges d'exploitation et d'investissement entre les collectivités publiques n'est à ce jour pas encore définie						

*Les estimations sur les recettes et dépenses d'exploitation sont calculées jusqu'à 2010. Après cette date l'hypothèse de ces données n'est pas encore fondée.



1.5. Les hôpitaux

Les pyramides des âges des personnes hospitalisées révèlent l'importance du phénomène du vieillissement. Les durées de séjours tendent à diminuer dans toutes les catégories d'hôpitaux. Entre 1990 et 2002 l'évolution en % est de - 27% pour les hôpitaux aigus, -56% pour la psychiatrie, -16.5% pour le CVP et -63% pour la gériatrie. Après un séjour en hôpital la personne âgée n'est pas toujours en mesure de rentrer à domicile. Une prise en charge simple est souvent nécessaire. Lorsqu'un retour à domicile est jugé impossible la recherche d'une place en EMS est envisagée. Il faut souvent attendre longtemps avant d'accéder à cet hébergement. Afin de pallier ces difficultés, retour à domicile et ou placement en EMS les mesures suivantes devront être prises :

- prévoir des séjours de réadaptation au CVP et Loèche les Bains afin de rendre possible le retour à domicile;
- prévoir une transition dans une unité d'accueil temporaire en EMS uniquement en vue du retour à domicile ;
- augmenter le nombre des lits d'attente dans les hôpitaux pour répondre aux besoins ;
- assurer la continuité des soins d'une institution à l'autre ;
- développer les services de psychogériatrie ambulatoire.

1.6. Les instances de coordination

Des instances de coordination régionale ont été mises en place dans 3 régions du canton (CORIF à Sierre, SOMEKO pour le Haut-Valais, BRIO pour le Chablais). Le travail de ces centres de coordination est perçu de façon très positive par l'ensemble des fournisseurs de prestations. L'effort est donc à maintenir.

La mesure à prendre :

- développer une instance CORIF dans la région de Sion et de Martigny et renforcer la CORIF du Bas-Valais;
- renforcer la collaboration CORIF avec les tuteurs et tutrices afin d'éviter des placements dans des lieux inappropriés ;
- définir les indicateurs permettant de contrôler l'efficacité des CORIF par exemple : la diminution du taux de personnes de moins de 80 ans dans les EMS ;
- améliorer la collaboration entre les CORIF.

Une prise en charge adéquate des personnes âgées dépendantes requiert la contribution et la coordination de toutes les instances qui sont proches des personnes âgées, les principaux partenaires sont Pro Senectute, l'Association Alzheimer, les médecins et les pharmaciens.

1.7. La promotion de la santé et prévention des maladies et des accidents

Ces thèmes devraient être développés par rapport à la personne âgée, aux proches soignants ainsi qu'au personnel des institutions tout spécialement dans les CMS et les EMS. L'autonomie ainsi que la qualité de vie augmentera et une répercussion positive à moyen terme devrait être ressentie dans les coûts de la santé. L'évaluation des projets devrait le mettre en évidence.



Il conviendrait de mettre en place des programmes ciblés concernant la personne âgée, les propositions sont :

- des visites préventives ;
- la prévention des chutes ;
- la prévention de la malnutrition, la promotion de l'équilibre alimentaire ;
- le dépistage de la maltraitance ;
- la sensibilisation à la consommation des médicaments ;
- la prévention de la douleur et son traitement ;
- la sensibilisation aux directives anticipées ;
- l'introduction de la carte patient ;
- le dépistage précoce de la maladie d'Alzheimer.

Certaines de ces propositions sont partiellement réalisées soit sur l'initiative des EMS, des CMS ou de Pro Senectute. Mais il y a lieu de continuer ce travail.

Il conviendrait de mettre en place des programmes ciblés concernant le personnel des institutions. Ces mesures devraient augmenter la satisfaction du personnel dans l'entreprise. La satisfaction est un élément majeur de fidélisation du personnel.

Les mesures en sa faveur devraient être :

- appliquer les concepts de sécurité au travail ;
- devenir des entreprises promotrices de la santé.

Il conviendrait de mettre en place des programmes ciblés concernant le réseau informel de soignants en :

- appliquant aux différentes régions de santé le projet pilote du Haut-Valais concernant le soutien aux proches soignants. Ceci pourrait être confié aux réseaux régionaux de santé, ou aux CMS ;
- en développant des cours pour les proches (Allie'age) Pro Senectute.

Afin de réaliser la prise en charge des personnes âgées dépendantes, un nombre suffisant de professionnels de la santé ainsi que de bénévoles est nécessaire. Les statistiques des CMS montrent que la dotation en personnel prévue est presque atteinte. En ce qui concerne les EMS un gros effort d'augmentation du personnel a été fait. La norme de 0.5 poste par lit a été atteinte quasiment par toutes les institutions en 2004. D'autre part au vu de l'augmentation du nombre de lits il faudra envisager en même temps l'augmentation du personnel soignant. Les mesures à envisager sont :

- améliorer les conditions de travail pour fidéliser le personnel ;
- favoriser les formations complémentaires nécessaires pour tous les professionnels ;
- intensifier les contacts entre les milieux formateurs et les employeurs ;
- former des professionnels des soins dans les différentes filières ;
- intégrer les assistantes en soins et santé communautaire dans le système ;
- développer le bénévolat.

Les mesures énumérées dans le concept ne sont pas exhaustives et feront l'objet d'une amélioration constante.



2. Objectifs et délimitations du rapport

2.1. *Le concept de 2001*

Les objectifs du concept de prise en charge des personnes âgées de mai 2001 étaient de garantir une prise en charge sanitaire des personnes âgées couvrant leurs besoins. Ainsi, il importait que la personne âgée dépendante puisse avoir accès au lieu de vie le plus approprié. Admettre ce postulat, c'était également considérer la nécessité d'un renforcement parallèle des principales structures de prise en charge des personnes âgées, à savoir, l'aide et les soins à domicile par les centres médico-sociaux (CMS), les structures intermédiaires (foyers de jour, unités d'accueil temporaire, les appartements intégrés avec encadrement médico-social), les établissements médico-sociaux pour personnes âgées (EMS) ainsi que les hôpitaux. Le renforcement de la collaboration entre tous les fournisseurs de prestation découlait aussi de ce postulat.

Dans le cadre de l'adoption du concept de prise en charge de la personne âgée de mai 2001, le Conseil d'Etat, le 4 juillet 2001, a pris une série de mesures afin de couvrir les besoins en matière de prise en charge de la personne âgée dépendante et notamment:

- développement de l'aide et des soins à domicile par la définition de normes minimales de dotation en personnel ;
- mise en place d'instances de coordination régionales afin de veiller à un placement approprié des patients (CORIF à Sierre, SOMEKO Oberwallis, BRIO dans le Chablais) ;
- adaptation de la capacité d'accueil dans les établissements médico-sociaux par le subventionnement à la construction et à l'exploitation de 232 nouveaux lits (132 dans le Haut-Valais, 70 dans le Valais Central, 30 dans le Bas-Valais); soit 2'500 lits EMS prévus pour le canton en 2010 ;
- mise en place de lits d'attente dans les hôpitaux de soins aigus;
- adaptation de la norme minimale en personnel soignant dans les établissements médico-sociaux à 0.6 poste par lit exploité ;
- subventionnement des unités d'accueil temporaires (UAT) et des foyers de jour.

2.2. *Le concept de 2005*

Avec le présent concept, le Département de la Santé, des Affaires Sociales et de l'énergie répond à la décision de Conseil d'Etat de 2001 d'effectuer une nouvelle analyse des besoins et une évaluation des mesures prises avant l'an 2005.

Les objectifs du concept de 2005 sont :

- d'effectuer l'état des lieux en rapport avec les décisions 2001 ;
- de décrire les développements des années passées ;
- d'améliorer la prise en charge des personnes âgées ;
- d'intégrer de nouvelles demandes ;
- de fixer les objectifs pour la période 2005 à 2010 respectivement 2013 pour la mise à disposition des lits d'EMS.



3. Historique

Nous établissons ci-après une rétrospective sur les décisions antérieures du Conseil d'Etat et du Département de la Santé portant sur la prise en charge des personnes âgées.

3.1. Aide et soins à domicile

3.1.1. Années 1970 et 1980

Durant les années 1970, les premiers Centres médico-sociaux régionaux ont été mis en place en Valais, grâce notamment à un appui financier substantiel du canton et des communes. D'un point de vue du personnel engagé, les Centres médico-sociaux disposent en règle générale d'une équipe multidisciplinaire composée de personnel soignant, d'aides familiales et d'assistants sociaux.

3.1.2. Années 1990

Suite à la **privatisation** des Centres médico-sociaux opérée au début des années 1990, l'OFAS subventionne à raison de 30% les dépenses salariales des CMS. Cette source de financement nouvelle a favorisé transitoirement le développement des CMS.

La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) a étendu sensiblement la couverture des prestations de soins à domicile. Depuis 1996, l'assurance-maladie prend en charge tous les coûts occasionnés par les examens, les traitements, les soins ambulatoires à domicile. Pour être admis à charge de l'assurance de base obligatoire, les traitements et soins à domicile prévus par l'OPAS doivent être effectués sur prescription médicale ou sur mandat médical.

Suite à la décision du Conseil d'Etat du 29 novembre 1995, de nouvelles règles de planification et de subventionnement sont introduites. La prise en charge médico-sociale est dès lors assurée par six Centres médico-sociaux régionaux habilités à passer des conventions de collaboration avec des Centres médico-sociaux subrégionaux. Ces conventions de collaboration sont approuvées par le Département.

Dans le courant de l'année 1997, suite à la régionalisation des Centres médico-sociaux, le Département a délivré aux six Centres médico-sociaux régionaux des mandats de prestations, conformément aux dispositions de la LAMal.

Enfin, pendant cette dernière décennie, plusieurs fournisseurs de prestations autres que les Centres médico-sociaux ont développé des activités dans le domaine de l'aide et des soins à domicile (association François Xavier Bagnoud, Kinderspitex Oberwallis). Le canton du Valais a intégré ces fournisseurs de prestations dans le système sanitaire valaisan notamment par l'octroi d'autorisations d'exploiter. Dans ce contexte, ces fournisseurs ont dû passer des conventions de collaboration avec les Centres médico-sociaux.



3.2. *Etablissements médico-sociaux pour personnes âgées*

La situation des foyers ou homes pour personnes âgées connaît en Valais une modification importante avec la mise en application de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994. Cette loi prévoit la mise en place d'une planification couvrant les besoins et définit les exigences à remplir par les établissements pour leur admission à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins. D'autre part la nouvelle loi valaisanne sur la santé du 9 février 1996 précise l'objet de la planification sanitaire.

En 1994 et en 1996 le canton du Valais entreprenait une étude afin de connaître les besoins en soins de la population résidante dans les EMS. Suite au constat qu'une partie de ces personnes nécessitaient des soins de plusieurs heures par jour il a pu être établi une convention avec les assureurs maladie afin qu'ils participent au financement des soins.

Le canton subventionnait à l'époque les soins des 31 foyers reconnus d'intérêt public.

En 1999 le « concept valaisan des établissements médico-sociaux et des autres institutions de soins pour personnes âgées » précisait la place des EMS dans la planification sanitaire. Ce concept a mis l'accent sur les conditions d'autorisation afin d'exploiter un EMS et des directives ont été émises portant sur des questions d'organisation des EMS, des formations des responsables et tout spécialement du personnel. Les questions de financement ont aussi été abordées. Une norme de lits de 2200 pour l'an 2000 avait été arrêtée. Afin de tenir compte des exigences de la LAMal les lits des foyers privés ont été intégrés dans la planification. Les foyers et homes sont dès ce moment appelés établissements médico-sociaux pour personnes âgées.

En 2001 le concept est revu et adapté. Il tient compte des prestations des autres fournisseurs de soins et son titre est modifié en conséquence : concept de prise en charge de la personne âgées, coordination et complémentarité des fournisseurs de prestations.

En juillet 2001 le conseil d'Etat adopte le concept et prend entre autre des décisions portant sur l'adaptation de la capacité d'accueil par la création de 200 nouveaux lits sur le plan cantonal, des nouvelles conditions pour l'obtention d'une autorisation d'exploiter, la création de lits d'attente dans les hôpitaux de soins aigus et l'introduction d'une démarche qualité.

Jusqu'en 2004 les objectifs fixés sont soit déjà réalisés, soit en voie de réalisation. Pour l'heure, plusieurs projets d'agrandissement d'établissements médico-sociaux sont déjà en cours, notamment dans la région du Haut-Valais (Naters, Ried-Brig, Brig). Par contre, les projets dans le Valais Central et le Bas-Valais tardent à se concrétiser.

Par décision du Conseil d'Etat du premier septembre 2003, les lits d'accueil temporaire (UAT) sont subventionnés à la construction et à l'exploitation.

En 2003 tous les EMS ont été contrôlés sur la base des directives du département ainsi que sur les critères retenus par la Conférence romande des affaires sanitaires et sociales.

Les travaux de la commission extraparlamentaire chargée de la révision du titre 7^{ème} de la loi cantonale sur la santé (EMS, CMS) sont également en cours.



4. Bases légales / révision de la loi

4.1. *La loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994*

Conformément aux dispositions de la législation fédérale sur l'assurance-maladie, les cantons sont tenus d'établir la planification destinée à couvrir les besoins en assistance médicale pour une longue durée et la liste des établissements médico-sociaux au sens de l'article 39 al. 3 LAMal. Le concept 2005 sur la prise en charge de la personne âgée répond à cette exigence, puisqu'il permet au Conseil d'Etat Valaisan d'actualiser sa planification dans le domaine des établissements médico-sociaux.

4.2. *La loi cantonale sur la santé du 9 février 1996*

La révision complète de la législation sanitaire cantonale opérée en 1996 a permis d'ancrer le principe de la planification sanitaire et hospitalière dans les dispositions légales. De par les compétences qui lui sont dévolues en vertu de la loi, le Conseil d'Etat est chargé de définir, par la planification, sa politique hospitalière et sanitaire. Cette compétence demeure inchangée suite à l'adoption, par le Grand Conseil Valaisan, du décret sur le Réseau Santé Valais du 1^{er} février 2002 ainsi que de la modification du même décret du 4 septembre 2003. Dès lors, l'adoption d'un nouveau concept de prise en charge des personnes âgées s'effectue en application de la législation sanitaire cantonale.

4.3. *Le décret sur le Réseau Santé Valais (RSV) du 1er février 2002 et la révision du Décret sur le RSV du 4 septembre 2003*

Après avoir été examiné en commission parlementaire en automne 2001 et débattu au Grand Conseil Valaisan en session de janvier 2002, le décret sur le réseau santé Valais (RSV) a pu être adopté par le Grand Conseil le 1^{er} février 2002. Cette nouvelle base légale contient des dispositions sur la création d'une structure commune pour tous les établissements hospitaliers du canton.

En date du 4 septembre 2003, le Grand Conseil a adopté le nouveau texte qui a pour effet de changer le statut des hôpitaux subventionnés et cantonaux. Ces établissements sont désormais dirigés et gérés par le RSV.

Dans le domaine des établissements médico-sociaux pour personnes âgées, la participation de l'Etat aux dépenses d'exploitation des établissements médico-sociaux pour personnes âgées a été confirmée à son taux maximal actuel de 30%. Pour les établissements médico-sociaux pour personnes âgées, cette disposition revêt une importance non négligeable, notamment sous l'angle du financement.

4.4. *Les ordonnances du Conseil d'Etat*

L'ordonnance sur la planification sanitaire et le subventionnement des établissements et institutions sanitaires du 1^{er} décembre 1999 fixe les dispositions pour ces deux objets.



4.5. Les directives du Département de la Santé, des Affaires Sociales et de l'Energie

Dans le cadre de l'application de la législation sanitaire cantonale, le DSSE a édicté un certain nombre de directives:

4.5.1. Directives concernant les EMS

- Les Directives du DSSE concernant les conditions à remplir par les établissements médico-sociaux pour personnes âgées en vue de l'obtention d'une autorisation d'exploiter du 22 avril 2005;
- Les Directives du DSSE fixant les modalités de la participation financière aux établissements médico-sociaux pour personnes âgées du 1^{er} décembre 2004;
- Les Directives du DSSE concernant les conditions à remplir par les établissements médico-sociaux pour personnes âgées en vue de l'exploitation et du subventionnement d'une unité d'accueil temporaire d'août 2003 ;
- Les Directives du DSSE sur la prise en charge pharmaceutique dans les établissements médico-sociaux pour personnes âgées du 14 septembre 2000.

4.5.2. Directives concernant les institutions d'aide et de soins à domicile

- Les Directives du DSSE concernant l'organisation des Centres médico-sociaux du 13 janvier 1997 ;
- Les Directives du DSSE concernant les conditions à remplir par les institutions d'aide et de soins à domicile en vue de l'obtention d'une autorisation d'exploiter du 1er mars 2000.

4.6. La révision de la loi valaisanne sur la santé

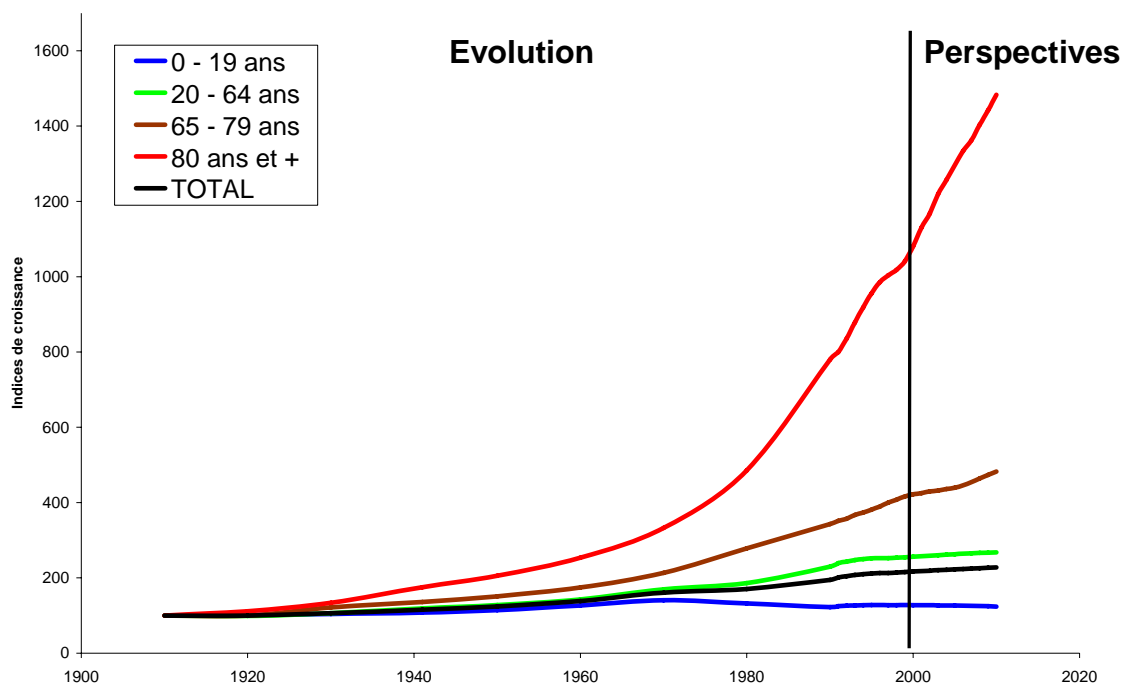
Le Décret sur le RSV du 1^{er} février 2002 est une norme juridique dont la validité est limitée à cinq ans. La modification du Décret en septembre 2003 ne reporte pas ce délai. Cela signifie que pour intégrer les dispositions du Décret dans la Loi sur la santé, une révision de cette dernière doit être réalisée pour janvier 2007 au plus tard. A l'occasion de cette révision législative, les dispositions régissant les établissements médico-sociaux, les Centres médico-sociaux et les réseaux régionaux de santé devront également être examinées et le cas échéant modifiées.



5. Vieillissement de la société et des personnes âgées

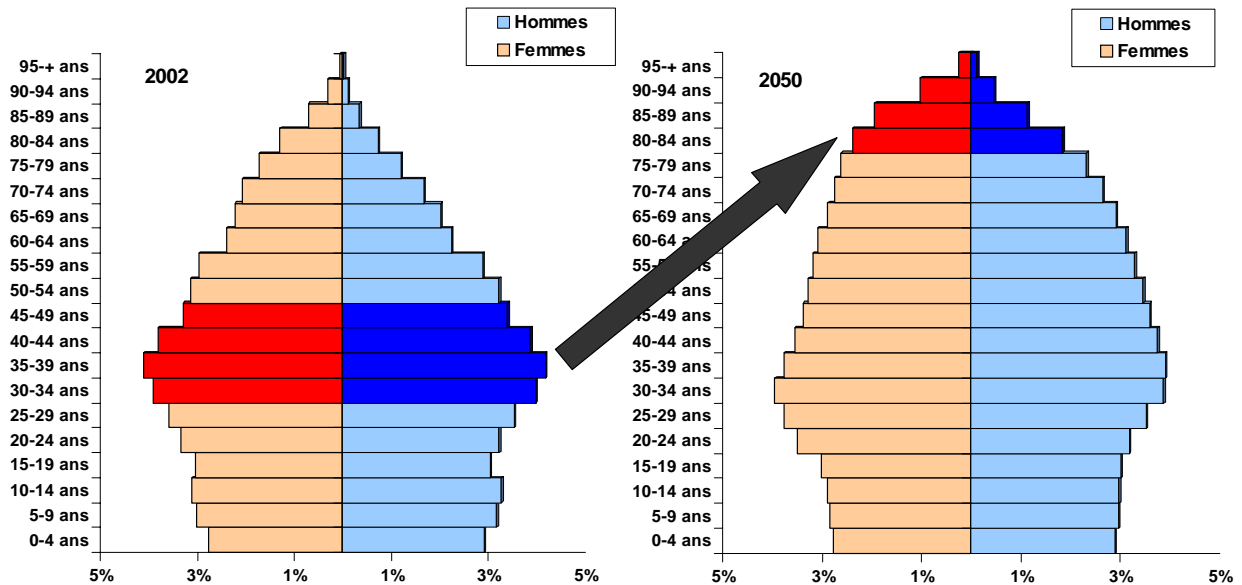
L'évolution démographique depuis le début du 20^{ème} siècle est un des facteurs les plus importants de changement dans notre société actuelle.

En 1910, la population de moins de 20 ans représentait le 42 % de la population totale et les personnes âgées de plus de 65 ans le 6%. Les perspectives démographiques jusqu'en 2010 indiquent que la population de moins de 20 ans devrait descendre en dessous de 23 % alors que les personnes âgées de 65 ans et plus représenteraient plus de 16 % de la population totale. Selon l'OFS si l'on retient le scénario « Tendrance » du développement démographique entre 2005 et 2035, l'entrée progressive dans le 3ème et 4ème âge des générations du baby-boom des années soixante constituera le principal facteur de croissance de la population âgée de 65 ans et plus. Au-delà, la croissance sera modérée voire négative.



Source : OFS, Population résidante permanente au 31 décembre, recensements fédéraux, perspectives de l'OFS pour le Valais, selon données 2000

Selon les perspectives démographiques de l'Office Fédéral de la Statistique, les pyramides des âges de la population valaisanne en 2002 et 2050 présentent une structure vieillissante. En effet, la comparaison des deux pyramides des âges indique un élargissement très important du sommet de la pyramide, soit une forte augmentation dans les catégories de personnes âgées.



Source : OFS, Population résidante permanente au 31 décembre, recensements fédéraux, perspectives de l'OFS pour le Valais, selon données 2000

Le nombre de personnes âgées de plus 90 ans a plus que doublé entre 1990 et 2000. Les prévisions établies par l'OFS montrent qu'il doublera à nouveau entre 2001 et 2020. Dans ce contexte, les tendances constatées au cours de ces 10 dernières années vont très probablement s'accélérer au cours de la prochaine décennie, en particulier les journées de prise en charge des personnes âgées dans toutes les catégories d'institutions.

Si l'on prend en considération les études qui montrent que la prise en charge des personnes âgées devient importante durant les deux dernières années de vie, les besoins des valaisans âgés devraient augmenter au cours des prochaines années et la question de la prise en charge de ces personnes devient une priorité à reconnaître.

Les études indiquent aussi que les 12 derniers mois de vie comptent pour plus de 10% des frais médico-pharmaceutiques de l'assurance de base. De plus, 10 à 20% des personnes âgées souffrent de maladies chroniques et comptent pour 60 à 70% des dépenses de santé de leur groupe d'âge. L'étude de F.Höpflinger et V. Hugentobler⁴ mentionne : « Si l'on considère la proportion actuelle des personnes âgées tributaires de soins, on estime à 15% l'augmentation de cette population entre 2002 et 2010. D'ici à 2020, on peut s'attendre à ce que le nombre de personnes âgées nécessitant des soins augmente tout au plus d'un tiers (entre 32 et 36%) du fait du vieillissement de la population, si la proportion de cette population reste stable. »

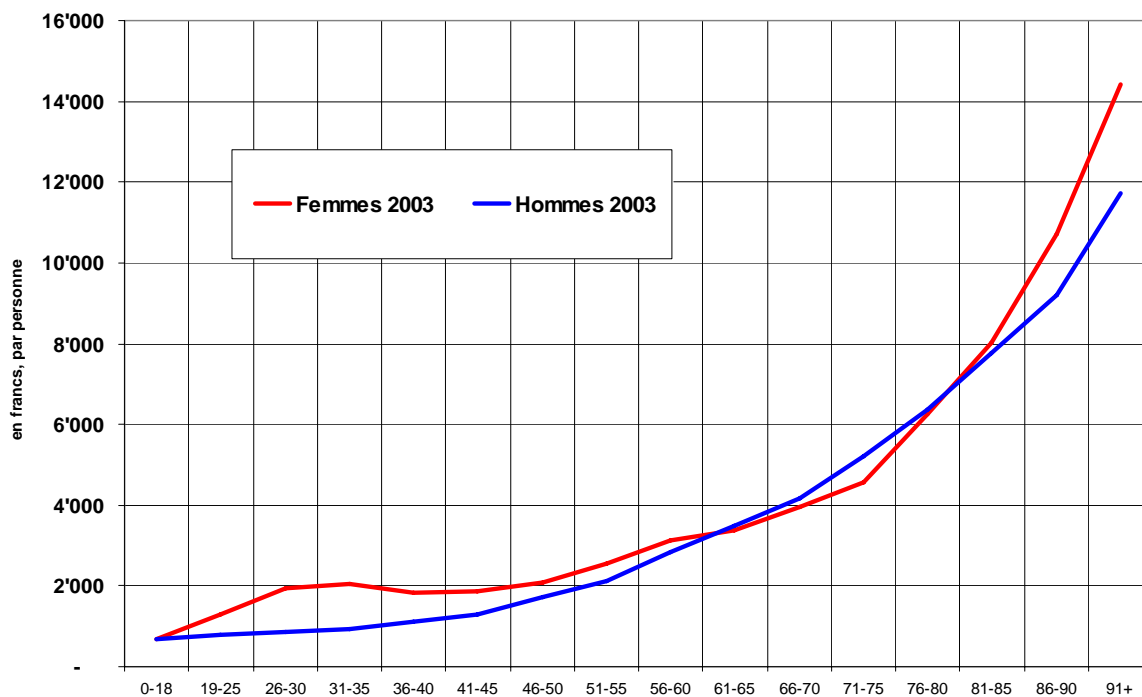
Par contre cette étude montre aussi que si des stratégies efficaces de prévention sur le terrain sont mises en place on pourrait réduire cette hausse et compter avec une progression de besoin de 20 % au lieu des 32 à 36 %. La prévention devrait s'intensifier autour des thèmes suivants : prévention des chutes, prévention de la dépression, dépistage précoce de la démence.

⁴ Les besoins des personnes âgées en Suisse Berne : Huber 2003 et Politique du 3^{ème} âge dans le canton de Berne : Projet en consultation Berne, mars 2004



Un fait réjouissant est de constater que la qualité de vie des personnes âgées à ce jour s'est améliorée par rapport aux générations précédentes. Ainsi l'espérance de vie s'accompagne d'une progression de l'espérance de vie sans incapacité. Le risque de souffrir de troubles physiques graves n'augmente en fait significativement qu'au-delà de 85 ans.

Avec le graphique ci-après, nous présentons l'évolution des coûts totaux à charge de l'assurance maladie (en 2003) en distinguant les hommes des femmes. Cette progression se vérifie depuis de nombreuses années.



Source : Coûts annuels par groupes d'âge dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, 2003



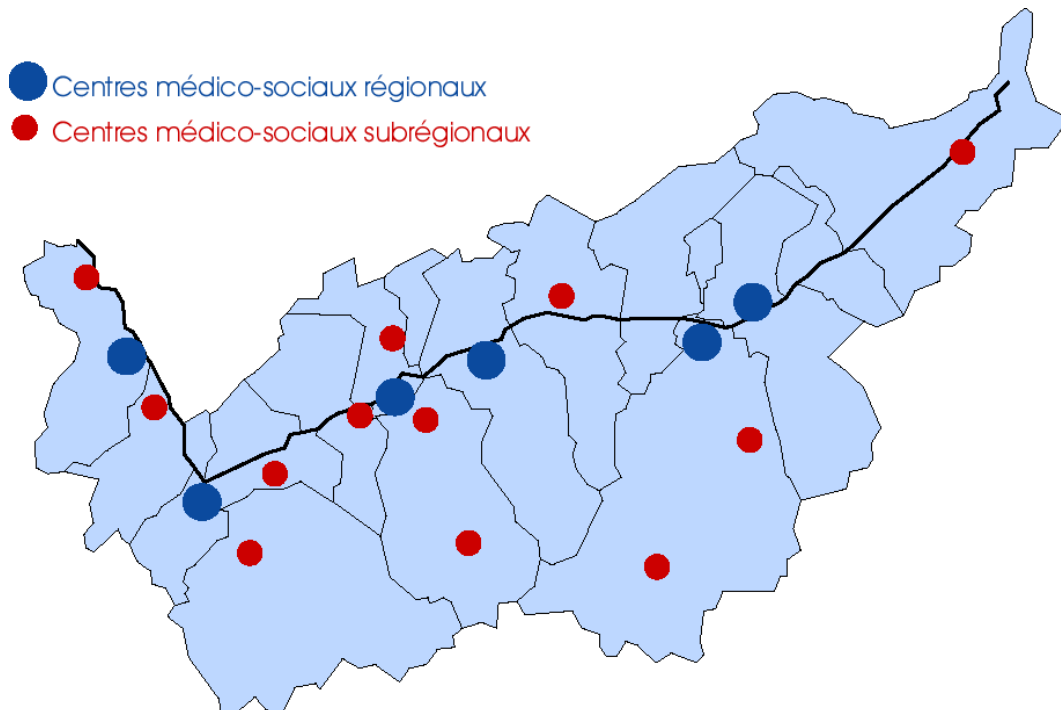
6. Centres médico-sociaux (CMS)

6.1. Généralités

La pression sur les coûts hospitaliers et les durées de séjour plus courtes dans le domaine stationnaire entraînent une augmentation des besoins dans le secteur de l'aide et des soins à domicile. L'aide et les soins à domicile présentent les avantages suivants: les personnes âgées peuvent rester dans leur cadre habituel ou y retourner ; les proches sont associés aux soins ; les coûts sont plus bas que dans le domaine stationnaire. Les services d'aide et de soins à domicile interviennent en fonction des besoins. Ils ne fournissent que les prestations nécessaires à l'usager, pas de prestations de luxe.

6.1.1. Les Centres médico-sociaux en Valais

La couverture des besoins en matières d'aide et de soins à domicile est garantie par six centres médico-sociaux régionaux. Les 6 CMS régionaux sont responsables pour les régions de : Brigue, Viège, Sierre, Sion, Martigny et Monthey.



6.1.2. Mandat de prestations

Par leurs prestations, les Centres médico-sociaux régionaux encouragent, facilitent et permettent la vie à domicile des personnes de tous les groupes d'âge, qui nécessitent de l'aide, des soins, une prise en charge sociale et un accompagnement.

Par l'octroi du mandat de prestations aux six CMS régionaux, le canton leur confie la mission de promouvoir les services d'aide et de soins à domicile, dans le but de participer à la maîtrise des coûts de la santé tout en respectant la qualité de vie des personnes. Les centres médico-sociaux régionaux ont reçu du DSSE en décembre 1997 le mandat de prestations suivant (prestations générales) :



- assurer une desserte médico-sociale, portant sur l'ensemble des prestations prévues par l'ordonnance fédérale du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS) et par les directives du 13 janvier 1997 du Département de la santé publique. Ces prestations s'étendent à tout le territoire cantonal et doivent être offertes de la façon suivante :
- 24 heures sur 24: prestations de soins planifiés, système de sécurité à domicile ;
- 7 jours sur 7 : repas, prêt de matériel ;
- Jours ouvrables : aide au ménage, soutien à domicile ;
- développer la promotion de la santé sur mandat du Département de la santé publique et en collaboration avec les autres partenaires ;
- assurer le service médico-scolaire conformément aux directives du Département de la santé publique et du Département de l'Education, de la Culture et des Sports.

6.1.3. Fournisseurs privés

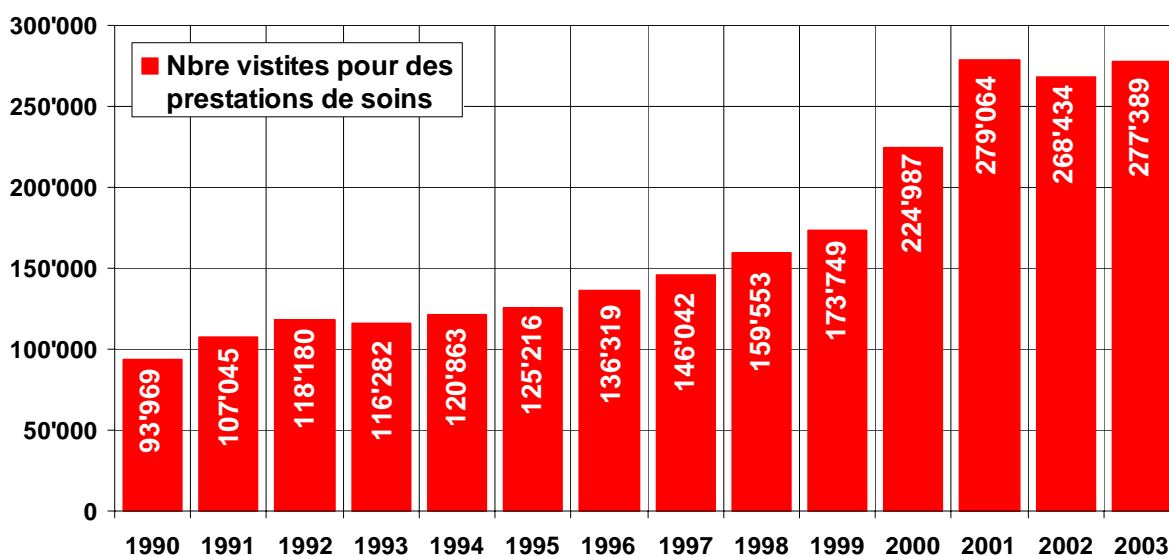
Les fournisseurs privés de prestations se sont spécialisés sur certaines prestations comme les prestations d'aide et de soins pour les enfants ou les soins palliatifs.

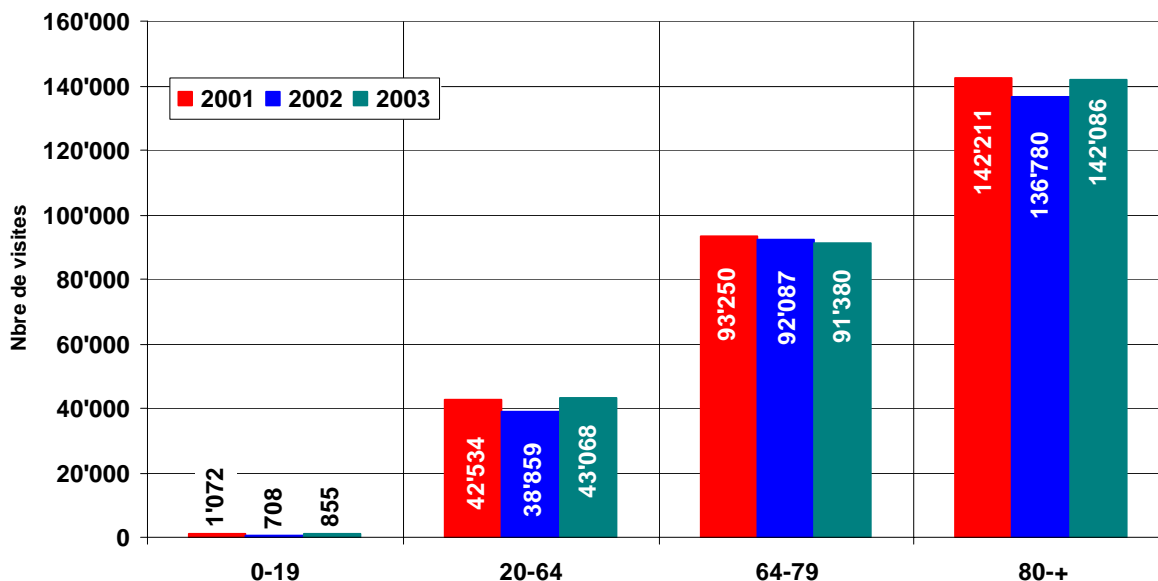
De par le mandat de prestations délivré par le Département de la Santé, des Affaires Sociales et de l'Energie, les Centres médico-sociaux sont considérés comme des prestataires primaires. Les fournisseurs de prestations privés ou les prestataires secondaires ont la possibilité de demander une autorisation d'exploiter conformément aux directives du Département de mars 2000. Cependant, l'exigence est émise d'une convention de collaboration avec les Centres médico-sociaux régionaux. Les Centres médico-sociaux régionaux ont également la possibilité de déléguer des tâches à des tiers. Les Centres médico-sociaux sont responsables du fait que les prestations déléguées à des tiers satisfont aux exigences qualitatives et que les informations nécessaires soient transmises au Département.

6.2. Etat des lieux

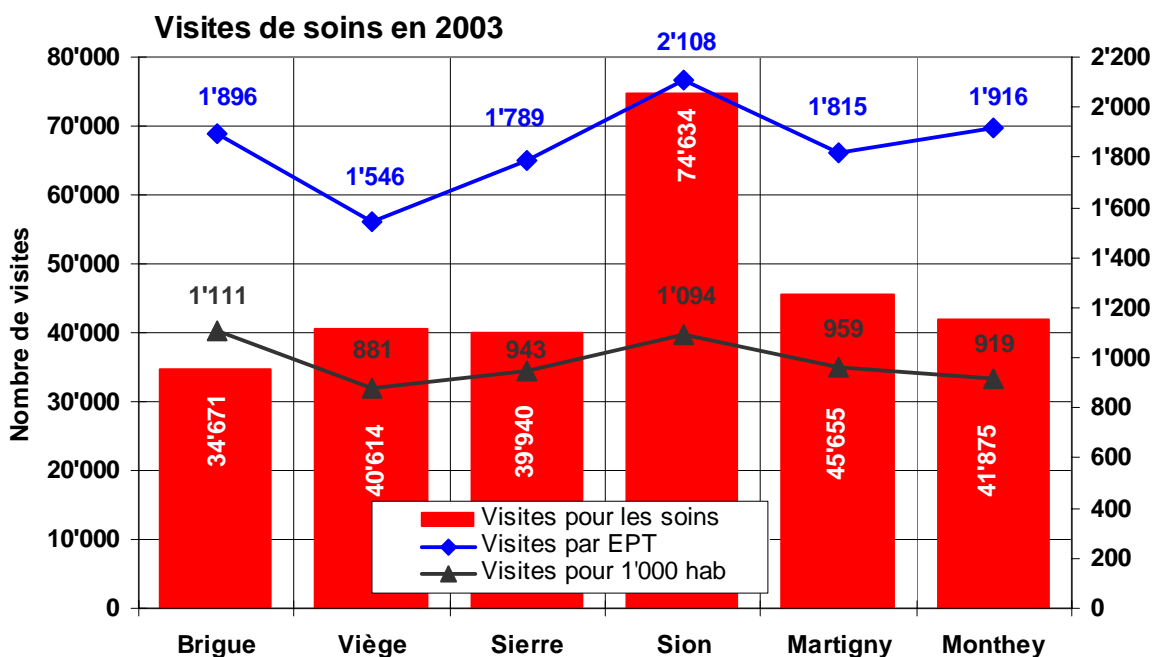
6.2.1. Evolution du nombre de visites à domicile

Le nombre de visites à domicile pour des prestations de soins a augmenté de façon marquée ces dernières années.





En prenant pour base de calcul les visites, la classe d'âge des plus de 80 ans utilise la moitié des prestations de soins. Dès lors, la demande en prestations de soins augmente de façon marquée à partir de l'âge de 80 ans. Si l'on considère le vieillissement de la population, la demande en prestations de soins à domicile va continuer à augmenter ces prochaines années.



Le nombre de visites à domicile effectuées par les infirmières est pratiquement similaire dans les cinq CMS. Seul celui de Sion connaît un nombre nettement plus important. Toutefois, si l'on calcule le nombre de visites pour 1'000 habitants, on constate que les CMS effectuent environ le même nombre de visites par habitant.



6.2.2. Dotation en personnel

6.2.2.1. Exigences en matière de personnel et la dotation du personnel

Les Centres médico-sociaux régionaux assurent l'engagement de personnel compétent, responsable et au bénéfice d'une formation adéquate. Ils sont tenus de respecter les dotations minimales en personnel requises par la décision du Conseil d'Etat de juillet 2001. Ces dotations minimales sont également admises par le DSSE en tant que conditions au subventionnement. Ces dotations sont :

- | | |
|----------------------------|------------------|
| A. 1 infirmière pour | 1'700 habitants |
| B. 1 assistant social pour | 5'500 habitants |
| C. 1 aide familiale pour | 2'500 habitants |
| D. 1 administratif | 10'000 habitants |

La mise en vigueur de ces normes minimales s'est faite de manière progressive comme le montre le calendrier ci-après :

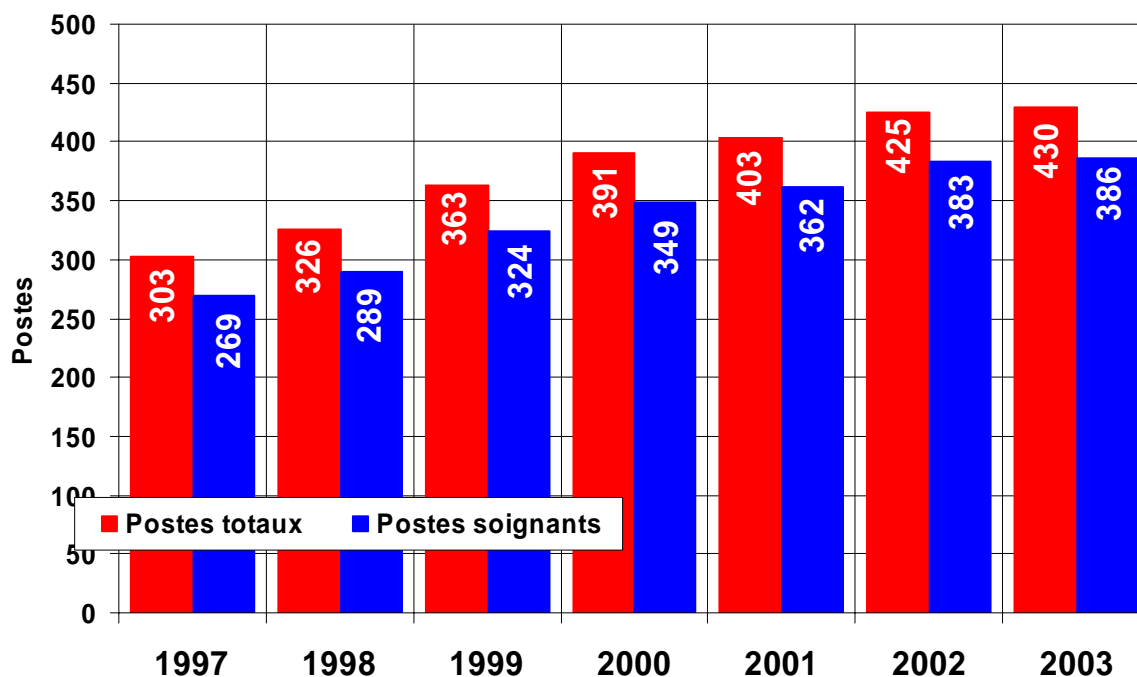
Année	2002	2004	2005
Objectif à atteindre	35%	70%	100%

Les prestations de soins doivent être fournies par du personnel diplômé. Certaines prestations peuvent être déléguées à des auxiliaires. La responsabilité de la prise en charge reste cependant du ressort du personnel diplômé. Dans le nouveau mandat de prestations, il est prévu que les exigences en matière du personnel soient réglées par catégorie de prestations.

Selon les Directives de janvier 1997, le personnel des Centres s'engage à suivre des cours de formation continue. Les Centres médico-sociaux régionaux établissent un plan annuel des formations du personnel et le communiquent au Groupement Valaisan des Centres médico-sociaux. Le Groupement prépare un tableau récapitulatif et le met à disposition du DSSE.

6.2.3. Situation actuelle concernant l'adaptation des normes minimales de dotation en personnel

L'évolution du nombre total de postes dans les CMS s'établit comme suit:



Concernant les différents domaines d'activité des CMS, les normes minimales de dotation en personnel sont remplies comme suit en 2003:

CMS	habitants 2002	Personnel soignant		Assistant social		Aides familiales		Personnel administratif		Autre personnel
		Objectif 2005	Etat 2003	Objectif 2005	Etat 2003	Objectif 2005	Etat 2003	Objectif 2005	Etat 2003	Etat 2003
Brigue	31'202	18.4	21.3	5.7	3.8	12.57	12.8	3.1	4.4	0.9
Viège	46'107	27.1	26.3	8.5	6.8	18.6	17.9	4.6	6.8	2
Sierre	42'333	24.9	22.6	7.5	4.4	16.6	14.3	4.1	6.9	30.3
Sion	68'217	40.1	34	12	8.6	26.5	39	6.6	9.6	5.9
Martigny	47'591	27.9	22.4	6.4	6.6	18.5	34.7	4.6	5.3	1.1
Monthey	45'570	26.8	20.6	7.7	11.8	16.9	26	4.2	8.1	3.1

Ce tableau met bien en évidence les différences régionales en matière de respect de la norme minimale de dotation en personnel. Bien que les CMS offrent globalement les mêmes prestations, ils sont utilisés de manière différenciée d'une région à l'autre. Dès lors, la dotation en personnel enregistre également des différences d'une région à l'autre que ce soit pour le personnel infirmier ou pour les aides familiales.

La catégorie « autre personnel » regroupe les auxiliaires en soins et en aide sociale sans que la distinction puisse être faite. Les premières peuvent fournir certaines prestations de soins sous la responsabilité du personnel formé. Pour le calcul de la dotation minimale, on ne peut les prendre en considération car, on ne connaît pas exactement le nombre d'EPT imputés aux soins. Ceci explique donc les écarts.



6.2.4. La formation du personnel

Une des exigences posée aux infirmières travaillant dans les CMS était de suivre une formation post-diplôme en santé communautaire. En 2002, 90 infirmières s'étaient spécialisées dans ce domaine. Un certain nombre d'infirmières a aussi suivi d'autres formations post-diplômes.

6.3. Développements récents

6.3.1. RAI-HomeCare

L'ASSASD (Association suisse des services d'aide et de soins à domicile) se préoccupe depuis 1996 de trouver un instrument d'évaluation des besoins en soins qui soit unique et applicable dans toute la Suisse. L'instrument RAI Home care est un outil d'évaluation des besoins, qui définit les besoins en soins des patients selon des critères identiques dans toute la Suisse. Cet instrument permet ainsi davantage de transparence dans l'évaluation des besoins et l'offre en prestations, comme cela est exigé par les assureurs-maladie (santésuisse).

Après une phase pilote sur 15 sites en Suisse (dont le CMS de Viège) qui a commencé en août 2000 et qui s'est terminée à fin mars 2002. Ce système sera introduit par étapes sur la base des recommandations de la CDS dans l'ensemble des CMS.

6.3.2. Plan comptable harmonisé

A partir de l'année 2005, tous les CMS valaisans vont introduire un plan comptable harmonisé. Ce plan, qui est fondé sur le manuel financier de l'association suisse des services d'aide et de soins à domicile, a été examiné par les assureurs maladie et recommandé par santésuisse. Ce nouveau plan comptable devrait permettre une plus grande transparence et renforcer ainsi les CMS dans leur négociation avec les assureurs maladie. Il s'agit pour les CMS d'une mesure propre à limiter les coûts et à obtenir des assureurs des tarifs conformes aux coûts.

6.4. Adaptation du mandat de prestations

6.4.1. Définitions de prestations des CMS de 1997

Le mandat actuel est réexaminé afin de l'adapter aux besoins dans le domaine des soins à domicile. Dès lors, le mandat de prestations de 2005 est complété par quelques prestations, qui sont certes déjà partiellement offertes, mais qui n'étaient pas définies dans le mandat de prestations de 1997.

6.4.1.1. Les soins à domicile en général

On entend par soins à domicile les prestations effectuées par du personnel infirmier et dispensées dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (art. 7 OPAS). Ce sont notamment les évaluations de situation, les informations et conseils aux patients ainsi qu'à leur entourage, les soins techniques délégués par les médecins, les soins de base complexes. Les soins sont planifiés et prodigués 7 jours sur 7 et 24h sur 24. Afin d'assurer une continuité optimale des soins, des contacts étroits et une bonne coordination doivent être établis avec les 3 centres hospitaliers du Valais, les médecins et les autres institutions. A cette fin, la plupart des CMS disposent aujourd'hui d'une instance régionale de coordination inter-institutionnelle.



6.4.1.2. L'aide au ménage

On entend par aide au ménage des prestations comportant l'aide à la famille, l'aide à la gestion complète du ménage, l'hygiène et le soutien dans les actes de la vie quotidienne. Ces prestations sont dispensées, en fonction de critères définis, soit par des aides familiales diplômées, soit par du personnel auxiliaire d'aide. Les prestations de soutien dans les actes de la vie quotidienne incluent des présences de jour ou de nuit, la mobilisation physique et psychique, la suppléance ou le soutien des familles et de l'entourage dans l'accompagnement de personnes en perte d'autonomie. Les prestations d'aide sont planifiées 7 jours sur 7 et 24h sur 24. Afin d'assurer une continuité optimale de l'aide, des contacts étroits et une bonne coordination doivent être établis avec les 3 centres hospitaliers du Valais, les médecins et les autres institutions. A cette fin, la plupart des CMS disposent aujourd'hui d'une instance régionale de coordination inter- institutionnelle.

6.4.1.3. Service de repas à domicile

Les CMSR sont responsables de la mise sur pied, de l'organisation de distribution régulière de repas à domicile sur l'ensemble de leur secteur. Les repas répondent à des normes de qualité, de diététique et d'hygiène incluant les régimes alimentaires les plus fréquents (repas sans graisse, diabétiques, sans fibre, etc.).

La livraison des repas peut être assurée par du personnel d'aide auxiliaire rattaché au service des repas ainsi que, dans des cas précis, à des bénévoles. L'ensemble de ces personnes doit recevoir les consignes nécessaires pour assurer la livraison des repas. Elles doivent régulièrement informer les équipes de maintien à domicile lors de situations particulières afin de coordonner efficacement les diverses prestations.

6.4.1.4. La sécurité à domicile

On entend par sécurité à domicile toutes les mesures visant à réduire l'insécurité physique et psychique des personnes vivant chez elles. Ces prestations s'inscrivent dans l'aide et les soins à domicile. Elles comprennent la prévention des accidents domestiques, l'adaptation du logement, le soutien et le suivi professionnel en cas d'anxiété des personnes ou de leur entourage. La sécurité à domicile inclut également des permanences téléphoniques en cas de soins continus et des permanences téléphoniques en lien avec des systèmes d'alarme. Les permanences liées à des systèmes d'alarme fonctionnent 24h sur 24 et 7 jours sur 7.

6.4.1.5. Le prêt et location de matériel

Les CMS mettent à disposition, en prêt ou en location, tout le matériel auxiliaire nécessaire aux soins ou à la vie quotidienne des personnes malades ou en perte d'autonomie à domicile, sur l'ensemble de leur secteur. Ils sont responsables de la gestion des stocks, de la gestion des locaux de dépôts du matériel, de l'entretien et de l'hygiène de ces locaux ainsi que de l'entretien du matériel. L'évaluation professionnelle, dans les situations de maintien à domicile, prend en compte les aspects des limitations fonctionnelles des personnes et propose des moyens auxiliaires afin de bénéficier de plus d'autonomie. Pour les soins, il est également indispensable de disposer du matériel nécessaire pour une prise en charge adéquate. Un service de prêt et de location de matériel auxiliaire doit être accessible au public pendant les jours ouvrables, selon des horaires journaliers définis.



6.4.1.6. Le service de la petite enfance

Ce service comprend des séances de consultations pour nourrissons permettant aux parents de contrôler le développement de leurs enfants (de 0 à 2 ans), de bénéficier de conseils notamment dans les domaines de l'alimentation, du sommeil, du développement et des soins courants aux bébés. Des consultations pré-scolaires (2-4 ans) font également partie de ce secteur. Les enfants bénéficient d'une évaluation dans les domaines du développement psychomoteur, du développement physique et sensoriel.

6.4.2. Nouveaux mandats de prestations des CMS en 2005

Au vu de l'évolution démographique et du nombre grandissant de personnes âgées vivant seules à domicile ainsi que du nombre de familles impliquées dans les soins de la personne âgée il y a lieu de développer ou d'intégrer des offres nouvelles dans les prestations des CMS. Quatre domaines sont à retenir :

6.4.2.1. Les soins palliatifs

Les soins palliatifs prennent une place toujours plus importante dans la prise en charge à domicile. Les personnes âgées désirent souvent passer la dernière partie de leur vie à domicile et dans leur environnement habituel. Il en résulte pour le personnel des CMS des efforts supplémentaires en vue d'assurer une formation continue en soins palliatifs et soins de fin de vie. Dans ce domaine, les CMS travaillent également avec des fournisseurs privés de prestations.

La médecine, les soins et l'accompagnement palliatifs comprennent tous les traitements médicaux, les actes de soins ainsi que les mesures de soutien psychique, social et mental en faveur de personnes souffrant d'une maladie progressive et incurable. Leur objectif est de soulager la souffrance et de garantir au patient et à ses proches la meilleure qualité de vie possible ainsi qu'une prise en charge adéquate en fin de vie.

6.4.2.2. Les appartements intégrés à encadrement médico-social (Domicile nouvelle option DOMINO)

Les appartements à encadrement médico-social sont des appartements qui hébergent plusieurs personnes âgées. Les personnes bénéficient des prestations d'aide et de soins des CMS. Ces appartements sont destinés en particulier à des personnes âgées dépendantes, qui souhaitent continuer de vivre dans leur région.

Les CMS développent dans leur région et en complément des prestations d'aide et de soins à domicile, des appartements intégrés à encadrement médico-social. On entend par appartements intégrés à encadrement médico-social de nouvelles formes d'habitats complémentaires au domicile habituel et aux institutions existantes. Ces appartements adaptés (sans barrières architecturales) réunissent sous leur toit quelques personnes requérant une intégration sociale et des soins. Le mot « intégré » signifie que ces appartements sont intégrés au village ou au quartier. Les personnes qui y vivent sont colocataires et conservent ainsi leur indépendance tout en ayant la possibilité de ne pas être seules.

Les prestations d'aide et de soins sont dispensées par le personnel du CMS comme dans n'importe quel domicile et des prestations d'accompagnement et de soutien dans les activités de la vie quotidienne sont assurées par du personnel auxiliaire d'aide (auxiliaire de vie) sous la responsabilité des professionnels. Les CMS interviennent comme intermédiaires pour la location et la mise à disposition des appartements.

Chaque CMS régional ouvre au besoin au moins 15 unités de logement DOMINO .



6.4.2.3. L'aide aux proches qui soignent

Selon des chiffres publiés par Pro Senectute on estime en Suisse qu'environ 250'000 personnes sont soignées à court ou long terme – parfois pendant plusieurs années – par des proches. Ces proches sont des membres de la famille parfois aussi des voisins et/ou des amis. La plupart de ces soignants sont déjà en âge AVS. L'Office fédéral de la statistique (OFS) 1/2003 mentionne qu'une étude française de l'INSEE indique *que 50% des personnes âgées sont aidées uniquement par leur entourage. La moitié des aidants principaux sont les conjoints – le plus souvent la femme ; leur âge moyen est de 70 ans et dans la moitié des cas, le conjoint aidant a plus de 70 ans. Lorsqu'un enfant est le principal fournisseur d'aide, l'âge moyen est de 51 ans.* En Suisse, un article paru au début mai dans le journal des infirmières « L'aide au soignants naturels, un maillon essentiel dans le maintien à domicile » fait état de chiffres suivants :

- 80% du besoin en soins à domicile est couvert par les proches ;
- 60% des soignants naturels sont des conjoints (dont 80% des femmes) ; 40% des filles et des belles-filles ;
- un tiers d'entre eux ne font pas appel aux services de soins à domicile parce que ils ne veulent pas d'étrangers à la maison ;
- les membres de la famille fournissent 17.9 heures de soins par semaine durant 6.5 ans en moyenne ;
- 60% des proches soignants sont âgés entre 60 et 90 ans.

Ces soins de longue haleine sont exigeants et ont souvent comme corollaire l'épuisement des soignants informels. D'autre part, certaines familles connaissent des problèmes financiers liés à ces soins de longue durée. Ces personnes sont souvent en lien avec le système de soins formel, soit les CMS. Il conviendrait de développer avec éventuellement d'autres partenaires (Pro Senectute, les EMS) une systématique d'offre d'aide aux proches soignants. Les aides à prévoir sont surtout de donner des plages de répit à ces soignants en favorisant l'accueil de la personne malade dans les centres de jour, dans les unités d'accueil temporaire et de faire connaître le droit à la rente d'impotence pour les proches soignants. Cette aide financière pouvant permettre d'aider au paiement des répits par exemple ou aux frais liés aux foyers de jour. Il y aurait aussi lieu de faire connaître les offres d'aide en soins ainsi que de répit aux familles qui ne sont pas connues des CMS.

Le rapport final de juin 2001 « Unterstützung der pflegenden Angehörigen (soutien aux familles soignant un proche) » des régions de santé de Viège et Brigue pourrait servir de base de réflexion pour la mise en place de projets dans les 6 centres médico-sociaux.

Un exemple de participation financière nous vient du canton de Fribourg

« La loi fribourgeoise du 27 septembre 1990 sur les soins et l'aide familiale à domicile prévoit, à son article 13, que les parents et les proches qui apportent une aide régulière à une personne impotente peuvent obtenir une indemnité forfaitaire de fr. 25.- par jour, après un délai d'attente de 60 jours ».



6.4.2.4. Les visites préventives auprès des personnes âgées à risque

Afin de favoriser le maintien à domicile de la population âgée ayant des handicaps dits légers, il conviendrait de prévoir des visites préventives afin de maintenir le potentiel d'autonomie maximal de ces personnes.

Ce projet, soutenu notamment par santésuisse, devrait être généralisé sur toute la Suisse. Il consiste à évaluer les risques auprès des personnes âgées sans problème par un questionnaire qui leur est envoyé. L'évaluation des risques personnels est adressée à la personne même et à son médecin traitant qui l'encouragera aux mesures jugées appropriées (instauration d'un traitement, organisation de la maison, alimentation, exercice physique).

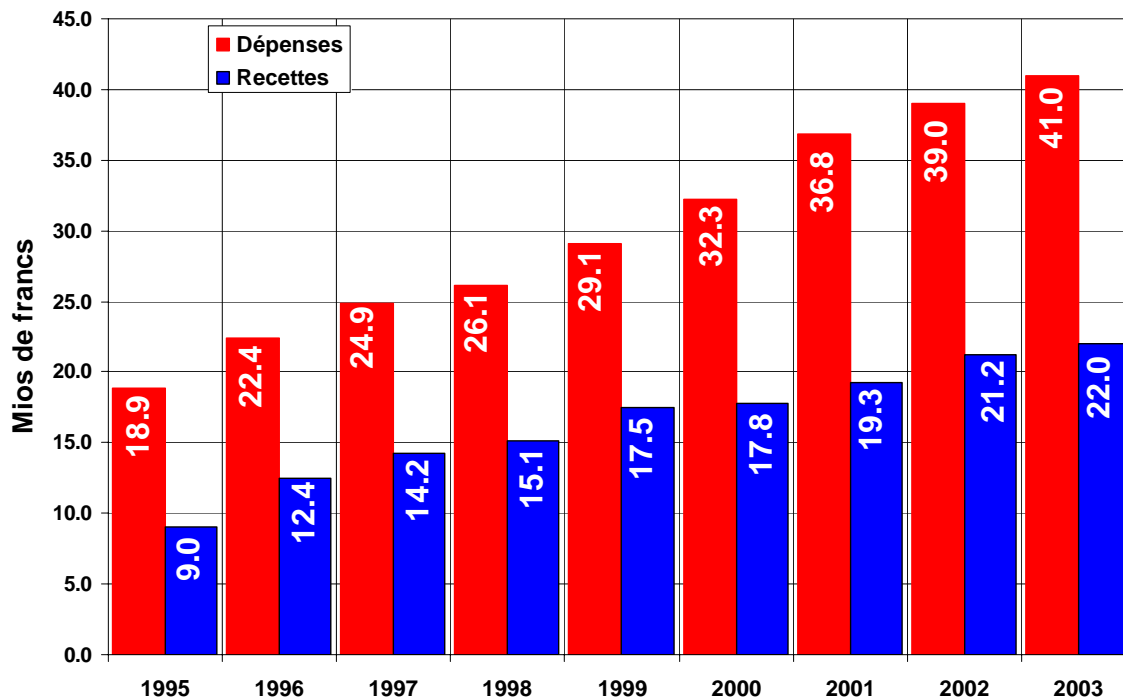
Il convient d'examiner ensemble avec les médecins traitants et les autres partenaires, l'opportunité de l'introduction de ce projet avec l'informatisation des CMS et les possibilités ainsi données, de gérer les flux d'informations et de réponses.



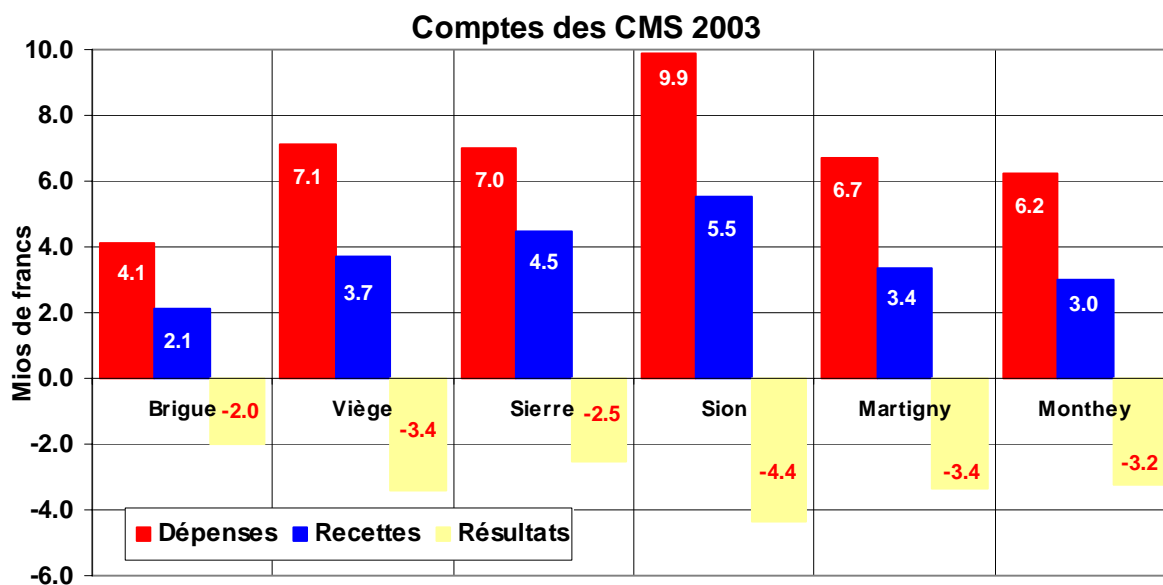
6.5. Financement

Recettes et dépenses des Centres médico-sociaux

Le graphique suivant met en évidence l'évolution des dépenses et des recettes depuis 1995.



Selon les dispositions légales, le canton participe à 50% du déficit des CMS. Le solde des 50% est pris en charge par les communes de la région en question.



Le financement des CMS est au coeur d'une réflexion plus large de l'ensemble du financement des soins en Valais, dans le cadre de la révision de la loi valaisanne sur la santé qui doit être réalisée pour 2007.



6.6. Résumé des propositions pour la période 2005 – 2010

Suite à l'évolution de la prise en charge des personnes âgées à domicile, les différentes propositions suivantes doivent être introduites dans les mandats de prestations des CMS.

- Définir les termes utilisés dans le mandat de prestation ;
- **Les soins palliatifs** : La médecine, les soins et l'accompagnement palliatifs comprend tous les traitements médicaux, les actes de soins ainsi que les mesures de soutien psychique, social et mental en faveur de personnes souffrant d'une maladie progressive et incurable. Les soins palliatifs prennent une place toujours plus importante dans la prise en charge à domicile. Il en résulte pour le personnel des CMS des efforts supplémentaires en vue **d'assurer une formation continue en soins palliatifs** et soins de fin de vie. Dans ce domaine, les CMS travaillent également avec des fournisseurs privés de prestations.
- **Les appartements intégrés à encadrement médico-social** : Les CMS développent dans leur région et en complément des prestations d'aide et de soins à domicile, des appartements intégrés à encadrement médico-social. Les prestations d'aide et de soins sont dispensées par le personnel du CMS comme dans n'importe quel domicile et des prestations d'accompagnement et de soutien dans les activités de la vie quotidienne sont assurées par du personnel auxiliaire d'aide (auxiliaire de vie) sous la responsabilité des professionnels. Les CMS interviennent comme intermédiaires pour la location et la mise à disposition des appartements.
- **L'aide aux proches qui soignent** : Les soins de longue haleine donnés par des proches sont exigeants et ont souvent comme corollaire l'épuisement des soignants informels. D'autre part certaines familles connaissent des problèmes financiers liés à ces soins de longue durée. Ces personnes sont souvent en lien avec le système de soins formel, soit les CMS. **Il conviendrait de développer avec éventuellement d'autres partenaires (Pro Senectute, les EMS) une systématique d'offre d'aide aux proches soignants.** Les aides à prévoir sont surtout de donner des plages de répit à ces soignants en favorisant l'accueil de la personne malade dans les centres de jour, dans les unités d'accueil temporaire pour des périodes de vacances, de faire connaître le droit à la rente d'impotence pour les proches soignants. Cette aide financière pouvant permettre d'aider au paiement des répits par exemple ou aux frais liés aux foyers de jour. Il y aurait aussi lieu de faire connaître les offres d'aide en soins ainsi que de répit aux familles qui ne sont pas connues des CMS.
Le rapport final de juin 2001 « Unterstützung der pflegenden Angehörigen (soutien aux familles soignant un proche) » des régions de santé de Viège et Brigue pourrait servir de base de réflexion pour la mise en place de projet dans les 6 centres médico-sociaux.
- **Les visites préventives auprès des personnes âgées à risque** : Afin de favoriser le maintien à domicile de la population âgée ayant des handicaps dits légers il conviendrait de prévoir des **visites préventives** pour maintenir le potentiel d'autonomie maximal de ces personnes. Le projet d'évaluation par visites ou par questionnaires des risques (**Folgeprojekt EIGER und SOIPRA, généralisation prévue**) est soutenu notamment par santésuisse et prévoit une généralisation sur



toute la Suisse suite aux expériences dans la phase pilote SOIPRA. Il consiste à évaluer les risques auprès des personnes âgées sans problèmes encore par un questionnaire qui leur est envoyé. L'évaluation des risques personnels est adressée à la personne même et à son médecin traitant qui l'encouragera aux mesures jugées appropriées (instauration d'un traitement, organisation de la maison, alimentation, exercice physique). Il convient d'examiner ensemble avec les médecins traitants et les autres partenaires, l'opportunité de l'introduction de ce projet avec l'informatisation des CMS et les possibilités ainsi données de gérer les flux d'informations et de réponses.

- participer à des programmes de recherche ;
- mettre en oeuvre des mesures de promotion de la santé au travail;
- évaluer régulièrement les bénéfices des mesures prises.



7. Etablissements médico-sociaux pour personnes âgées (EMS)

7.1. Les besoins

7.1.1. Généralités

Nous ne reviendrons pas ici sur le thème du vieillissement démographique déjà traité plus haut (chapitre 5).

En ce qui concerne plus particulièrement les EMS, les indicateurs présentés dans le concept de 2001 ont clairement démontré que l'activité de ces institutions a augmenté ces dernières années. Cette progression a lieu à deux niveaux. D'une part, il convient de relever qu'en l'espace de dix ans, les journées-malades ont fortement augmenté. Parallèlement, les résidents pris en charge dans ces structures présentent des pathologies de plus en plus sévères. Cet élément se traduit directement dans l'évolution à la hausse des BESA 3 et 4 (Bewohnerinnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem).

7.1.2. Evolution du nombre de lits de 1999 à 2003

Dans les tables qui suivent, nous présentons le nombre de lits exploités et subventionnés. Le nombre de lits exploités correspond au nombre de lits qui accueillent des résidents dans les EMS du canton. Quelques établissements peuvent disposer de plus de lits que ceux subventionnés par le canton.

En 1999, un certain nombre d'établissements privés ne touchaient pas de subvention de la part du canton. En 2003, tous les établissements figurant sur la liste sont subventionnés.

De façon plus générale, nous constatons que, dans l'ensemble, le nombre de lits exploités et/ou subventionnés a augmenté entre 1999 et mars 2003.

Nom EMS	1999		2003		Différence 03-99	
	Lits exploités	Lits subventionnés	Lits exploités	Lits subventionnés	Lits exploités	Lits subventionnés
Haut-Valais	559	494	587	580	+28	+86
Valais central	851	780	886	883	+35	+103
Bas-Valais	746	593	759	745	+13	+152
VALAIS	2'156	1'867	2'232	2'208	+76	+341

En 1999, le **Haut-Valais** comptait 2 établissements privés (65 lits). Ces lits sont subventionnés en 2003.

Le **Valais Central** voit augmenter le nombre de lits exploités de 35 unités exploités et de 103 subventionnés. Cela s'explique notamment par la construction de 10 lits à St-François à Sion et par la reconnaissance d'intérêt public de l'EMS St-Pierre à Sion.

Le **Bas-Valais** dispose de 13 lits exploités supplémentaires. En terme de subventionnement, cette région voit le nombre de lits augmenter de façon importante. Cela s'explique par le fait que cette région comptait en 1999 six établissements privés. Cette région se caractérise aussi



par le fait qu'un établissement (Home du Pas à Vernayaz) a fermé ses portes à la fin de l'année 2002.

Le Valais exploite donc globalement 76 lits de plus qu'en 1999.

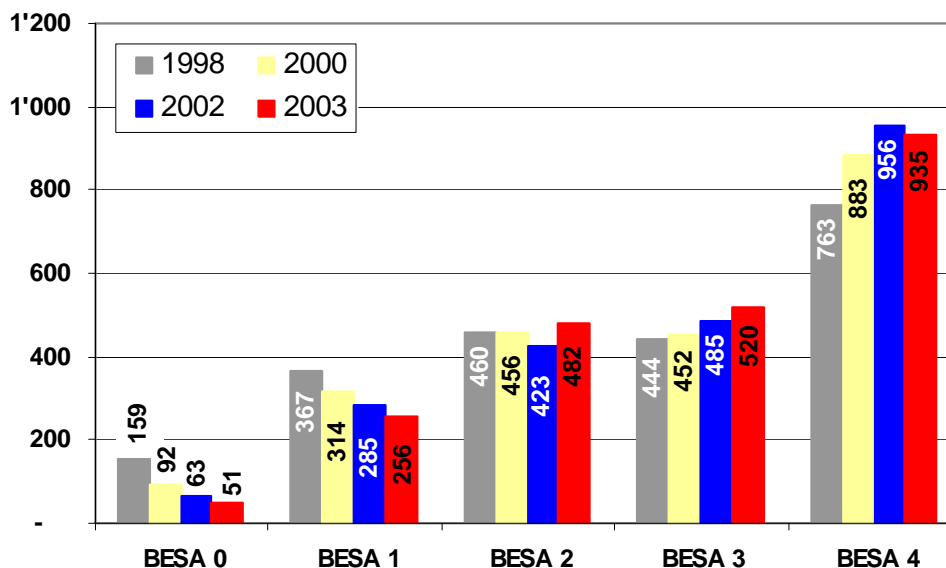
La répartition du nombre de lits pour 1'000 habitants de 80 ans et plus est un indicateur important car il met en évidence les différences de dotation entre les régions du canton. Ainsi, si l'on se souvient que la dotation prévue en 2001 pour 2010 était de 195 lits pour 1'000 personnes de 80 ans et plus, nous constatons que le Valais devrait disposer de :

Région	Lits planifiés pour 2010	Lits exploités en 2003	Différence 2010-2003
Haut-Valais	703	587	116
Centre	997	886	111
Bas-Valais	800	759	41
Total	2'500	2'232	268

7.1.3. Occupation des lits

Les personnes prises en charge dans ces institutions nécessitent de plus en plus de soins. Le graphique ci-après montre clairement, pour l'année 2003, que le nombre de résidents en BESA⁵ 4 est très important (43%). Les patients BESA 3 représentent le 23% des résidents et les BESA 2 le 21%. Ces deux dernières catégories sont en augmentation par rapport à 2002. Les données de 2004 montrent à nouveau une augmentation des BESA 4. La baisse enregistrée en 2003 n'est probablement que passagère.

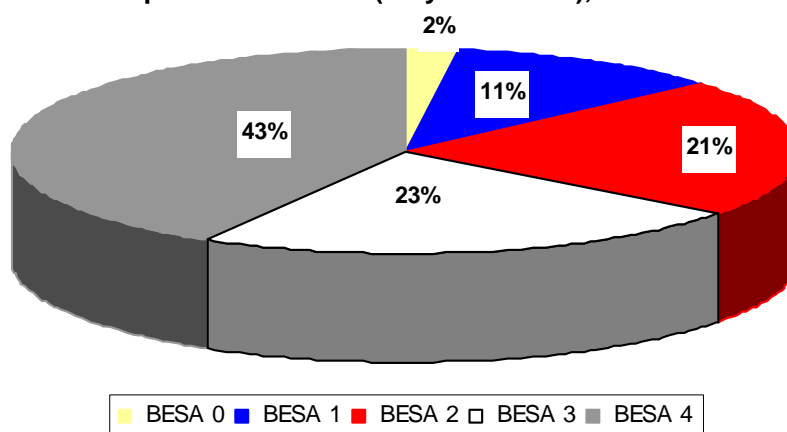
Nombre de cas 2003, n=2'244



⁵ BESA : système de classification de la lourdeur de la charge en soins dans les EMS



Répartition des cas (moyenne 2003), n=2'244



Les directives du DSSE prévoient que dans les EMS les personnes âgées reçoivent les soins infirmiers, les traitements médicaux nécessaires et qu'une prise en charge sociale soit offerte. Cette dernière offre consiste d'une part à favoriser la vie sociale à l'intérieur de la structure d'accueil et à maintenir les contacts sociaux avec l'extérieur. De ce fait les animations prennent une nouvelle dimension au sein des institutions. L'animation recouvre toutes les activités exercées par la personne âgée pour maintenir son insertion sociale et éviter le repli sur soi ainsi que celles permettant de maintenir une certaine autonomie ou de la retrouver. Ce volet de l'hébergement collectif est en plein essor et il s'agira de le développer encore et de favoriser les formations y relatives.

7.1.4. Origine des résidents

Ce paragraphe présente la proportion de résidents provenant du district dans lequel l'établissement se trouve, ainsi que ceux provenant de l'extérieur du district. Ce tableau présente également le nombre de résidents totaux pour l'année 2003 par district.

Districts	Conches	Brigue	Viège	Loèche	Rarogne occ.	Sierre	Sion
Nb de résidents	107	139	311	135	83	399	505
dans le district	72.0%	99.3%	79.4%	49.6%	59.0%	90.7%	68.1%
hors du district	28.0%	0.7%	20.6%	50.4%	41.0%	9.3%	31.9%

Districts	Hérens	Conthey	Martigny	Entremont	St. Maurice	Monthey	Total
Nb de résidents	71	199	442	140	77	341	2'949
dans le district	95.8%	74.9%	75.6%	82.1%	94.8%	88.3%	79.2%
hors du district	4.2%	25.1%	24.4%	17.9%	5.2%	11.7%	20.8%

7.1.5. Age des résidents

La population résidant dans les EMS du canton avait un âge moyen de 83.3 ans lors de l'admission en 2003. Le tableau suivant donne le détail de la moyenne d'âge à l'admission pour chaque district et par région. Globalement, la moyenne d'âge des résidents à l'admission dépasse largement 80 ans pour tous les districts.



Districts	Nb de résidents en 2003	Age moyen des résidents à l'admission en 2003
Conches	107	82.6
Brigue	139	86.1
Viège	311	83.0
Loèche	135	85.1
Rarogne occ.	83	84.2
Haut-Valais	775	84.0
Sierre	444	84.2
Sion	460	81.5
Hérens	71	84.0
Conthey	199	82.2
Valais Central	1'174	82.8
Martigny	442	82.6
Entremont	140	82.8
St. Maurice	77	86.5
Monthey	341	83.8
Bas-Valais	1'000	83.3
Total	2'949	83.3

7.1.6. Décès

Le nombre et la proportion de décès pour chaque district ainsi que par région est présenté dans le tableau suivant. Bien que certains districts présentent des taux de décès plus ou moins importants, la moyenne cantonale se situe à 21.6%. Il importe de préciser que le taux de mortalité a été calculé pour l'ensemble des résidents sur l'année 2003 et non à partir des statistiques des établissements à la fin de l'année 2003, ce qui explique pourquoi le nombre de résidents (2'949) est largement plus élevé que le nombre de lits (2'208).

Districts	Nb de résidents en 2003	Décès en 2003	Proportion de décès en 2003
Conches	107	31	29.0%
Brigue	139	22	15.8%
Viège	311	62	19.9%
Loèche	135	28	20.7%
Rarogne occ.	83	18	21.7%
Haut-Valais	775	161	20.8%
Sierre	444	119	26.8%
Sion	460	96	20.9%
Hérens	71	11	15.5%
Conthey	199	43	21.6%
Valais Central	1174	269	22.9%
Martigny	442	103	23.3%
Entremont	140	29	20.7%
St. Maurice	77	17	22.1%
Monthey	341	58	17.0%
Bas-Valais	1000	207	20.7%
Total	2949	637	21.6%



7.1.7. Les personnes atteintes de démence

Les personnes atteintes de démence en établissement médico-social constituent pour les soignants qui s'en occupent un défi quotidien. Ces personnes sont aussi au centre d'une recherche réalisée dans 19 EMS valaisans dans le cadre d'une action conjointe du fonds national de la recherche scientifique et de la commission pour la technologie et l'innovation dans le but de promouvoir la recherche appliquée dans les HES.

De cette recherche⁶, nous signalons les résultats suivants:

Parallèlement au vieillissement de la population, on constate que les personnes accueillies dans les EMS sont pour une partie d'entre elles de plus en plus âgées et qu'un certain nombre d'entre elles souffrent de démences. Ceci est aussi confirmé par les rapports des médecins répondants qui mentionnent chaque année un taux plus important de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'autres démences dégénératives ou vasculaires. Les problèmes les plus fréquents lors d'une démence sont :

- les troubles de la concentration ;
- les pertes de mémoire, (amnésie) ;
- la désorientation dans le temps, dans l'espace, en situation et en rapport à elle-même ;
- troubles du langage (aphasie) ;
- troubles de la reconnaissance (agnosie) ;
- imprévoyance, absence de plans ;
- troubles des mouvements volontaires (apraxie) ;
- perte de la capacité de jugement ;
- déficit de la capacité d'abstraction ;
- troubles de la gestion des émotions et des comportements.

Le travail des chercheurs met en évidence des appréhensions des soignants face à l'imprévisibilité d'un tableau clinique déstabilisant. Des conclusions de leur travail on peut retenir essentiellement les points suivants qui touchent 3 axes:

L'institution

« Concernant l'organisation, les unités composées de personnes atteintes de démence posant des difficultés d'adaptation à la vie communautaire ne devrait pas dépasser le nombre de 10. Au-delà de ce chiffre le risque de surmenage des soignants est réel.

En regard du nombre croissant de personnes atteintes de démence, l'architecture des EMS est amenée à subir des changements. Des zones de déambulation accessibles à ces personnes sont nécessaires (...). Une évaluation de l'organisation du travail sous l'angle de la quantité et de la qualité nécessiterait une réflexion intégrant une conception de soins adaptée... »

⁶ **Les personnes âgées atteintes de démence en établissement médico-social** : défis quotidiens pour les soignants collectif : EVSI Sion Georges Pont et collaboration scientifique François Höpflinger Valérie Hugentobler, novembre 2001



La profession

« La conception de soins et l'élaboration des outils spécifiques à la problématique de la prise en soins de la personne atteinte de démence relève de la responsabilité des infirmières. Ceci implique que les dernières connaissances et approches de la personne qui souffre de démence soient connues et maîtrisées.

Les infirmières ont un rôle de modèle à jouer envers le personnel moins qualifié.

Dans les projets de soins les familles et les proches de la personne âgée doivent être intégrés... ».

La formation

« Le vieillissement de la population et les flux migratoires sont des données démographiques qui modifient les politiques socio-sanitaires. Ainsi, les phénomènes relatifs à la multiculturalité et à la dimension intergénérationnelle se développent. Les différences culturelles et les écarts d'âge entre soignants et soignés changent l'approche des soins. Toutes ces nouvelles données doivent instruire la formation. Plus précisément, les démences et l'offre en soins spécifique qu'elles requièrent devraient occuper à l'avenir une place de choix dans les programmes... ».

7.1.7.1. Projet pilote d'une unité de prise en charge de personnes atteintes de démence

Le canton a approuvé la mise en place, en septembre 2003, d'une unité pilote pour la prise en charge des personnes atteintes de démence. Le concept de base utilisé par l'EMS St. Martin à Viège est celui du modèle psycho-biographique d'Erwin Böhm. Une évaluation intermédiaire a eu lieu en décembre 2003 et l'évaluation finale s'est faite à la fin de la première année d'expérience. Suite à cette expérience le développement de ces unités est encouragé. On peut d'ores et déjà dire que 3 autres EMS ont mis en place des unités spécifiques pour les résidents atteints de démence. Ils l'ont fait sur la base d'autres concepts de prise en charge. D'autre part dans les nouvelles constructions d'EMS des unités spécifiques sont prévues. Leur concept architectural est adapté aux besoins particuliers de ces résidents.

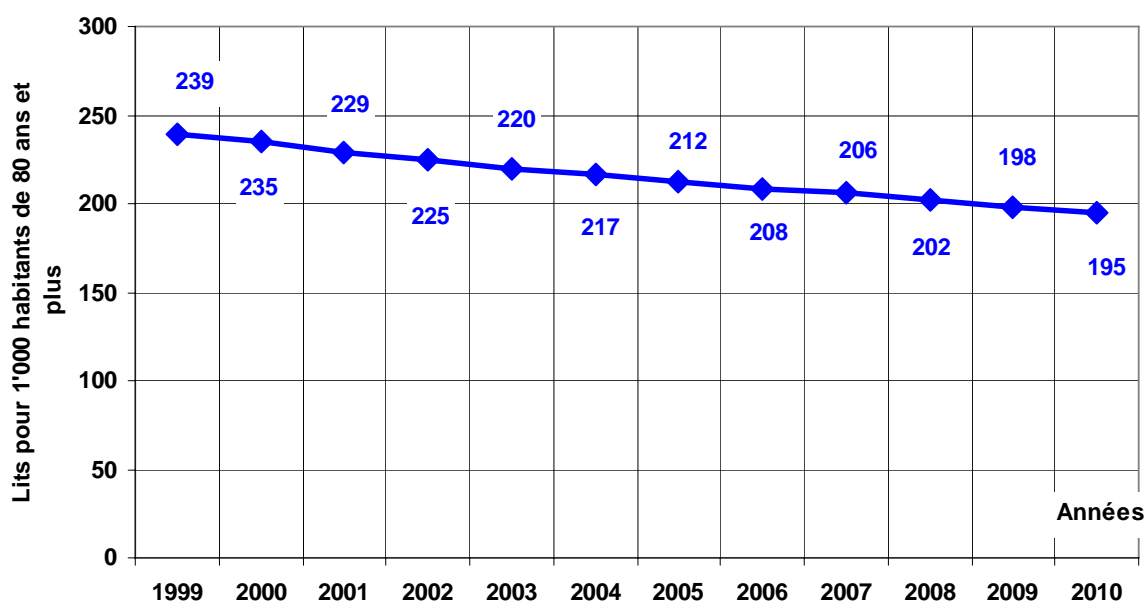
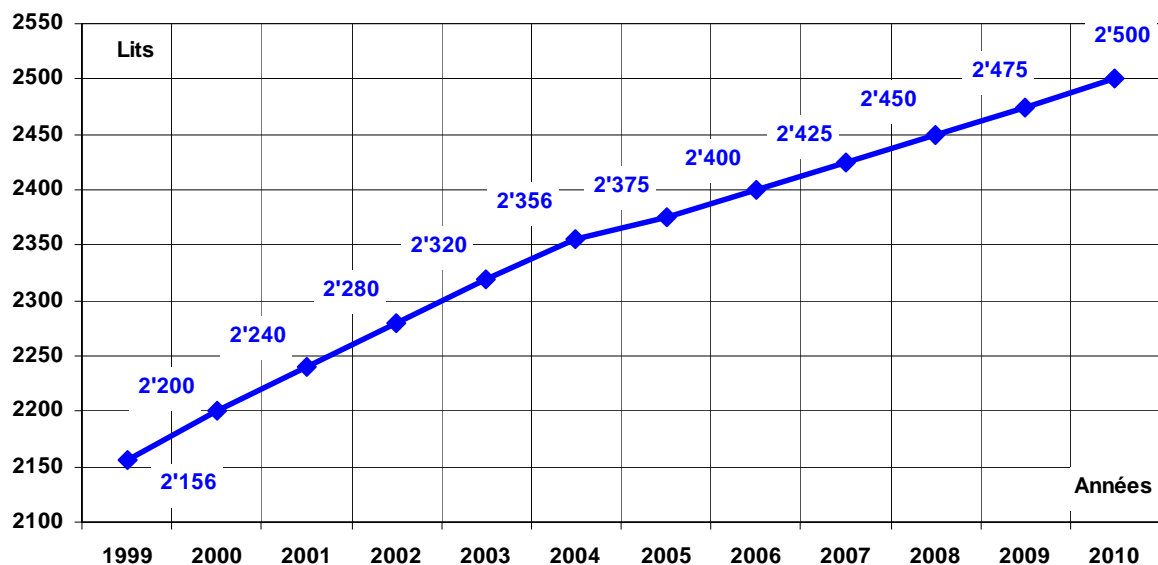
7.2. Mise en œuvre du concept de 2001

Afin de faire face aux besoins des personnes âgées, le concept du mois de mai 2001 prévoyait notamment les deux variantes suivantes :

- adaptation de l'offre actuelle à une densité de 255 lits pour 1'000 habitants de 80 ans et plus. La mise en œuvre de cette variante aurait nécessité une **augmentation du nombre de lits pour 1'000 habitants de l'ordre de 44%** pour atteindre 3278 lits en 2010 ;
- Prise en compte partielle du vieillissement de la population dans les EMS et développement d'autres structures afin de faire face à l'ensemble des besoins. Ainsi, cette variante propose une dotation de 195 lits pour 1'000 habitants de 80 ans et plus en 2010, ce qui représente un total de 2'500 lits en 2010 c'est à dire **une baisse du nombre de lits pour 1'000 habitants de l'ordre de 18%**.



Cette dernière variante, présentée schématiquement à la page suivante a été approuvée par la commission de planification et adoptée par le Conseil d'Etat.



- nombre de lits d'EMS pour 1000 personnes de 80 ans et plus.
- nombre de lits d'EMS pour 1000 personnes de la population totale ;
La population totale du canton du Valais était à la fin 2003 de 284'200 habitants. Sur la base du nombre de lits disponibles en 2003 la dotation était de 8.2 lits pour mille habitants.

En prenant les classes d'âges des personnes de 65 ans et plus on calcule une dotation de 50.9 lits pour 1000 habitants. Quant au nombre de lits pour 1000 habitants de 80 ans et plus il est de 206.5 à la fin 2003. Ces chiffres sont issus des projections démographiques de l'OFS (scénario « tendance »)



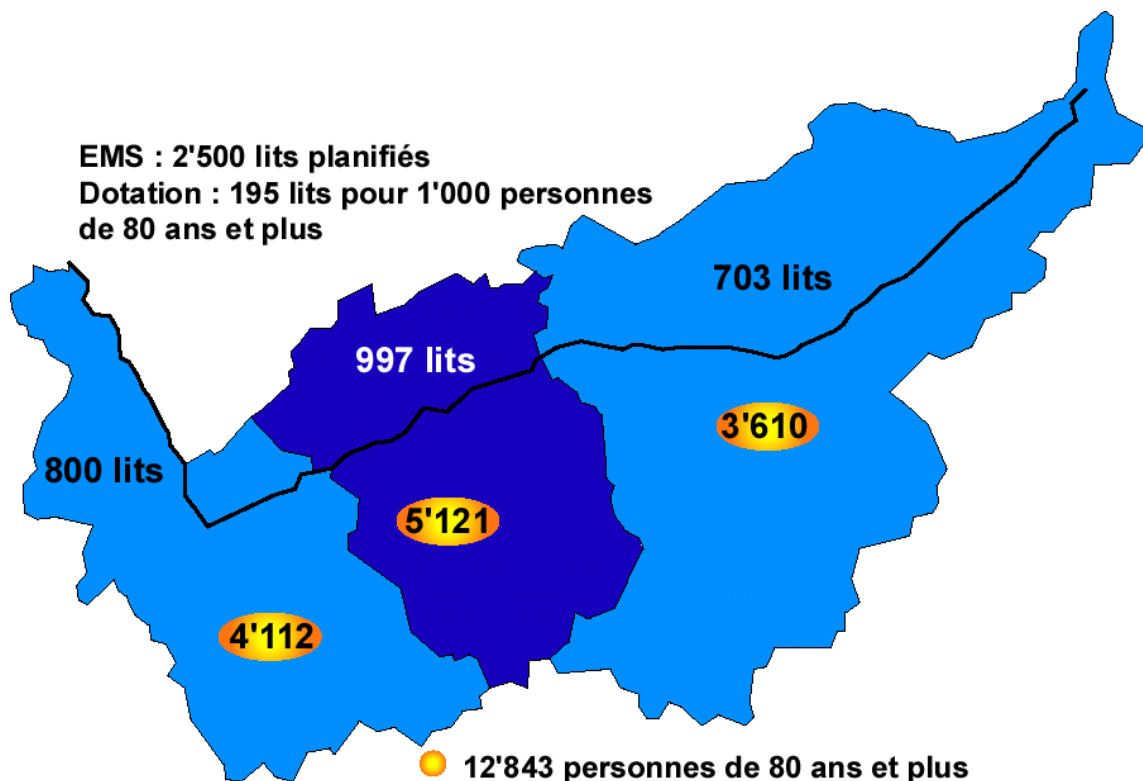
Bénéficiaires des établissements pour personnes âgées et/ou malades chroniques, année 2002

	Lits pour 1000 habitants	Taux de bénéficiaires pour 1000 habitants
Neuchâtel	12.7	12.3 %
Jura	9.3	9.0 %
Vaud	8.5	8.2 %
Valais	8.2	7.9 %
Genève	7.9	7.7 %
Suisse	11.7	11.2 %

Source : Statistique des hôpitaux et des établissements de santé non hospitaliers pour l'année 2002, Office Fédéral de la Statistique, Avril 2004.

La comparaison intercantonale de ces taux présente des différences importantes. Les résultats du canton du Valais indiquent une prise en charge relativement basse des personnes âgées en institution, de même qu'un nombre de lits inférieur aux autres cantons romands et à la moyenne suisse.

La répartition des 2500 lits prévus pour 2010 était la suivante :



La mise en œuvre de la planification s'est faite en plusieurs étapes mais pas sans difficultés, comme le montrent les paragraphes ci-après.



7.2.1. Les lits supprimés

Depuis quelques années, les EMS de notre canton ont dû adapter leurs établissements en fonction des standards définis par l'OFAS pour les établissements pour personnes âgées ainsi que des recommandations pour les établissements accueillant des personnes handicapées. Ces directives doivent donc être révisées afin de tenir compte au mieux des résidents vivant en EMS.

Ainsi, les chambres devraient disposer d'une surface nette, sans vestibule ni armoire fixe, d'au moins 16 m². De même, il est souhaitable de pouvoir disposer d'une douche privée, conçue et dimensionnée de façon à permettre l'accès aux installations en fauteuil roulant et avec l'assistance d'une personne.

Ces éléments ont justifié l'agrandissement de chambres existantes et donc la réduction du nombre de lits dans certains EMS. **En l'espace de quelques années, le canton a donc perdu les 55 lits suivants :**

- **4 lits dans le Haut-Valais (Steg) ;**
- **37 lits dans le Valais Central. L'EMS St-Pierre (Sion) a exploité, entre 2000 et 2002, jusqu'à 111 lits au lieu des 71 lits planifiés par le canton. Toutefois, suite à des travaux, l'établissement n'exploite plus que 74 lits ;**
- **14 lits dans le Bas-Valais suite à la fermeture de l'EMS de la Place du Pas (Vernayaz).**

7.2.2. La conservation des lits de foyer de personnes âgées

L'établissement médico-social Sancta Maria à Naters dispose de 20 lits et les Tourelles à Martigny de 4 lits de foyer pour personnes âgées. Ces lits, non subventionnés, sont destinés à des personnes qui ne nécessitent pas de soins.

Lors de l'élaboration du concept de prise en charge de la personne âgée en 2001, le Service de la santé publique était parti de l'idée de reconnaître les lits de Naters comme des lits EMS. **Face au refus de l'établissement de transformer ces lits, il s'est avéré nécessaire de reprendre les calculs afin de respecter le nombre de lits par habitant pour les régions concernées.**

7.2.3. La durée des projets de construction

Dans le courant du mois de mai 2001, le Conseil d'Etat a décidé de procéder à l'adaptation des capacités d'accueil des établissements médico-sociaux en créant, dans un premier temps, 200 nouveaux lits (100 lits pour la région de Brigue, 70 pour le Valais Central et 30 pour le Bas-Valais).

A la décision du Conseil d'Etat du mois de juillet 2001 s'est ajoutée encore la décision du 2 avril 2003 qui porte sur les 32 supplémentaires projetés par le Haut-Valais.

Les projets de construction prennent du temps dans la mesure où les étapes suivantes doivent être respectées :

- répartition des lits à construire dans les régions ; cette étape est actuellement réalisée ;
- définition précise des projets avec calendrier ;
- réalisation des concours d'architecture ;



- obtention des crédits au Grand Conseil ;
- construction des bâtiments.

A ce jour

- **les 3 projets portant sur 132 lits sont en cours dans le Haut-Valais. Les projets Ried-Brig et de Naters ont été acceptés par le Grand Conseil et les travaux ont débutés, Brigue réalise le concours d'architecture ;**
- **dans le Valais Central, les 20 lits prévus à St-François ont été ouverts. La maison Ste Catherine est en transformation et 17 lits supplémentaires pourront être exploités par l'EMS de St. François;**
- **dans le Bas-Valais, un EMS de 41 lits a ouvert ses portes ;**
- **Divers projets sont encore à l'étude.**

7.2.4. La reconnaissance des lits exploités non subventionnés : 2ème phase

La décision du 4 juillet 2001 précisait que « *La répartition des nouveaux lits ainsi que la reconnaissance des lits d'établissements médico-sociaux doivent intervenir par région sanitaire en fonction de la norme en lits cantonale harmonisée. Dans ce contexte, les modalités d'application mises en place doivent prévoir une certaine flexibilité* ».

Vu que les projets de construction nécessitent 4 à 5 ans de travail, le Département a décidé d'utiliser la flexibilité préconisée par le Conseil d'Etat pour réaliser en premier lieu la phase de reconnaissance des lits exploités.

En avril 2003, le Conseil d'Etat reconnaissait un total de 2'208 lits exploités. La raison pour laquelle le Conseil d'Etat n'a pas reconnu les 24 lits restants est que ceux-ci se trouvent dans des régions où la norme en lits pour 1'000 habitants est atteinte.

7.2.5. La prise en charge en EMS des personnes âgées de moins de 80 ans

En 1999, le Conseil d'Etat adoptait le concept intitulé « *Concept valaisan des établissements médico-sociaux et des autres institutions de soins pour personnes âgées* ». Dans ce document, l'analyse démographique portait sur les personnes âgées de 65 ans et plus, 80 ans et plus et des deux groupes ensemble.

Dans le chapitre « *Demande en prestations de soins en fonction de l'âge* », il est dit : « ...il ressort que la population âgée de plus de 80 ans, qui représente 3% de la population totale requiert le 36% des prestations de soins. La catégorie des 65 à 79 ans, qui représente le 10% de la population, nécessite le 37% des prestations de soins. Ces deux dernières catégories confondues nécessitent donc le 73% des prestations de soins, alors qu'elles ne représentent que le 13% de la population ».

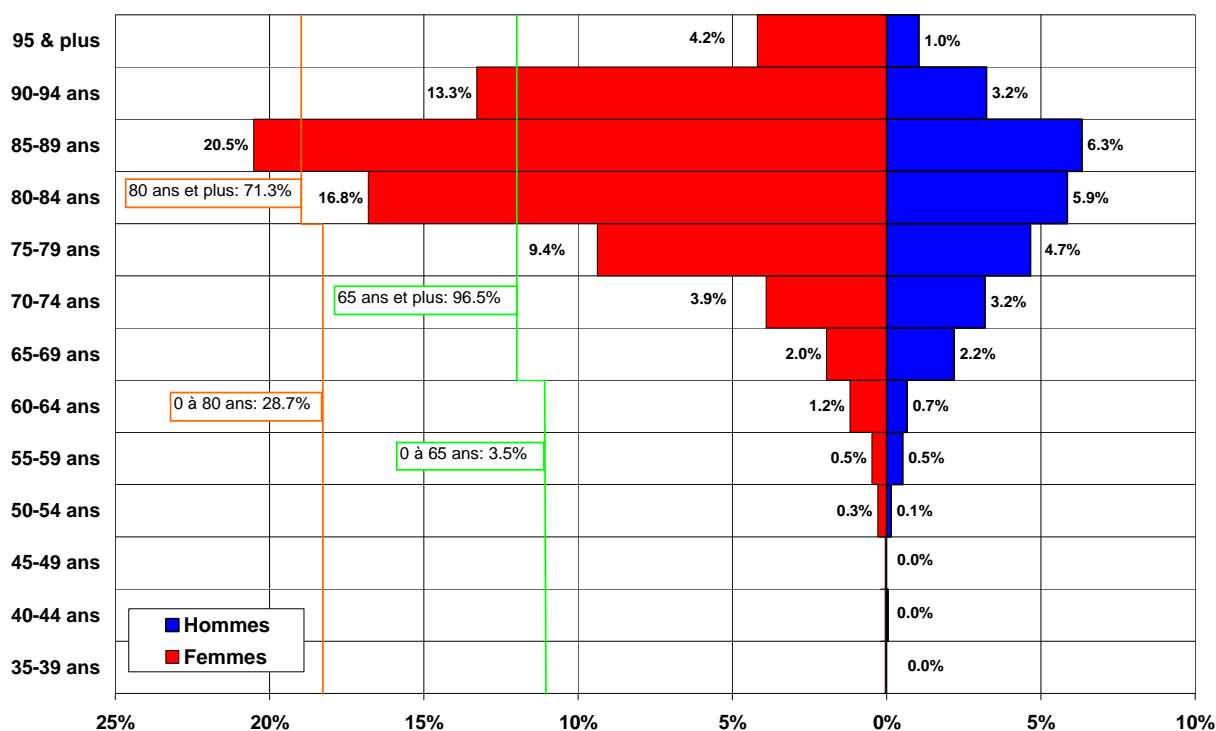
Le concept de « *Prise en charge des personnes âgées* » de mai 2001 reprend l'idée des besoins en soins de la population des 65 ans et plus. Le texte met en évidence le fait que 10% des résidents ont moins de 65 ans, que 36% des résidents n'ont pas 80 ans et que l'âge d'entrée dans les EMS augmente chaque année.



Dès lors, la planification des EMS a été faite en fonction de la population des 80 ans et plus même s'il a été relevé que ces établissements hébergeaient notamment des personnes plus jeunes atteintes de handicaps physiques et mentaux.

Les statistiques 2003 des EMS montrent que l'âge moyen à l'admission de 1998 à 2003 est passé de 81.8 à 83.3 ans. En revanche, les données montrent que des personnes relativement jeunes résident dans ces établissements.

La pyramide ci-dessous montre qu'en 2002, 2% des résidents étaient âgés de 35 à 59 ans, 27% de 60 et 79 ans. Ainsi, les moins de 80 ans représentent le 28.7% ce qui est loin d'être marginal.



Les raisons de l'admission des personnes de moins de 80 ans en EMS ne sont pas liées à l'âge mais aux pathologies qui les touchent. A titre d'exemple, nous pouvons mentionner la maladie d'Alzheimer qui frappe des personnes dès la cinquantaine, des maladies chroniques tels que la sclérose en plaques, la trisomie, les accidents vasculaires cérébraux, des atteintes psychiatriques, voire des atteintes dues à des problèmes sociaux ou à des dépendances etc. Ces problèmes font que certaines personnes ne peuvent plus vivre à domicile et ont besoin d'une institution, d'un minimum de structure pour pouvoir fonctionner. Des institutions adaptées à ces besoins n'existent pas ou sont en nombre insuffisant.

Dès lors, il convient soit de prévoir un élargissement de la mission actuelle dans le sens d'un accueil plus large que celui prévu dans le concept de prise en charge des personnes âgées de 2001, soit de prévoir des structures d'accueil spécialisées pour les personnes en dessous de 80 ans. Afin de favoriser un habitat de proximité pour chacune de ces personnes et au vu de la répartition des EMS sur l'ensemble du canton il semblerait judicieux de prévoir l'intégration de ces personnes au sein des EMS actuels.



Dans les faits, nous constatons que ces personnes sont souvent placées en EMS par des curateurs, des agents sociaux et des professionnels de la santé faute de place dans des structures appropriées. **Cependant, dans la mesure où ces personnes n'ont pas été prises en compte dans les calculs de dotation en lits EMS, elles viennent grever la dotation en lits d'EMS prévue pour les personnes de 80 ans et plus.**

7.2.6. Mise en évidence des besoins

Malgré les mesures déjà prises, les besoins des personnes âgées restent toujours bien réels. A titre d'exemple, nous pouvons rappeler que le nombre de personnes inscrites pour une entrée en urgence s'élevait à 289 en 2002. Il faut toutefois émettre quelques réserves quant à la fiabilité de ce chiffre car certaines personnes peuvent être inscrites dans plusieurs établissements, d'autres ont déjà été admis dans un autre établissement ou sont décédés. Les listes d'attente pour l'année 2003 n'ont pas pu être utilisées, tant les chiffres mentionnés sont peu réalistes et biaisés.

Le constat qu'il existe à ce jour un nombre de lits exploités plus important que celui des lits reconnus par le Département met en lumière une adaptation au besoin qui se fait localement selon les possibilités des EMS. La mise en place de solutions locales par des fournisseurs de prestations se fait au détriment d'une planification équitable du nombre de lits sur l'ensemble du canton. Toutefois, la différence entre lits exploités et lits admis dans la planification a tendance à diminuer avec les années.



7.3. Dotation en personnel

Avec l'adoption du concept intitulé « Prise en charge des personnes âgées – coordination et complémentarité des fournisseurs de prestations », le Conseil d'Etat a décidé en 2001 d'augmenter la norme minimale d'effectif pour le domaine des soins de 0.3 à 0.6 en personnel soignant par lit autorisé.

Conscient de la difficulté que pourraient rencontrer certains établissements, il a été décidé d'augmenter la norme de manière progressive. Ainsi, les EMS devront atteindre les dotations suivantes :

Année	Poste de personnel soignant au minimum	Dotation pour calcul	Poste de personnel soignant qualifié au minimum	
			A	B
2002	0.31 – 0.4	0.4	1/3	
2003	0.41 – 0.5	0.5	20%	15%
2004	0.51 – 0.6	0.6	22%	15%
2005*	0.5	0.5	20%	20%
Dès 2006	BESA 1 : BESA 2 : BESA 3 : BESA 4 physique : BESA 4 psychogériatrie :	0.20 0.34 0.55 0.72 0.87	20%	20%

* nouvelles directives sont entrées en vigueur en avril 2005

En terme de postes et formation du personnel, les EMS devront faire encore des efforts pour atteindre les normes fixées comme le montre le tableau ci-après. Le nombre total d'EPT ainsi que la dotation en personnel des catégories A et B cumulée ont été fixés comme suit :

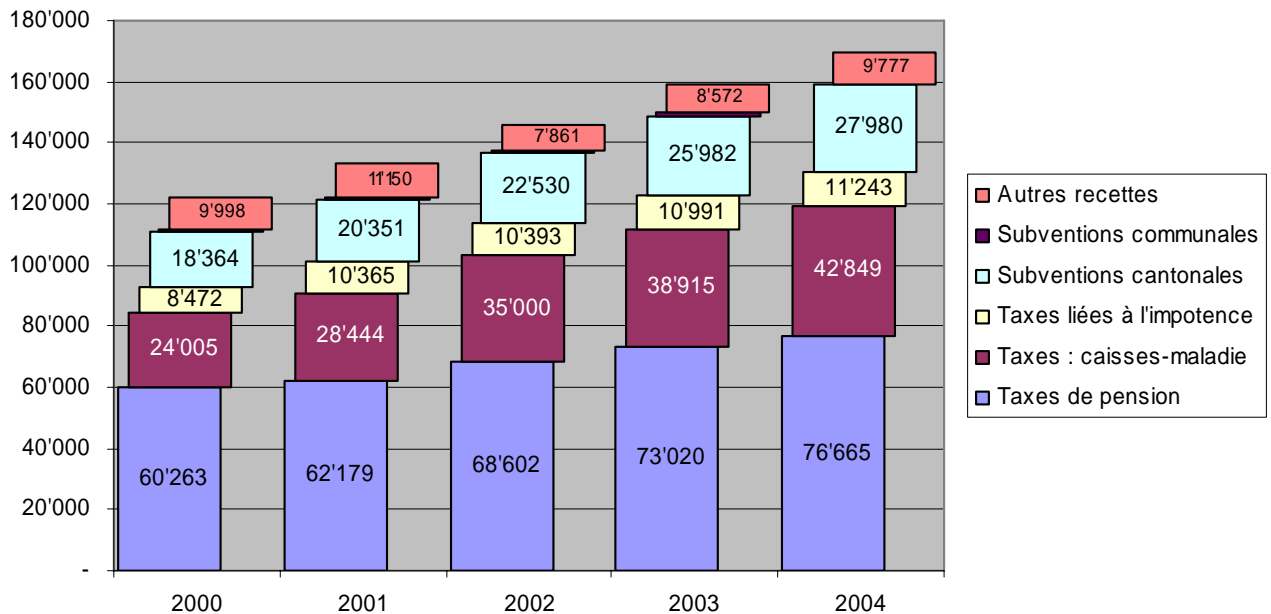
2003	Lits exploités	Norme de 0.4 à fin 2002		Norme de 0.5 à fin 2003		Norme de 0.6 à fin 2004		Selon BESA dès 2006	
		Total	(A;B)	Total	(A;B)	Total	(A;B)	Total	(A;B)
EMS valaisans	2'208	883.2	294.0	1'104.0	386.4	1'324.8	622.7	1'569.4	627.8



7.4. Financement des EMS

7.4.1. Généralités

Le financement des EMS est au coeur d'une réflexion plus large concernant le financement des soins de longue durée. La dépendance est une notion qui doit encore être travaillée dans le cadre de la révision de la LAMal et les soins aux personnes en EMS doivent être réglés en ce qui concerne l'assurance maladie au niveau suisse.



Les dépenses d'exploitation des EMS sont financées actuellement par :

- les assureurs maladie (système BESA) ;
- le canton par le biais de subventions (30 % des dépenses de soins) ;
- les rentes pour impotents ;
- les pensionnaires ;
- dans une moindre mesure par les communes.

Les caisses maladie, le canton et les rentes pour impotents assurent le financement du secteur des soins. Les pensionnaires et certaines communes financent les prestations relatives aux coûts socio-hôtelières. Les prestations complémentaires à l'AVS viennent en aide aux pensionnaires lorsque les rentes et autres revenus ne permettent pas la couverture des besoins vitaux. Elles sont un droit et ne sauraient être confondues avec des prestations de l'assistance publique ou privée.



Une journée tarifaire se décompose de la manière suivante :

<i>Répartition des coûts 2003 par journée d'hébergement</i>	<i>Coûts journaliers</i>
Coût d'hôtellerie	66.26
Activités / Animation	10.47
Soins non-LAMal	22.26
Soins LAMal	83.15
Thérapie, médicaments et matériel (LAMal)	2.56
COÛT MOYEN JOURNALIER	184.69

Par conséquent, en 2003 et **en moyenne valaisanne**, les tarifs facturés aux pensionnaires s'élève à **Frs 99.**— par jour (hôtellerie + activités & animation + soins non-LAMal) selon la comptabilité analytique déposée auprès du Service de la santé publique.

Les projets de transformation, rénovation ou construction supérieurs à Fr. 500'000.- sont soumis à la commission de planification pour le subventionnement. Si l'investissement correspond à la planification sanitaire, le canton le subventionne à hauteur de 30 %. Pour la gestion des investissements inférieurs à cette somme, les établissements sont autonomes. Ce montant de Fr. 500.000.- est élevé pour les petits EMS qui sont confrontés à des investissements importants pour eux sans pouvoir bénéficier d'une aide cantonale.

Pour répondre aux exigences de l'OCP (Ordonnance fédérale sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie), les établissements introduisent un système de comptabilité analytique d'exploitation homogène. Le calcul des coûts et le classement des prestations doivent être effectués de façon à fournir les bases permettant de déterminer les prestations et les coûts des soins ainsi que les autres prestations fournies dans les établissements médico-sociaux. La distinction et la détermination des coûts et des prestations doivent permettre de calculer des tarifs. Une comptabilité analytique efficiente devrait assurer dans les années futures la couverture des frais de soins et la protection tarifaire des pensionnaires.

Le projet de révision de la LAMal va dans le sens d'une participation aux coûts de soins des assureurs maladie et non plus de la prise en charge des coûts selon le tarif applicable. Si tel est la solution adoptée, la LAMal devra aussi définir à qui incombera l'insuffisance de financement du secteur des soins.

Quant à la révision de la loi cantonale sur la santé, elle permettra de réexaminer le financement des soins et la participation de chacun des agents payeurs au niveau cantonal.



7.5. Propositions pour la période 2005 – 2010 respectivement 2013

Suite aux différents points mis en évidence ci-dessus, nous faisons les propositions suivantes :

- donner un mandat de prestations aux EMS ;
- réviser les directives actuelles ;
- augmenter le nombre de lits planifiés.

7.5.1. Le mandat de prestations des EMS

Le mandat de prestations suivant devrait être attribué aux établissements médico-sociaux pour personnes âgées:

Selon les bases légales au niveau fédéral (Loi fédérale sur l'assurance maladie, 1994) et au niveau cantonal (Loi sur la santé, 1996 ; le Département de la Santé, des Affaires sociales et de l'Energie (ci-après : le Département) conclut un mandat de prestations avec les EMS valaisans.

Le mandat de prestations poursuit l'objectif de définir, d'assurer, d'encourager et de développer les soins et la prise en charge des personnes âgées dépendantes en institutions.

Dans le cadre de leur mandat de prestations les EMS s'engagent à assurer le bon déroulement de leurs activités en faveur des personnes âgées. Ces activités comprennent les prestations mentionnées dans les Directives du Département de juin 2004. Elles peuvent être résumées ainsi : « L'établissement médico-social pour personnes âgées » (EMS) est défini comme un établissement sanitaire disposant d'une certaine dimension minimale pour répondre aux critères d'économie (allocation optimale des ressources, maîtrise des coûts etc.) et offrant des prestations de soins, de prise en charge sociale et de surveillance médicale dans le cadre de la prise en charge stationnaire des personnes âgées. Un établissement médico-social assure à la fois l'hébergement, la prise en charge sociale des personnes âgées dépendantes et la prise en charge en soins infirmiers des résidents qui, d'un point de vue physique et psychique, ont besoin d'une aide régulière pour exécuter des activités de la vie quotidienne (se lever, s'habiller, faire sa toilette, manger, etc.), ainsi que d'une surveillance médicale. A cette fin, des connaissances en gérontologie sont requises. Les soins ainsi que la prise en charge hôtelière sont assurés par du personnel qualifié. Les prestations fournies sont remboursées par l'assurance-maladie à la condition que les établissements et institutions remplissent les exigences émises par la LAMal et qu'ils figurent sur la liste des EMS établie par le canton. Toutes les personnes travaillant dans ces établissements auront la formation professionnelle en adéquation avec leur fonction.

En sus des activités en faveur des résidents des institutions, les EMS participent à la formation du personnel soignant et des autres professionnels travaillant dans leurs institutions. Ils participent aussi au développement d'un savoir faire en gérontologie par une collaboration avec les milieux de recherche. Ils sont aussi responsables des prestations et de l'assurance qualité dans leur domaine. Les EMS travaillent en collaboration avec les autres fournisseurs de prestations tout particulièrement ils contribuent par une offre diversifiée, unité d'accueil temporaire, foyer de jour à favoriser le maintien à domicile de la personne âgée.

Les prestations des EMS doivent répondre aux exigences d'assurance qualité telles que prévues dans la LAMal.



Les EMS participent à des projets pilotes permettant l'étude de développements nouveaux aussi bien au niveau des soins que de la formation du personnel.

Les EMS fournissent annuellement les données statistiques nécessaires à l'Office Fédéral des statistiques ainsi qu'au Département.

Conformément au mandat de prestations, le Département s'engage à mettre à disposition des EMS, selon les dispositions légales et les budgets disponibles, les moyens financiers nécessaires à la réalisation des activités planifiées.

7.5.2. Les directives du DSSE sur les EMS

Les nouvelles directives régulent la question de la dotation en personnel soignant dans les EMS ainsi que du personnel de l'animation et de l'hôtellerie. L'adhésion des EMS au programme de prévention d'hygiène hospitalière est mentionnée.

7.5.3. Augmentation du nombre de lits planifiés

7.5.3.1. Le vieillissement démographique

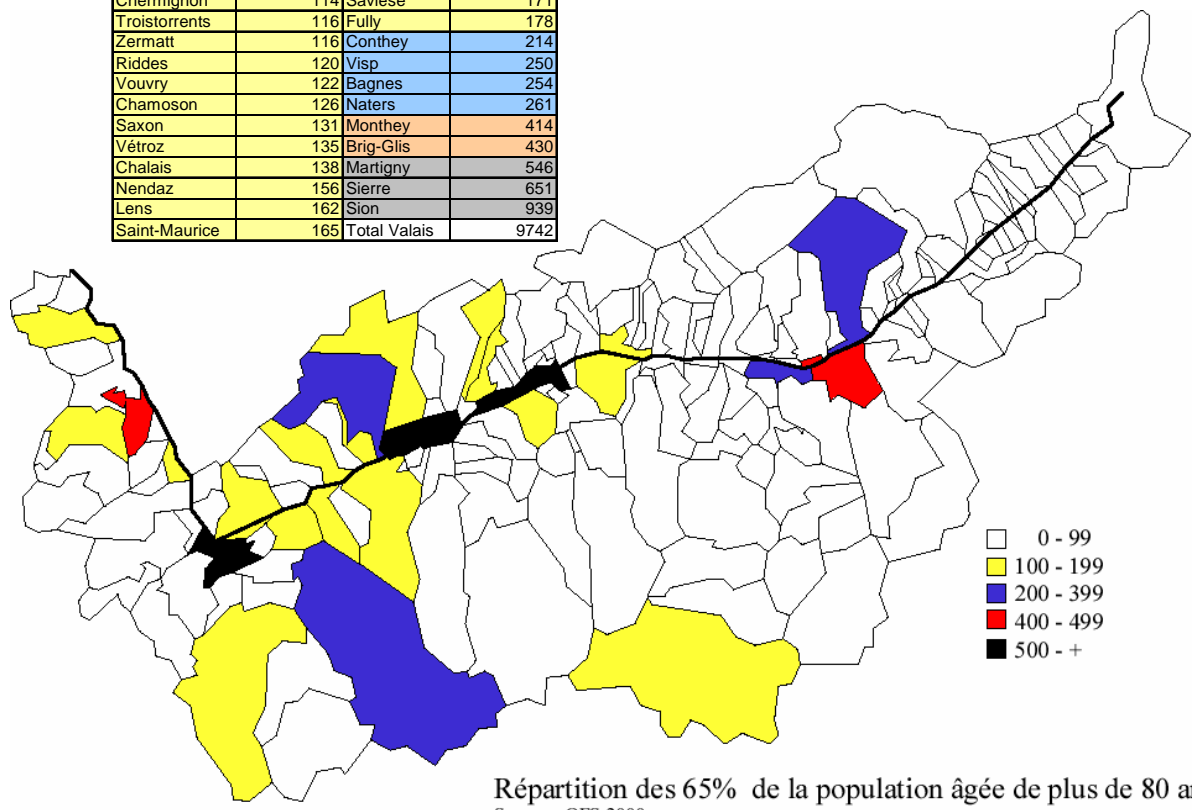
Selon le chapitre sur le vieillissement démographique, le nombre de personnes âgées de plus de 90 ans a plus que doublé entre 1990 et 2000. Les prévisions établies par l'OFS montrent qu'il doublera à nouveau entre 2001 et 2020. Dans ce contexte, les tendances constatées au cours de ces 10 dernières années vont très probablement s'accélérer au cours de la prochaine décennie, en particulier les journées de prise en charge des personnes âgées dans toutes les catégories d'institutions.

Selon le rapport intitulé « Dynamique spatiale et structurelle de la population de la Suisse de 1990 à 2000 », les agglomérations situées dans les grandes vallées alpines connaissent des taux de croissance importants. Ainsi, Brigue et Sion ont vu leurs populations progresser de l'ordre de 8% en 10 ans.

La carte ci-après montre que la majorité des personnes âgées de plus de 80 ans se situent dans des communes de plaine. Cette carte ne présente que les communes dans lesquelles plus de 100 personnes de plus de 80 ans résident.



	80 ans et +		80 ans et +
Orsières	103	Leuk	168
Chermignon	114	Savièse	171
Troistorrens	116	Fully	178
Zermatt	116	Conthey	214
Riddes	120	Visp	250
Vouvry	122	Bagnes	254
Chamoson	126	Naters	261
Saxon	131	Monthey	414
Vétroz	135	Brig-Glis	430
Chalais	138	Martigny	546
Nendaz	156	Sierre	651
Lens	162	Sion	939
Saint-Maurice	165	Total Valais	9742



Enfin, de nombreuses études montrent que la prise en charge des personnes âgées devient importante durant les deux dernières années de vie. Les besoins des valaisans âgés devraient augmenter au cours des prochaines années et la question de la prise en charge de ces personnes devient une priorité à reconnaître. Dès lors, nous pouvons affirmer qu'il doit y avoir une corrélation positive entre le nombre de personnes et le nombre de lits disponibles dans chacune des six régions sanitaires.

7.5.3.2. Les listes d'attente pour des entrées en urgence en EMS

En plus du manque de lits lié au vieillissement démographique, les statistiques indiquent chaque année qu'un certain nombre de personnes est inscrit sur des listes d'attente faute de place. Ainsi, même s'il faut prendre ce chiffre avec beaucoup de précaution, en 2002, 289 personnes se déclaraient prêtes à entrer en urgence dans une institution.

7.5.3.3. La non prise en considération dans la planification de 2001 des personnes de moins de 80 ans et des besoins de prise en charge de cette population

Selon la pyramide des âges présentée sous le point 7.2.5, les personnes âgées de moins de 80 ans représentent le 29% des résidents en EMS. Cette proportion étant relativement importante, il est essentiel de pouvoir disposer de suffisamment de lits pour ces personnes ainsi que pour celles de 80 ans et plus.



7.5.3.4. La demande croissante pour des lits d'EMS

En plus des éléments que nous venons de mettre en évidence, il convient de préciser que certaines institutions ont déposé au DSSE des demandes afin d'agrandir leurs établissements. Ces demandes sont justifiées par :

- les besoins mis en évidence dans leur région (liste d'attente) ;
- une taille critique trop basse rendant la gestion de l'établissement difficile.

7.5.3.5. La dotation relativement faible en lits EMS du canton du Valais par rapport aux autres cantons

Selon le tableau présenté au début du chapitre sur les EMS, le canton du Valais compte 8.2 lits pour 1'000 habitants alors que la moyenne suisse est à 11.7. Selon une étude publiée dernièrement par l'OFS, le canton du Valais se situe parmi les cantons les moins dotés en lits d'EMS sur le plan Suisse.

7.5.3.6. Des lits l'EMS non planifiés actuellement exploités

A fin 2003, un certain nombre de lits exploités n'étaient pas comptabilisés dans les lits planifiés du canton. En 2004 ces 34 lits ont été intégrés dans la planification et reconnus au subventionnement. Par conséquent, les EMS qui disposent de ces lits assurent une dotation en personnel qui respecte les directives.

7.5.3.7. Des lits supprimés

Dans le paragraphe sur les lits supprimés, nous avons indiqué qu'un certain nombre de chambres ont dû être agrandies afin qu'elles atteignent au moins 16 m². Ces transformations ont eu pour effet de réduire le nombre de lits (-55) de certains EMS.

7.5.3.8. Des solutions transitoires comme les lits d'attente ne sont pas appelées à durer

Les lits d'attente en hôpital gériatrique ont pour mission de prendre en charge des personnes qui devraient quitter le milieu hospitalier pour un EMS mais qui ne trouvent pas immédiatement de la place. Par conséquent, il est demandé aux établissements hospitaliers de mettre des lits de type EMS à la disposition des personnes qui en ont besoin. Cette solution ne devrait durer que le temps nécessaire à la mise en œuvre du Concept de prise en charge des personnes âgées de 2005 car les infrastructures utilisées ne sont pas idéales pour ce qui devrait être un milieu de vie.

7.5.3.9. La durée des nouvelles constructions

Au chapitre 7.2.3, nous avons vu que pour construire un nouvel établissement, il convenait de respecter certaines procédures (répartition des lits dans les régions, définition des projets avec calendrier, etc.) et qu'elles prenaient du temps.

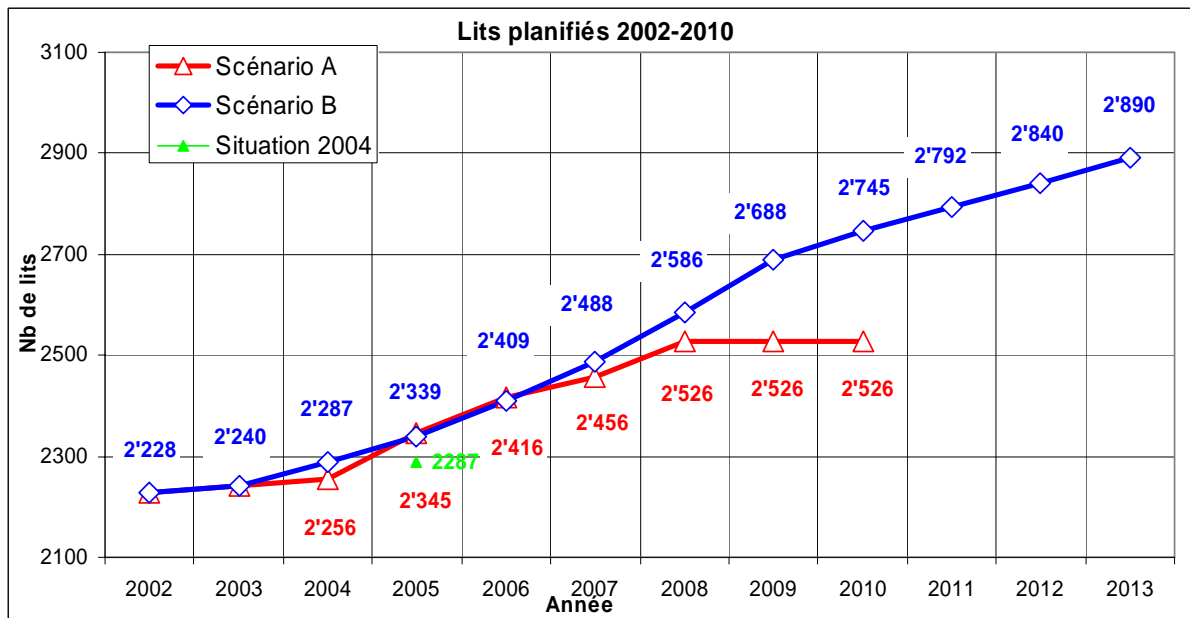
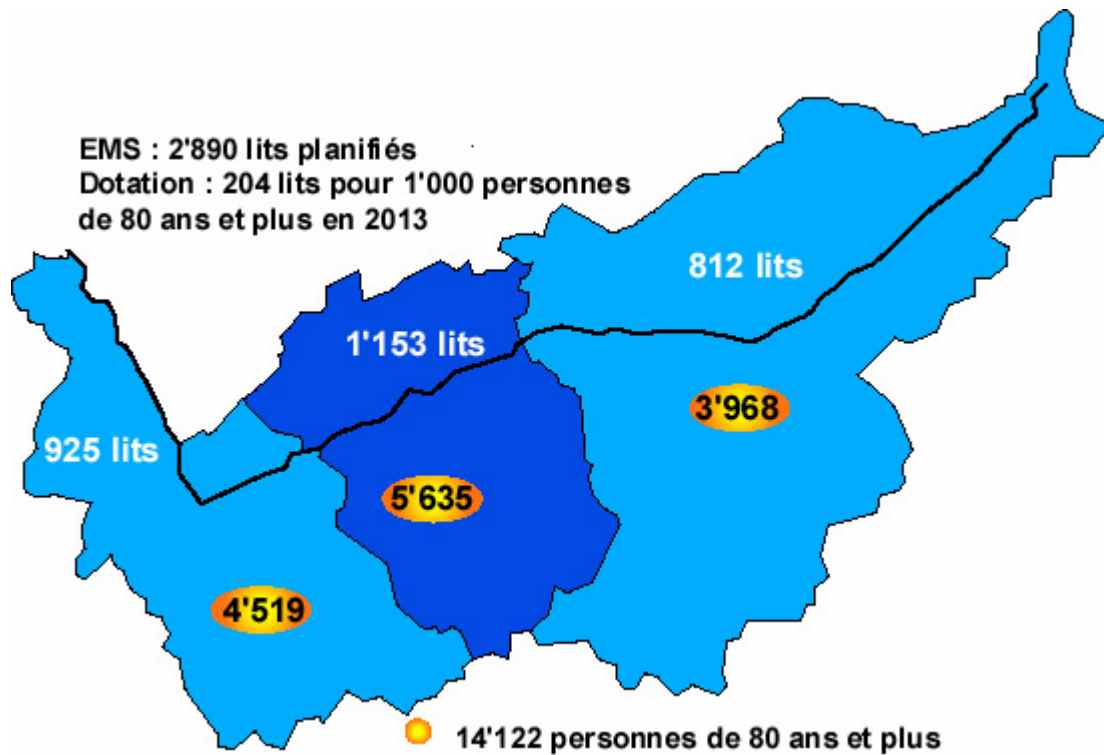
En effet, le Conseil d'Etat a accepté le Concept de prise en charge des personnes âgées et la construction de 200 nouveaux lits en mai 2001. L'ouverture du premier EMS, celui à Ried-Brig, est prévue à l'automne 2005 .

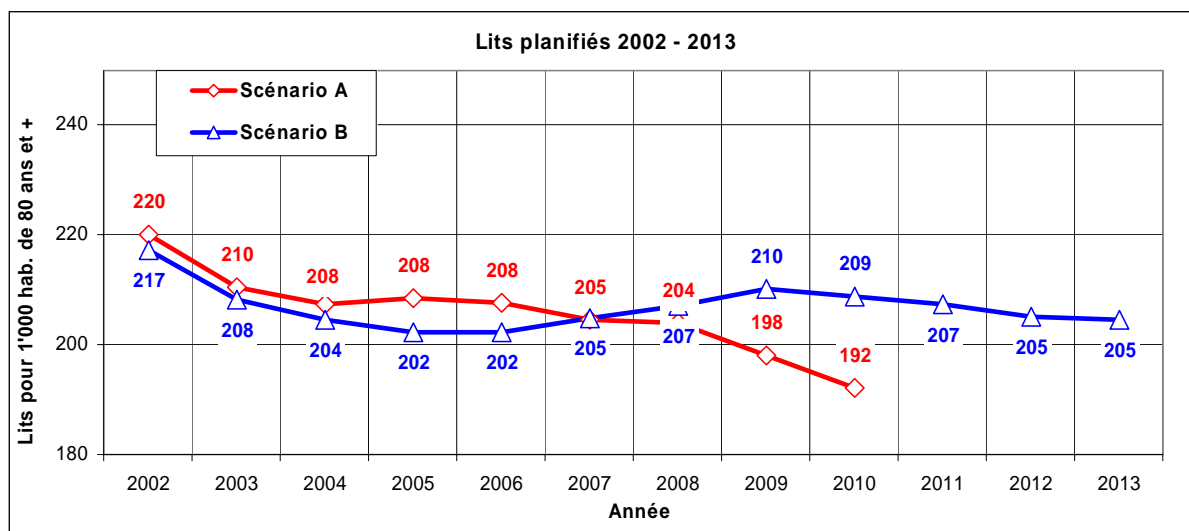
7.5.3.10. Synthèse concernant le maintien de la dotation des lits d'EMS

La norme de 2500 lits pour 2010 prévue en 2001 soit 195 lits pour 1000 habitants de 80 ans et plus, doit être revue.



Nous proposons une nouvelle norme de 2'890 lits pour 2013. Celle-ci permettrait de maintenir la dotation de lits d'EMS de 2004 soit de 204 lits pour 1'000 habitants de 80 ans et plus.





Les écarts entre les scénarios A et B sont explicables sur du fait que le scénario A est basé sur les estimations faites en 2001.

Le graphique ci-dessus met en évidence le fait qu'une norme de 2'890 lits pour 2013 permettra uniquement le maintien du nombre de lits disponibles à 204 lits pour 1'000 habitants de plus de 80 ans. Avec ce nouvel objectif de capacité d'accueil, il s'agit donc seulement de maintenir la dotation en lits et non de l'augmenter.

7.5.4. Conséquences financières de la dotation en lits d'EMS

7.5.4.1. Généralités

Dans la mesure où le maintien de la dotation des lits d'EMS générera des dépenses considérables pour l'ensemble des financeurs, il convient d'examiner ces dépenses de façon détaillée. Afin de mieux saisir l'aspect inéluctable de ces dépenses, nous présentons ici deux scénarii.

Quel que soit le scénario retenu, 54 lits déjà exploités aujourd'hui devraient être reconnus par la planification. Il s'agit des lits suivants:

- 17 à Collombey-le-Grand (41 au total dont 24 sont déjà reconnus par la planification cantonale dès 2004)
- 5 à Riddes
- 6 à Steg
- 9 à Viège St. Martin
- 10 à Guttet
- 7 divers encore en réserve

Ces lits étant déjà exploités ne devront pas être subventionnés à l'investissement par le canton.

Indépendamment du modèle choisi également nous tiendrons compte dans les hypothèses formulées ci-après du financement de ces lits à l'exploitation.



7.5.4.2. Hypothèses de calcul concernant le financement des lits à l'investissement

En ce qui concerne le financement des lits à l'investissement il y a lieu de retenir des coûts différenciés selon le type de mise à disposition de lits (nouvelle construction, agrandissement, transformation de bâtiments existants et dans tous les cas des budgets d'investissement pour les rénovations d'EMS existants).

7.5.4.3. Constructions

Le coût de construction des lits a été évalué, selon des estimations effectuées en 2004 par le Service de la santé publique et par le Service des bâtiments à 230'000.- francs par lit. Le canton alloue une subvention de 30% sur ce montant ce qui représente une part cantonale de l'ordre de 69'000.- francs par lit.

Ce montant a été indexé pour l'avenir dans le cadre de nos prévisions (1% par année).

Pour les 2 constructions suivantes, la participation cantonale a été arrêtée :

- **de Ried-Brig** en 2004 500'000.- ; en 2005 800'000.- ; en 2006 800'000.- en 2007 315'000.- francs. Ceci représente 30%, soit la part de subvention cantonale des frais retenus de CHF 8'050'000.- = **CHF 2'415'000.-**
- **de Naters** en 2004 900'500.- ; en 2005 1'000'000.- ; en 2006 1'000'000.-, en 2007 900'000.- ; en 2008 587'000.- francs Ceci représente 30%, soit la part de subvention cantonale des frais retenus de CHF 14'625'000.-. = **CHF 4'387'500.-**

7.5.4.4. Agrandissements

Le coût de ces lits est plus faible que celui d'une construction nouvelle. Il est estimé à 200'000.- francs par lit, soit une subvention cantonale de 60'000.- francs par lit.

Pour l'agrandissement de l'établissement de Nendaz la participation cantonale est déjà chiffrée, soit une subvention de 1'245'000.- francs sur un devis de 4'150'000.-.

7.5.4.5. Transformations

Un certain nombre de lits pourraient provenir de la restructuration du RSV. Cependant aucune décision n'a été prise dans ce sens pour l'instant.

Le coût de transformation peut varier énormément selon le type de bâtisse, qualité de la substance et faisabilité d'un projet EMS. Si dans certains cas, une transformation pourrait se faire pratiquement sans frais, dans d'autres elle pourrait être plus coûteuse qu'une construction. En effet, l'âge du bâtiment la grandeur des chambres et des locaux communs, les salles d'eau, les normes anti-sismiques et les normes anti-feux ne sont que quelques exemples des contraintes d'une transformation d'un bâtiment en EMS. Pour ces raisons, il semble extrêmement difficile d'estimer le coût moyen d'une transformation. Nous retiendrons pour nos estimations un montant moyen de 210'000.- par lit et donc une participation cantonale de 63'000.- franc par lit.



Enfin, la transformation d'hôtels en EMS ne paraît pas une hypothèse généralisable. Si certains cas isolés sont possibles, il faut rappeler que l'offre hôtelière n'est de loin pas trop importante dans nos villes et qu'il n'est pas envisageable d'implanter des EMS dans d'anciens hôtels loin des centres urbains.

7.5.4.6. Rénovations

Dans les budgets d'investissement annuels, il faut prévoir une somme pour les travaux de rénovation des EMS existants. De nombreux EMS doivent adapter leurs infrastructures aux nouveaux besoins. On peut citer des assainissements, la mise en place d'ascenseurs, de rampes d'accès, la création de jardin sécurisé, la mise en place d'unité pour personnes atteintes de démence et autres. A cette fin, il faut prévoir un montant de 500'000.- à 700'000.- francs par année. Nous avons retenu la somme de 500'000.- par année pour l'ensemble des projets.

7.5.4.7. Hypothèses de calcul concernant le financement des EMS à l'exploitation

Dans les calculs concernant les coûts d'exploitation diverses hypothèses ont été retenues. Un changement dans l'une de ces données aura des conséquences sur l'ensemble du chiffrage. Les hypothèses suivantes ont été retenues pour les calculs:

- La norme minimale en personnel soignant retenue se fonde sur les propositions formulées récemment par l'AVALEMS et par les assureurs;
- Un taux d'inflation annuel de 1% est admis dans le cadre de ces calculs, ce qui semble être plausible;
- La prise en considération des parts d'expérience tient compte notamment de la rotation du personnel;
- Les revalorisations salariales tiennent compte de l'adaptation des salaires du personnel des établissements médico-sociaux pour personnes âgées de manière à les harmoniser avec les conditions salariales du personnel du RSV;
- L'augmentation de la part des charges sociales est due aux mesures d'assainissement de la caisse de pension. Il s'ensuit des taux de cotisation plus élevés ;
- Mise en service des nouveaux lits au 1er juillet de chaque année.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Norme soignant		0.49	0.51	0.52	0.54	0.55	0.56	0.57	0.57
Inflation			101.0%	101.0%	101.0%	101.0%	101.0%	101.0%	101.0%
Part expériences			101.0%	101.0%	101.0%	101.0%	101.0%	101.0%	101.0%
Revalorisation			101.0%	101.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Charges sociales	18.0%	18.8%	19.3%	19.5%	19.8%	19.9%	20.0%	20.0%	20.0%



7.5.5. Scénarii de planification

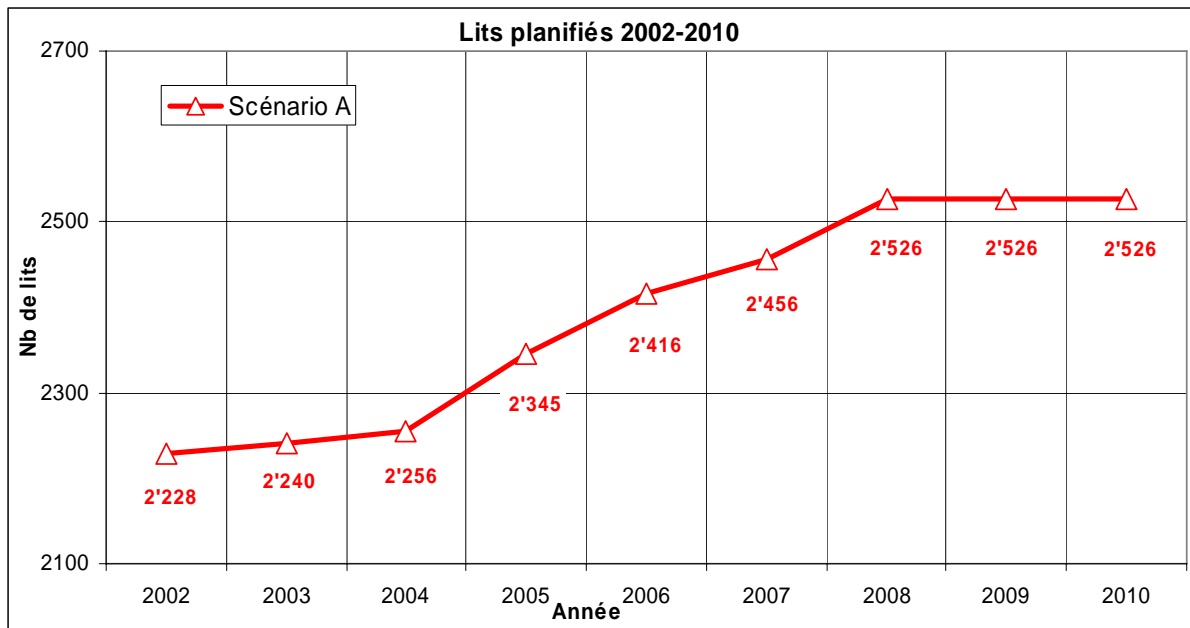
7.5.5.1. Généralités

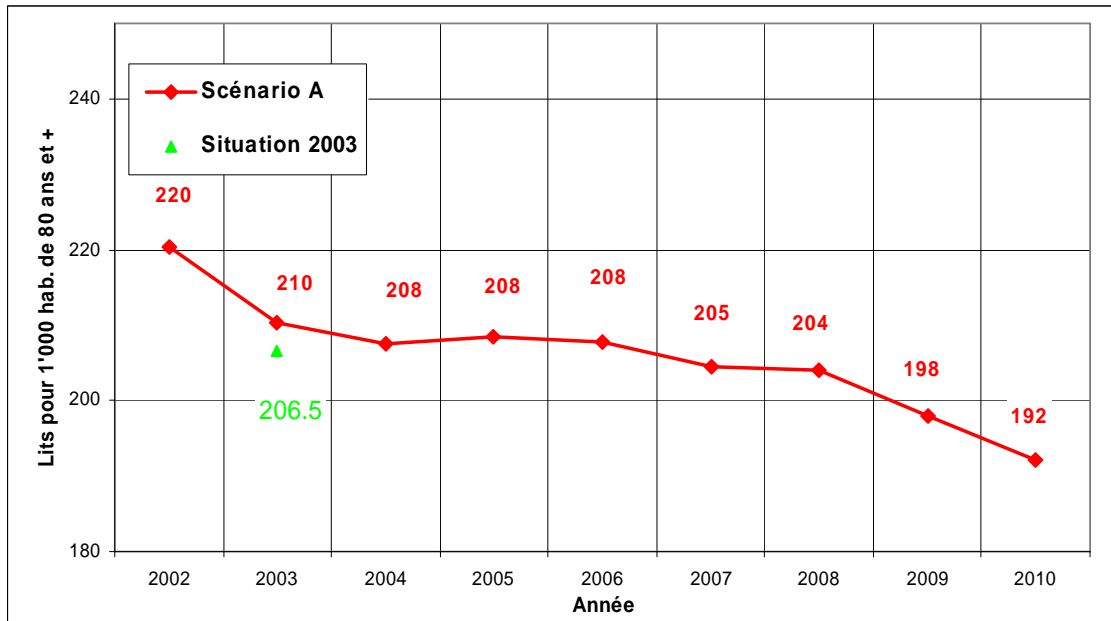
Il n'est contesté par personne que le nombre de personnes âgées dépendantes va augmenter ces prochaines années. Il n'est pas contesté non plus que le nombre de personnes souffrant de démences liées à l'âge va augmenter également et qu'il faudra disposer de structures adaptées à leur accueil en conséquence.

L'objectif de la présentation de ces scénarii est de bien montrer l'aspect inéluctable de l'augmentation des coûts d'investissement et d'exploitation des EMS quelque soient les options politiques choisies.

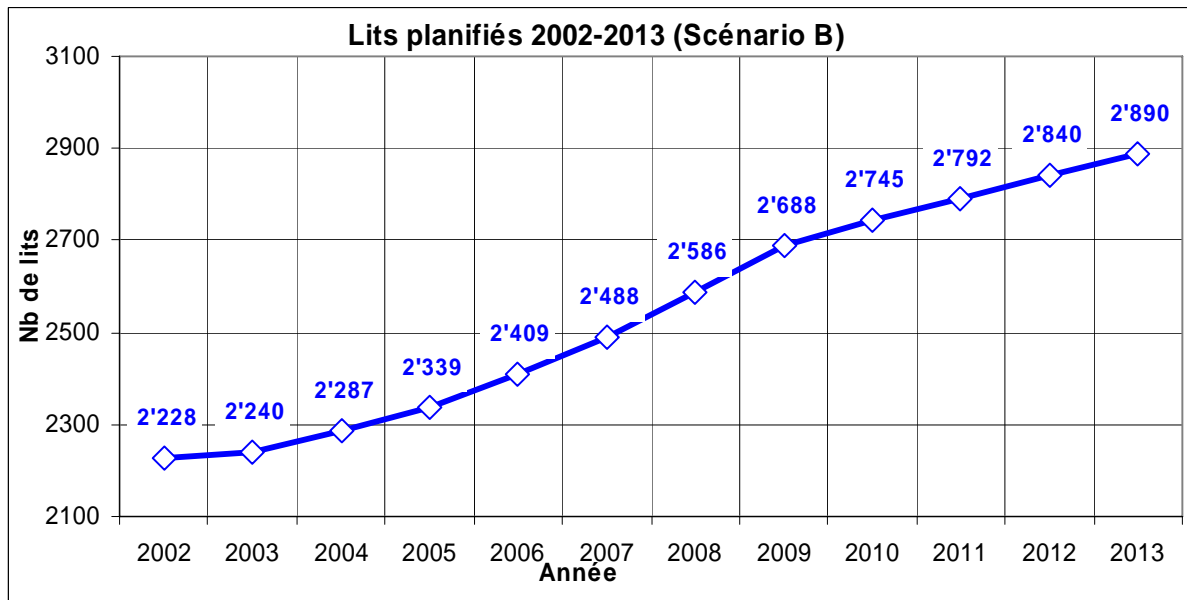
Ci-après sont développés deux scénarii de planification des établissements médico-sociaux avec un horizon temporel allant jusqu'en 2010 respectivement en 2013:

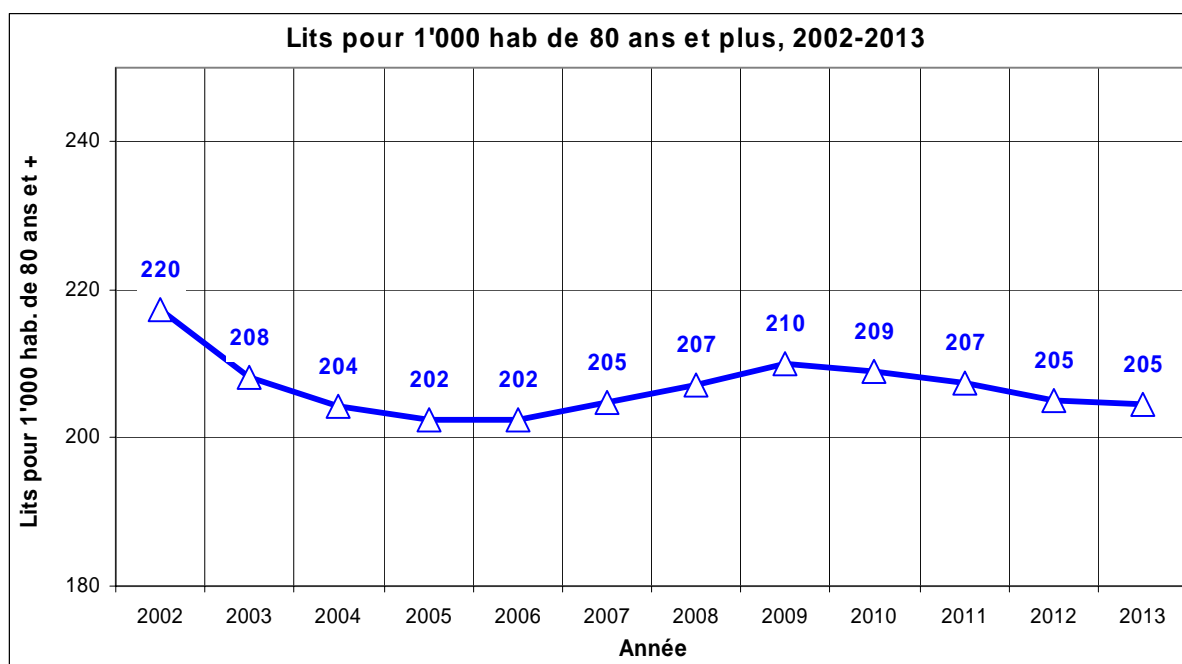
Le scénario **A** qui reprend strictement la planification décidée en 2001 par le Conseil d'Etat : une dotation de 192 lits pour 1000 habitants de 80 ans et plus en 2010, soit en tout 2526 lits d'EMS pour le canton du Valais. Comme nous le verrons, ce scénario prévoit une baisse significative de la dotation des lits d'EMS pour 1000 habitants de 80 ans et plus, puisque celle-ci passe de 220 en 2001 à 192 en 2010.





Le scénario **B** qui propose non pas d'augmenter, mais simplement de maintenir la dotation effective en lits d'EMS de 2004 soit une dotation de 204 lits d'EMS pour 1000 habitants de 80 ans et plus. Afin de maintenir cette dotation, il est prévu de mettre à disposition 2890 lits d'EMS en 2013, soit 360 lits de plus que dans le scénario A.





7.5.5.2. Scénario A: 2'526 lits en 2010

Le scénario A, qui prévoit d'atteindre 2'526 lits en 2010, n'envisage pas de changements par rapport à la planification de 2001. Dès lors, cette variante ne tient pas compte du vieillissement de la population et entraîne une diminution considérable du nombre de lits disponibles pour 1'000 habitants de plus de 80 ans, à savoir de 220 lits en 2001 à 192 lits en 2010.

a) Evolution du nombre de lits

Le tableau suivant illustre l'évolution du nombre de lits d'EMS au niveau cantonal conformément au scénario A.

Evolution du nombre de lits		Scenario A: 2'526 lits							Total
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Constructions	Etablissement								
	Ried-Brig		35						
	Naters			57					
	Brigue					40			
	St-Maurice							40	
	Entremont							30	
	Total		35	57	0	40	70	0	202
Agrandissement	Etablissement								
	Nendaz			14					
	Total		0	14	0	0	0	0	14
Reconnaissance lits existants			54						54
Total nouveaux lits			89	71	0	40	70	0	270
Total lits existants		2'526	2'345	2'416	2'416	2'456	2'526	2'526	



b) Evolution des frais d'investissements

Le tableau suivant met en évidence l'évolution des frais d'investissements (part cantonale) liée au scénario A.

Subventionnement cantonal (v. c. indexation)			scenario A: 2'526 lits								
Constructions	Etablissement	nombre de lits	Investissements total	subvent. total	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
	Ried-Brig	35	8'050'000	2'415'000	500'000	800'000	800'000	315'000			
	Naters	57	14'625'000	4'387'000	900'000	1'000'000	1'000'000	900'000	587'000		
	Brigue	40	9'200'000	2'870'000		500'000	1'000'000	800'000	570'000		
	St-Maurice	40	9'200'000	2'898'000			500'000	1'000'000	800'000	598'000	
	Entremont	30	6'900'000	2'173'000				500'000	800'000	500'000	373'000
	Total	202	47'975'000	14'743'000	1'400'000	2'300'000	3'300'000	3'515'000	2'757'000	1'098'000	373'000
Agrandissement	Etablissement										
	Nendaz	14	4'150'000	1'245'000			500'000	430'000	315'000		
	Total	14	4'150'000	1'245'000	0	0	500'000	430'000	315'000	0	0
Rénovations (pas de modifications en nb. de lits)				3'500'000	500'000	500'000	500'000	500'000	500'000	500'000	500'000
Reconnaissance lits existants		54									
Total			52'125'000	19'488'000	1'900'000	2'800'000	4'300'000	4'445'000	3'572'000	1'598'000	873'000
	Total nouveaux lits	270				89	71	0	40	70	0
	Total lits existants				2256	2345	2416	2416	2456	2526	2526

Sur la base de ces chiffres, on peut constater qu'après une augmentation des dépenses cantonales à l'investissement des établissements médico-sociaux, la subvention cantonale globale va de nouveau diminuer dès 2008.

c) Evolution des recettes d'exploitation

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<i>Recettes</i>	en millions de Frs	en millions de Frs	en millions de Frs	en millions de Frs	en millions de Frs	en millions de Frs	en millions de Frs	en millions de Frs	en millions de Frs
Taxes de pension	68.60	73.02	77.50	83.08	88.55	92.56	96.13	101.25	105.75
Taxes : caisse-maladie	35.00	38.92	40.52	43.01	45.85	47.93	49.29	51.41	53.17
Taxes liées à l'impotence	10.39	10.99	11.22	11.68	12.21	12.51	12.74	13.16	13.48
Pouvoirs publics	23.61	27.27	30.11	32.61	35.21	37.01	39.04	40.91	43.41
Autres recettes	7.86	8.57	8.75	9.11	9.52	9.76	9.94	10.27	10.51
TOTAL recettes	145.47	158.77	168.11	179.49	191.34	199.78	207.15	216.99	226.33
TOTAL dépenses	145.25	157.42	167.03	178.32	191.67	199.99	207.37	217.77	224.69
Résultat	0.22	1.35	1.08	1.17	-0.33	-0.21	-0.22	-0.78	1.64

Cette variante permettrait de réaliser les projets en cours ce qui correspond à la planification 2001. Il s'ensuivrait qu'environ 2526 lits seraient mis à dispositions à la fin 2010, soit 192 lits pour 1000 habitants de 80 ans et plus.



Il en résulterait ainsi une diminution significative du nombre de lits disponibles pour 1'000 habitants de plus de 80 ans. Si le canton du Valais entend couvrir les besoins de prise en charge des personnes dépendantes, ce scénario n'est pas satisfaisant. Même si globalement, l'état de santé de la population âgée s'améliore légèrement, le vieillissement accéléré de la population entraîne des besoins plus importants de prise en charge des personnes âgées dépendantes. De fait, malgré une augmentation considérable de la population âgée de plus de 80 ans, le nombre de lits disponibles pour cette catégorie de la population diminuerait sensiblement.

**d) Conséquences financières de ce scénario pour le canton jusqu'en 2010
(2'526 lits)**

Les conséquences financières qui résulteraient de ce scénario A pour le canton seraient les suivantes:

- S'agissant des subventions cantonales à l'investissement des EMS, elles augmenteraient pour atteindre 3.6 millions en 2007 et diminuerait par la suite.
- S'agissant des subventions cantonales à l'exploitation des EMS, leur montant global, déduction faite des subventions communales, enregistrerait une augmentation jusqu'à 43.4 millions en 2010.



7.5.5.3. Scénario B : 2890 lits en 2013

Voici les différentes prémisses qui sous-tendent le scénario B, qui prévoit le maintien de la norme en lits disponibles à 204 pour 1'000 habitants de plus de 80 ans.

a) Evolution du nombre de lits

Le tableau ci-dessous illustre, conformément à ce scénario B, l'évolution du nombre de lits.

Evolution du nombre de lits		scénario B: 2890 lits										Totaux
	Etablissement	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Constructions	Etablissement											
	Ried-Brig		35									
	Naters			57								
	Brigue					40						
	St-Maurice						40					
	Entremont						30					
	Autres							25	25	25	25	
	Total		35	57	0	40	70	25	25	25	25	302
Agrandissement	Etablissement											
	Nendaz				14							
	Zermatt				17							
	Sion St-Pierre		17									
	St. Niklaus					14						
	Saas Grund				14							
	Autres					10	10	10				
	Total		17	0	45	24	10	10	0	0	0	106
Transformation bâtiments construits					22	22	22	22	22	23	25	158
Reconnaissance lits existants		17		13	12	12						54
	Total nouveaux lits	17	52	70	79	98	102	57	47	48	50	620
	Total lits existants	2287	2339	2409	2488	2586	2688	2745	2792	2840	2890	

NB : les établissements mentionnés ci-dessus ainsi que le nombre de lits prévus, le sont ici à titre indicatif et estimatif et ne préjugent en rien des décisions qui seront finalement prises en ce qui les concerne.



b) Evolution des frais d'investissements

Le tableau suivant met en évidence l'évolution des frais d'investissements (part cantonale) liée au scénario B

Planification 2005	Subventionnement cantonal												
Etablissement	nb. lits	coût total	subvent. totale	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Construction	Frais reconnus CHF 230'000./lit au maximum												
Ried-Brig	35												
Naters	57												
Brigue	40	9'200'000	2'760'000		500'000	890'000	800'000	570'000					
St-Maurice	40	9'200'000	2'760'000			500'000	1'000'000	800'000	460'000				
Entremont	30	6'900'000	2'070'000				400'000	400'000	370'000	300'000	300'000	300'000	
Autres	100	23'000'000	6'900'000				150'000	400'000	750'000	1'400'000	1'400'000	1'400'000	1'400'000
Total	302	48'300'000	14'490'000	0	500'000	1'390'000	2'350'000	2'170'000	1'580'000	1'700'000	1'700'000	1'700'000	1'400'000
Agrandissement	Frais reconnus CHF 200'000./lit + frais effectifs si transformation de l'ancien bâtiment												
Nendaz	14												
Zermatt	17	3'400'000	1'020'000			200'000	300'000	300'000	220'000				
Sion St-Pierre	17		privé										
St. Niklaus	14	2'800'000	840'000				300'000	280'000	260'000				
Saas Grund	14	2'800'000	840'000				300'000	280'000	260'000				
Autres	30	6'000'000	1'800'000					300'000	300'000	300'000	300'000	300'000	300'000
Total	106	15'000'000	4'500'000	0	0	200'000	900'000	1'160'000	1'040'000	300'000	300'000	300'000	300'000
Transformations	Frais effectifs de transformation CHF 210'000/lit												
bâtiments construits	158	33'180'000	9'954'000			594'000	1'520'000	1'520'000	1'520'000	1'200'000	1'200'000	1'200'000	1'200'000
Rénovations	Frais effectifs de transformation - CHF 500'000.- de subventions par an												
pas de modifications en nb. de lits		16'667'000	5'000'000	500'000	500'000	500'000	500'000	500'000	500'000	500'000	500'000	500'000	500'000
Reconnaissance de lits existants	Pas de frais reconnus d'investissements												
	54												
Total		113'147'000	33'944'000	500'000	1'000'000	2'684'000	5'270'000	5'350'000	4'640'000	3'700'000	3'700'000	3'700'000	3'400'000
Total lits scénarios A & B	620			17	52	70	79	98	102	57	47	48	50
Total lits existants			2270	2287	2339	2409	2488	2586	2688	2745	2792	2840	2890

NB : les établissements mentionnés ci-dessus ainsi que le nombre de lits prévus, le sont ici à titre indicatif et estimatif et ne préjugent en rien des décisions qui seront finalement prises en ce qui les concerne.

Selon ce scénario, le montant global de la subvention cantonale à l'investissement des établissements médico-sociaux augmenterait pour atteindre 5.35 millions en 2008, puis il diminuerait pour s'élever à 3.4 millions en 2013.

Cette variante B, qui doit être préconisée, permet de stabiliser le nombre de lits disponibles pour 1'000 habitants âgés de 80 ans et plus.



c) Evolution des recettes d'exploitation

Le tableau suivant illustre les incidences de ce scénario B sur les recettes et dépenses d'exploitation des établissements médico-sociaux pour personnes âgées :

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<i>Recettes</i>	en millions de Frs	en millions de Frs	en millions de Frs	en millions de Frs	en millions de Frs	en millions de Frs	en millions de Frs	en millions de Frs	en millions de Frs
Taxes de pension	68.60	73.02	77.50	83.39	89.59	95.61	102.13	109.74	118.27
Taxes : caisse-maladie	35.00	38.92	40.52	43.17	46.38	49.50	52.36	55.72	59.47
Taxes liées à l'impotence	10.39	10.99	11.22	11.72	12.35	12.93	13.54	14.27	15.08
Pouvoirs publics	23.61	27.27	30.11	32.61	35.34	37.45	40.33	43.45	47.05
Autres recettes	7.86	8.57	8.75	9.14	9.63	10.08	10.56	11.13	11.76
TOTAL revenus	145.47	158.77	168.11	180.04	193.30	205.57	218.92	234.32	251.63
TOTAL dépenses	145.25	157.42	167.03	178.95	193.81	206.24	219.68	235.20	250.08
Résultat	0.22	1.35	1.07	1.09	-0.51	-0.67	-0.76	-0.88	1.55

Les estimations sur les recettes et dépenses d'exploitation sont calculées jusqu'à 2010. Après cette date l'hypothèse de ces données n'est pas encore fondée.

d) Conséquences financières de ce scénario pour le canton jusqu'en 2013 (2'890 lits)

Les conséquences financières qui résulteraient de ce scénario B pour le canton seraient les suivantes:

- S'agissant des subventions cantonales à l'investissement des EMS, elles augmenteraient pour atteindre 5.35 millions en 2008, pour diminuer par la suite.
- S'agissant des subventions cantonales à l'exploitation des EMS, leur montant global, déduction faite des subventions communales, enregistrerait une augmentation linéaire jusqu'à 47 millions en 2010.

Conséquences d'un point de vue de la santé publique

Ce scénario B, qui permet de maintenir disponibles le nombre nécessaire de lits pour les personnes âgées de plus de 80 ans, est le seul de nature à couvrir les besoins. Ce scénario est par conséquent à retenir.

7.5.6. Bilan

Si l'on fait le bilan des ces deux scénarii, on constate que le scénario A ne tient pas compte du vieillissement de la population ni de la nécessité pour la population âgée dépendante de trouver une place dans une institution de soins de longue durée. D'autre part le scénario B permettrait de maintenir le taux de lits de l'année 2004 soit 204 lits pour 1000 habitants de 80 ans et plus.



7.6. Architecture, construction d'EMS

Comme le décrit le travail de l'OFAS, l'habitat et la qualité de vie dans la vieillesse sont étroitement liés. Des logements adaptés aux personnes âgées sont ceux où des personnes très âgées peuvent se déplacer dans un environnement familial.

Les normes architecturales de construction des EMS édictées par l'OFAS datent de plus de vingt ans. La suppression, dès 1990, du subventionnement fédéral des coûts de construction des institutions pour personnes âgées, a eu notamment comme conséquence que ces directives n'ont plus été adaptées aux besoins actuels des EMS.

Afin de permettre aux maîtres de l'ouvrage et aux architectes mandatés de préparer des projets de construction qui seront à même de répondre à leurs besoins mais aussi aux exigences en matière d'autorisation d'exploiter un établissement, le service de la santé publique a préparé, en collaboration avec le service cantonal des bâtiments, un nouveau programme-cadre des locaux (cf. document en annexe).

Comme son nom l'indique, ce document se veut directif tout en laissant la possibilité d'adapter les constructions, d'une part à des besoins spécifiques et particuliers à chaque cas, et d'autre part aux idées créatrices des architectes. Toutefois, les exigences minimales définies en matière notamment de dimensionnement des chambres et des espaces de circulation et d'accueil sont à respecter impérativement de même que celles permettant l'intégration des personnes handicapées.

Enfin, et à l'origine de tout projet de construction ou de réaménagement d'une institution, le maître de l'ouvrage devrait élaborer un concept d'hébergement basé sur les besoins des résidents, du personnel et des visiteurs.

7.7. Les autres institutions pour personnes âgées

La décision du Conseil d'Etat de 2001 prévoyait que les autres institutions de soins pour personnes âgées (AIPA) soient soumises aux mêmes conditions pour l'autorisation d'exploiter que les établissements médico-sociaux.

Les autres institutions pour personnes âgées (AIPA) sont les institutions de Mörel, de Guttet, de Visperterminen et de Loèche-les Bains ainsi qu'une institution privée St.Jean et St.Jean-Baptiste à Ardon. Il s'agit d'institutions de petite dimension. En tout ceci représente une capacité d'accueil d'une quarantaine de lits.

Jusqu'ici, les autres institutions pour personnes âgées bénéficiaient de subventions tant cantonales (à raison de 2/3 par lit d'EMS autorisé), que fédérales (par le biais du personnel soignant engagé par les CMS). Elles étaient régies par des directives les concernant, du 27 octobre 1998.

Afin de permettre le changement de statut de ces institutions, un groupe de travail a été créé au printemps 2002. Il a été chargé de formuler des propositions permettant de quitter le statut d'AIPA. Le changement de statut est intervenu le premier janvier 2005.



7.8. Derniers développements

Avec le présent paragraphe, nous mettons en évidence les derniers développements.

7.8.1. Les soins palliatifs en EMS

7.8.1.1. Accompagnement en fin de vie

La sensibilisation à ce thème est faite pour l'ensemble des EMS au travers d'un critère de contrôle de la qualité concernant ce point et qui est stipulé dans l'instrument de contrôle la Plate-forme comme suit: "il existe une politique pour l'accompagnement en fin de vie comprenant la formation et le soutien du personnel ; la participation des proches est encouragée".

Ainsi plusieurs EMS connaissent un concept de prise en charge de fin de vie et d'autres y travaillent.

7.8.1.2. Lutte contre la douleur

Quatre EMS (établissements médico-sociaux pour personnes âgées) : le Christ Roi à Lens, St. Joseph à Sierre, la Providence à Bagnes et les Glariers à Sion sont engagés dans un processus intitulé "vers un milieu de vie sans douleur". Ils participent à la campagne 2002 "Ensemble contre la douleur". Cette campagne puise son origine dans une démarche originale portée par le Pr. Ch. Rapin, à Montréal en 1992 avec l'objectif de modifier tant le comportement des professionnels de la santé que celui des résidents dans la prise en considération et le soulagement de toutes les formes de douleurs. Il s'agit, tout à la fois d'informer et sensibiliser les professionnels de la santé et les pensionnaires des possibilités actuelles de soulager les types de douleurs provoquées par les pathologies et les traitements; de permettre aux patients d'être partenaires dans le soulagement de la douleur; de permettre de renforcer les formations dans les différentes institutions. Chaque EMS s'est engagé à se conformer au déroulement de la campagne et a aussi la possibilité de mettre des accents particuliers, l'important étant de devenir attentif à la douleur, de la mesurer, de la traiter et d'en évaluer les résultats puis de réajuster le traitement au besoin.

Un effort important a été fourni par de nombreux EMS en vue de sensibiliser le personnel à la question des soins palliatifs. D'autre part plusieurs infirmières ont suivi une formation post-diplôme en soins palliatifs.

Le développement de l'attitude palliative et des soins palliatifs en EMS pour ces prochaines années

Suite aux évaluations des projets EMS sans douleur il faudra encourager l'ensemble des EMS à travailler à ce sujet et à devenir des EMS sans douleur.

Avec les EMS pionniers il faudra trouver des moyens pour partager les expériences faites. Des conférences, expositions, invitations à des journées portes ouvertes pourraient être des possibilités.

Quant aux soins palliatifs et à l'accompagnement en fin de vie, chaque EMS développera ces sujets dans son concept de prise en charge de soins et de prise en charge sociale. L'intégration des familles doit y trouver sa place. Ils devront encourager la formation du personnel. Les questions éthiques doivent être au cœur des discussions des professionnels. Une collaboration est à prévoir avec les fournisseurs de prestations spécialisées par exemple avec l'équipe



mobile de soins palliatifs de l'association F.X.B à Sion, avec le Centre d'antalgie à l'hôpital de Martigny, avec la Clinique St-Amé à St-Maurice voire avec d'autres fournisseurs de prestations.

7.8.2. Qualité

7.8.2.1. OptiHome

La mise en application de la LAMal ainsi que des directives concernant les EMS d'avril 1998 ont accéléré la prise de conscience de la nécessité de mettre en œuvre un système de développement de la qualité dans les institutions pour personnes âgées du canton. Dans un premier temps les responsables des EMS du Haut et du Bas-Valais avaient entrepris des démarches différentes, propres à leurs besoins. Le SSP a suivi ces différentes démarches avec attention, ce d'autant plus que les visites de contrôle dans les EMS du 13 mai au 11 août 1998 montraient des manques de qualité dans bien des domaines de gestion et de soins. Très vite s'est fait sentir la nécessité de coordonner les efforts touchant à la qualité entre les instances de surveillance du canton et les responsables des EMS. La méthode retenue fut celle d'OptiSystème. Cette démarche s'inscrit dans le cadre de la méthode de résolution des problèmes.

La méthode OptiHome

29 types de prestations recensées sont organisés en sous-groupe contenant 550 questions relatives à l'institution et à ses différents partenaires.

Dix groupes distincts de personnes sont objectivement consultés. De chaque source de données, OptiHome extrait les facteurs les plus importants et intègre les résultats des questionnaires dans l'évaluation. Les résultats obtenus des divers groupes interrogés permettent une comparaison interne, respectivement externe avec d'autres institutions.

Le principe admis pour l'amélioration de la qualité est **d'optimiser l'ensemble de l'institution plutôt que de maximiser un secteur.**

Les résultats

Les manques les plus importants ont été constatés en rapport aux sujets que sont l'organisation, la gestion du personnel, l'information, l'éthique, le respect et la dignité, les soins, la sécurité et la lutte anti-feu, l'architecture, les nouvelles formes de séjour et le marketing.

Si la démarche OptiHome prévoit que chaque EMS avance à son rythme et avec ses priorités, il a été convenu de mettre des exigences au niveau cantonal afin d'assurer l'atteinte de buts essentiels à la bonne conduite d'un EMS. Ainsi tous les EMS ont dû finaliser pour la fin de l'année 2003 les trois buts suivants: la description de la mission, la description du concept de soins et de prise en charge sociale ainsi que les descriptions de fonctions et l'élaboration des cahiers de charge pour l'ensemble du personnel de l'institution.

A la fin de l'année 2003, 23 EMS avaient finalisé ces documents. Les autres EMS ont reçu un délai de 6 mois pour terminer les documents. Ils ont tous terminé leur travail à la fin juin 2004.

Les résultats peuvent aussi mettre en exergue les domaines où le Département de la Santé pourrait jouer un rôle prépondérant dans cette démarche de développement de la qualité soit



par exemple l'élaboration d'un mandat de prestations envers les EMS ou l'AVALEMS, la définition de la mission des EMS dans un futur concept de prise en charge des personnes âgées (aujourd'hui seules les directives décrivent brièvement la mission), la mise en place de dossiers informatisés des pensionnaires, l'élaboration d'un concept architectural (données actualisées), l'évaluation des besoins en formation pour le personnel soignant, la collaboration avec le DECS en vue d'assurer le financement des formations pour les personnels d'aide aux soins (personnes qui n'ont pas de formation professionnelle dans les soins) ainsi que pour la réinsertion professionnelle des professionnels de la santé des différents métiers de la santé.

La deuxième phase a commencé au mois d'août 2003 et se terminera en principe en été 2005. Suite à cela les EMS continueront la démarche induite d'amélioration continue de la qualité. Ils pourront aussi se faire certifier par un organisme de certification.

7.8.2.2. Plate-Forme intercantonale

Dans le cadre de la Conférence Romande des Affaires Sanitaires et Sociales (CRASS) les chefs de Département soucieux de la qualité de la prise en charge des personnes âgées dans les EMS ont adopté en date du 28 mai 2001 un document qui décrit les « exigences intercantionales de qualité et de sécurité en vue de l'obtention et du maintien de l'autorisation d'exploiter une institution pour personnes âgées ». Ce document permet une comparaison intercantonale. Le canton de Vaud ayant mis au point un système d'analyse des résultats les autres cantons romands peuvent bénéficier de cet outil. Le Département de la santé du canton du Valais a adopté ces exigences et les a intégrées dans ses exigences.

Ce document sert également de référence lors des contrôles du service de la santé. A la mi février 2004 une première comparaison intercantonale permettait de situer le Valais par rapport au canton de Vaud, du Jura et de Neuchâtel. Cette comparaison montre des tendances et le canton du Valais se trouve dans la moyenne.

En 2003 cette série d'exigences communes a servi d'outil de contrôle en vue de renouveler l'autorisation d'exploiter des EMS valaisans. Il y a eu une évolution positive par rapport à un certain nombre de critères. Cet outil commun continuera à être utilisé ces prochaines années par les différents partenaires en vue d'améliorer de manière constante la qualité de la prise en charge des résidents ainsi que des conditions de travail des employés.

Ces exigences serviront de complément aux critères de certification des EMS. Ces critères de certification sont en préparation dans le groupe de qualité du GRSP.



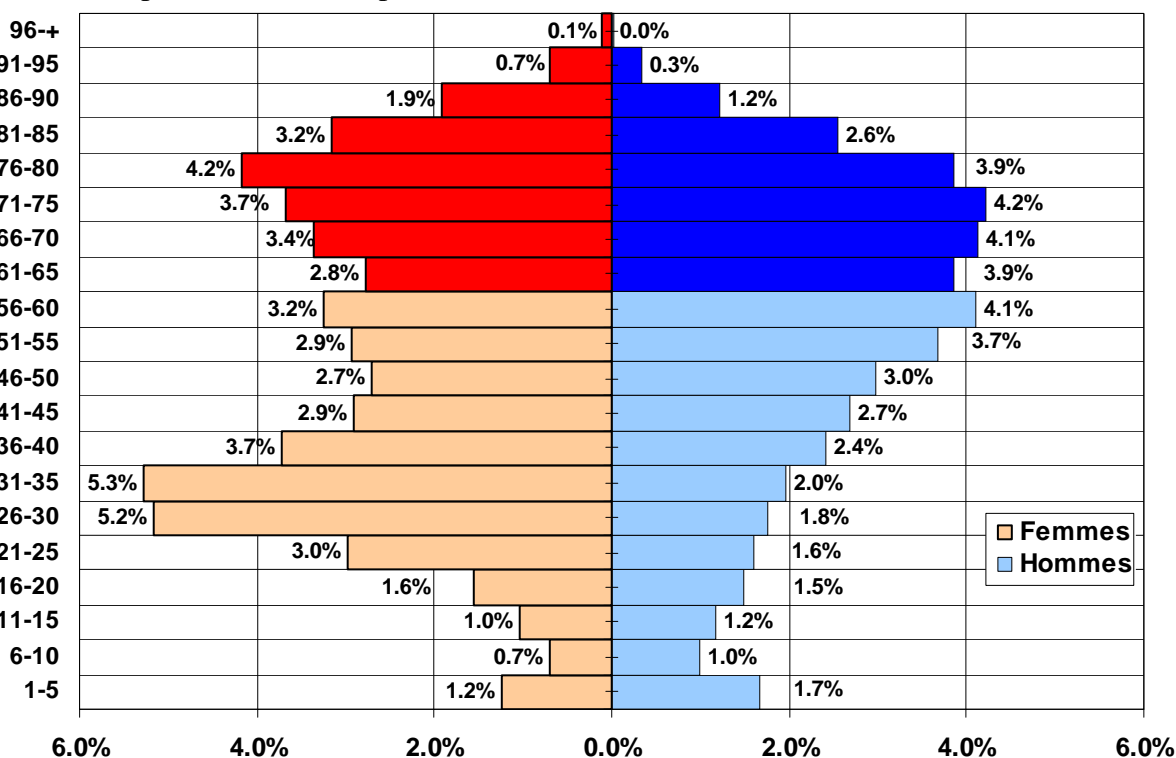
8. Les hôpitaux

8.1. Les hôpitaux de soins aigus

Depuis quelques années, les indicateurs d'activité des établissements de soins aigus montrent des tendances à la baisse.

Soins aigus	1995	2003	Ecart entre 2003 et 1995
Journées	320'841	257'690	-19.68%
Sorties	36'043	34'644	-3.88%
Durée moyenne de séjour	8.9	7.4	-16.44%

En analysant la répartition par sexe et âge de la population hospitalière dans les hôpitaux de soins aigus valaisans, on constate que la population âgée de plus de 60 ans représentent le 40% des hospitalisations et les plus de 80 ans le 10%.

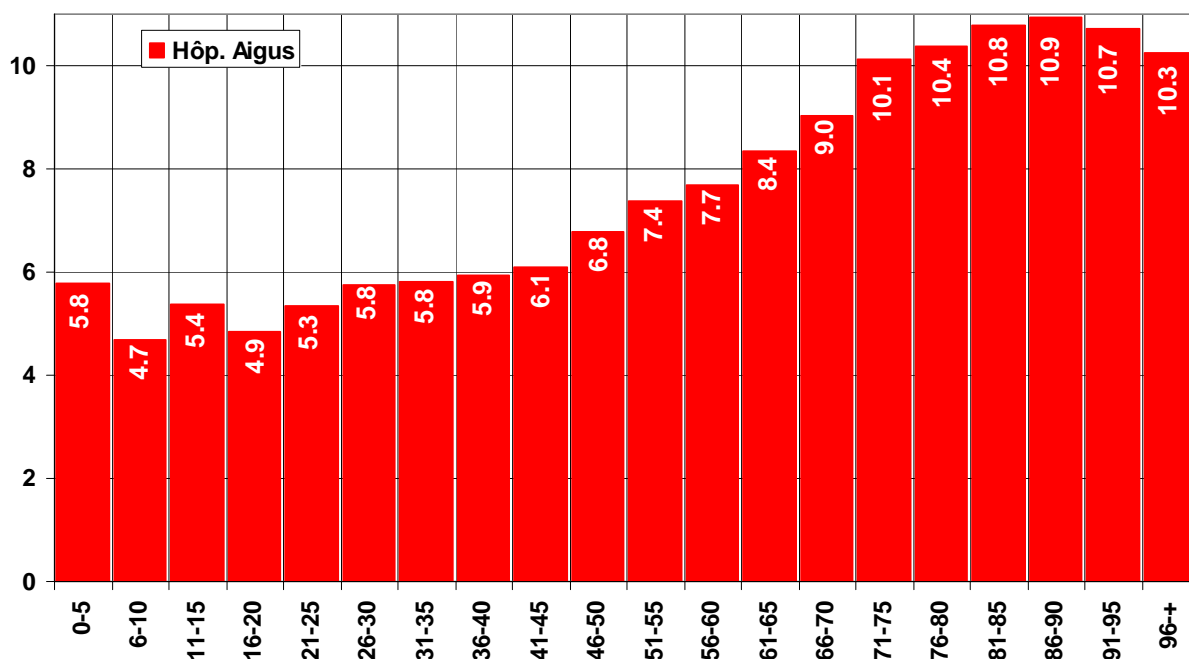


Source : OFS 2002

En ce qui concerne la durée moyenne de séjour des malades, force est de constater que cette dernière augmente en fonction de l'âge des patients. Cet élément se justifie en partie par le fait que ces personnes souffrent souvent de pathologies chroniques et qu'elles nécessitent un temps de réadaptation plus long.



Durée moyenne de séjour 2002



Source : OFS 2002

Toutefois, même si les personnes âgées entrent dans le système sanitaire par les établissements de soins aigus, la question se pose de savoir si les autres structures peuvent accueillir les patients qui le nécessitent.

En effet, les deux graphiques ci-dessus montrent que les personnes de plus de 60 ans occupent largement ces établissements.

8.2. Les hôpitaux et cliniques de gériatrie

La gériatrie est la branche de la médecine qui traite les maladies des personnes âgées ; il s'agit d'une médecine globale et pluridisciplinaire. Les hôpitaux, cliniques ou service de gériatrie délivrent des soins généraux ou spécialisés en gériatrie et des soins de réadaptation fonctionnelle.

Le tableau suivant présente les lits de gériatrie exploités en 2003 par région.

	Centre du Haut-Valais		Centre hospitalier du Valais central				Centre hospitalier du Bas-Valais			
	Viège	Brigue	CVP	Sierre	Sion	Martigny	Monthey	Aigle	IPVR	St-Maurice
Gériatrie	43	42		45	83	28				83

Dans le cadre du Réseau Santé Valais la gériatrie est répartie dans les hôpitaux et cliniques à raison de 42 lits à Brigue, 43 lits à Viège, 45 lits à Sierre (Ste Claire), 83 lits à Sion (Gravelone), Martigny 28 lits ainsi que 83 lits à St. Maurice (St. Amé). Tous les



établissements n'ont pas une structure identique. Certains offrent, en plus des unités hospitalières, des unités semi-hospitalières ainsi qu'une consultation ambulatoire.

L'hôpital de Gravelone a fermé en 2003 son unité d'hôpital de jour. Cette fermeture s'est répercutée sur le système de prise en charge à domicile ainsi que dans les EMS de la région qui se voient confrontés à une augmentation de demandes de prises en charge de jour. Ils ne disposent pas toujours de toutes les structures d'accueil voulues.

Du personnel spécialisé en gériatrie, médecins, infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes et autres collaborent ensemble aux programmes de prise en charge des malades. On peut relever à titre informatif que la dotation en personnel soignant, infirmières, infirmières assistantes et aides soignantes varie d'un établissement à l'autre : pour 2002 0.80 EPT pour St. Amé, 0.87 EPT pour Gravelone, 0.70 EPT pour Ste-Claire et 0.88 EPT par lit pour Brigue.

L'activité médicale s'est intensifiée ces dernières années. Les problèmes rencontrés par ce secteur sont celui du recrutement de médecins-assistants ainsi que celui de l'insuffisance de lits EMS pour permettre l'accueil de personnes dont la situation s'est stabilisée, mais qui ne sont plus en mesure de rentrer à domicile. Les médecins outre leur formation continue, assurent la formation continue du personnel de leurs institutions, publient des articles, donnent des conférences et participent à l'introduction des dossiers patients informatisés.

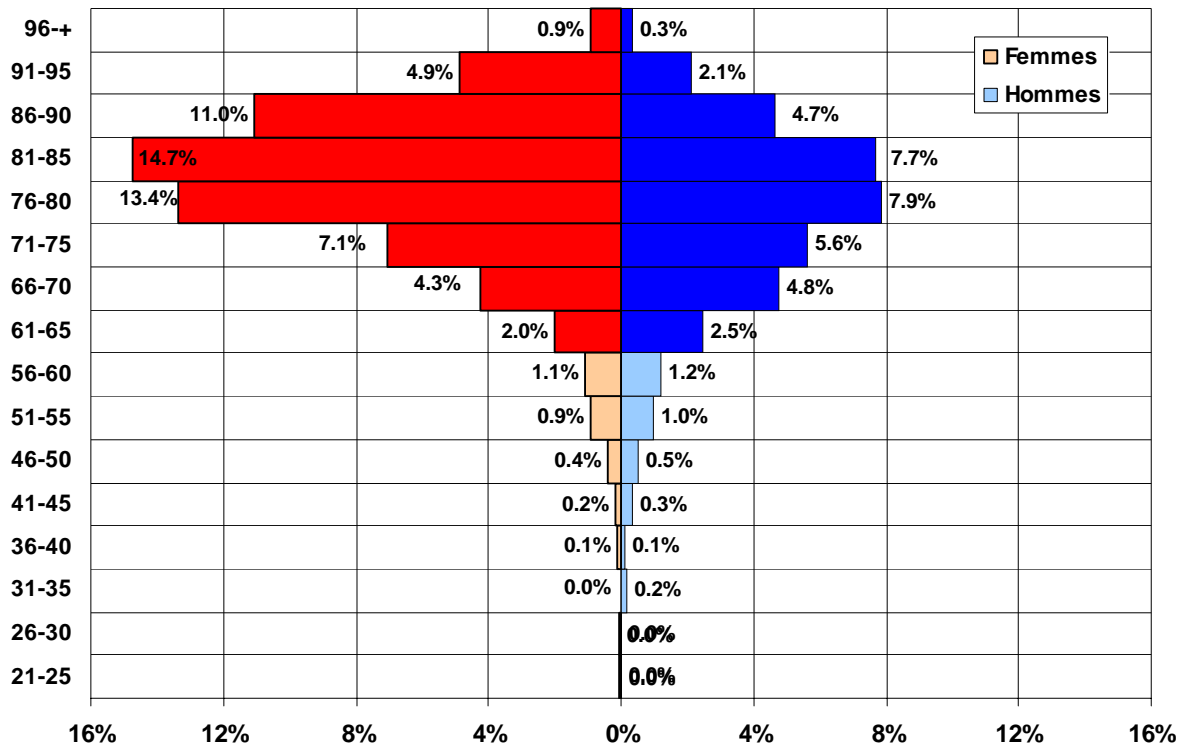
L'activité des soignants est marquée par l'introduction du LEP, système informatisé qui permet de saisir toutes les prestations en soins et de gérer les soins infirmiers. A côté de cela une attention toute particulière a été portée à la formation continue du personnel et à l'intégration des stagiaires et étudiantes des nouvelles filières de formation en soins.

En plus des activités gériatriques propres, on peut retrouver des lits d'attente (voir chapitre correspondant).

Les soins palliatifs font de plus en plus partie de l'offre de soins des milieux de gériatrie.

L'hôpital de Gravelone possède une unité spécifique de soins palliatifs de 12 lits dénommée unité de soins continus (USCO). 106 malades y ont été traités avec une durée moyenne de séjour de 33 jours. Elle s'adresse aux adultes de tout âge. Ce sont surtout des patients atteints de pathologies cancéreuses qui y séjournent.

La pyramide des âges de la population prise en charge en milieu gériatrique montre, qu'en 2002, près de 94% des patients sont âgés de plus de 60 ans et les plus de 80 représentent le 46.4% des malades.



Source : OFS 2002

Avec la diminution du nombre de lits, les établissements et cliniques de gériatrie ont enregistré une diminution importante du nombre de journées et de leur durée moyenne de séjour.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Sorties	2'055	2'211	2'696	2'907	2'874	2'806	2'865	2'852	2'787
Journées	115'056	118'479	113'357	112'716	111'246	104'581	106'975	107'599	104'057
Durée moyenne de séjour (mois)	56	54	42	39	39	37	37	38	37

On peut aussi constater que les soins de longue durée ont presque disparu des milieux de gériatrie. A l'exception de certaines situations extrêmement lourdes, ces personnes sont adressées aux EMS ainsi qu'aux CMS. Si dans les anciens concepts hospitaliers les soins de longue durée étaient dévolus aux hôpitaux de gériatrie, une telle mission n'est plus envisagée dans le concept hospitalier 2004. Il faudra en tenir compte au moment de redéfinir les besoins en lits en EMS.

Les rapports annuels 2003 des hôpitaux et cliniques ne permettent pas de comparer l'ensemble des activités et offres de prestations.



8.3. Proposition

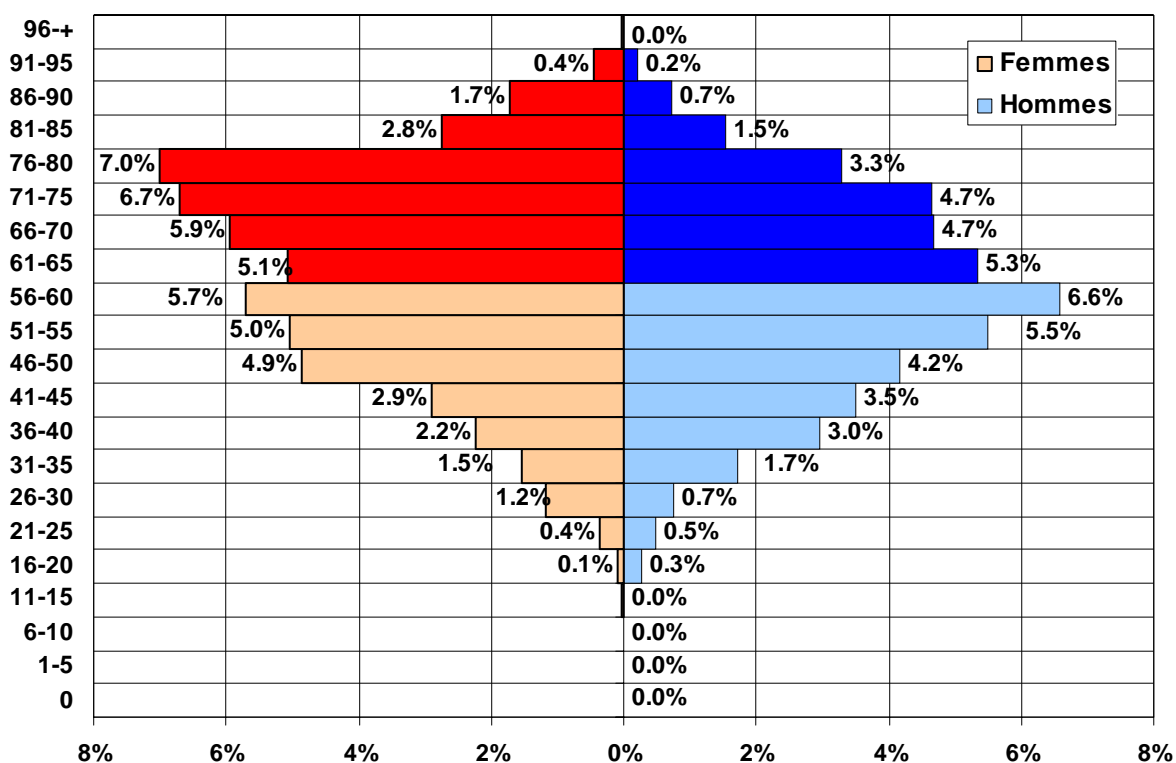
- Développer des unités d'évaluation gériatriques proposant une évaluation globale par une équipe pluridisciplinaire de la personne, des projets de soins cohérents ainsi qu'une aide à la décision d'orientation.

8.4. Les hôpitaux et services de réadaptation

En Valais, les soins de réadaptation sont offerts essentiellement dans les établissements suivants :

- Centre valaisan de pneumologie à Montana ;
- Centre de Réadaptation de Loèche-Les-Bains ;
- SUVA à Sion.

La SUVA offrant des prestations hautement spécialisée à une population de jeunes accidentés (76.15% des patients sont des hommes âgés de 15 à 60 ans), elle n'est pas prise en considération dans la pyramide des âges présentées ci-après.



Source : OFS 2002

Selon la pyramide ci-dessus, nous pouvons dire que le 50% des patients ont plus de 60 ans. Entre 61 et 80 ans, la répartition des patients selon le sexe évolue de manière différente puisque le nombre d'hommes pris en charge a tendance à diminuer alors que la part des femmes augmente.



Au vu de ces éléments, il semble normal de prendre en considération les besoins de patients vieillissant comme déjà indiqué dans le « Concept hospitalier » de 2004.

8.5. Les services de psychogériatrie

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Association mondiale de psychiatrie (AMP) ont publié un protocole d'accord sur la définition de la psychiatrie gériatrique. La psychiatrie gériatrique : « *la branche de la psychiatrie qui est une partie intégrante des soins multidisciplinaires de santé mentale fournis aux personnes âgées* ».

Les expressions psychiatrie de la personne âgée ou géronto-psychiatrie sont également utilisées pour parler de psychogériatrie.

Cette discipline comprend outre ses objectifs thérapeutiques de restauration de la santé et d'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées par du soutien thérapeutique, des aspects de prévention, de soutien aux aidants naturels et professionnels, d'enseignement à la population ainsi qu'aux professionnels, de formation continue, de recherche et d'engagement dans les politiques de la santé.

La discipline médicale qu'est la psychogériatrie est un domaine qui dépend autant de la psychiatrie que de la gériatrie. Le travail interdisciplinaire y est fortement développé ainsi que les collaborations multiples avec les institutions de soins, le domaine du social, les associations spécialisées de pathologies diverses et des personnes âgées et les familles et proches des patients. Ce domaine devrait mériter une attention toute particulière dans la planification cantonale car il est à l'intersection de nombreux domaines complémentaires et interdépendants.

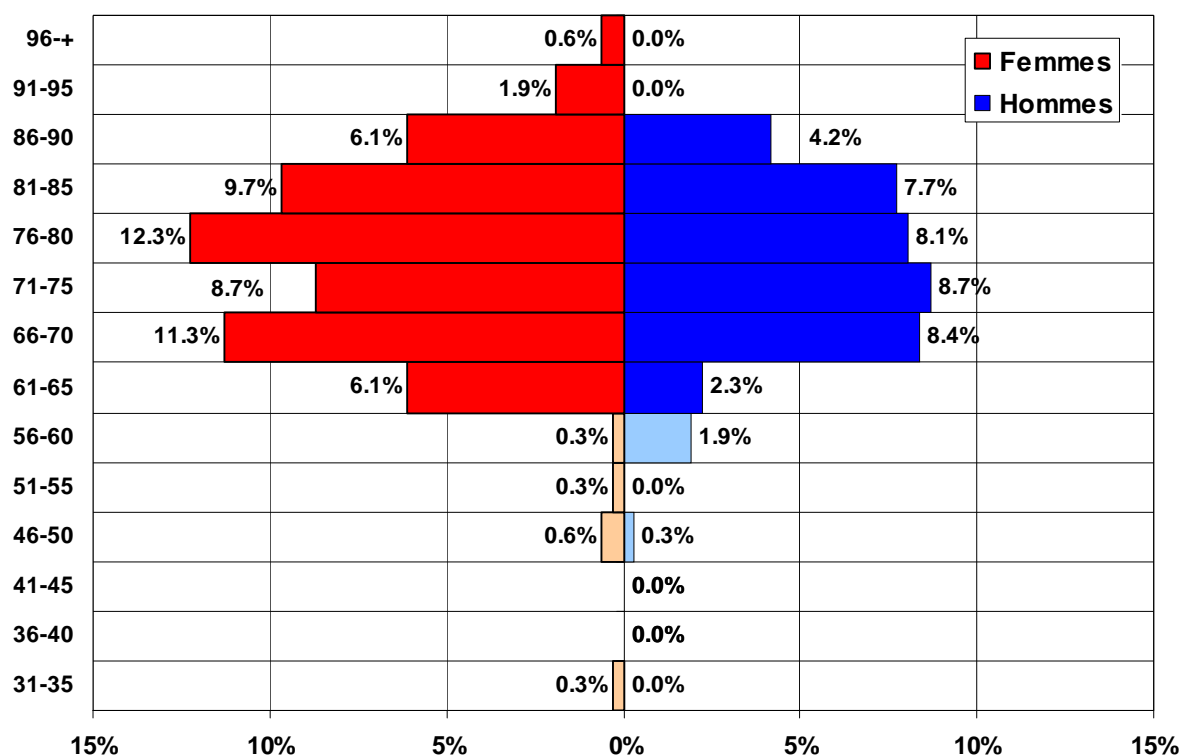
Les institutions de psychiatrie du Valais sont réparties selon les régions linguistiques soit : les institutions psychiatriques du Valais Romand (**IPVR**) et le Psychiatrie Zentrum Oberwallis (**PZO**).

La décision du Conseil d'Etat de juillet 2001 stipulait la nécessité de créer des centres régionaux de consultation de psychiatrie de liaison. Ces centres devaient notamment assurer la formation en psychiatrie du personnel des institutions concernées ainsi que la coordination entre les domaines stationnaires, semi-stationnaires et ambulatoires.

La planification hospitalière de janvier 2004 prévoit la répartition des lits de la manière suivante :

	<i>Centre du Haut-Valais</i>	<i>Centre hospitalier du Valais Central</i>	<i>Centre hospitalier du Bas-Valais</i>	
	<i>PZO</i>	<i>Ste-Claire</i>	<i>St-Amé</i>	<i>Malévoz</i>
Psychogériatrie	18	18	18	20

Ces lits accueillent chaque année près de 300 patients dont près de 60% sont des femmes comme le montre la pyramide des âges ci-dessous :



Source : OFS 2002

8.5.1. Institutions Psychiatriques du Valais Romand (IPVR)

Pour accomplir sa mission l'ensemble du service de psychogériatrie dispose de :

- 1 unité de psychogériatrie de l'hôpital de Malévoz, le Rocheys, 20 lits ;
- 2 unités décentralisées soit à Sierre, Clinique Ste Claire, 18 lits et à St. Maurice, Clinique St. Amé, 18 lits ;
- de deux hôpitaux de jour pour personnes âgées à Monthey et Sierre (Ste-Claire) ;
- des consultations ambulatoires spécialisées à Monthey, Martigny, Sion et Sierre ;
- de psychiatrie de liaison à Monthey à l'hôpital du Chablais, à St.Maurice à la clinique St. Amé, à Martigny à l'hôpital de Martigny, à Sion à l'hôpital de Champsec et de Gravelone, à Sierre à la clinique Ste Claire ainsi que dans des EMS et CMS du Valais romand.

Les unités hospitalières

Chaque unité dispose d'une équipe médicale (chef de clinique et médecin assistant) et d'une équipe soignante placées sous la responsabilité du médecin-adjoint et des infirmiers-chefs responsables du service de psychogériatrie des IPVR. Les trois unités garantissent une qualité de soins psychogériatriques identique.

Les admissions se font en fonction de la disponibilité des places en respectant au maximum le choix du patient ou de sa famille. Les indications suivantes font évidemment exception : d'un côté une co-morbidité somatique importante relevant des compétences du gériatre et de l'infrastructure d'un hôpital somatique, de l'autre les états maniaques et les états dépressifs sévères accompagnés d'un risque suicidaire important nécessitant le savoir-faire et l'infrastructure de l'hôpital psychiatrique.



Les hôpitaux de jour pour personne âgée à Monthey et Sierre (Ste-Claire) ont pour mission de permettre l'investigation des problèmes de santé dès 55 ans, d'évaluer les problèmes psychiques et physiques, d'évaluer les ressources du patient et de l'entourage et d'adapter les mesures thérapeutiques. Ouvert du lundi au vendredi de 9h à 17h l'hôpital de jour offre à la personne âgée une prise en soins intensive tout en gardant l'insertion dans son environnement habituel. Les prises en charge s'appuient principalement sur le concept de psychothérapie institutionnelle et la dynamique de groupe. Le patient est donc un partenaire qui s'engage activement dans une relation thérapeutique avec les membres de l'équipe soignante.

La psychogériatrie de liaison est exercée par des médecins psychiatres-psychothérapeutes qui se déplacent dans les hôpitaux ainsi que dans les établissements médico-sociaux pour personnes âgées (EMS) et centres médico-sociaux (CMS). La mission va de la consultation spécialisée au soutien des équipes en difficulté face à des patients présentant des pathologies psychiatriques ou une souffrance psychique importante. Ces supervisions s'adressent à tout le personnel travaillant dans le domaine de la personne âgée.

Un temps de plus en plus important est utilisé à la préparation des sorties de l'hôpital des patients de psychogériatrie soit vers leur domicile ou vers une institution. De la réussite de cette intégration dépendra la qualité de vie des malades et de leur entourage. Elle évitera des réhospitalisations. Des protocoles de préparation au placement ainsi que de soins de fin de vie ont été mis en place par les IPVR. Ce dernier protocole fait partie intégrante des soins palliatifs mis en place tout particulièrement en phase terminale de la vie des malades.

La décentralisation des prises en charge psychogériatrique sur plusieurs sites, si elle correspond à un besoin de la population, pose cependant la question des capacités en personnel, celle des médecins et des soignants ainsi que celle de la masse critique sur les différents sites. Cette problématique sera abordée dans le cadre de la restructuration des hôpitaux du RSV.

Les besoins en personnel spécialisé ont augmenté à ce point que les IPVR ont développé leur propre centre de formation en créant le département de psychologie médicale et formation. Pour les IPVR, l'obligation de la formation est devenue partie intégrante des responsabilités des professionnels. Leur offre s'étend à tous les professionnels intervenant auprès de la personne âgée : médecins, infirmières, ergo- et physiothérapeutes, assistants sociaux, aides familiaux, aide-soignantes et aide-infirmiers etc.

Des liens sont appelés à se développer avec la HEVs. Cependant une attention particulière est apportée au personnel aide-soignant qui n'a pas accès aux offres de formation de la HEVs.

8.5.2. Psychiatrie Zentrum Oberwallis (PZO)

Sur la base du rapport annuel 2003 il n'est pas possible de décrire en détail l'activité du PZO en ce qui concerne la psychogériatrie. On y apprend que financièrement c'est un secteur très déficitaire. D'autre part 96 sorties ont été enregistrées en 2003 contre 76 en 2002. Ceci représente 4295 journées de soins en 2003 contre 3717 en 2002. On peut relever dans le domaine psychogériatrique le début de la mise en place d'une clinique psychogériatrique de jour. Cette offre en prestations, qui permet de décharger le secteur stationnaire, est très bien



acceptée par les proches des patients. Dans le domaine ambulatoire, un groupe de proches a pu être mis en place en commun avec l'association EMERA (Association pour personnes handicapées physiques et mentales). La collaboration du PZO avec les partenaires du système sanitaire est bonne. Des liens privilégiés ont été établis avec L'EMS St. Joseph à la Souste, l'EMS Martinsheim à Viège, l'EMERA du Haut-Valais et l'institution Via (institution de réadaptation pour personnes ayant des problèmes de dépendances) à Gampel.

8.5.3. Foyer de jour - psychogériatrie

En sus des prises en charge psychogériatriques dépendant des hôpitaux de psychiatrie un foyer de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, **les Acacias à Martigny** s'est ouvert en juin 2002. C'est une initiative privée et les responsables travaillent en lien avec le CMS de Martigny.

8.5.4. Unités de psychogériatrie en EMS

Il faut appeler ici l'existence dans certains EMS d'unités de psychogériatrie pour personnes dont la situation s'est stabilisée mais qui ne peuvent pas être prise en charge à domicile (Voir chapitre EMS).



9. Les structures intermédiaires de prise en charge

9.1. Généralités

Les structures intermédiaires de prise en charge comprennent les institutions suivantes:

- les appartements protégés avec encadrement médico-social;
- les unités d'accueil temporaire;
- les foyers de jour;
- les lits d'attente.

9.2. Etat des lieux

9.2.1. Les appartements intégrés à encadrement médico-social

9.2.1.1. Généralités

Les appartements protégés à encadrement médico-social s'inscrivent dans la politique de maintien à domicile. Ils offrent une nouvelle forme d'habitat à la population âgée, complémentaire aux structures existantes. Il est prévu de réunir sous un même toit un petit groupe de personnes qui souhaitent bénéficier d'une plus grande sécurité, tant physique que psychologique. A cet effet, le Centre médico-social assure des prestations à différents moments de la journée et de la nuit en fonction des besoins des personnes. Enfin, ces appartements sont conçus de manière à faciliter l'intégration des personnes âgées dans la communauté locale.

9.2.1.2. Offre actuelle en prestations

Dans le domaine des appartements intégrés avec encadrement médico-social, les structures suivantes ont été mises en place par exemple:

- région de Sierre: 3 appartements DOMINO « Domicile nouvelle option » sont actuellement à disposition ;
- un projet Domino est en cours à Sion (CMS et Pro Senectute) ;
- Sunnu-Bina, Viège: 1 appartement.

9.2.2. Les unités d'accueil temporaire

Une unité d'accueil temporaire est composée de plusieurs lits de court séjour. Elle permet l'accueil temporaire d'une personne vivant à domicile, en vue de décharger les personnes qui s'en occupent et de leur permettre du répit. Cette unité peut aussi servir à l'accueil temporaire, d'une personne âgée sortant de l'hôpital, qui n'est pas en mesure de prendre soins d'elle-même et pour laquelle la prise en charge par les services de soins à domicile (CMS) n'est pas possible.

Conformément aux directives du Département de la Santé, des Affaires Sociales et de l'Energie d'août 2003, le canton assure une participation financière à l'exploitation et à l'investissement des unités d'accueil temporaire dans le cadre de la planification sanitaire cantonale.



Un éventuel déficit d'exploitation de ces structures devra être pris en charge par le CMS avec lequel le contrat de collaboration aura été établi.

A l'heure actuelle, une unité d'accueil temporaire existe à l'établissement médico-social d'Englisgruss à Brigue en collaboration avec la CORIF du Haut-Valais (SOMEKO). Une autre unité a été réalisée à l'EMS de Saas Grund en collaboration avec le CMS de Saas Grund. Un projet en cours à l'EMS de Chalais en collaboration avec le CMS de Sierre.

9.2.3. Les unités de lits d'attente

9.2.3.1. Définition et historique

Les lits d'attente sont destinés aux patients en provenance des services hospitaliers qui sont en attente d'un placement en établissement médico-social. Cette mesure a été proposée et encouragée depuis 2001 par le DSSE afin de répondre provisoirement au manque de lits d'EMS. La création de ces lits dépendait, jusqu'à la mise en place de la nouvelle organisation hospitalière au 01.01.2004, de la volonté des responsables hospitaliers. Aujourd'hui la mise en place de ces lits fait partie du mandat de prestation du RSV. La répartition des lits est prévue de la manière suivante :

	Centre du Haut-Valais			Centre hospitalier du Valais central				Centre hospitalier du Bas-Valais			
	Centre de réadaptation de Loèche Les Bains SA	Viège	Brigue	CVP	Sierre	Sion	Martigny	Monthey	Aigle	IPVR	St-Maurice
Lits d'attente	10	10	10		10	10	10				10

9.2.3.2. Offre actuelle en prestations

Pour l'heure, le Département a approuvé l'exploitation des lits d'attente à:

- Brigue (depuis 2001, 6 lits) ;
- Viège (depuis 2003 – 5 lits) ;
- Martigny (depuis 2003 – 6 lits) ;
- Rehazentrum de Loèche-les-Bains (depuis 2003 – 6 lits) ;
- Sion-Gravelone (2005 – 5 lits) ;
- St. Amé (depuis 2004 - 5 lits).



9.2.3.3. Financement des lits d'attente

En ce qui concerne le financement des unités de lits d'attente, il s'effectue par analogie au financement des EMS :

- la **participation financière des patients** avoisine le montant du prix de pension en EMS, soit une contribution maximale de **CHF 110.-** admise dans le cadre du calcul des prestations complémentaires à l'AVS ;
- la **participation financière par jour des assureurs maladie** est basée sur le système BESA des EMS, soit en particulier le BESA 4, correspondant à un tarif journalier de CHF 72.- ;
- la **subvention cantonale forfaitaire** par journée-malade atteint plus de CHF 72.-.

9.2.4. Les foyers de jour

Un foyer de jour est une structure médico-sociale orientée vers le maintien à domicile. Il offre à la personne accueillie à la journée un encadrement médico-social. Ces foyers favorisent le maintien à domicile car ils permettent à des personnes dépendantes à domicile, d'être reçues de jour dans les locaux des établissements médico-sociaux ou dans une structure indépendante. Ils déchargent les personnes qui s'en occupent d'habitude. Les foyers de jour bénéficient de l'apport de subventions cantonales et fédérales.

A ce jour, il existe une douzaine de structures réparties sur l'ensemble du canton. Cependant leur organisation et offre varient beaucoup d'un lieu à l'autre. Certains EMS offrent un accueil de jour pour soulager les familles mais ne sont pas vraiment structurés pour cette tâche. D'autres ont une entité de foyer propre à l'accueil des personnes de l'extérieur.

Nom	Type	Journées complètes
Haut-de-Cry, Vétroz	Foyer	110
Chantovent, Martigny	Foyer	4'619
Rubis, Vouvry	Foyer	4'928
Brigue	CMS	112
Beaulieu, Sierre	EMS	235
St-Jacques, St-Maurice	EMS	13
Les Tilleuls, Monthey	EMS	175
Pierre-Olivier, Chamoson	EMS	395
Les Crêtes, Grimisuat	EMS	215
Le Glarier, Sion	EMS	687
La Providence, Sembrancher	CMS	28
Les Acacias	Foyer	975
<i>Total</i>		<i>12.492</i>



9.3. Propositions

9.3.1. Proposition au sujet des appartements intégrés avec encadrement médico-social :

- A l'avenir, il serait souhaitable que des structures de ce type soient mises en place dans d'autres régions du canton.

9.3.2. Propositions au sujet des unités d'accueil temporaire

- favoriser la création d'UAT dans chaque région sanitaire. Il faut envisager dans un premier temps au moins 4 lits par région sanitaire soit un total de 24 lits ;
- faire connaître cette offre ;
- évaluer les effets de cette offre sur le maintien à domicile, tenir des statistiques.

9.3.3. Proposition au sujet des lits d'attente

- supprimer progressivement ces lits au fur et à mesure du développement de l'offre en lits d'EMS;

9.3.4. Propositions au sujet des foyers de jour

- définir la notion de foyer de manière précise et inventorier ces foyers ;
- développer davantage ce mode de prise en charge, qui correspond à un réel besoin. Dans nombre de situations, le foyer de jour représente une véritable alternative à l'institutionnalisation de la personne âgée en EMS ;
- prévoir au moins quinze places en foyer de jour par région sanitaire soit au minimum 90 places ;
- évaluer leur impact sur les soins à domicile et les entrées en EMS.



10. Instances de coordination

10.1. Généralités

Dans sa décision de juillet 2001 le Conseil d'Etat proposait de créer, dans le cadre des commissions régionales de santé, des instances de coordination régionale afin de garantir la continuité des traitements et des soins ainsi que le placement adéquat des patients.

10.2. Etat des lieux

10.2.1. Les réseaux régionaux de santé

Suite à la décision du Conseil d'Etat du 29 novembre 1995 concernant la création des réseaux régionaux de santé, les commissions régionales de santé ont été mises en place dans le courant de l'année 1996 dans les six régions sanitaires.

Dans le domaine des réseaux régionaux de santé, les objectifs suivants doivent être poursuivis:

- analyser les besoins, définir et mettre en œuvre la planification ;
- favoriser un renforcement de la coordination et de la collaboration entre les fournisseurs de prestations ;
- encourager la mise sur pied de projets-pilote par les réseaux régionaux de santé ;
- assurer une répartition équitable des moyens mis à disposition des régions sanitaires au niveau des réseaux.

La plupart des projets-pilotes engagés dans le cadre des réseaux régionaux visent soit à améliorer la coordination entre les différents fournisseurs de prestations (CORIF à Sierre, SOMEKO dans le Haut-Valais), soit à couvrir les besoins dans un domaine spécifique par une collaboration plus étroite entre les fournisseurs de prestations (par exemple, le projet RESP : Réseau de Soins Palliatifs Sion-Région François Xavier Bagnoud).

Il faut cependant relever que l'engagement des commissions n'est pas le même partout. Enfin, dans la région du Chablais, une collaboration intercantonale intervient dans le cadre de la fédération des soins du Chablais.

10.2.2. CORIF - Projet-pilote (1997-1999) et structure permanente (dès 1999) à Sierre

Dès l'année 1997, sous l'égide de la commission régionale de santé de Sierre, une instance de coordination, la CORIF (Coordination inter-institution pour une gestion optimale des flux de patients) a été mise en place dans la région de Sierre.

La CORIF joue principalement les rôles suivants:

- elle facilite la collaboration entre les partenaires du réseau sanitaire sierrois;
- elle favorise la continuité des soins en offrant une réponse flexible et rapide pour l'ensemble des partenaires;



- elle contribue à l'amélioration de la qualité des soins des patients, en tenant compte des besoins de ce dernier et de ceux des prestataires de soins ;
- elle devra s'adapter à la nouvelle organisation hospitalière.

S'agissant du fonctionnement de la CORIF, il faut relever les points suivants:

- le personnel de la CORIF se compose d'un coordinateur, d'une infirmière en santé publique et d'une secrétaire;
- l'instance de coordination organise la collaboration avec les partenaires;
- la CORIF favorise l'information sur les structures sanitaires régionales;
- l'instance procède aux évaluations de fonctionnement et procède aux statistiques de flux d'une institution à l'autre.

Dans le cadre d'un projet-pilote, l'instance de coordination régionale a fonctionné d'octobre 1997 à fin septembre 1999. Pendant cette période, le canton a accordé une participation financière cantonale substantielle à ce projet.

Suite au rapport final d'évaluation de fin 1999, qui a démontré la nécessité d'une structure permanente CORIF, le Conseil d'Etat a octroyé une participation financière pour la mise en place d'une structure permanente CORIF qui s'élève depuis l'an 2000 à 75% des dépenses retenues.

10.2.3. Projet-pilote CORIF dans le Haut-Valais (CORIF Oberwallis)

Depuis le début de l'année 2003 se déroule le projet-pilote CORIF Oberwallis (SOMEKO), qui a permis la mise en place d'une instance de coordination semblable à celle de la CORIF sierroise. Ce projet est d'autant plus important que le manque de lits d'établissements médico-sociaux est marqué dans le Haut-Valais. Le rapport final d'évaluation de ce projet a été rendu à la fin juin 2004.

Suite aux résultats positifs du fonctionnement de la CORIF Oberwallis poursuivra son activité en tous cas jusqu'à la fin 2005. Une évaluation de la nécessité de cette structure sera faite à nouveau en 2005.

L'instance CORIF joue les rôles suivants:

- elle favorise la coordination et la collaboration entre les partenaires;
- elle développe une politique harmonisée des transferts de patients;
- elle assure la continuité des traitements et des soins;
- elle procède au placement des patients en tenant compte de leurs besoins;
- elle informe sur l'offre en prestations du réseau de soins.

L'instance de coordination SOMEKO a concentré son activité sur l'information à la population, une prise de contact avec différentes institutions ainsi que les conseils aux patients de même qu'à leurs proches.



10.2.4. Bureau régional d'information et d'orientation des patients (BRIO – Chablais)

En automne 2000 a été créé le réseau de soins BRIO qui, dans un premier temps, a englobé les institutions du Chablais vaudois. En 2003, le réseau régional de santé de Monthey - St-Maurice est affilié à la Fédération de soins du Chablais. Désormais, l'instance BRIO exerce son activité aussi bien dans le Chablais valaisan que dans le Chablais vaudois. Le canton du Valais participe financièrement à ce réseau de santé pour le Chablais.

Le rôle du Bureau régional d'information et d'orientation des patients (BRIO –Chablais) peut être décrit comme suit:

- le BRIO de la Fédération de soins du Chablais vise à englober à terme les activités de liaison et d'orientation des patients sur l'ensemble du Chablais ;
- le but consiste à intégrer de plus en plus les institutions de santé des deux cantons concernés (Vaud, Valais).

Une infirmière-coordinatrice valaisanne a récemment pris la responsabilité du fonctionnement de l'instance BRIO.

10.3. Propositions pour la période 2005 - 2010 respectivement 2013

On peut partir du postulat suivant : l'amélioration de la coordination permet de mieux gérer les flux des patients y compris les listes d'attente de placement en EMS, d'anticiper et de coordonner les mesures de prise en charge et d'avoir une vue d'ensemble sur les besoins et sur les réponses possibles. La pratique du « bon patient, au bon endroit, au bon moment » permettrait d'économiser quelques lits en EMS.

Pour cela il faut :

- développer une instance CORIF dans la région de Sion et de Martigny et renforcer la CORIF du Bas-Valais;
- renforcer la collaboration CORIF avec les tuteurs et tutrices afin d'éviter des placements dans des lieux inappropriés ;
- définir les indicateurs permettant de contrôler l'efficacité des CORIF par exemple : la diminution du taux de personnes de moins de 80 ans dans les EMS ;
- améliorer la collaboration entre les CORIF.



11. Partenaires divers : Pro Senectute ; Association Alzheimer ; médecins et pharmaciens

11.1. *Pro Senectute Valais*

Le but de la Fondation est de maintenir et d'améliorer le bien-être des personnes âgées en Valais.

Afin de permettre au plus grand nombre de personnes âgées de maintenir leur autonomie et de vivre à domicile, les services de Pro Senectute ont mis en place une palette de services auxquels les personnes âgées et les proches qui les soignent peuvent recourir. Il s'agit par exemple du service des visiteurs à domicile, du soutien aux familles soignantes en leur proposant des remplacements ou de l'accompagnement, du service des repas à domicile, des foyers de jour ainsi que de l'aide pour les activités quotidiennes à domicile. Des offres existent ainsi aussi bien dans le domaine social que dans l'aide à domicile. On peut citer comme exemple la semaine de vacances pour les personnes âgées dépendantes organisée par Pro Senectute Haut-Valais à Lungern.

Les chutes sont un problème car elles entraînent souvent une perte de l'autonomie. A des fins préventives, des cours d'équilibre sont donnés par Pro Senectute afin d'apprendre aux personnes âgées à éviter les chutes.

Une collaboration a été établie par Pro Senectute avec Alter Ego, association dont le but est de lutter contre la maltraitance et de la prévenir.

11.2. *L'association Alzheimer Valais*

Le but de cette association est d'informer, conseiller, soutenir et accompagner les personnes concernées directement ou indirectement par la maladie d'Alzheimer ou par une autre forme de démence. Cette affection peut survenir déjà à la fin de la cinquantaine mais le risque d'être atteint augmente avec l'âge.

Outre l'information, les conseils et le soutien aux familles par les groupes d'entraide, l'association organise aussi des vacances pour les malades et leurs proches.

Du rapport annuel 2003 de l'association on peut relever le chiffre de 3000 personnes atteintes en Valais de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre forme de démence. Le nombre de femmes atteintes de la maladie serait deux fois supérieur à celui des hommes. Dans notre canton on estime qu'il y a 91 nouveaux cas par an dans la classe d'âge de 90 ans et plus et 51 nouveaux cas par an de 65 à 69 ans. Toujours selon ce rapport 1800 malades vivent à domicile, les autres vivent en institution. Pour ces personnes l'on peut prévoir que la mise sur le marché et la prescription de nouveaux médicaments actifs contre la maladie d'Alzheimer ou contre d'autres formes de démence retardent la progression des effets de la maladie sur l'autonomie de la personne et permettront de retarder le placement en institution. Ceci devra être soutenu par la mise en œuvre de mesures spécifiques apportant un réel soutien aux proches. Il faut prévoir de :

- former les proches à la prise en charge spécifique des personnes atteintes de démence en collaboration avec les CMS et/ou Pro Senectute et/ou les IPVR ;
- Sensibiliser le corps médical à la prescription des nouveaux médicaments.



11.3. La Fédération valaisanne des retraités

La Fédération valaisanne des retraités, organisation faîtière regroupant une dizaine d'associations, s'engage notamment dans le domaine du bénévolat afin de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées.

11.4. Propositions

En conclusion, la collaboration entre tous les partenaires devrait encore être renforcée et ceci tout particulièrement autour des thèmes communs afin d'améliorer encore la prise en charge des personnes âgées et d'en assurer la coordination. Sont à prévoir :

- des rencontres et échanges au niveau régional entre tous les partenaires ;
- des collaborations autour de thèmes choisis.



12. Promotion de la santé et prévention des maladies et des accidents

12.1. Généralités

12.1.1. Valeurs, concept et impact

La qualité de la vie de la personne âgée, la sauvegarde maximale de son autonomie et le respect de sa personne sont des valeurs centrales qu'il s'agit de défendre. Détecter et traiter ses maladies permettent d'améliorer sa santé physique et psychique. Soulager ses douleurs et l'intégrer dans le réseau social lui procurent le confort indispensable pour ajouter de la qualité à la vie.

Créer un cadre de vie agréable et l'entourer de personnel compétent, content et motivé garantissent une prise en charge optimale.

Les concepts de prévention et de promotion de la santé sont les mêmes à tout âge - agir en équipe pluridisciplinaire et selon une approche participative - fournir des connaissances et des compétences pour que la personne puisse décider activement à propos de sa santé - créer des conditions de vie cadre qui rendent ces choix possibles :

- informer et former le patient et son entourage, le personnel ;
- éduquer le patient et son entourage, le personnel et le faire participer aux décisions ;
- bâtir un environnement promoteur de la santé.

Ces principes valent non seulement pour le patient pris en charge mais évidemment aussi pour les professionnels engagés dans un home et dans un CMS. La qualité de vie et la qualité du travail sont conditionnées par la satisfaction du personnel soignant. Les actions peuvent donc cibler le patient ou la personne ou le personnel, ou alors rayonner et s'adresser à l'entourage du patient ou à toute la commune selon les circonstances.

La prévention et la promotion de la santé touchent autant aux aspects sanitaires (prévention des maladies, prévention des accidents), sociaux (prévention de l'isolement) que structurels et organisationnels des lieux de vie : l'appartement, le quartier, la commune, l'établissement médico-social.

12.2. Protection de la santé, prévention des maladies et des accidents et promotion de la santé des personnes

12.2.1. Protection de la santé

Avant de développer des actions de promotion de la santé, les mesures de protection de la santé doivent être accomplies :

- éviter des accidents par des constructions et des choix de matériaux adaptés ;
- éduquer les patients et le personnel en ergonomie ;
- éviter les chutes en cherchant leurs causes (handicap visuel, médication, faiblesse) ;
- exiger une hygiène stricte et éviter l'exposition à des éléments nocifs environnementaux (bruits, fumée passive).



La loi sur le travail, les mesures de santé et de sécurité au travail et les contrats de travail ainsi que les mesures d'assurance de qualité déterminent ce domaine.

12.2.2. Promotion de la santé

Améliorer la santé d'une personne n'est pas dépendant de l'âge de la personne. A chaque âge des améliorations de l'état de santé sont possibles et permettent de maintenir, voire de reconquérir des capacités en voie de se dégrader. Respecter des règles de vie pondérées reste un atout majeur pour maintenir un état de santé physique satisfaisant et ceci à tout âge :

- proposer des exercices physiques adaptés à la mobilité actuelle du patient/du collaborateur ;
- veiller à une alimentation équilibrée et suffisante ;
- modérer la consommation d'alcool ;
- éviter le tabagisme.

La santé psychique dépend de beaucoup de facteurs. Elle peut être détériorée par la présence de douleurs, de la violence ressentie, des peurs de la mort ou de l'état grabataire. L'intégration sociale, la préservation du réseau social de la personne en institution ou soignée à la maison reste un élément clé pour la santé mentale de la personne âgée. Le stress et le mobbing, une formation inadéquate, la méconnaissance de l'effort et une mauvaise communication conditionnent la santé psychique du collaborateur :

- traiter la douleur correctement ;
- éviter toute violence ;
- communiquer avec le patient sur ses peurs ;
- dépister une maladie psychique ;
- améliorer l'organisation et la communication au travail ;
- soutenir le professionnel et le reconnaître.

12.3. Situation actuelle

Dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé spécifiques aux personnes âgées, un certain nombre d'activités et de mesures se déroulent déjà à l'heure actuelle. Parmi les partenaires actifs dans le domaine citons simplement pro Senectute qui offre des services de conseil ainsi que des activités destinées à prévenir l'isolement et la solitude des personnes âgées. Les journées d'animation à thème et les cours Equilibre ont un grand succès.

Les ligues de santé (rhumatisme, maladies pulmonaires, toxicomanies, diabète) organisent des activités plus pointues de prévention pour une population souffrant d'affections spécifiques (éducation du patient visant une meilleure gestion de sa maladie).

La couverture vaccinale des personnes âgées de plus de 65 ans s'est améliorée par des campagnes de vaccination contre la grippe.

Inestimables sont les prestations bénévoles d'autres partenaires qui animent des groupes d'entraide ou offrent des services de conseils pour des problèmes spécifiques, des transports, des animations.



Citons sur le plan structurel et organisationnel les nouvelles formes de prise en charge (appartements intégrés avec encadrement médico-social) ainsi que les structures intermédiaires (unités d'accueil temporaire). Le service des urgences médico-sociales mis en place dans la région sanitaire de Sion a été fermé après la phase pilote. Une action ciblée EMS dans le domaine de l'hygiène hospitalière est en cours. La désignation des médecins-répondants dans les EMS devrait notamment permettre d'agir à titre préventif sur l'état de santé des patients.

Le projet « EMS sans douleur » définit une politique de prise en charge de la douleur au bénéfice du patient.

Pour l'entourage, les Centres médico-sociaux du Haut-Valais ont réalisé le projet destiné à soutenir des proches qui s'occupent d'une personne âgée dépendante à domicile.

12.4. Mesures proposées

Conscients que la prise en charge de la personne âgée dépend d'une multitude d'acteurs bénévoles, privés ou associatifs non lucratifs qui ont leurs missions et priorités, nous nous limitons ici aux EMS et CMS. Cependant, à l'avenir, il convient d'ajuster les priorités, de poursuivre les activités et d'insister sur certains aspects et plus précisément :

12.4.1. Application des mesures de santé et de sécurité au travail

Développer des concepts de sécurité au travail et de protection de la santé pour les établissements et institutions sanitaires et appliquer la solution de branches élaborées selon les directives de la commission fédérale de la sécurité au travail.

12.4.2. Assurance de qualité

La prise en charge pharmaceutique dans les EMS permettra d'accroître la qualité et la sécurité de la thérapie médicamenteuse dans les EMS.

La propagation et l'introduction des règles d'hygiène hospitalière répondent aux exigences dans le domaine.

12.4.3. Promotion de la santé dans l'entreprise EMS et CMS

Développer un concept de promotion de la santé du type des « health promoting hospitals » pour les établissements et institutions sanitaires ainsi que pour les Centres médico-sociaux :

- définir dans et pour l'institution EMS ou CMS une vision qui intègre la philosophie de promotion de la santé ;
- informer et sensibiliser les collaborateurs, les patients et leur entourage aux aspects de la promotion de la santé ;
- désigner une structure à l'intérieur de l'institution qui porte l'idée de la promotion de la santé ;
- instaurer un système d'indicateurs permettant de suivre les résultats des actions de promotion de la santé ;
- élaborer des politiques de promotion de la santé : respect de l'autonomie et de la participation du patient, traitement de la douleur, maltraitance et mobbing ;



- fournir les cadres de vie promoteurs de la santé (alimentation, EMS sans fumée mais non sans fumeurs, optimisation de l'organisation).

12.4.4. EMS et CMS acteurs et partenaires dans la communauté

Elaborer un concept de communication sur l'offre.

Créer des offres selon les besoins des personnes âgées et de leur entourage :

- EMS : home de jour, home de nuit, lit de vacances etc. ;
- CMS : évaluation des besoins de l'entourage, aiguiller vers des infrastructures disponibles, chercher des solutions en vue de maintenir la personne aussi longtemps que possible chez elle en autonomie ;
- CMS : Proposer des évaluations systématiques (visites ou questionnaires) pour des personnes âgées en vue de prévenir maladie et accidents et de dépister des situations à risques.

Travailler en réseau multidisciplinaire.

12.4.5. Tous les prestataires de services et les organisations proposant des aides aux personnes âgées

Travailler en réseau multidisciplinaire.

Se réunir régulièrement dans les réseaux régionaux de santé pour identifier les problèmes et proposer des solutions en connaissance des prestations fournies par chacun.

12.5. Les projets et actions de promotion de la santé

Les grilles en annexe laissent apparaître les stratégies et les personnes ciblées : à savoir celle de responsabiliser la personne, de renforcer ses ressources et de l'inciter à adopter un comportement favorable à sa santé, puis de proposer à la personne un cadre de vie lui permettant de garder l'autonomie et d'accroître sa qualité de vie. L'institution et l'individu rempliront enfin leur rôle dans la communauté.

Une activité régulière depuis longtemps effectuée pourra être attribuée à une case. Les axes à développer pour vraiment intégrer la philosophie de promotion de la santé émergeront ainsi clairement.

12.6. Description en bref des projets

12.6.1. Projet institutionnel : EMS et CMS, Entreprises promotrices de la santé

De manière plus générale, les EMS et CMS devraient inscrire dans leur vision et statuts la **mission de promotion de la santé dans l'entreprise** pour toutes les personnes travaillant et/ou résidant dans l'établissement. Ils deviennent ainsi des lieux de vie et de travail en santé, ils créent ou identifient des structures à l'intérieur de chaque établissement qui soient à l'écoute des personnes y résidant et y travaillant. Dans une démarche commune faisant participer toutes les personnes concernées, ils s'efforcent à fournir les conditions cadre pour une vie en santé et à réaliser des actions de promotion de santé répondant aux besoins identifiés. Ce développement sera facilité par l'échange interinstitutionnel (modèle des hôpitaux promoteurs de la santé). :

- vision, définition d'une politique de promotion de la santé ;
- information et sensibilisation ;



- formation ;
- groupe de travail de promotion de la santé ;
- indicateurs : les enquêtes de satisfaction des patients et des collaborateurs ;
- définition des politiques de promotion de la santé : intégration de la promotion de la santé dans toutes les directives des soins, directives de prise en charge des douleurs etc. ;
- définition des politiques de promotion de la santé dans la gestion des ressources humaines ;
- définition des politiques pour les problèmes de santé prioritaires: alimentation équilibrée : l'affiliation au label fourchette verte, prévention de la malnutrition, tabagisme : EMS et CMS sans fumée mais non sans fumeurs, prévention des accidents et des chutes ;
- réalisation des projets prioritaires.

12.6.2. Projet Solutions pour les mesures de santé et de sécurité au travail (Commission fédérale de la sécurité au travail)

Les exigences en matière de protection de la santé et de sécurité sur la place de travail sont à réaliser dans chaque établissement. Si nécessaire, **la solution sera adaptée à la branche et son introduction appuyée par un coaching.**

12.6.3. Projet Communication

Il convient de définir un concept de communication de chaque institution sur son offre : EMS, CMS, CORIF ainsi que sur les autres instances de prise en charge multidisciplinaire du patient en continu.

12.6.4. Projet Evaluation de risques auprès de la personne âgée

Il s'agit d'évaluer la présence de risques potentiels chez la personne âgée indépendante par des visites d'une infirmière formée ou par le biais d'un questionnaire. Ce projet, soutenu notamment par santésuisse, devrait être généralisé sur toute la Suisse suite à des expériences pilotes (Projet EIGER⁷ et sa suite SOIPRA⁸). Cette évaluation des risques personnels est adressée à la personne même et à son médecin traitant qui l'encouragera aux mesures jugées appropriées (instauration d'un traitement, organisation de la maison, alimentation, exercice physique).

Il convient d'examiner ensemble avec les médecins traitants et les autres partenaires, l'opportunité de l'introduction de ce projet et les possibilités de gérer les flux d'information et de réponses.

12.6.5. Projet Prévention des chutes

Dans les établissements médico-sociaux, des programmes d'action dans la perspective de la **prévention des chutes** sont à développer.

⁷ Gesundheitsförderung im Alter durch präventive Hausbesuche, Projekt EIGER, Heidi Schmockler, Willy Oggier, Andreas Stuck Schriftenreihe, 2000,SGGP No 62/

⁸ Kurzbeschrieb Gesundheitsförderung im Alter (ein Forschungs- und Praxisumsetzungsprojekt) Projekt SOIPRA, Stephan Born, Forschungsstelle Alter, Spital Bern-Ziegler, Bern



12.6.6. Projet concernant l'alimentation équilibrée et la prévention de la malnutrition

Le projet **fourchette verte** prône une alimentation équilibrée. Il existe un projet pour les restaurants du personnel (plat du jour) et un autre pour l'alimentation équilibrée en institution (plan journalier, 7/7) tenant compte des besoins spécifiques de la personne hébergée⁹.

Les CMS vaudois ont lancé un projet de **prévention de la malnutrition et de dépistage** qui est maintenant, après évaluation, généralisé à tous les CMS du Canton. Les axes d'intervention sont la sensibilisation et la formation des professionnels, le dépistage (choix d'outils) et stratégies de prise en charge des personnes à risque, la sensibilisation auprès des personnes âgées à une promotion du mouvement et d'une alimentation suffisante¹⁰.

Il convient d'examiner avec les partenaires comment profiter de cet exemple.

Les programmes existants mis en place par les établissements médico-sociaux **qui visent à une alimentation équilibrée** doivent être poursuivis.

12.6.7. Projet prévention, dépistage et prise en charge de la maltraitance

Pour prévenir la maltraitance et dépister des cas, le Canton de Vaud a mis sur pied un programme de formation à la prévention de la maltraitance envers la personne âgée. Le concept Premalpa prévoit en effet de former des personnes pour qu'elles disposent de compétences pour prévenir la maltraitance, pour améliorer la détection précoce des situations, et pour aider et orienter les personnes âgées victimes de la maltraitance. Les personnes ainsi formées sont à l'écoute du collègue qui constate une situation de maltraitance, à risque ou avérée. Il fait avec lui une première évaluation de la situation et l'oriente vers les ressources du réseau local les mieux adaptées à la situation. Cette personne sensibilise ses collègues à la maltraitance de la personne âgée et les informe sur les ressources locales. La formation dure trois jours. Deux participants du cours « formation de multiplicateurs » seront recrutés pour devenir formateurs à leur tour. La formation est adaptée aux réalités du terrain. Elle valorise les compétences de chacun, elle développe des regards croisés interdisciplinaires entre intervenants en gériatrie, elle est peu coûteuse car la formation des formateurs y est intégrée¹¹.

12.6.8. Projet Education thérapeutique du patient.

Les activités des ligues de santé destinées à la **prévention secondaire et tertiaire** de personnes souffrant d'affections spécifiques sont à reconduire (par exemple, l'éducation thérapeutique du patient asthmatique ou diabétique). Il convient de développer **l'autonomie des patients atteints de maladies chroniques**. A cette fin, l'objectif est notamment d'informer et d'éduquer les patients sur le déroulement de leur maladie et de les encourager à gérer leur maladie avec l'aide de leur médecin traitant et des professionnels de la santé (nouveaux modèles d'éducation thérapeutique).

⁹ www.fourchetteverte.ch document fourchette verte pour la restauration du personnel et document fourchette verte pour l'affiliation, 2003

¹⁰ Document cahier Raisons de santé no 93 : Evaluation du Projet de l'OMSV : prévention des chutes et de la malnutrition chez les personnes âgées. IUMSP Lausanne 2003

¹¹ Premalpa : flyer mars 2004, Fondation Charlotte Olivier, SSP Vaud, IUMSP, Lausanne, Association AlterEgo



12.6.9. *Projet soutien à l'entourage*

Le pilier incontestable du maintien à domicile est constitué par la famille et les proches. Pour les soutenir il faut **évaluer systématiquement** leurs besoins personnels pour se sentir déchargé. L'information sur l'offre de la région doit leur parvenir périodiquement. Exemple : **Unterstützung pflegender Angehöriger, CMS Haut-Valais**. Il convient de reprendre ce concept, de l'ajuster avec le projet RAI-homecare et de le développer en vue de sa généralisation.

12.6.10. *Projet formation du personnel*

Parmi tous les projets contribuant à la promotion de la santé des collaborateurs, un projet transversal de **formation ou de formation continue sur la promotion de la santé** garantira la sensibilisation et les compétences nécessaires pour mettre en place tous les autres projets. Cette formation s'organisera avec les institutions partenaires.

12.6.11. *Evaluation des projets et actions*

Les projets seront planifiés et réalisés selon les règles de l'art. Les principes d'assurance de qualité sont appliqués dans les projets. On attachera une **importance spéciale à l'évaluation** de toutes ces actions pour rendre compte des réalisations, de leurs résultats et impacts. La documentation, le suivi régulier d'une action et des rapports périodiques livrent les renseignements pour décider de la qualité d'un projet. Ces évaluations permettront de généraliser des projets avérés positifs et d'en élaguer d'autres. Ces évaluations seront adaptées à l'envergure et au type de projet.

12.6.12. *Deux idées supplémentaires à développer dans le cadre de la promotion de la santé*

12.6.12.1. Directives anticipées

La loi valaisanne sur la santé de 1996 prévoit dans les articles 20 et 21 les principes et les effets des directives anticipées, soit :

« Chacun peut rédiger des directives anticipées sur le type de soins qu'il désire recevoir ou non dans des situations données où il ne serait plus en mesure d'exprimer sa volonté.

De la même manière, chacun peut désigner une personne qui aura la responsabilité de se prononcer à sa place sur le choix des soins à lui prodiguer dans les mêmes circonstances.

Le professionnel de la santé doit respecter la volonté du patient exprimée dans des directives anticipées si ce dernier se trouve dans une situation qu'elles prévoient.

Le professionnel de la santé doit obtenir l'accord de la chambre des tutelles s'il sait que les directives anticipées ne correspondent plus à la volonté actuelle du patient ou s'il existe un conflit d'intérêts entre le patient et la personne qu'il a désignée conformément à l'article 20 alinéa 2 de la présente loi. L'article 33 alinéa 3 de la présente loi est réservé ».

Dans le cadre des soins à la personne âgée ainsi qu'à la personne atteinte de démence les directives anticipées joueront un rôle de plus en plus important. Tout particulièrement la prise en charge de ces personnes pourrait bénéficier du fait qu'elles aient édicté des directives anticipées ou nommé un représentant pour les questions de soins. Ces directives ne s'inscrivent cependant pas uniquement dans le cadre des deux situations mentionnées mais peuvent tout aussi bien s'appliquer dans des situations de pathologies chroniques ou dans des



situations terminales. L'exigence d'un accès aux soins palliatifs peut aussi être formulée dans ce cadre.

Il convient de promouvoir la connaissance de la possibilité d'utiliser cette manière de s'exprimer. La population de tout âge en bonne santé devrait faire l'objet de la promotion de cette idée. Diverses associations ont préparé à l'intention des personnes désireuses de mettre par écrit leur volonté des formulaires de directives qui les aident à formuler leurs désirs. (Caritas, ASSM)

Dans les directives médico-éthiques de l'Académie Suisse des Sciences médicales «traitement et prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance» de 2004 il est recommandé aux médecins et soignants d'attirer l'attention des personnes âgées sur la possibilité d'adopter des directives anticipées. Il y est aussi mentionné la possibilité de désigner une personne mandatée pour les affaires médicales. Cette personne est appelée « représentant thérapeutique ».

Il conviendrait dans le cadre large, de promotion de santé, de sensibiliser la population valaisanne aux questions éthiques de la dépendance à tout âge, et de faire connaître les possibilités susmentionnées.

Pro Senectute vient d'éditer une brochure à ce sujet en collaboration avec l'institut de droit de la santé de Neuchâtel.

12.6.12.2. La carte patient

Dans le même contexte de société vieillissante la promotion de la santé et l'accès aux soins pour tous passent nécessairement par un nombre de réflexions qui partent du grand âge et des observations actuelles. La contribution de tout un chacun si elle est de plus en plus demandée dans un domaine où la solidarité face aux coûts des soins, devient centrale et pose la question du financement de ces mêmes soins. On pourrait aussi s'imaginer de mettre en place une carte patient rapidement. Cette carte permettrait d'améliorer les prestations, d'éviter les répétitions d'exams ainsi que le tourisme médical. Elle permettrait aussi l'information dans les rapports patient-soignant, une continuité des soins. Elle faciliterait l'envoi des patients vers les milieux les plus adaptés pour eux. Ceci serait d'autant plus important pour la population des personnes âgées qui est très demandeuse de prestations médicales.

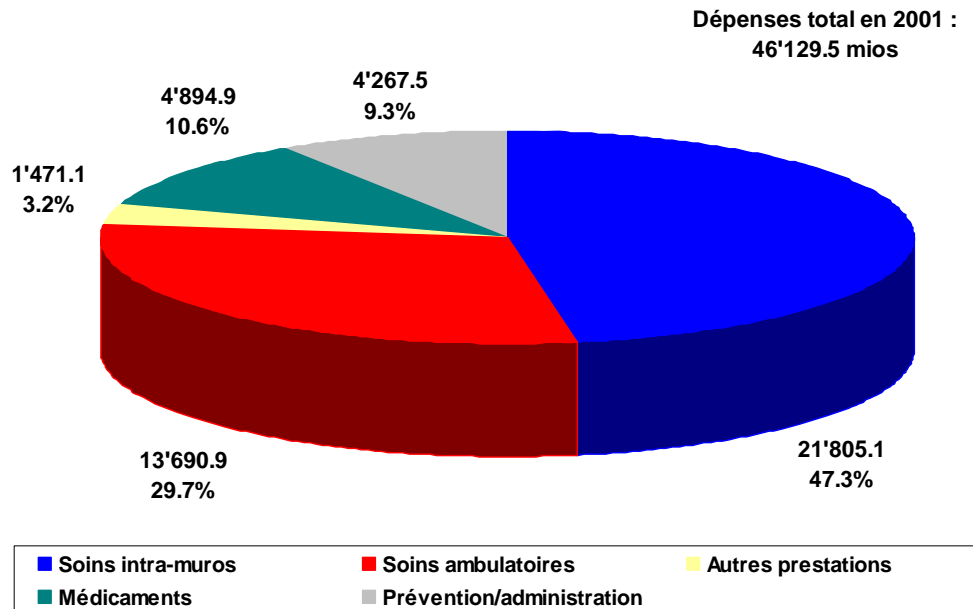
Le Conseil fédéral, suite au postulat Guisan, de janvier 1997 s'est engagé à examiner l'introduction en Suisse d'une carte santé. En avril 2004 le conseil fédéral annonçait la décision de créer les bases légales permettant d'introduire une carte d'assuré. Le canton du Tessin travaille actuellement à un tel projet. Ceci pourrait aussi être intéressant pour le Valais.



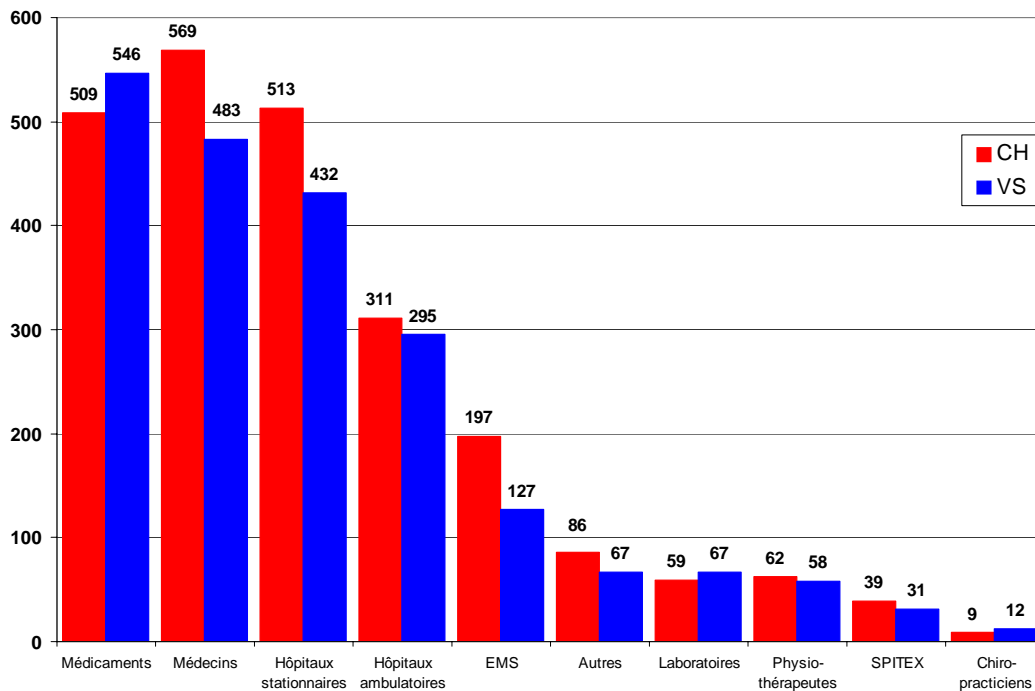
13. Consommation de médicaments

13.1. Généralités

- En 2001 les frais des médicaments représentaient près de 11 % des coûts totaux de la santé.



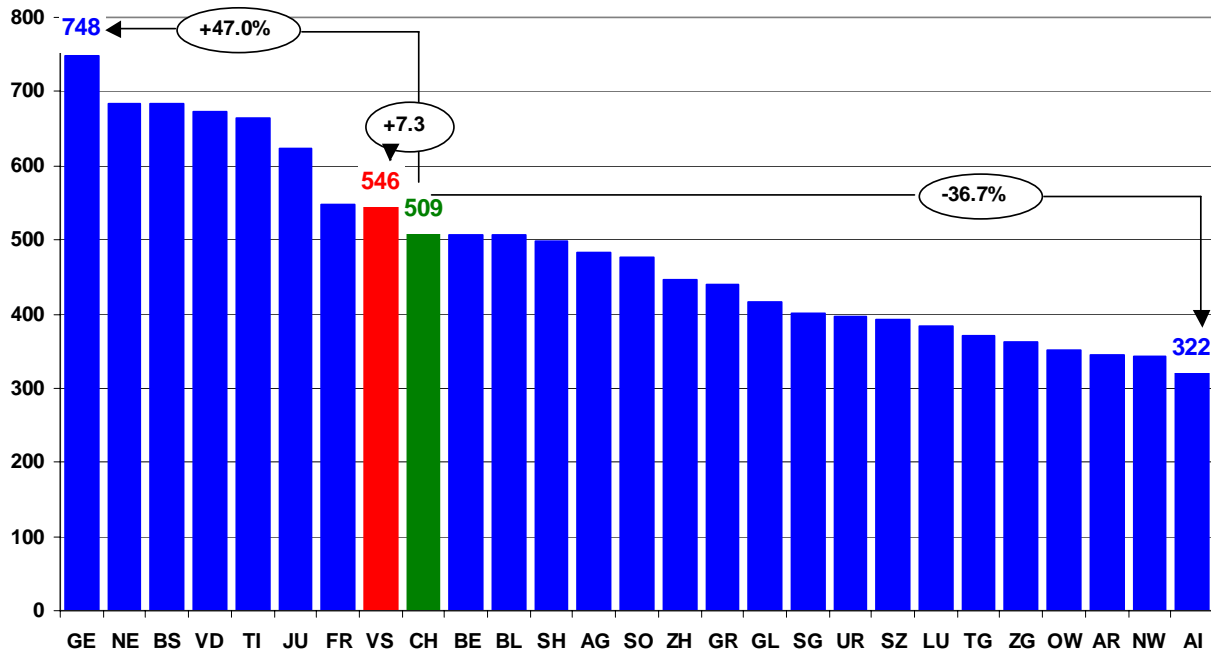
- En 2002, les frais des médicaments par assuré étaient de Frs. 546.- et ainsi supérieurs aux frais engendrés par les consultations médicales en cabinets (frs. 483.-).



- En Suisse romande, la consommation de médicaments est généralement plus élevée qu'en Suisse alémanique.



- Avec Frs. 546.- par assuré, la consommation de l'année 2002 le canton du Valais était plus haut que la moyenne suisse (Frs. 509.-).



- Des études réalisées en Suisse démontrent des différences liées au sexe pour la consommation des médicaments; les femmes consomment plus de médicaments que les hommes du même âge.

13.2. Consommation de médicaments chez les personnes âgées

- Les personnes au-dessus de 60 ans consomment 60% de tous les médicaments. La présence simultanée de plusieurs maladies (morbidité multiple) explique ces besoins augmentés de médicaments.
- Pour la tranche d'âge de 60 à 80 ans des médicaments contre les troubles cardiaques et circulatoires sont essentiellement utilisés, suivis de somnifères/tranquillisants, et analgésiques/antirhumatismaux, ainsi que vitamines et fortifiants.
- A partir de 80 ans les somnifères, tranquillisants et calmants figurent en premier lieu.
- 40 à 50% de tous les produits OTC (médicaments en vente libre en pharmacie) sont vendus à des personnes en dessus de 60 ans.

13.3. Le patient âgé et ses particularités

13.3.1. Altération des organes due à l'âge

Des altérations des organes dues à l'âge conduisent souvent à des écarts dans les effets des médicaments par rapport à des patients plus jeunes. La résorption des médicaments, leur diffusion, la métabolisation dans le corps et également l'élimination se font souvent dans d'autres dimensions et avec une autre vitesse que dans un organisme jeune.



13.3.2. Morbidité multiple dans l'âge

- Le patient âgé ne peut pas être comparé avec la population moyenne. Il présente souvent plusieurs maladies et plusieurs médicaments lui sont prescrits. Le cumul de produits peut provoquer chez ce patient des problèmes additionnels sous forme d'effets indésirables ou interactions.
- Le patient peut être en traitement chez différents médecins (médecin de famille, cardiologue, ophtalmologue, etc.). Les médecins traitants ne sont souvent pas au courant ou ne connaissent pas les ordonnances des autres collègues. Il peut en résulter des prescriptions doubles ou des interactions entre les médicaments.
- Le patient âgé souffre souvent de maladies chroniques avec une thérapie permanente (p.ex. diabète, glaucome hypertension, rhumatisme, etc.) qui implique l'utilisation régulière de médicaments. A ces souffrances chroniques "s'ajoutent" temporairement des affections aiguës, qui nécessitent le recours supplémentaire à des médicaments (p.ex. antibiotiques, etc.).

13.3.3. Problèmes dans la médication de personnes âgées

- **Effets indésirables et interactions de médicaments**
- **Erreurs de prescriptions et d'applications**
L'interaction de divers médicaments, la résorption et l'élimination modifiée doivent être analysées de manière exacte pour obtenir un accord mutuel optimal. Il n'existe pas de règles de dosage générales applicables pour les personnes âgées.

Très peu d'études ont été faites sur ce groupe de personnes, raison pour laquelle il manque de l'information spécialisée dans ce domaine.

Parfois aussi la formation des professionnels (médecins, pharmaciens et personnel soignant) est insuffisante.

- **Erreur de prise**
Le patient prend des substances qu'il ne considère pas comme des médicaments, mais qui peuvent provoquer des interactions: p.ex. des gouttes ophtalmologiques, des préparations à base de plantes, des vitamines, des jus de pamplemousse.

Les personnes âgées chez qui la motricité, la capacité visuelle et la mémoire diminuent ont souvent des problèmes avec la prise de médicaments. Il en résulte des erreurs d'application et de dosage.

13.3.4. Optimisation des traitements et diminution des coûts

- Dans la vieillesse il faut renoncer à tout médicament non essentiel.
- Vérifier s'il faut continuer de prendre les médicaments prescrits lors d'une situation aiguë.
- Les dosages doivent être vérifiés et adaptés régulièrement.
- La substitution conséquente de produits originaux par des génériques permet de diminuer les coûts.



- Le travail en équipe entre prescription et remises mène à une réduction des complications et des hospitalisations à la suite de problèmes de dosages, et effets indésirables avec la médication.
- Formation ciblée et sensibilisation des professionnels.
- Planification et surveillance de l'utilisation:
 - Feuilles d'instructions pour les patients (médicament, posologie et indication)
 - Préparation des boîtes de médicaments répartis par semaines (dosettes ou semainiers)
 - Organisation de la remise des médicaments par les proches ou le personnel soignant, (P.ex. Spitex).

13.4. Projets pilotes

13.4.1. Pharmaciens répondants dans les EMS

En collaboration avec santésuisse, L'AVALEMS et la Société valaisanne des pharmaciens (SVPH), un projet-pilote a été initié dans le courant de l'été 2004. Cet projet a pour but d'améliorer l'assistance pharmaceutique dans les EMS et d'obtenir un rapport coûts / bénéfice optimal lors de la prescription et de l'application des médicaments. En date du premier octobre 2004 six EMS ont débuté le projet pilote.

- Par une collaboration plus étroite entre les médecins et les pharmaciens et par l'introduction de cercles de qualité, on recherche à optimiser les thérapies médicales.
- L'amélioration de la qualité, le recours ciblé à des médicaments et la substitution de produits originaux par des génériques doivent permettre d'obtenir une baisse des coûts dans le domaine des médicaments dans les établissements médico-sociaux pour personnes âgées.
- Par une diminution des erreurs de prescription et des applications entraînant des hospitalisations avec des frais supplémentaires, il est possible de réaliser d'autres économies.

13.4.2. Milieu sans douleur

Quatre EMS se sont engagés dans le projet pilote intitulé « vers un milieu de vie sans douleur ». Par le recours adéquat à des analgésiques, on tente de permettre aux pensionnaires une vie sans douleur.

Comme un patient qui ne souffre pas prend moins de somnifères et de tranquillisants, ce projet pourrait amener non seulement à une meilleure qualité de vie, mais aussi à diminuer les coûts des médicaments.

13.5. Remarque conclusive

La pharmacothérapie chez les personnes âgées est un travail d'équipe. Le recours ciblé aux médicaments signifie parfois que certains médicaments peuvent être supprimés sans remplacement. Rationaliser les thérapies ne signifie pas nécessairement les rationner mais plutôt les optimiser.



14. Personnel soignant, autre personnel et bénévoles

14.1. Généralité

La pénurie de personnel dans le domaine de la santé est un thème récurrent depuis de nombreuses années dans notre pays. Le développement de la médecine, la spécialisation poussée de la médecine, le développement de nouvelles thérapies, le recours important aux soins de la part de la population, l'apparition de nouvelles pathologies ainsi que la multiplication des pathologies chroniques sont quelques éléments qui favorisent l'augmentation du besoin en professionnels de la santé.

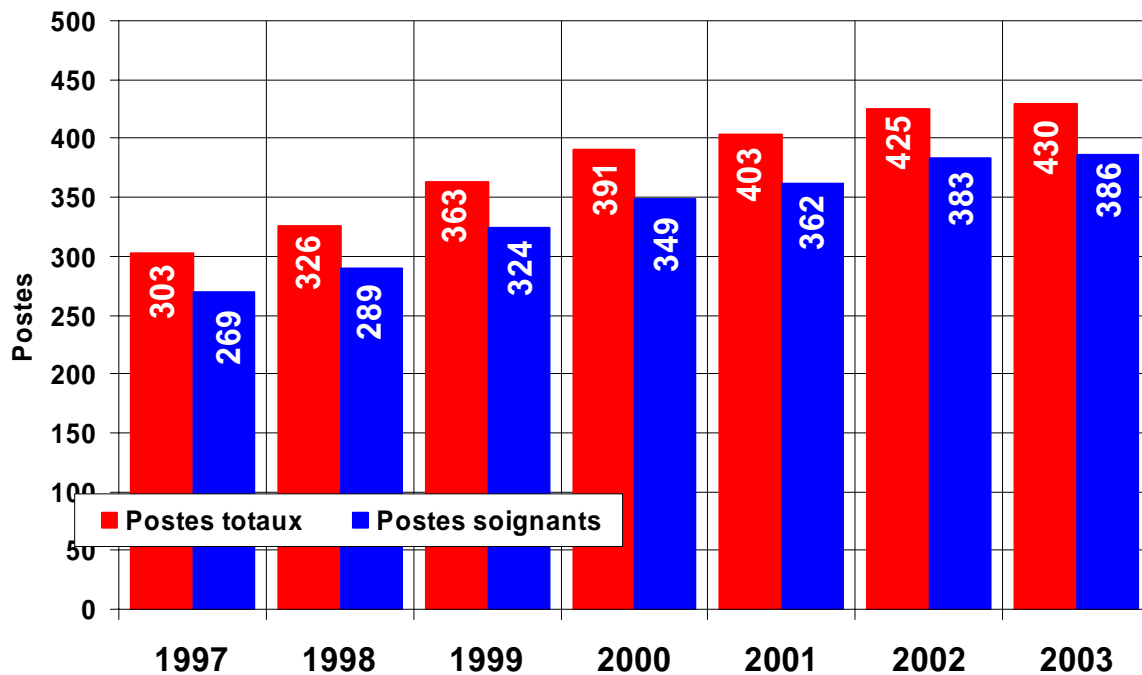
14.1.1. Personnel soignant

Le marché du travail dans le domaine du tertiaire, tout spécialement dans celui de la santé en ce qui concerne les professionnels des soins où le recrutement d'infirmières diplômées, est particulièrement difficile.

La pénurie en personnel soignant en Valais varie selon le type d'institutions. Il y a actuellement dans les hôpitaux un arrêt d'engagement du personnel pour cause de restructuration de l'ensemble du système hospitalier. Le personnel actuel couvrira les besoins futurs et il devrait même y avoir une libération de postes de soignants au profit des autres secteurs, soit des soins de longue durée et des soins à domicile.

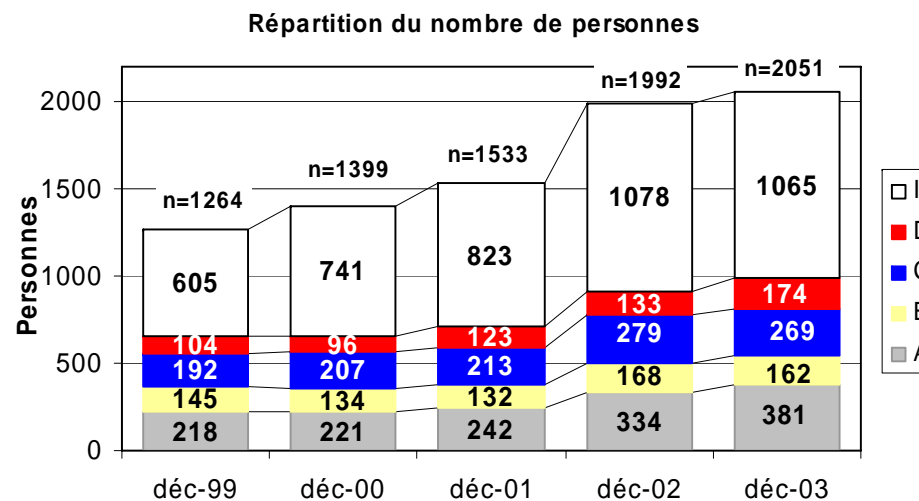
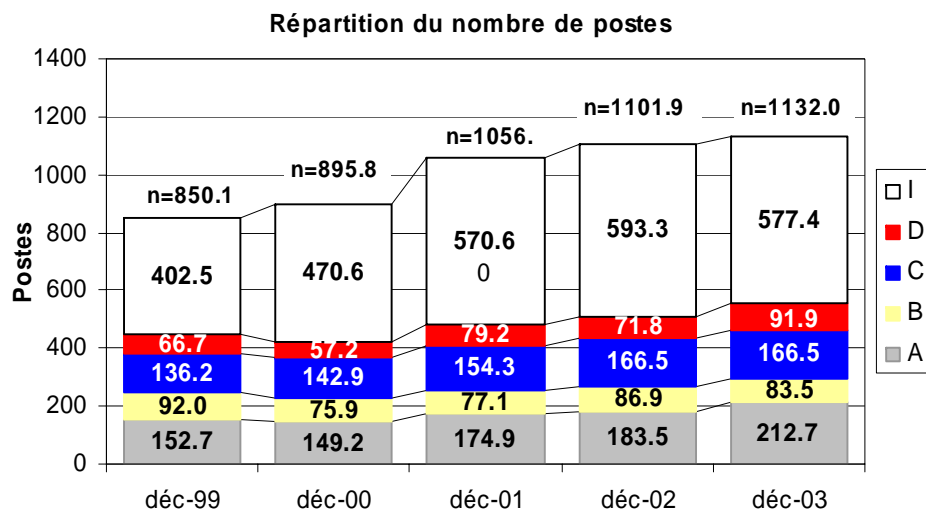
14.2. Etat des lieux

Les statistiques des CMS montrent que la dotation en personnel soignant, même si la norme n'est pas encore atteinte partout, ne pose pas vraiment un problème majeur.

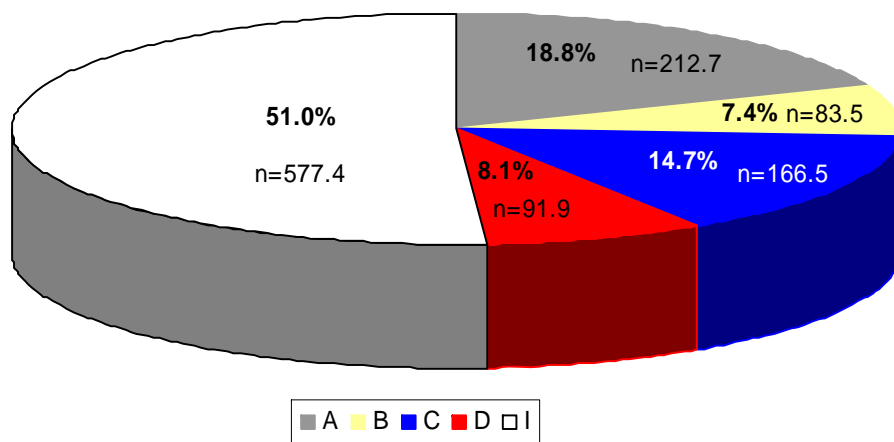




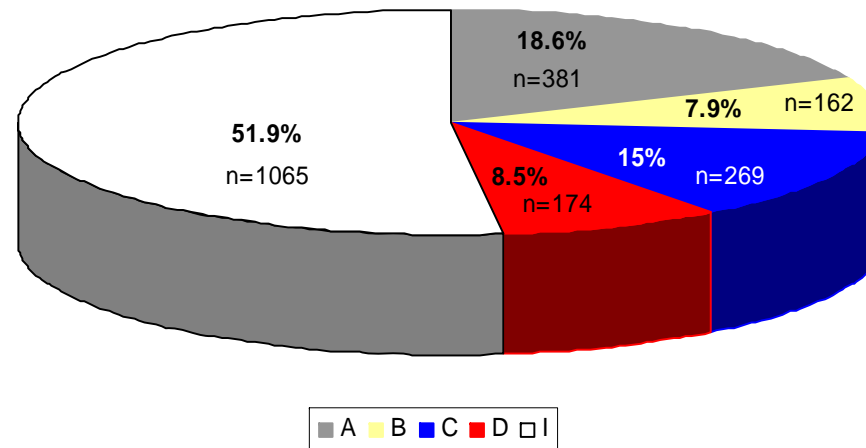
Des statistiques des EMS nous pouvons tirer les graphiques suivants :



Répartition du nombre de postes en 2003, n=1'132.0



Répartition du nombre de personnes en 2003, n=2'051





Légendes :

A	Infirmiers diplômés (niveau tertiaire) et infirmiers diplômés niveau I (non tertiaire)
B	Infirmiers-assistants certifiés (CRS), formation d'assistant en soins et santé communautaire (CFC) et accompagnateur de la personne âgée
C	Aides soignants avec certificat
D	Autres professions de la santé avec diplôme ou certificat (nurse, aide-familiale, assistante-médicale, etc.)
I	Cours CRS, Cours GeroFo, Sans formation

La méthode PLAISIR utilisée par 4 cantons romands donne dans son analyse le nombre de postes en soins nécessaires afin de soigner la personne selon la lourdeur de la prise en charge. Voici les EPT prévus selon les données d'octobre 2003.

Cantons	Poste EPT / rés.	Soins infirmiers (HSN / jour)				Classe	Classe
		Tot.	Base	Rela.	Tech.	X/8	X/4**
GE	0.63	2.5	1.8	0.4	0.2	6	2
JU	0.56	2.2	1.5	0.4	0.2	5	2
NE	0.59	2.3	1.6	0.5	0.3	5	2
VD	0.65	2.6	1.8	0.5	0.2	6	2

On a pu lire qu'en France le ratio des postes soignants, après les problèmes liés à la canicule de 2003 devra passer en 5 ans de 0.4 EPT lit à 0.8 EPT tout en précisant que ce ratio devrait être adapté en fonction du profil des résidents de chaque établissement.

En ce qui concerne le Valais les choix se sont portés sur un nombre d'EPT de 0.6 par résident. La norme par résident sera remplacée par une norme concernant la lourdeur de la charge en soins. Cette norme a été définie et elle est tient compte de la classification BESA. Cependant un groupe de travail composé de représentants de l'AVALEMS et de santé suisse a fait des propositions au Département, afin de modifier la norme prévue. Une nouvelle norme a été acceptée suite à ces propositions. Elle entrera en vigueur en 2006.

Une pénurie de personnel est à relever tant sur le plan quantitatif que qualitatif. On peut relever que 78.1% du personnel soignant en EMS est suisse. Les autres personnes viennent en majorité des pays de l'Union européenne. Notre canton dépend de l'étranger pour faire face à ses besoins.

Pour la première fois la part du personnel non qualifié a diminué. En 2003 il représentait 50.7% au lieu de 53.8% en 2002. On peut espérer que les efforts entrepris dès 2001 afin d'augmenter la part de personnel soignant avec une formation porte ses fruits. L'effort de formation soit cependant être poursuivi.

Ces prochaines années, l'augmentation de la capacité globale en lits des EMS en Valais étant pratiquement incontournable, entraînera une augmentation de la demande en soignants.

Les mesures prises furent :

- les employeurs ont cherché du personnel à l'étranger surtout en France ;
- les conditions de travail, salaires compris, ont été améliorées chaque année ;
- le Département a co-financé des formations en vue de la réinsertion professionnelle des infirmières, des infirmières assistantes et des aides médicales. Les cours furent



assurés par l'ASI (associations suisses des infirmières section Valais) ainsi que par le GeroFo (association en vue de soutenir les formations en gérontologie en allemand) , cours de réinsertion pour les infirmières assistantes, les aides médicales et cours pour le personnel sans formation de base ;

- Le Département a entrepris des démarches auprès des responsables des formations du secteur tertiaire comme du secteur secondaire afin de favoriser la mise sur pied de formation correspondants aux besoins du terrain.

Il y a lieu de poursuivre les efforts entrepris.

14.2.1. Autre personnel

En ce qui concerne les autres professionnels de la santé, soit les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les auxiliaires de santé, les assistants sociaux, les diététiciennes, etc., on peut dire que la situation dans les hôpitaux et dans les CMS est relativement satisfaisante.

En EMS il manque actuellement du personnel d'animation en vue d'assurer la prise en charge sociale des pensionnaires.

Nous n'avons pas retenu de normes, le principe admis est que la prise en charge sociale devrait être assurée tous les jours de la semaine.

Propositions :

- engager du personnel d'animation formé à cette tâche. Favoriser la formation en cours d'emploi des personnes responsables de la prise en charge sociale. Favoriser la mise en place d'une formation du niveau secondaire CFC en animation ;
- intégrer le domaine de la restauration et de l'hôtellerie de manière plus importante, augmenter le nombre de diététiciens dans les cuisines des EMS, former de manière adéquate le personnel de maison ;
- augmenter l'activité des ergo- et physiothérapeutes dans les EMS.

14.2.2. Bénévoles et aidants informels aux personnes âgées

Afin d'assurer le maintien à domicile du plus grand nombre possible de personnes âgées il y a lieu de reconnaître comme partie intégrale des soins les activités du réseau informel de la personne âgée.

Ces personnes doivent pouvoir être régulièrement déchargées de leur travail afin de pouvoir se ressourcer. Elles doivent pouvoir compter sur le soutien du réseau formel. Des aides diverses, aide financière, conseils, apprentissage de soins, groupes de parole sont indispensables.

Propositions :

- le réseau formel de soins, le personnel des CMS, des ligues de santé mettent ce soutien dans les priorités des leurs actions. D'autre part ils conviennent de manière claire quelle peut être la part des aidants informels. Ils identifient les rôles respectifs des uns et des autres dans le cadre d'une collaboration fructueuse ;
- les familles participant aux soins sont informées de manière large de l'aide financière qu'elles peuvent obtenir au travers de la rente d'impotence.



A terme l'ensemble des activités de prise en charge sociale dans les EMS ne pourra pas ou plus être réalisée par le seul personnel de l'institution.

Propositions :

- les familles doivent être intégrées dans la mesure du possible dans la prise en charge ;
- des réseaux de bénévoles doivent être mis sur pied et devenir partie intégrante du fonctionnement de l'institution.

14.2.3. Conditions de travail

Les différents employeurs regroupés dans les 3 instances principales : Réseau Santé Valais en ce qui concerne les hôpitaux, le groupement des CMS en ce qui concerne les soins à domicile et l'Association valaisanne des établissements médico-sociaux en ce qui concerne les EMS ont revu ces dernières années les conditions salariales du personnel de leurs établissements. Un effort important a été fait en ce qui concerne les salaires et les vacances du personnel soignant. Cependant le secteur des conditions de travail doit encore être amélioré.

14.3. Propositions

Propositions :

- valoriser la personne âgée dans notre société et tout particulièrement la gériatrie, la gérontologie ;
- poursuivre la politique commencée, maintenir les efforts sur tous les plans ;
- valoriser les métiers d'aide aux personnes âgées. Valoriser les soignants permet d'accroître l'efficacité ainsi que la qualité de l'encadrement et des soins. Améliorer l'accès aux formations et la validation des acquis, mettre en place avec les autres cantons romands une stratégie en vue de pallier la pénurie de soignants. Lancer une campagne d'encouragement à la formation auprès des jeunes, de recrutement d'anciennes professionnelles ayant abandonné la profession, de contact avec les employeurs afin d'améliorer les conditions de travail etc. ;
- favoriser les supervisions professionnelles pour toutes les personnes qui s'occupent de la personne âgée ;
- mettre à disposition des infirmières des possibilités de formation post- diplôme dans les domaines de gériatrie, de gérontologie, de soins palliatifs et de santé publique et de psychiatrie. Il faut aussi s'assurer que les nouvelles formations HES permettent aux futurs professionnels de se former spécifiquement aux soins à la personne âgée, la clientèle de tous les secteurs de soins étant constituée d'une grande partie de personnes âgées voire très âgées ;
- encourager les employeurs à offrir des lieux de stage pour l'ensemble des personnes en formation. Ceci est primordial afin d'assurer la relève des professionnels de la santé. La charge de travail que représente la formation des futurs professionnels doit être évaluée, chiffrée et financée en dehors du budget des soins ;
- améliorer les conditions de travail.



15. Formation et recherche

15.1. La formation

La place de la personne âgée dans le système de soins est prépondérante. Les graphiques des diverses institutions de soins nous montrent que cette clientèle est omniprésente. Elle va encore augmenter ces prochaines années. Le défi pour les professionnels de la santé est de fournir des soins de qualité à la population âgée en augmentation. A cette fin, les professionnels doivent acquérir un savoir faire spécifique. Les sciences de la gérontologie/gériatrie, des soins palliatifs et de l'éthique devront faire partie intégrante des formations des professionnels médicaux et des autres acteurs de la santé.

Les formations post-grades ainsi que les formations post-diplômes sont nombreuses. Tous les soignants devraient pouvoir en bénéficier. En plus de cela il faudra inciter les lieux de formation à mettre dans leur curriculum de base l'acquisition des connaissances nécessaires aux soins à la personne âgée.

Dans les institutions de soins de longue durée et tout spécialement dans les EMS, plus de la moitié des personnes soignantes n'ont pas de formation professionnelle. Ces personnes, indispensables à la prise en charge des résidents, doivent bénéficier d'un minimum de formation. A cette fin, un effort particulier a été fait. Il devra se poursuivre afin de favoriser la formation en cours d'emploi, au meilleur niveau de formation possible, de chaque soignant.

Les responsables des formations du secondaire II ont été sensibilisés à la question et des offres de formation ont été mises en place en 2004.

La nouvelle formation d'assistance soins et en santé communautaire qui rencontre un succès important auprès des jeunes permettra de répondre en partie au besoin croissant de présence de professionnels de soins. Ce personnel est arrivé sur le marché du travail en été 2004. Il devrait rencontrer des conditions d'engagement qui permettra son intégration.

Outre les professions soignantes il faudra encourager toutes les personnes s'occupant des personnes âgées à acquérir un savoir faire et savoir être spécifique.

Un problème majeur qui se dessine actuellement au niveau de la formation est celui du manque de places de formation. Les employeurs semblent réticents à offrir des lieux de stage, tout spécialement aux personnes en formation HES santé et social, où le nouveau mode de formation requière une présence de praticiens formateurs mis à disposition par l'établissement de soins.

La formation dans le domaine des soins et du social est depuis plusieurs années de la compétence du Département de l'éducation, de la culture et du sport (DECS). Des contacts réguliers entre les employeurs, le Département de la santé et celui de l'éducation devraient permettre une adéquation entre l'évaluation des besoins en personnel de soins et l'offre en formation.

La loi fédérale sur la formation professionnelle (LFPr) prévoit des organisations du monde du travail (OrTra). En Valais une OrTra santé-social est en voie de constitution (OrTra santé-social Valais).



Une des responsabilités des employeurs est de permettre l'apprentissage des différents métiers du domaine des soins et du social. D'autre part, ils se doivent de faciliter la formation permanente de l'ensemble du personnel.

15.2. La recherche

La recherche dans le domaine du grand âge est une discipline en pleine évolution. La population des 90 ans et plus, ainsi que les pathologies du grand âge nous mettent devant des situations nouvelles. Il s'agit de trouver des solutions adéquates. La recherche appliquée dans ce domaine doit être poursuivie et soutenue. Elle se fera en collaboration avec les milieux de soins.

Le financement de ce domaine incombe aux différents partenaires.



16. Informatisation des EMS et des CMS

Afin d'initier la réalisation d'un système d'information uniforme pour le système sanitaire valaisan, le projet INFOVAL (l'informatisation des différents hôpitaux valaisans) a déjà été mis en oeuvre. Pour les centres médico-sociaux régionaux et les EMS un système d'information uniforme fait défaut jusqu'à présent. Les exigences devenant de plus en plus grandes à l'égard de ces institutions, des solutions informatiques standardisées et un système d'information uniforme sont devenues nécessaires.

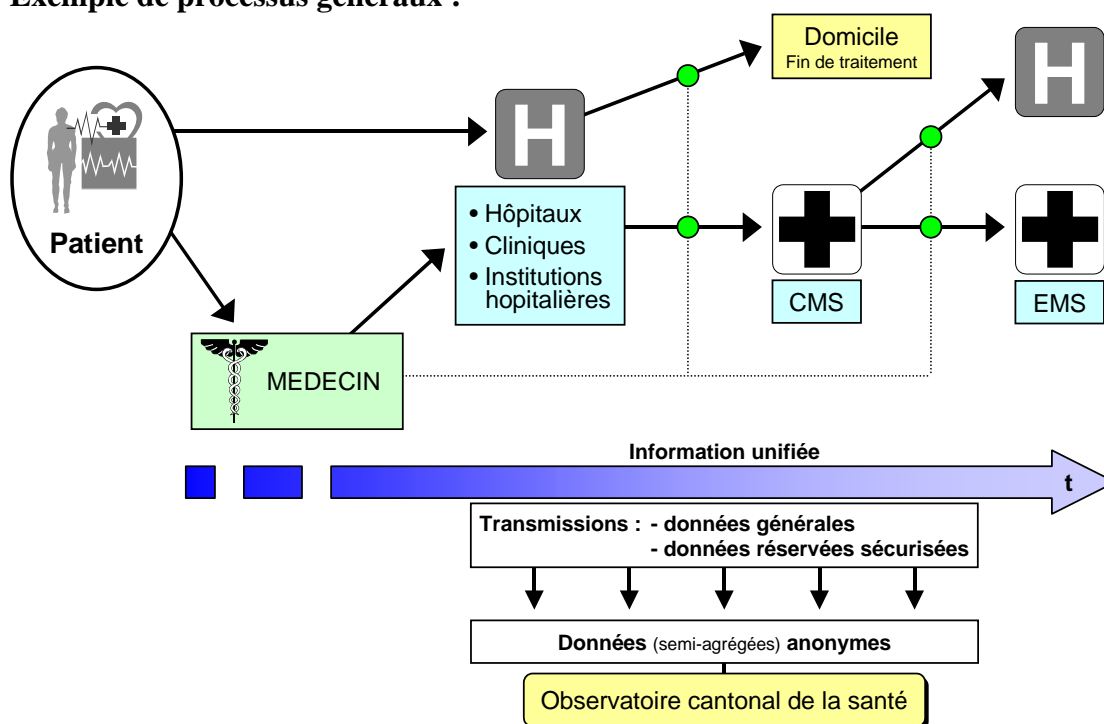
Les exigences des assureurs maladie envers les CMSR et EMS pour la prise en charge des frais de soins sont les suivantes:

- L'introduction de la comptabilité analytique;
- La saisie uniforme de toutes les données statistiques ;
- L'introduction de systèmes uniformes de contrôle de la qualité et des besoins.

L'intérêt du canton dans un tel projet réside principalement en **l'obtention de données uniformes permettant de véritables comparaisons entre les institutions**. En se basant sur une architecture informatique harmonisée, les exigences futures du canton, de la confédération et des assureurs en matière de gestion, de statistique et de planification pourront être transposées uniformément, rapidement et plus économiquement.

Les différents prestataires seront liés par ce système d'information. Pour la prise en charge des patients, de grands avantages résulteront de la circulation de l'information, notamment en matière de coordination et de placement approprié. Des frais pourront être économisés, dans la mesure où par exemple la répétition des mêmes investigations pourra être évitée.

Exemple de processus généraux :





17. Recommandations à l'attention du Conseil d'Etat

Le concept de la prise en charge de 2001 accepté par le Conseil d'Etat devait, afin de tenir compte de l'évolution rapide dans le domaine de la santé, tels les changements survenus dans la planification hospitalière qui indiquent un transfert des activités hospitalières vers le domaine médico-social, l'émergence de nouveaux besoins de soins pour les personnes très âgées et tout spécialement pour celles atteintes de démence ainsi que les nouvelles demandes concernant les institutions elles-mêmes, être mis à jour jusqu'en 2005. Le concept 2005 représente une partie de la planification sanitaire valaisanne et il s'inscrit dans la continuité des décisions prises en 2001. Dès lors, sur la base des constatations le Département de la Santé, des Affaires sociales et de l'Energie adresse les recommandations suivantes à l'intention du Conseil d'Etat de :

1.

Prendre connaissance du rapport du Département de la Santé, des Affaires sociales et de l'Energie de juin 2005 et d'en approuver les conclusions et recommandations.

17.1. Centres médico-sociaux (CMS)

Au vu de l'évolution démographique et du nombre grandissant de personnes âgées vivant seules à domicile, du nombre de familles impliquées dans les soins de la personne âgée ainsi que des nouvelles exigences envers les institutions il y a lieu :

2.

D'actualiser et de compléter le mandat de prestations délivré aux 6 Centres médico-sociaux régionaux en 1997.

3.

De définir les prestations :

- Les soins à domicile en général 7 jours sur 7 et 24h sur 24
- L'aide au ménage 7 jours sur 7 et 24h sur 24
- Le service de repas à domicile 7 jours sur 7
- La sécurité à domicile liée à des systèmes d'alarme fonctionnant 24h sur 24 et 7 jours sur 7
- Le prêt et location de matériel
- Le service de la petite enfance (0-4 ans)
- Les soins palliatifs
- Les appartements intégrés à encadrement médico-social
- L'aide aux proches qui soignent
- Les visites préventives auprès des personnes âgées à risque

PS dans certaines régions les CMS assurent la coordination du bénévolat

4.

De mettre en place :

- Un système d'assurance qualité
- La comptabilité analytique



- Le système d'information
- La systématisation des récoltes de données statistiques
- Une politique de formation continue du personnel
- Une politique de formation et le développement du partenariat avec les écoles
- La collaboration à des projets pilotes permettant aussi bien des améliorations au niveau des soins que de l'entreprise.
- Un système d'évaluation des mesures prises (indicateurs)

17.2. Etablissements médico-sociaux (EMS)

La mission des EMS s'est transformée ces dernières années suite au changement de la population accueillie qui est de plus en plus atteinte dans sa santé lors de son entrée établissement. Ceci vaut pour les personnes très âgées qui y sont accueillies comme pour les plus jeunes qui nécessitent une prise en charge résidentielle. Au niveau de l'institution les adaptations au niveau du personnel et de la structure sont importantes. D'autre part les EMS sont appelés à participer au maintien à domicile des personnes âgées en offrant des structures de décharge ponctuelle pour les familles, ou en offrant à la personne âgée une période transitoire d'hébergement suite à une hospitalisation. Pour ce faire il convient :

De définir plus précisément le mandat de prestations aux EMS en définissant

5.

De définir les prestations :

- héberger les personnes âgées dépendantes et leur assurer les soins médicaux, infirmiers ainsi qu'une prise en charge sociale
- Augmenter le nombre de lieux d'accueil de court séjour pour décharger les proches soignants ou permettre une transition entre l'hôpital et le domicile. La création des unités d'accueil temporaire dans les EMS a été encouragée mais devra se poursuivre
- Ouvrir des foyers de jour, voire de nuit, afin favoriser le maintien à domicile des personnes peu dépendantes, en collaboration avec les CMS
- Recruter et former du personnel soignant et les autres personnes nécessaires à fournir les prestations

6.

De mettre en place :

- Un système d'assurance qualité
- La comptabilité analytique
- Le système d'information
- La systématisation des récoltes de données statistiques
- Une politique de formation continue du personnel
- Une politique de lieux de formation de divers futurs professionnels, développement du partenariat avec les écoles
- La collaboration à des projets pilotes permettant l'étude de développements nouveaux aussi bien au niveau des soins que de l'entreprise.
- Un système d'évaluation des mesures prises (indicateurs)



17.3. Financement des Centres médico-sociaux et des établissements médico-sociaux

Dans l'attente de la révision de la loi cantonale sur la santé d'ici 2007, les dispositions valables aujourd'hui en matière de financement des Centres médico-sociaux et des établissements médico-sociaux pour personnes âgées restent en vigueur.

17.4. Planification cantonale des lits d'établissements médico-sociaux et mise à disposition de nouveaux lits

Compte tenu de l'évolution des besoins, le canton du Valais devrait adapter le nombre de lits d'établissements médico-sociaux.

7.

Augmenter la capacité d'accueil des établissements médico-sociaux à 2'890 unités jusqu'à 2013 au lieu de 2500 comme prévu en 2001. Ceci représente 390 lits nouveaux dans la planification.

8.

Assurer entre les partenaires le financement de la mise à disposition et de l'exploitation des nouveaux lits.

17.5. Coordination entre les fournisseurs de prestation

9.

Poursuivre les travaux et les projets concernant la coordination entre les fournisseurs de prestations en tenant compte de l'offre des associations privées et des commissions régionales de santé.

17.6. Divers

10.

Continuer la mise en application des décisions du Conseil d'Etat du 4 juillet 2001.

11.

Charger le Département de la Santé, du Social et de l'Energie des modalités d'application de la présente décision.



18. Bibliographie

Ouvrages

Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse. Prévisions et scénarios pour le 21^{ème} siècle. Observatoire suisse de la santé. François Höpflinger Valérie Hugentobler Hans Huber Verlag 2003

Vieillards à domicile, Vieillards en pension une comparaison Stefano Cavalli Réalité sociales Âge et société 2002

Gesundheitsförderung im Alter durch präventive Hausbesuche: Ein neues Betreuungsmodell aus pflegerischer, geriatrischer und ökonomischer Sicht. Cahiers d'études de la Société suisse pour la politique de la santé, Heidi Schmocker, Willy Oggier, Andreas Stuck. 2000

Modèle d'évaluation des politiques cantonales de prise en charge médico-sociale des personnes âgées chroniquement dépendantes et place du maintien à domicile. Rapport final Brigitte Santos-Eggiman, dr. Méd., DrPH, MPH Projet conduit dans le cadre du PNR No32 « Veillesse » Luasanne 1998

L'habitat des personnes âgées, du logement adapté aux établissements spécialisés Philippe Dehan, collection techniques de conception 1997

Veillesse et recherche sur la vieillesse en Suisse François Höpflinger , Astrid Stückelberger Réalités sociales 1992

Spitex im Trend- Trends für Spitex Aides et soins à domicile- Profils d'avenir Association suisse des services d'aide et de soins à domicile Hans Huber Verlag 1998

Recherches

Les personnes âgées atteintes de démence en établissement médico-social : défis quotidiens pour les soignantes collectif : EVSI Sion Georges Pont et collaboration scientifique François Höpflinger Valérie Hugentobler, novembre 2001

Formations sur la prévention de la maltraitance à l'égard des personnes âgées 2003. Alterego, Pro Senectute Suisse, décembre 2002

Gesundheitsförderung im Alter, Ein Forschungs- und Praxisumsetzungsprojekt. Stephan Born, mai 2003

Génération. Cycle de vie – relations interpersonnelles – lien social. Fondation suisse pro juventute, Zurich, Pro Senectute Suisse, Zurich. 2000

Alter Anziani Vieillesse. Principaux résultats et perspectives du Programme National de Recherche PNR32. François Höpflinger et Astrid Stuckelberger. 1999

Concept de promotion de la santé et de prévention pour le canton du Valais 2001 - 2004 : Programme cadre et activités principales. Elisabeth Marty-Tschumi, Jean-Pierre Gervasoni,



Fred Paccaud, Unité de prévention, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne. Août 2001

Maintien à domicile des personnes âgées. Quel soutien pour les proches ? Un reflet dans les cantons de Vaud et de Genève. Lausanne, les Cahiers du Centre Leenards pour la personne âgée (CLPA) no 1 janvier 2003.

Articles

L'animation dans les établissements d'hébergement de personnes âgées. Martine Eenschooten, ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité France Dossier solidarité et santé nr. 1 janvier-mars 2003

Longévité – défi de société et chance culturelle OFAS Contribution de la Suisse aux débats de la Deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement Madrid, 2002

La psychogériatrie dans le Valais romand. Dr. Isabella Justiniano IPVR 1870 Monthey

Vieillesse de la population et financement durable Forum santé-gesundheit Sanofi-synthelabo forum 16 janvier 2003

Façonner l'avenir, rapport sur la santé dans le Monde 2003 OMS

Überalterung- eine Herausforderung für die Schweiz. Journal suisse de pharmacie, Elvira Wiegers. Juillet 2002

Überalterung- eine Herausforderung für die Schweiz. Journal suisse de pharmacie, Elvira Wiegers. Juillet 2002

Publications diverses

Etablissements médico-sociaux pour personnes âgées statistiques 1998-2002 Août 2003
Service de la Santé publique du Canton du Valais.

Vieillesse et restrictions d'activité: l'enjeu de la compensation des problèmes fonctionnels : Drees nr.261 septembre 2003 Emmanuelle Cambois, Jean-Marie Robine

Vieillir en restant actif Cadre d'orientation OMS Madrid 2002

Les personnes âgées en Suisse Données sociales – Suisse Office fédéral de la statistique Neuchâtel 2000

Traitement et prise en charge des personnes âgées dépendantes en situation de dépendance. Directives médico-éthiques et recommandations ASSM Académie Suisse des Sciences Médicales Juillet 2004

Maintien à domicile, le temps de l'affirmation, Réalités sociales, Lausanne. 1997 H.-M. Hagmann et J.-P : Fragnières

Les études, rapports et documents

Projet vers une équipe mobile de soins palliatifs – Novembre 2002



Réseau des soins palliatifs Sion-Région François-Xavier Bagnoud – Rapport d'évaluation à l'attention du Département de la Santé – Avril 2002

Evaluation du RESP selon les standards de qualité de la Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs – Mars 2002

Janua, soins palliatifs à domicile. Rapport d'évaluation, septembre 2001. Commission régionale de santé - Sierre.

PLAISIR Commission technique intercantonale : Rapport annuel 2003 ISE

Politique du 3^{ème} âge dans le canton de Berne Mars 2004 Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne

Les personnes âgées à Genève 1979-1994 Santé, famille réseaux d'aide et de soins Les cahiers de la santé No 8 juillet 1997 Canton de Genève Département de l'action sociale et de la santé

Les scénarios de l'évolution démographique des cantons et des grandes régions, 2002 à 2040. Office fédéral de la statistique, Neuchâtel, 13 février 2004. <http://www.statistik.admin.ch/>

Internet

www.ipvr.ch

www.avalems.ch

www.alzheimerforum.ch

www.who.ch

www.geneve.ch/maisonsante

www.sbk-asi.ch

www.fxb.palliative.ch

www.sans-douleur.ch



19. Annexes

19.1. Charte des droits et liberté de la personne âgée dépendante

Définie une première fois par la Fondation nationale de gérontologie en 1987, cette charte a fait l'objet d'une nouvelle rédaction en 1996, publiée conjointement par la Fondation nationale de gérontologie et le ministère du Travail et des Affaires sociales. Nous en donnons ici les titres généraux en soulignant les points spécifiques concernant la conception de l'habitat.

Article 1

Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie.
Elle doit pouvoir profiter de l'autonomie permise par ses capacités physiques et mentales, même au prix d'un certain risque. Il faut l'informer de ce risque et en prévenir l'entourage.

Article 2

Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins.
L'architecture des établissements doit être conçue pour répondre aux besoins de la vie privée. L'espace doit être organisé pour favoriser l'accessibilité, l'orientation, les déplacements et garantir les meilleures conditions de sécurité.

Article 3

Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société.
Les urbanistes doivent prendre en compte le vieillissement de la population pour l'aménagement de la cité.
Les lieux publics et les transports en commun doivent être aménagés pour être accessibles aux personnes âgées, ainsi qu'à tout handicapé, et faciliter leur participation à la vie sociale et culturelle. La vie quotidienne doit prendre en compte le rythme et les difficultés des personnes âgées dépendantes, que ce soit en institution ou au domicile.

Article 4

Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes.

Article 5

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.



Article 6

Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités.

Article 7

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Chaque établissement doit disposer d'un local d'accès aisé, pouvant servir de lieu de culte, et permettre la visite des représentants des diverses religions.

Article 8

La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit.

Article 9

Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme toute autre, accès aux soins qui lui sont utiles.

Article 10

Les soins que requiert une personne âgée dépendante doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant.

Article 11

Soins et assistance doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

Article 12

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement et la dépendance est une priorité.

Article 13

Toute personne en situation de dépendance devrait voir protégés non seulement ses biens mais aussi sa personne.

Tout changement de lieu de résidence ou même de chambre doit faire l'objet d'une concertation avec l'intéressé.

Article 14

L'ensemble de la population doit être informé des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes.



19.2. Prévention et promotion de la santé

Tabelle 1: Kernstrategien der Gesundheitsförderung für gesundheitsfördernde Heime

GF für/mit ...	Patienten	Mitarbeiter	Gemeinde
	patient	staff	Community
Autonomie Selbstversorgung Selbsterhaltung	PAT-1 Empowerment des Patienten zur gesundheitsfördernden Selbstversorgung/Selbsterhaltung/Selbstreproduktion im Spital self production /self care/ Autonomie PFLEGERICHTLINIEN Zusicherung grösster Autonomie	STA-1: Empowerment des Mitarbeiters zur gesundheitsfördernden Selbstversorgung/Selbsterhaltung/Selbstreproduktion im Spital self production/self care/ Autonomie	COM-1 Empowerment der Gemeinde zum ausreichenden gesundheitsfördernden Zugang zum Spital/ Autonomie
Mitarbeit, Zusammenarbeit, Compliance	PAT-2: Empowerment des Patienten zur gesundheitsfördernden Partizipation und Koproduktion in Behandlung und Pflege im Spital Co- production Partizipation bei Entscheiden SCHMERZBEHANDLUNG	STA-2 Empowerment des Mitarbeiters zur gesundheitsfördernden Partizipation und Koproduktion in Behandlung und Pflege im Spital Co- production Partizipation Vermeidung von Berufskrankheiten und Unfällen MISSHANDLUNG	COM-2: Empowerment der Gemeinde zur gesundheitsfördernden Partizipation und Koproduktion in Behandlung und Pflege nach der Entlassung Co- production
gesundheitsförderndes Setting	PAT-3: Entwicklung des Spitals in ein gesundheitsförderndes und ermächtigendes Setting für Patienten Projekt GF im HEIM Projekt EKAS Umsetzung im Heim Richtlinien Schmerzen Richtlinien Misshandeln	STA-3: Entwicklung des Spitals in ein gesundheitsförderndes und ermächtigendes Setting für Mitarbeiter Projekt GF im HEIM Projekt EKAS Umsetzung im Heim Umsetzen der Richtlinien Schmerz, Misshandeln, Richtlinien Mobbing	COM-3: Entwicklung des Spitals in ein gesundheitsförderndes und ermächtigendes Setting für die Region Projekt GF im HEIM Projekt EKAS Umsetzung im Heim Vorbildfunktion, Arbeitgeber in Region, Ausstrahlung



<p>Empowerment Patientenschulung</p>	<p>PAT-4 Empowerment des Patienten zum gesundheitsfördernden Management chronischer Krankheiten Diabetes, Asthmaschulung Verbandwechselanleitung Korrekte Medikamenteneinnahme</p>	<p>STA-4: Empowerment des Mitarbeiters zum gesundheitsfördernden Management von Berufskrankheiten</p>	<p>COM-4: Empowerment des Gemeinde zur gesundheitsfördernden Bewältigung von chronischen Krankheiten Entlastungsangebote: Tagesheime, Ferienbetten, Ablösungen, Pflegeanleitungen</p>
<p>Gesundheitserziehung</p>	<p>PAT-5 Empowerment des Patienten zur Entwicklung eines gesundheitsfördernden Lebensstils Anleiten zu Bewegung, Ernährung etc</p>	<p>STA-5: Empowerment des Mitarbeiters zur Entwicklung eines gesundheitsfördernden Lebensstils Anleiten zu Bewegung, Ernährung etc</p>	<p>COM-5: Empowerment der Gemeinde/Region zur Entwicklung eines gesundheitsfördernden Lebensstils Anleiten zu Bewegung, Ernährung etc Vorbildfunktion, Arbeitgeber in Region, Ausstrahlung, Kurse</p>
<p>Gesundheitsfördernde Dienstleistungen Partizipation und empowerment bei der Regionalentwicklung</p>	<p>PAT-6 Partizipation von Patienten an gesundheitsfördernder und ermächtigender Regionalentwicklung</p>	<p>STA-6 Partizipation von Mitarbeitern an gesundheitsfördernder und ermächtigender Regionalentwicklung</p>	<p>COM-6 Partizipation der allgemeinen Bevölkerung bei der gesundheitsfördernden und ermächtigenden Regionalentwicklung</p>



Tabelle 2: Kernstrategien der Gesundheitsförderung für gesundheitsfördernde Sozial-medizinische Zentren

GF für/mit ...	Patienten	Mitarbeiter	Gemeinde
	patient	staff	Community
Autonomie Selbstversorgung Selbsterhaltung	<p>PAT-1: Empowerment des Patienten zur gesundheitsfördernden Selbstversorgung/Selbsterhaltung/Selbstreproduktion im Spital self production /self care/ Autonomie</p> <p>Zusicherung grösster Autonomie Erhalten aller Kompetenzen PIPA</p>	<p>STA-1: Empowerment des Mitarbeiters zur gesundheitsfördernden Selbstversorgung/Selbsterhaltung/Selbstreproduktion im Spital self production/self care/ Autonomie</p>	<p>COM-1: Empowerment der Gemeinde zum ausreichenden gesundheitsfördernden Zugang zum SMZ / Autonomie</p> <p>Ankünden der Dienstleistungen, Öffnungszeiten 7/7 Kommunikationskonzept</p>
Mitarbeit, Zusammenarbeit, Compliance	<p>PAT-2: Empowerment des Patienten zur gesundheitsfördernden Partizipation und Koproduktion in Behandlung und Pflege im Spital Co- production</p> <p>Partizipation bei Entscheiden Anweisungen befolgen, anleiten SCHMERZBEHANDLUNG</p>	<p>STA-2: Empowerment des Mitarbeiters zur gesundheitsfördernden Partizipation und Koproduktion in Behandlung und Pflege im Spital Co- production</p> <p>Partizipation Vermeidung von Berufskrankheiten und Unfällen MISSHANDLUNG</p>	<p>COM-2: Empowerment der Gemeinde zur gesundheitsfördernden Partizipation und Koproduktion in Behandlung und Pflege nach der Entlassung Co- production</p> <p>Kommunikation, Netzwerk, Patientenpfade, organisieren</p>
gesundheitsförderndes Setting	<p>PAT-3: Entwicklung des SMZ in ein gesundheitsförderndes und ermächtigendes Setting für Patienten</p> <p>Projekt GF im SMZ: rauchfrei, FV Projekt EKAS Umsetzung im SMZ Richtlinien Schmerzen Richtlinien Misshandeln Richtlinien Kommunikation</p>	<p>STA-3: Entwicklung des SMZ in ein gesundheitsförderndes und ermächtigendes Setting für Mitarbeiter</p> <p>Projekt GF im SMZ: rauchfrei, FV Projekt EKAS Umsetzung im SMZ Umsetzen der Richtlinien Schmerz, Misshandeln, Richtlinien Mobbing Richtlinien Kommunikation</p>	<p>COM-3: Entwicklung des SMZ in ein gesundheitsförderndes und ermächtigendes Setting für die Region</p> <p>Projekt GF im SMZ rauchfrei Projekt EKAS Umsetzung im SMZ Vorbildfunktion, Arbeitgeber in Region, Ausstrahlung Richtlinien Kommunikation</p>



<p>Empowerment Patientenschulung</p>	<p>PAT-4: Empowerment des Patienten zum gesundheitsfördernden Management chronischer Krankheiten Diabetes, Asthmaschulung Verbandwechselanleitung Korrekte Medikamenteneinnahme</p> <p>Projekt EIGER und folge Projekt SOIPRA</p>	<p>STA-4: Empowerment des Mitarbeiters zum gesundheitsfördernden Management von Berufskrankheiten</p> <p>Projekt EKAS-Richtlinien, Hygiene- und Unfallverhütung</p>	<p>COM-4: Empowerment des Gemeinde zur gesundheitsfördernden Bewältigung von chronischen Krankheiten</p> <p>Entlastungsangebote: Tagesheime, Ferienbetten, Ablösungen, Pflegeanleitungen ANGEBOTE KOMMUNIZIEREN UNTERSTÜTZUNG PFLEGENDER ANGEHÖRIGER: ABKLÄRUNG</p>
<p>Gesundheitserziehung</p>	<p>PAT-5: Empowerment des Patienten zur Entwicklung eines gesundheitsfördernden Lebensstils Anleiten zu Bewegung, Ernährung etc richtig einkaufen</p>	<p>STA-5: Empowerment des Mitarbeiters zur Entwicklung eines gesundheitsfördernden Lebensstils Anleiten zu Bewegung, Ernährung etc rauchfrei</p>	<p>COM-5: Empowerment der Gemeinde/Region zur Entwicklung eines gesundheitsfördernden Lebensstils Anleiten zu Bewegung, Ernährung etc Vorbildfunktion, Arbeitgeber in Region, Ausstrahlung, Kurse</p>
<p>Gesundheitsfördernde Dienstleistungen Partizipation und empowerment bei der Regionalentwicklung</p>	<p>PAT-6 Partizipation von Patienten an gesundheitsfördernder und ermächtigender Regionalentwicklung Abfragen der Bedürfnisse, Patientenbefragung bezüglich Wohlbefinden</p>	<p>STA-6: Partizipation von Mitarbeitern an gesundheitsfördernder und ermächtigender Regionalentwicklung Abfragen der Bedürfnisse: Mitarbeiterbefragung bezüglich Wohlbefinden</p>	<p>COM-6: Partizipation der allgemeinen Bevölkerung bei der gesundheitsfördernden und ermächtigenden Regionalentwicklung Unterstützende Angebote für betreuende Familien Mitarbeit im Netzwerk betreuender Institutionen</p>



19.3. Programme-cadre des locaux pour les EMS

PROGRAMME-CADRE DES LOCAUX

Applicable aux établissements médico-sociaux (EMS).

Edition d'avril 2005

Le programme-cadre des locaux décrit dans les paragraphes suivants a pour but de permettre la réalisation de construction selon une conception moderne, fonctionnelle et adaptée aux besoins des personnes âgées.

Contenu :

Page

1. Généralité
2. Logement
3. Locaux communs
4. Services pour externes
5. Administration
6. Soins
7. Services
8. Dépôts locaux annexes
9. Divers
10. Circulations internes
11. Aménagements extérieurs



1. GENERALITES			m ²
1.1	Champ d'application	D'entente avec le Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie (DSSE), le programme-cadre des locaux peut être élargi ou réduit afin de s'adapter aux conditions particulières à chaque cas.	
1.2	Définition	<p>Un EMS est un logement collectif pour des personnes très âgées devenues dépendantes et qui nécessitent un encadrement socio-hôtelier, des soins infirmiers et d'accompagnement et des soins médicaux.</p> <p>Les projets d'aménagement d'EMS doivent être des concepts d'hébergement basés sur les besoins des résidents, du personnel et des visiteurs.</p> <p>Les offres des EMS peuvent être multiples : accueil permanent, accueil temporaire ou unité de court séjour, foyers de jour et de nuit, accueil d'une population âgée avec des caractéristiques particulières (pathologies psychiatriques, démences) soit au sein d'unités de psychiatrie ou d'unités de personnes atteintes de démence.</p>	
1.3	Nombre de places	Le programme des locaux complet s'applique à un EMS d'environ 60 personnes.	
1.4	Conception de la construction	<p>Les EMS se composent d'un :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>secteur logements</u> : chambres à 1 lit ou exceptionnellement à 2 lits - <u>secteur commun</u> : locaux pour les besoins collectifs, relations avec l'extérieur - <u>secteurs des services internes</u> : administration, intendance, etc. <p>Selon les besoins, des secteurs complémentaires peuvent être nécessaires (p. ex. division de soins, centre de jour, services pour externes, etc).</p>	
1.5	Barrières architecturales	Conformément aux dispositions de l'ordonnance concernant l'application de la loi sur l'intégration des personnes handicapées du 24 juin 1992, les barrières architecturales doivent être supprimées.	



		<p>La norme SNV 521 500 "Mesures à prendre dans la construction en faveur des infirmes moteurs", éditée par le Centre suisse d'études pour la rationalisation du bâtiment (CRB) à Zurich, est applicable à la construction des EMS pour personnes âgées, et en particulier aux accès, ascenseurs, WC pour handicapés, ainsi qu'à d'autres détails de construction tels que mains courantes, marches d'escaliers, aménagements extérieurs, etc.</p>	
2.	LOGEMENTS		
2.0	Généralités	<p>Les locaux mentionnés sous 2.1 à 2.8 se rapportent à une unité d'habitation de 12 à 16 personnes.</p> <p>Les chambres peuvent être meublées par les pensionnaires.</p> <p>Les chambres à 1 lit peuvent être reliées par des portes de communication pour accueillir des couples.</p>	
2.1	Chambre à 1 lit	<p>Surface nette, sans vestibule ni armoire fixe : minimum 16 m².</p> <p>Largeur de la chambre : minimum 3,20 m</p> <p>Vide de passage des portes : 0,90 m</p> <p>Au besoin, et pour faciliter les soins, le lit doit pouvoir être accessible de 3 côtés.</p> <p>Les raccordements pour le téléphone, la radio, la télévision et les appels d'urgence sont nécessaires.</p> <p>L'installation de détecteurs à incendie est nécessaire de même que les autres équipements anti-feu définis dans la législation en la matière.</p>	16-20
2.2	Salle d'eau	<p>Lavabo, WC, éventuellement douche (sans seuil ni différence de niveaux)</p> <p>Avec espace suffisant pour une aide</p> <p>Porte ne s'ouvrant pas à l'intérieur ou coulissante</p> <p>Vide de passage de la porte : 0,90</p>	6
2.3	Chambre à 2 lits	Eventuellement à titre exceptionnel	



		Surface nette, sans vestibule, ni armoire : minimum 28 m ²	
		Equipement identique à celui d'une chambre à 1 lit (voir sous 2.1 à 2.3)	
2.4	Salle de séjour	Espace collectif pour vie à l'étage (fauteuils, TV) Par résidant	2
2.5	Locaux sanitaires		
2.5.1	Salle de bains	WC Lavabo Baignoire libre sur 3 côtés Armoire de rangement Praticable en fauteuil roulant ou en chariot, avec place suffisante pour un élévateur.	10-14
2.5.2	Salle de douches	Sans seuil, ni différence de niveaux Avec espace suffisant pour une aide.	
2.5.3	WC	Praticable en fauteuil roulant.	
2.5.4	Variante : Locaux sanitaires	Centralisation des bains pour plusieurs chambres. Dans ce cas suffisent 1 douche et 1 WC (praticable en fauteuil roulant) pour 4 lits au maximum.	
2.6	Local de nettoyage avec vidoir		10
2.7	Local de matériel		10
2.8	Bureau des infirmières et local de garde	- la préparation des soins - les médicaments - les examens médicaux - les dossiers - la garde de nuit	20
3.	ACTIVITES COMMUNES		
3.1	Salles à manger	Séparées pour les pensionnaires et le personnel, éventuellement par des cloisons mobiles. La hauteur minimale des salles doit être de 3.5	



		<p>m.</p> <p>Pour le personnel, leur salle à manger peut également faire fonction de salle de séjour.</p> <p>Tables de 4 personnes au maximum, avec accès aisé aux sièges et aux fauteuils roulants</p> <p>Surface par personne accueillie :</p> <p>2</p> <p>Locaux pour la cafétéria, les manifestations, les services religieux, la télévision, la lecture, le coin pour fumeurs, etc.</p> <p>Locaux utilisables séparément ou ensemble (volume ouvert).</p> <p>Local d'accueil pour les familles</p> <p>Entrée reliée à la réception et au secrétariat, équipée de casiers ou de boîtes aux lettres pour les pensionnaires, de vestiaires et de cabines téléphoniques (praticables en fauteuil roulant).</p> <p>Surface par personne, selon la conception de l'EMS : 2,0 – 3,0 m²</p>	
3.2	Zone d'accueil	<p>Pour les loisirs des pensionnaires et le maintien de leurs capacités avec coin cuisine</p> <p>Pour le bricolage, le tissage, la peinture, la cuisine, etc.</p> <p>Avec possibilité de ranger le matériel en liaison avec la zone d'accueil (3.2)</p>	2
3.3	Local d'occupation	<p>Combiné avec la zone d'accueil (3.2)</p> <p>ou</p> <p>séparé, surface nécessaire : 30 – 40 m²</p>	m ² 30-40
3.4	Local de gymnastique	<p>Pour les tables, les chaises, etc.</p>	
3.5	Local de rangement	<p>Pour les pensionnaires et les visiteurs, séparé par sexe.</p> <p>Au moins 1 WC praticable en fauteuil roulant.</p>	
3.6	WC		

4. SERVICES POUR EXTERNES



4.0	Généralités	<p>L'EMS peut offrir les services externes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - foyers de jour et de nuit - repas - unité d'accueil temporaire (UAT) - soins - loisirs - etc. <p>En cas de fréquentation de l'EMS par des externes, tenir compte des points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - accès aisés - jusqu'à 10 personnes, aucune modification au programme des locaux - au-delà de 10 personnes, adapter le programme des locaux aux besoins et le compléter par : 	
4.1	Local de repos	<p>Avec possibilité pour plusieurs personnes de s'étendre.</p> <p>Surface par lit : 4,0 – 5,0 m²</p> <p>En liaison avec les locaux d'occupation (3.3) et la zone d'accueil (3.2).</p>	
4.2	Vestiaire	Avec WC praticable en fauteuil roulant.	
5.	ADMINISTRATION		m²
5.1	Bureaux	Pour la direction de l'EMS, le service social, l'infirmière-chef, la gouvernante etc. chacun	12-18
5.2	Réception, secrétariat	Intégré à la zone d'accueil	chacun 12-18
5.3	Salle de conférence	Utilisable en tant que salle de cours	12-18
5.4	WC	A grouper avec les autres WC (3.6).	
6.	SOINS		
6.1	Local de service et de garde	<p>Au cas où les locaux selon 2.7 n'existent pas, pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la pharmacie centrale - la garde de nuit - les consultations médicales, avec coin d'attente 	12-18
6.2	Coiffeur, pédicure		12-18



6.3	Chambre mortuaire	Au cas où aucune autre possibilité n'existe dans les environs.	12-18
6.4	Lieu de recueillement		
7. SERVICES			
7.1	Cuisine	Cuisine chaude et froide, office, coin à laver, économat, chambres frigorifiques, dépôts, bureau pour le responsable de cuisine, coin à manger du personnel de cuisine, etc. Surface par personne, selon la grandeur et la conception d'exploitation de l'EMS : 0,8 – 1,5 m ²	
7.2	Buanderie centrale	Réception du linge sale, triage, lavage, séchage, repassage, reprisage, entreposage du linge propre, réserve des produits de lessive, etc. Surface par lit : 1,0 – 1,4 m ²	
7.3	Buanderie	Pour le linge du personnel et éventuellement des pensionnaires, avec machine à laver et possibilité de séchage.	
7.4	Chauffage	Local de production de chaleur et réserve de combustible.	
7.5	Locaux techniques	Pour les installations de chauffage, sanitaires, électriques, de ventilation, etc. Central téléphonique et recherche de personnes. Eclairage et signalisation de secours alimentés par batteries.	
7.6	Atelier	Pour le concierge	m ² 16-20
7.7	Local de nettoyage	Avec vidoir	
7.8	Vestiaires	Vestiaires séparés pour les femmes et pour les hommes avec WC et douche pour le personnel.	
8. DEPOTS LOCAUX ANNEXES			
8.1	Dépôts	Pour l'EMS :	



8.2	Abris de protection civile	<p>- pour le rangement du matériel de soins et des appareils (élévateurs, lits, mobilier divers, etc.) - pour le matériel d'exploitation, etc.</p> <p>Surface par personne : 1,0 – 2,0 m²</p> <p>Pour les pensionnaires : - pour les effets personnels</p> <p>Surface par personne : 1,0 – 2,0 m²</p> <p>Utilisables comme dépôts</p>	
9. DIVERS			
9.1	Réduit	Pour le mobilier de jardin, les outils de jardinage, etc.	
9.2	Local pour les conteneurs	Pour les conteneurs à ordures.	
9.3	Garages	Pour les véhicules appartenant à l'EMS.	
9.4	Places de parc	A l'air libre, pour le personnel, les visiteurs, les livreurs, etc.	
10. CIRCULATIONS INTERNES			
10.0	Généralités	Les données suivantes sont applicables aux secteurs utilisés par les personnes âgées.	
10.1	Personnes atteintes de démence	Des locaux spécifiques pour les personnes atteintes de démence doivent être prévus	
10.2	Ascenseurs	<p>- ascenseur accessible aux lits grandeur minimum : 1,80 x 2,60 m</p> <p>- ascenseur accessible aux fauteuils roulants grandeur minimum : 1,10 x 1,40 m</p>	
10.3	Couloirs	<p>Largeur minimum : 1,60 m</p> <p>A équiper si possible des deux côtés de mains-courantes avec profil</p>	
10.4	Portes	Vide de passage : 0,90 m	



		<p>Pour les salles d'eau et les WC</p> <p>Vide de passage : 0,90 m</p>	
--	--	--	--

11. AMENAGEMENTS EXTERIEURS

11.0	Généralités	Les aménagements extérieurs doivent être adaptés aux besoins des personnes âgées.	
11.1	Terrasse	<p>Abritée du vent et du soleil avec possibilité de s'asseoir.</p> <p>En liaison avec la zone d'accueil (3.2) et la salle à manger (3.1).</p>	
11.2	Chemins	Praticables en fauteuils roulants.	
11.3	Places de parc	Prévoir 1 place par véhicule pour chaque 2 lits	
11.4	Accessibilité		

12. REFERENCES



19.4. Directives concernant les conditions à remplir par les établissements médico-sociaux en vue de l'obtention d'une autorisation d'exploiter

**DIRECTIVES DU DEPARTEMENT DE LA SANTE, DES AFFAIRES SOCIALES ET
DE L'ENERGIE CONCERNANT LES CONDITIONS A REMPLIR PAR
LES ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX POUR PERSONNES AGEES
EN VUE DE L'OBTENTION D'UNE AUTORISATION D'EXPLOITER
DU 22 AVRIL 2005**

1. BASES LEGALES

Les présentes directives reposent sur les bases légales suivantes :

- a) la loi cantonale sur la santé du 9 février 1996;
- b) l'ordonnance cantonale sur les autorisations d'exploiter un établissement ou une institution sanitaire du 26 mars 1997, en particulier les articles 4 et suivants;
- c) les Directives du Département de la Santé, des Affaires Sociales et de l'Energie sur la prise en charge pharmaceutique dans les établissements médico-sociaux pour personnes âgées du 14 septembre 2000.

2. CONSIDERANTS

Les présentes directives assurent le suivi des directives de 2002 qui prévoyaient un changement dans la dotation du personnel soignant en fonction des BESA dès 2006. Elles tiennent compte des propositions de la commission DotEMS de septembre 2004 (DotEMS est une commission composée des représentants de l'AVALEMS et des assureurs maladie), propositions qui vont dans le sens des directives 2002.

3. DEFINITION

Au sens des dispositions de la législation sanitaire cantonale, l'« **établissement médico-social pour personnes âgées** » est défini comme un établissement sanitaire disposant d'une dimension minimale et offrant des prestations de soins, de thérapie et de surveillance médicale dans le cadre de la prise en charge stationnaire des personnes âgées. Un établissement médico-social assure à la fois la prise en charge socio-hôtelière des personnes âgées et la prise en charge en soins infirmiers et médicale des résidents qui nécessitent d'un point de vue aussi bien physique que psychique, une assistance régulière à l'exécution des activités de la vie quotidienne. A cette fin, le personnel qualifié doit disposer de connaissances médicales et en soins infirmiers tout particulièrement en gériatrie. D'autre part toutes les personnes travaillant dans ces établissements devront avoir la formation professionnelle en adéquation avec leur fonction.

Les résidents font l'objet d'une classification selon le système BESA.



4. CONDITIONS A REMPLIR EN VUE DE L'OBTENTION D'UNE AUTORISATION D'EXPLOITER

4.1. RESPONSABILITES

L'établissement médico-social doit être organisé comme suit :

4.1.1 DIRECTEUR/DIRECTRICE DE L'ETABLISSEMENT

La direction d'un établissement médico-social est assurée par une personne responsable. Le/la responsable d'un établissement médico-social dispose d'une formation de directeur/-trice d'établissement médico-social pour personnes âgées reconnue par le Département de la Santé, des Affaires Sociales et de l'Energie. Font référence à ce titre le certificat et diplôme postgrade, formation à la direction d'institutions éducatives, sociales et médico-sociales, délivré par le CEFOC et le cours de directeur d'établissement de l'Association des homes et institutions sociales suisses, Diplomausbildung Heimleiter, de Curaviva. La Conférence Romande des Affaires Sanitaires et Sociales (CRASS) reconnaît le niveau du certificat postgrade HES.

Le Département peut juger d'autres formations équivalentes, en particulier des formations supérieures, comme par exemple les études en sciences économiques et sociales ou une formation de cadre en soins infirmiers. Les critères d'équivalence comprennent notamment des connaissances dans le domaine économique, de la gestion du personnel, du social et de la santé en particulier en gérontologie.

4.1.2 PRISE EN CHARGE EN SOINS INFIRMIERS

Le/la responsable des soins infirmiers dispose d'un diplôme en soins infirmiers ainsi que d'une formation complémentaire en gestion du personnel et en gérontologie.

La formation requise en matière de gestion du personnel dépendra de la dimension de l'établissement médico-social pour personnes âgées, et plus précisément :

- Le/la responsable des soins infirmiers d'un EMS doté de 60 lits et plus doit être au bénéfice d'une formation de gestion. La formation de référence correspond à la formation de cycle 1 en gestion, (certificat d'études approfondies = CEA) de l'Institut Romand des Sciences et des pratiques de la santé et du social (IRSP) ou à la formation, gestion interdisciplinaire niveau 2, de H+, Lausanne et Morges.
- Le/la responsable des soins infirmiers d'un EMS doté de 1 à 59 lits doit être au bénéfice de connaissances en gestion du personnel. La formation de référence correspond à la formation de gestion pour cadre intermédiaire de l'Institut Romand des Sciences et des pratiques de la santé et du social (IRSP) ou à la formation, infirmière cheffe d'unité responsable d'un secteur administratif niveau 1, de H+, Lausanne et Morges.



4.1.3 PRISE EN CHARGE MEDICALE ET MEDECIN REpondANT

Le service médical et le service médical des urgences de l'établissement médico-social doivent être réglés. Les résidants des établissements médico-sociaux bénéficient du libre choix du médecin. Le service médical comprend cependant également l'engagement par voie contractuelle du médecin répondant de l'établissement. A ce titre, les établissements médico-sociaux se baseront sur le cahier de charges et le contrat-type élaborés par l'AVALEMS et la Société médicale du Valais. Le médecin répondant de l'établissement médico-social est le partenaire de référence du Département pour toutes les questions d'ordre général touchant aux aspects médicaux et des soins. Il a l'obligation d'établir un rapport annuel à ce sujet à l'attention du Service de la santé publique.

4.2. NOMBRE ET QUALIFICATION DU PERSONNEL INFIRMIER

Le nombre et la qualification du personnel soignant revêtent une importance particulière. L'établissement médico-social doit disposer en 2005 au minimum de 0.5 poste de personnel soignant (en équivalents plein temps) par lit autorisé. 2005 est une année de transition du système de dotation par lit vers le système de dotation en rapport avec la lourdeur de la charge en soins.

Dès 2006, la norme minimale de dotation en personnel soignant sera établie en fonction de la charge en soins selon la classification BESA.

La détermination des besoins en personnel doit prendre en considération les soins ainsi que d'autres tâches comme :

- les formations en cours d'emploi pour les personnes qui passent d'une catégorie professionnelle à une autre, ex : aide soignante à assistante en soins et santé communautaire, infirmière diplôme niveau 1 au niveau 2;
- la formation complémentaire;
- la formation continue de l'ensemble du personnel;
- la prise en charge des élèves infirmières et des stagiaires;
- la mise en œuvre d'instruments de mesure;
- l'application des démarches qualité;
- la participation à des projets de recherche;
- l'introduction de l'informatisation.

Les formations complémentaires dans le domaine des soins palliatifs et de la psycho-gériatrie sont à encourager.



La dotation minimale en personnel soignant par catégorie BESA

BESA 1	0.20 EPT
BESA 2	0.34 EPT
BESA 3	0.55 EPT
BESA 4 physique	0.72 EPT
BESA 4 psychogériatrique	0.87 EPT

La moyenne des BESA de l'année précédente, année civile, sert de référence pour la dotation de l'année en cours.

Un écart de 5% en dessous de la dotation minimale est tolérée.

Dans les EMS de 60 lits et plus, le poste de l'infirmière cheffe (1 EPT) et dans les EMS jusqu'à 59 lits le poste de l'infirmière cheffe (0.5 EPT) n'est pas compté dans la norme minimale mentionnée ci-dessus.

Ces postes, comme les autres postes des soins, sont subventionnés par le canton.

Répartition des catégories de professionnel soignant.

- A) **Au moins 20%** (en équivalents plein temps) du personnel soignant doit être au bénéfice d'une formation **d'infirmière diplômée**. Pour les petits EMS ce pourcentage sera plus élevé. La dotation devra permettre de répondre aux critères suivants :
- couvrir les horaires de 07h00 du matin à 19h00 tous les jours, dimanche compris;
 - assurer le piquet infirmier de 19h00 à 07h00;
 - assurer et assumer les tâches de gestion, de formation du personnel, d'encadrement des étudiantes et des stagiaires;
 - participer à la mise en place de nouvelles technologies (informatisation) et de l'assurance qualité.
- B) **Au moins 20%** du personnel soignant (en équivalents plein temps) doit être au bénéfice d'une formation de **niveau secondaire II** soit Certificat de capacité fédéral (CFC).
- C) **Au moins 15 %** du personnel soignant (en équivalent plein temps) doit être au bénéfice d'une formation **d'aide soignante certifiée**.

Cas particuliers

- a) *Lits exploités d'EMS, mais non reconnus sous l'angle de la planification sanitaire cantonale.*

Toutes les dispositions précitées en matière de nombre et de qualification du personnel sont également applicables aux lits exploités des établissements médico-sociaux pour personnes âgées qui ne sont pas pris en considération dans le cadre de la planification sanitaire cantonale.



b) *Lits de foyer pour personnes âgées dans la structure des EMS (Altersheimbetten).*

S'agissant des résidents pris en charge dans les lits de foyers pour personnes âgées les dispositions suivantes sont applicables:

Ces résidents sont classifiés dans la catégorie BESA 0. En cas de maladie, les prestations de soins et d'aide sont fournies par le Centre médico-social régional. La facturation des prestations fournies s'effectue alors par le Centre médico-social régional sur la base des tarifs en vigueur.

Par contre, les prestations hôtelières en faveur des résidents sont fournies par du personnel de l'EMS attiré à cette fin.

4.3. PERSONNEL DE PRISE EN CHARGE SOCIAL

Une activité d'animation, en faveur des résidents, doit être réalisée quotidiennement. Les établissements médico-sociaux pour personnes âgées sont tenus d'engager des personnes qualifiées à cette fin.

4.4. CONDITIONS A REMPLIR EN MATIERE D'HYGIENE, DE QUALITE ET DE SECURITE

4.4.1 CONDITIONS GENERALES

Les établissements médico-sociaux pour personnes âgées doivent se conformer aux exigences intercantionales de qualité et de sécurité en vue de l'obtention et du maintien de l'autorisation d'exploiter une institution pour personnes âgées de novembre 2001 émises par la Conférence des Directeurs des Affaires Sanitaires (CRASS).

Conformément aux exigences de la législation fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et de la législation cantonale sur la santé concernant la qualité des prestations, les établissements médico-sociaux pour personnes âgées doivent remplir les conditions émises en la matière par les autorités sanitaires cantonales, s'agissant notamment des instruments d'évaluation de la qualité.

D'autre part, les EMS doivent adhérer au programme de prévention et contrôle des infections, développé par le Centre de Maladies infectieuses et Epidémiologie (CMIE) de l'Institut Central des Hôpitaux valaisans (ICHV).

Les établissements médico-sociaux pour personnes âgées sont tenus de respecter les dispositions des Directives du DSSE sur la prise en charge pharmaceutique dans les établissements médico-sociaux pour personnes âgées du 14 septembre 2000.



4.4.2 CONDITIONS SPECIFIQUES AUX EQUIPEMENTS ET AUX LOCAUX

L'établissement doit disposer d'équipements médicaux adéquats. Cette condition est remplie lorsque :

- les équipements nécessaires à l'hygiène des patients (par exemple les baignoires adaptées, les vidoirs) sont disponibles;
- les instruments de soins nécessaires (par exemple les appareils respiratoires, d'aspiration) sont disponibles;
- les instruments médicaux nécessaires (par exemple les appareils de mesure de la pression sanguine, le matériel d'urgence) sont disponibles;
- l'établissement dispose d'un nombre de lits de soins (électriques) suffisant.

Tous les locaux doivent répondre aux exigences d'hygiène. Le programme et la dimension des locaux doivent se conformer aux prescriptions fédérales et cantonales applicables aux établissements médico-sociaux, aux normes architecturales en vigueur en matière de constructions pour personnes handicapées ainsi qu'aux normes générales de sécurité et plus particulièrement en matière de lutte contre le feu.

5. DOCUMENTS A PRESENTER EN VUE DE L'OBTENTION D'UNE AUTORISATION

Sur la base d'un formulaire disponible auprès du Département et établi par la Conférence des Directeurs des Affaires Sanitaires (CRASS) ainsi que sur d'éventuelles directives intercantionales applicables en la matière, toutes les informations et documents mentionnés à l'article 5 al. 2 de l'ordonnance sur les autorisations d'exploiter un établissement ou une institution sanitaire du 26 mars 1997 doivent figurer en annexe de la requête en vue de l'obtention d'une autorisation.

Pour une première autorisation d'exploiter un business plan avec notamment les contenus suivants doit être déposé : résumé du plan (points clés); présentation de l'offre; environnement; stratégie et objectifs; équipe de gestion et de direction; besoins de financement; documents financiers (budgets de 1 à 3 ans, prévision de la trésorerie); organigramme.

Une copie des statuts juridiques est à joindre aux documents.

6. DENOMINATION

Seul un établissement remplissant les exigences des présentes directives et au bénéfice d'une autorisation cantonale peut porter la dénomination d'«établissement médico-social» pour personnes âgées.

7. DUREE DE L'AUTORISATION

En principe, l'autorisation est délivrée pour une période de cinq ans. L'autorisation de l'établissement ou de l'institution peut être renouvelée si les conditions de son octroi sont toujours remplies.



8. DEVOIR D'INFORMATION

Toute modification relative aux conditions d'octroi de l'autorisation doit être communiquée sans retard au Service de la santé publique.

9. SURVEILLANCE, INSPECTION

Le Département est habilité à inspecter les établissements et institutions sanitaires afin de s'assurer que les conditions requises pour leur autorisation soient respectées. Au besoin, il peut faire appel à des experts ou à des organismes spécialisés.

10. SANCTIONS

En cas de violation de l'ordonnance sur les autorisations d'exploiter un établissement ou une institution sanitaire du 26 mars 1997, les articles 153 à 157 de la loi sur la santé seront appliqués.

11. EMOLUMENTS

Conformément aux dispositions de l'article 2, al. 2a de l'arrêté du 26 mars 1997 sur les frais et émoluments relatifs à l'application de la loi sur la santé, les autorisations octroyées et les autres décisions prises sur la base des présentes directives et de l'ordonnance sur les autorisations d'exploiter un établissement ou une institution sanitaire du 26 mars 1997 feront l'objet d'un émolument.

12. ABROGATION

Les présentes directives annulent et remplacent les Directives du DSSE concernant les conditions à remplir par les établissements médico-sociaux pour personnes âgées en vue de l'obtention d'une autorisation d'exploiter du 18 octobre 2002.

13. MISE EN VIGUEUR

Les présentes directives entrent en vigueur dès le premier mai 2005.

S'agissant des conditions qui ne sont pas mentionnées explicitement dans les présentes directives, les dispositions de la législation précitée sont applicables.