

7
DEPARTEMENT DE LA SANTE,
DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'ENERGIE

PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES

COORDINATION ET COMPLEMENTARITE
DES FOURNISSEURS DE PRESTATIONS



MAI 2001

TABLE DES MATIERES

1.	INTRODUCTION	3
1.1	Le contexte général	3
1.2	Perception sociale de la vieillesse	3
1.3	Objectifs et délimitation.....	4
2.	BASES LEGALES ET RETROSPECTIVE	5
2.1	Législation sanitaire	5
2.2	Décisions du Conseil d'Etat ET PREAVIS DE LA COMMISSION CANTONALE DE PLANIFICATION	5
3.	METHODOLOGIE.....	6
3.1	Indicateurs du système sanitaire.....	6
3.2	Enquête auprès de la population (résultats valaisans de l'Enquête Suisse sur la Santé de 1997).....	6
3.3	Enquête auprès des institutions concernées (questionnaire spécifique à analyser).....	7
3.4	Calendrier d'avancement des travaux.....	7
4.	DESCRIPTION DE L'OFFRE ACTUELLE, MANDATS DE PRESTATIONS	8
4.1	Services d'aide et de soins à domicile.....	8
4.2	Structures intermédiaires.....	11
4.3	Institutions pour personnes âgées	12
4.4	Etablissements hospitaliers	13
4.5	Professionnels de LA santé,	14
4.6	Réseaux régionaux de santé	15
5.	ANALYSE DES BESOINS ET PERSPECTIVES	16
5.1	Evolution démographique	16
5.2	Cabinets médicaux et Système d'entraide.....	23
5.3	Développement de l'aide et des soins à domicile.....	25
5.4	Structures intermédiaires.....	33
5.5	Etablissements médico-sociaux pour personnes âgées.....	34
5.6	Gériatrie	52
5.7	Hôpitaux de soins aigus.....	57
5.8	Création de Centres de consultation psychiatrique ambulatoire par région.....	64
5.9	Consommation DES MEDICAMENTS	65
5.10	Prévention.....	66
5.11	Réseaux régionaux de santé	70
5.12	Pénurie en personnel soignant.....	72
6.	RECOMMANDATIONS A L'INTENTION DU CONSEIL D'ETAT.....	75
7.	Annexes.....	78
7.1	Directives du Département de la Santé, des Affaires Sociales et de l'Energie	78
8.	BIBLIOGRAPHIE.....	79

1. INTRODUCTION

1.1 LE CONTEXTE GENERAL

L'analyse des besoins de prise en charge des personnes âgées doit prendre en considération l'évolution démographique marquée en Suisse et dans notre canton par un vieillissement croissant.

Ce phénomène mis en évidence aura des répercussions sur les besoins en soins. En effet, les besoins en soins et traitements augmentent tendanciellement avec l'âge, même si la croissance se concentre sur les deux dernières années de vie (cf. le chapitre consacré à « l'analyse des besoins et perspectives »).

Corollaire de cette évolution, les besoins de prise en charge en établissement médico-social ainsi que dans les Centres médico-sociaux vont augmenter ces prochaines années.

Dans ce contexte, la décision du Conseil d'Etat du 24 mars 1999 portant sur l'adoption du concept cantonal des EMS charge le Département de réexaminer dès 2001 la planification des établissements médico-sociaux ainsi que de prendre des mesures permettant de renforcer quantitativement l'aide et les soins à domicile et de renforcer les autres formes d'hébergement tels que les appartements intégrés avec encadrement médico-social.

Le présent concept, par une analyse de l'activité des différentes institutions et des tendances futures, permet d'évaluer les besoins futurs concernant principalement ces deux secteurs.

1.2 PERCEPTION SOCIALE DE LA VIEILLESSE

Deux perceptions sociales de la vieillesse coexistent dans nos sociétés industrielles(cf. Cornelia HUMMEL, 1997) :

- une image négative de la vieillesse marquée par la dégradation physique et psychique de la personne âgée avec pour corollaire la dépendance à l'égard d'autrui ;
- une conception positive de la vieillesse synonyme d'autonomie et de liberté grâce à la diminution des contraintes professionnelles et familiales; en effet, une bonne hygiène de vie ainsi que le soutien apporté par la médecine permettent de vivre « une vieillesse épanouie ».

De nos jours, l'allongement constant de la vie et l'amélioration des conditions d'existence conduisent à la séparation de la vieillesse en deux périodes bien distinctes, dont la première est empreinte de liberté et d'autonomie conservées par l'individu (troisième âge), alors que la deuxième est marquée par la dépendance par rapport à autrui en raison d'une

dégradation de l'état de santé physique et/ou psychique de la personne âgée (quatrième âge).

De manière plus générale, l'augmentation de l'espérance de vie que connaissent les pays développés depuis plusieurs décennies doit être perçue en tant que chance à saisir qui résulte notamment des progrès de la médecine et de l'hygiène sanitaire. L'objectif de nos sociétés doit être de gérer ce progrès en veillant à préserver la meilleure qualité de vie possible de la personne âgée.

Dès lors, en vue de préserver le plus longtemps possible la liberté et l'autonomie des personnes âgées, les activités de prévention peuvent contribuer à maintenir un état de santé propre à permettre l'épanouissement personnel.

1.3 OBJECTIFS ET DELIMITATION

1.3.1 COUVERTURE DES BESOINS SANITAIRES

Les objectifs du présent concept sont de garantir une prise en charge sanitaire des personnes âgées couvrant leurs besoins. A cette fin, le présent concept cherche à effectuer une évaluation plus précise des besoins de prise en charge des personnes âgées.

L'analyse de la situation économique des personnes âgées (niveau de vie, opportunité d'adapter les prestations complémentaires ou non, etc.) sort du cadre de cette étude.

1.3.2 NECESSITE D'UNE VERITABLE COMPLEMENTARITE ENTRE LES FOURNISSEURS DE PRESTATIONS

Considérant l'important défi posé à l'avenir par le vieillissement démographique, un développement parallèle des principales structures de prise en charge à disposition des personnes âgées sera nécessaire. Si la majorité des personnes âgées désirent continuer de vivre chez elles, dans leur cadre de vie habituel, moyennant une aide et des soins à domicile, le maintien à domicile doit être complété par le placement institutionnel indispensable pour les personnes dont l'état de santé, notamment physique et psychique, ne permet pas un maintien à domicile.

Considérant l'évolution des besoins suite au vieillissement démographique, le développement des Centres médico-sociaux permet d'éviter un développement trop important de la capacité en lits dans les établissements médico-sociaux. En effet, dans ce contexte, la substitution n'intervient que partiellement.

Il importe que la personne âgée dépendante puisse avoir accès au lieu de vie le plus approprié en tenant compte de ses besoins. Admettre ce postulat, c'est 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, les structures intermédiaires (foyers de jour, unités d'accueil temporaire, appartements intégrés avec encadrement médico-social) ainsi que les établissements médico-sociaux.

2. BASES LEGALES ET RETROSPECTIVE

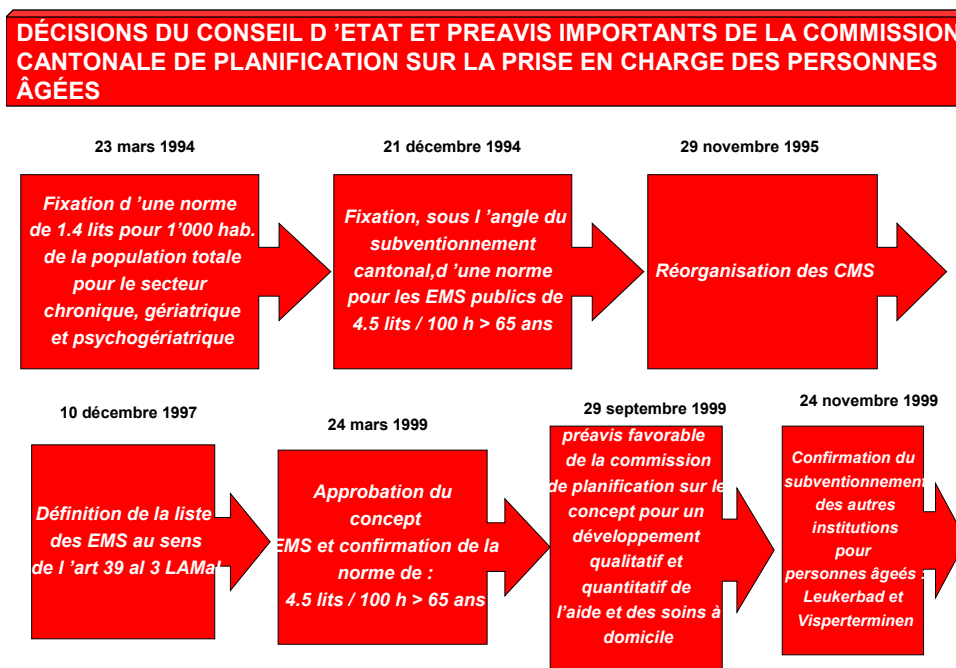
2.1 LEGISLATION SANITAIRE

La loi cantonale sur la santé du 9 février 1996 confère au Conseil d'Etat la compétence de définir par la planification sanitaire la politique sanitaire cantonale. Par rapport à la législation antérieure de 1988, cette compétence a été étendue au domaine extrahospitalier.

La planification sanitaire cantonale comprend notamment l'évaluation des besoins de santé, la définition des objectifs de la politique de la santé, la mission des différents établissements et institutions sanitaires de même que la coordination de l'action des différents partenaires de la santé.

2.2 DECISIONS DU CONSEIL D'ETAT ET PREAVIS DE LA COMMISSION CANTONALE DE PLANIFICATION ¹

Sur la base de ces dispositions, le Conseil d'Etat valaisan a pris ces dernières années toute une série de décisions portant en matière de planification sanitaire. Le graphique ci-dessous présente de manière chronologique les décisions du Conseil d'Etat valaisan ainsi que les préavis importants de la commission cantonale de planification concernant la prise en charge des personnes âgées.

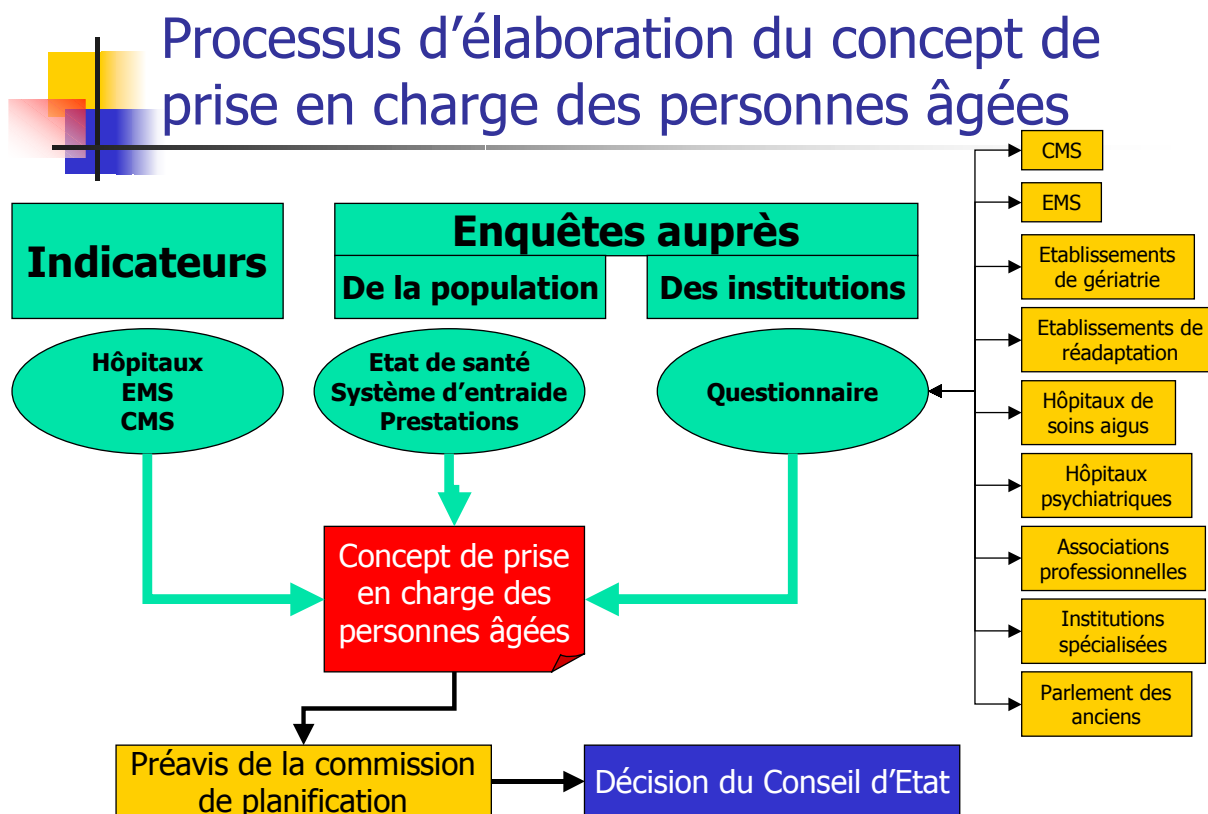


Graphique 1 : Décisions antérieures du Conseil d'Etat et préavis importants de la commission cantonale de planification concernant la prise en charge des personnes âgées.

¹ En annexe du présent concept figurent quelques explications sur ces décisions du Conseil d'Etat, ainsi que sur les directives d'application du Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie

3. METHODOLOGIE

Parmi les sources utilisées pour la rédaction du présent document, il convient de mentionner principalement les trois éléments constitutifs suivants (cf. la figure ci-dessous):



Graphique 2 : Sources et processus d'élaboration du concept de prises en charge des personnes âgées.

3.1 INDICATEURS DU SYSTEME SANITAIRE

Les données statistiques récoltées annuellement par le Service de la santé publique permettent d'obtenir un ensemble d'indicateurs qui constituent en quelque sorte un tableau de bord du système sanitaire valaisan. En effet, les indicateurs sont révélateurs des changements inhérents au système ainsi que de son évolution.

3.2 ENQUETE AUPRES DE LA POPULATION (résultats valaisans de l'Enquête Suisse sur la Santé de 1997)

Le canton du Valais a participé à deux reprises (en 1992/1993 et en 1997) aux Enquêtes Suisses sur la Santé (ESS). Il s'agit d'une vaste enquête basée sur un échantillon représentatif de la population et qui permet de produire les informations nécessaires à la

gestion du système sanitaire. Un des volets de cette étude est consacré à la santé, la situation sociale ainsi qu'au besoin d'aide des personnes âgées.

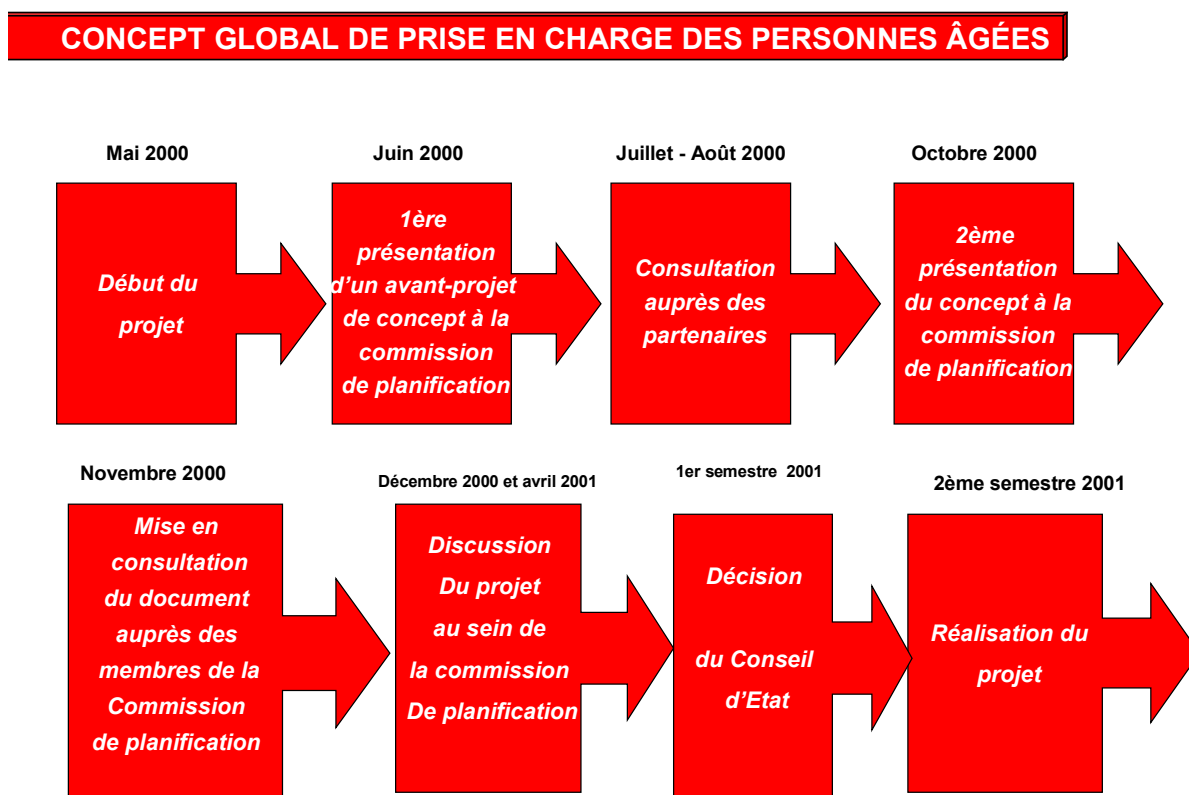
3.3 ENQUETE AUPRES DES INSTITUTIONS CONCERNEES (QUESTIONNAIRE SPECIFIQUE A ANALYSER)

En été 2000, le Service de la santé publique a effectué une procédure de consultation auprès de l'ensemble des partenaires concernés par la prise en charge des personnes âgées. Cette démarche s'est concrétisée par un questionnaire soumis à ces mêmes partenaires en juin 2000.

Les données récoltées de cette façon ont pu être analysées par voie informatique, de sorte que les résultats de l'enquête sont aujourd'hui disponibles. Les principaux résultats de cette enquête seront présentés dans les chapitres suivants.

3.4 CALENDRIER D'AVANCEMENT DES TRAVAUX

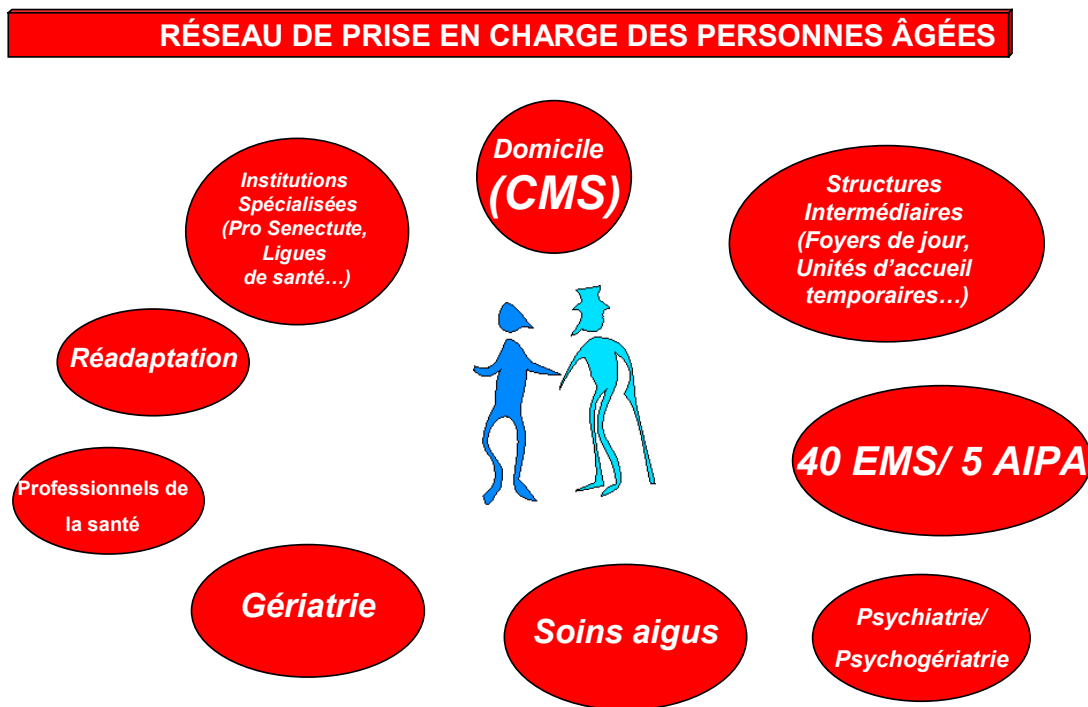
La figure mentionnée ci dessous indique par ordre chronologique les différentes étapes du projet.



Graphique 3 : Calendrier d'avancement des travaux.

4. DESCRIPTION DE L'OFFRE ACTUELLE, MANDATS DE PRESTATIONS

Le graphique suivant indique l'ensemble des fournisseurs de prestations qui garantissent à l'heure actuelle la prise en charge sanitaire des personnes âgées :



Graphique 4 : Réseau de prise en charge des personnes âgées

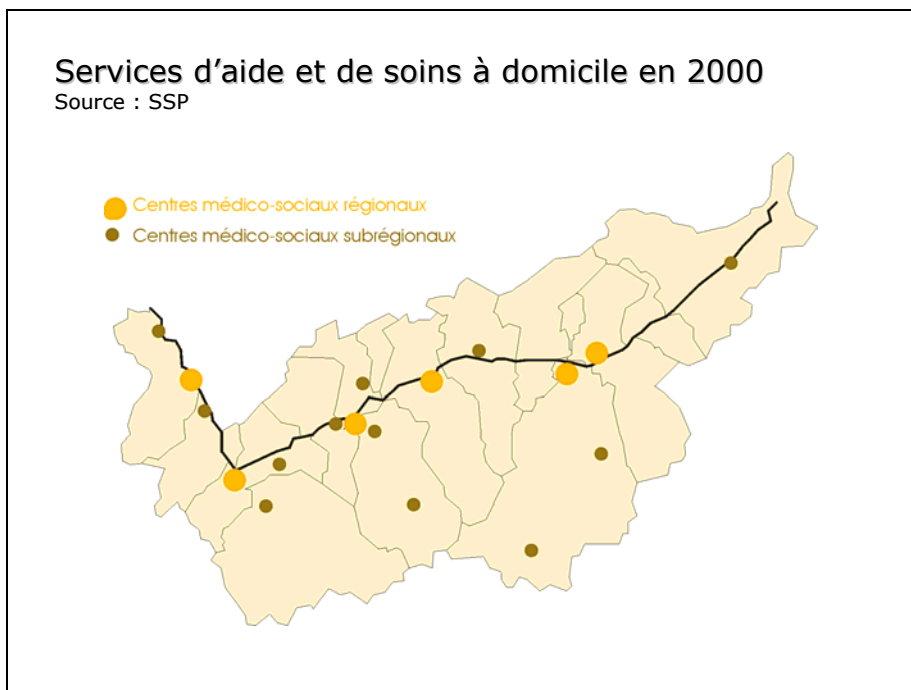
Ainsi, les personnes âgées disposent de tout un réseau de fournisseurs de prestations susceptibles de couvrir leurs besoins. Les cartes géographiques ci-dessous mettent en évidence l'offre actuelle en prestations.

4.1 SERVICES D'AIDE ET DE SOINS A DOMICILE

Le maintien à domicile, étant donné qu'il permet aux personnes âgées de séjourner dans leur cadre de vie habituel, doit être dans la mesure du possible favorisé. Par conséquent, le développement des Services d'aide et de soins à domicile représente une priorité essentielle.

4.1.1 CENTRES MEDICO-SOCIAUX

La couverture des besoins en matière d'aide et de soins à domicile est garantie par six Centres médico-sociaux régionaux. Le graphique suivant mentionne l'ensemble des Centres médico-sociaux qui sont actuellement exploités dans notre canton. Les Centres médico-sociaux constituent des institutions reconnues d'intérêt public qui sont subventionnées de manière paritaire par le canton (50%) et par les communes (50%). Les mandats de prestations confiés aux 6 Centres médico-sociaux régionaux valaisans prévoient



notamment que des prestations d'aide et de soins planifiées doivent être offertes 24 heures / 24 et 7 jours /7.

4.1.2 AUTRES INSTITUTIONS D'AIDE ET DE SOINS A DOMICILE

Mis à part les Centres médico-sociaux, un certain nombre d'autres organisations oeuvrent dans le domaine de l'aide et des soins à domicile. Les directives du DSSE du 1^{er} mars 2000 définissent les conditions d'admission à pratiquer à charge de l'assurance-maladie de ces institutions. Ci-après figure un tableau synoptique de ces institutions de soins à domicile, de leur spécialisation de même que de leur rayon d'action.

Nom de l'institution	Spécialisation	Rayon d'activité
Ligue valaisanne contre les maladies pulmonaires et pour la prévention	Prestations destinées aux patients souffrant d'affections respiratoires	Ensemble du canton
Association François-Xavier Bagnoud	Soins palliatifs à domicile	Régions de Sion, Sierre et Martigny
Pro Senectute	Aide à domicile	Ensemble du canton
Ligue Valaisanne contre le cancer	Stomatothérapie, suivi de patients cancéreux	Ensemble du canton
Kinderkrankenpflege Oberwallis	Soins pédiatriques	Région du Haut-Valais
Joël Stiftung Schweiz	Soins pédiatriques	Région du Haut-Valais

Tableau 1: Autres institutions d'aide et de soins à domicile dans le canton du Valais (SSP).

A ce jour, la procédure en vue de la reconnaissance de ces institutions à pratiquer à charge de l'assurance-maladie est en cours, ou a abouti dans les cas du Centre de soins palliatifs de l'Association FXB ainsi que de l'institution « Kinderkrankenpflege Oberwallis ». Certaines d'entre elles bénéficient du moins partiellement du remboursement de leurs prestations par les assureurs-maladie. Par contre, une reconnaissance éventuelle de ces institutions à pratiquer à charge de l'assurance-maladie n'implique pas nécessairement une reconnaissance d'intérêt public et un subventionnement par les collectivités publiques.

S'agissant de Pro Senectute, les prestations fournies par cette institution sont subventionnées par le canton avec un montant annuel de l'ordre de Frs. 200'000.— (1999 : 195'000.--).

D'un point de vue organisationnel, il est souhaitable que les autres institutions d'aide et de soins à domicile coordonnent leurs activités avec les Centres médico-sociaux régionaux. S'agissant de l'Association François-Xavier Bagnoud, une convention de collaboration avec le Groupement valaisan des Centres médico-sociaux fait actuellement l'objet de pourparlers.

Dans le domaine plus spécifique des soins palliatifs, plusieurs projets de collaboration interinstitutionnels ont été initiés récemment dans le cadre des réseaux régionaux de santé, à savoir:

- Dans la région sanitaire de Sierre, le projet JANUA, qui repose sur un partenariat entre le Centre médico-social régional et l'Association François-Xavier Bagnoud, vise à définir les principes d'une collaboration future entre les deux institutions dans la perspective d'une prise en charge des patients en soins palliatifs à domicile;
- Le réseau de soins palliatifs mis en place dans la région sanitaire de Sion prévoit également, avec le concours de l'association François-Xavier Bagnoud, une collaboration entre les différents fournisseurs de prestations (hôpital de Gravelone, EMS, CMS, ...). Ce dernier projet de soins palliatifs porte sur l'ensemble des institutions du système sanitaire.

4.2 STRUCTURES INTERMÉDIAIRES

Les structures intermédiaires comprennent l'ensemble des offres en prestations qui se situent à cheval sur l'aide et les soins à domicile et la prise en charge en établissement médico-social :

	Appartement adaptés intégrés	Logement à encadrement médico-social	Appart. Commun. à encadrement médico-social	Foyers de jour	Unité d'accueil temporaire (UAT)
Besoins des pers. âgées	Personne âgée indépendante , léger handicap (chaise), besoin de sécurité	Personne âgée indépendante ou légèrement dépendante , besoin de sécurité, isolée	Personne âgée dépendante, isolée , entourage familiale défaillant	Personne dépendante à domicile , Nécessité de soutien pour l'entourage pendant la journée	Personne dépendante à domicile , défaillance temporaire de l'entourage
Type d'institutions	Appartement indépendant dans immeuble non spécifique sans barrière architecturale	Appart./studio indépendant dans immeuble spécifique encadrement médico-social	Appartement indépendant dans immeuble non spécifique, sans barrière architecturale, 4 à 5 personnes	Accueil dans locaux d'EMS et d'AIPA pour soulager l'entourage la journée	Chambre d'EMS et AIPA temporaire pour soulager l'entourage
Aide et soins	CMS, entraide Syst. de sécurité Animation et transports occas.	CMS, entraide Permanence 24h/24 Syst. de sécurité Animation et transports occas.	CMS, entraide Permanence 24h/24 Présence si néc. Syst. de sécurité Animation et transports occas. Auxiliaires de vie	Présence et permanence de jour Soins par l'établissement Syst. de sécurité Animation et transports	Présence et permanence 24h/24 Soins par l'établissement Syst. de sécurité Animation et transports Auxiliaires de vie
Repas	Indépendant service de repas à domicile	Indépendant service de repas organisé (CMS ou EMS)	Préparé en commun ou service de repas à domicile	Préparé par l'établissement	Préparé par l'établissement
Exemples	Artisane, Mon Foyer, La Villageoise, Machij à Vissoie	Annexe Riond-Vert, Ste-Claire, Ste Catherine	Domino I et II Sierre	Divers EMS et AIPA	Divers EMS et AIPA

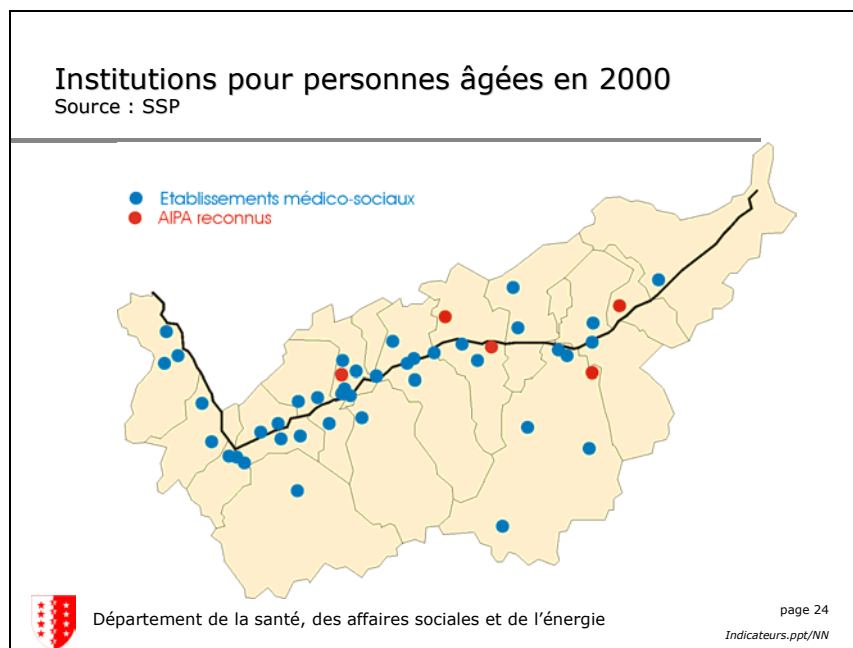
Tableau 2: Catégories de structures intermédiaires (SSP).

Les modalités d'organisation des structures intermédiaires s'avèrent diverses. En effet, certaines d'entre elles sont organisées par les Centres médico-sociaux (appartements adaptés intégrés, logement à encadrement médico-social, appartements communautaires à encadrement médico-social, foyers de jour), alors que d'autres sont mises en place par les établissements médico-sociaux pour personnes âgées (unités d'accueil temporaire).

Quant au financement, les soins prodigués par les établissements ou institutions sont remboursés par les assureurs-maladie, alors que l'hébergement est en règle générale autofinancé. Quant aux foyers de jour, ils bénéficient de subventions fédérales de l'OFAS moyennant le respect de certaines conditions. En outre, ces structures qui sont mises en place par les Centres médico-sociaux ou par les établissements médico-sociaux, bénéficient de manière indirecte de subventions par le biais de la participation financière des collectivités publiques aux frais d'exploitation de ces institutions.

4.3 INSTITUTIONS POUR PERSONNES AGEES

A ce jour, notre canton dispose de 40 établissements médico-sociaux pour personnes âgées, comprenant 32 établissements médico-sociaux publics et subventionnés et 8 établissements médico-sociaux privés, mais reconnus d'intérêt public. Enfin, un établissement pour personnes âgées présente un statut exclusivement privé. Conformément aux exigences de la législation sanitaire cantonale, tous ces établissements médico-sociaux sont au bénéfice d'une autorisation d'exploiter délivrée par le Département de la santé. En 1999, la capacité en lits de l'ensemble des établissements médico-sociaux valaisans pour personnes âgées était de 2'300 lits (Source : Office Fédéral de la statistique).

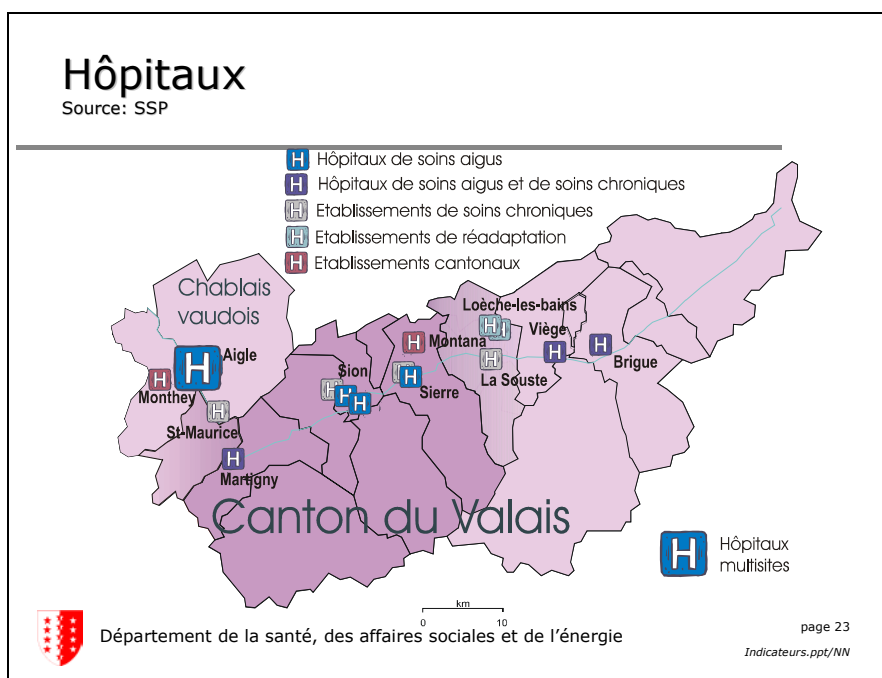


Mis à part les établissements médico-sociaux publics et privés, les autres institutions pour personnes âgées de Loèche-les-Bains, de Visperterminen de Mörel, de Guttet et d'Ardon ont également obtenu chacune une autorisation d'exploiter, qui leur ont été délivrées par le Département de la santé. Il s'agit d'institutions pour personnes âgées de dimension plus petite que les établissements médico-sociaux et qui couvrent les besoins d'une population de montagne. De plus, les institutions de Loèche-les-Bains, de Visperterminen, de Guttet et de Mörel ont été mises au bénéfice de subventions cantonales. En outre, le Service de la santé publique a enregistré ces derniers mois un certain nombre de requêtes de la part de différentes autres institutions pour personnes âgées en vue de l'obtention d'une autorisation d'exploiter.

Selon le concept valaisan des établissements médico-sociaux et des autres institutions de soins pour personnes âgées de février 1999, les établissements médico-sociaux assurent à la fois une prise en charge sociale et en soins infirmiers des résidents, qui, d'un point de vue physique et psychique, nécessitent une aide régulière pour exécuter les activités de la vie quotidienne (se lever, s'habiller, faire sa toilette, manger etc.) ainsi qu'une surveillance médicale. Depuis plusieurs années, on constate, vu l'évolution de la proportion de résidents classifiés dans les catégories BESA 3 et 4 (BESA : système de facturation et d'évaluation des résidents), un alourdissement progressif de la lourdeur des cas pris en charge dans les établissements médico-sociaux pour personnes âgées.

4.4 ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

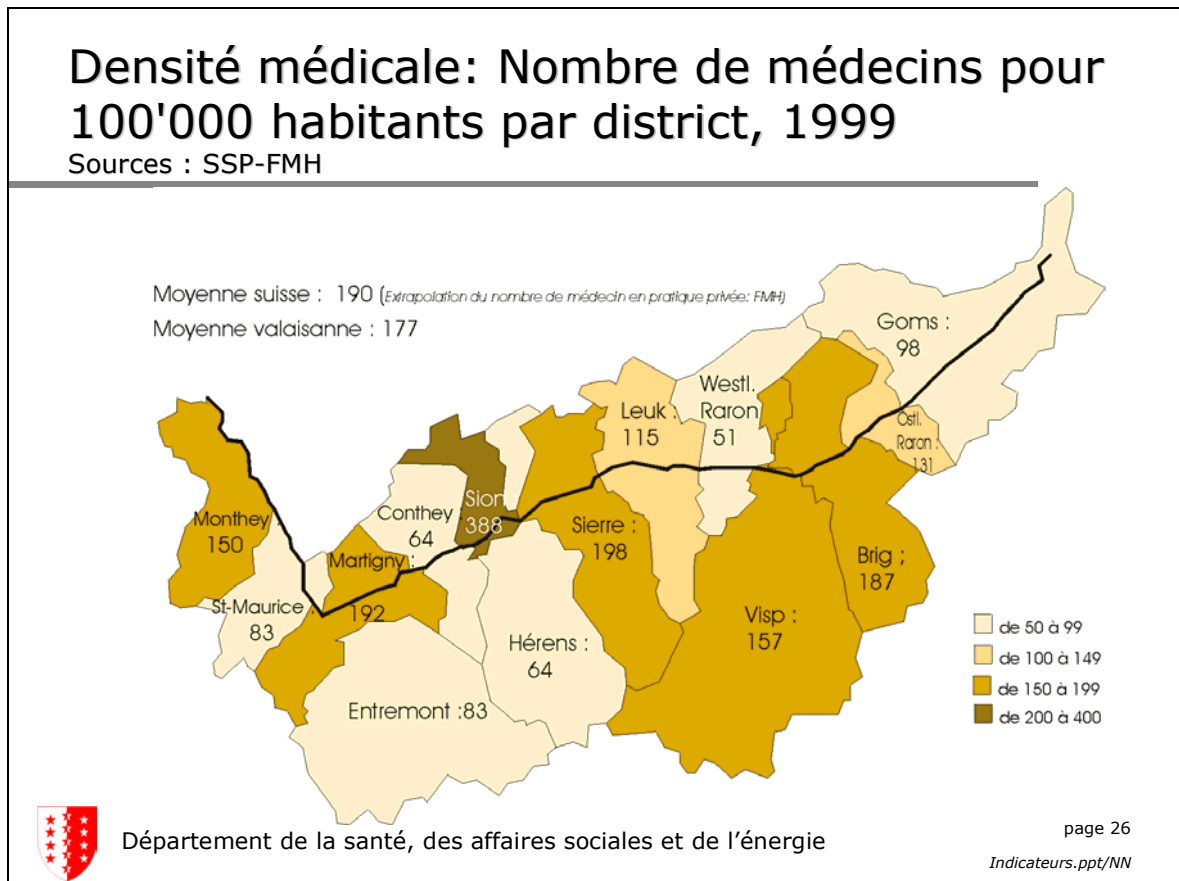
Le graphique ci-dessus présente le réseau hospitalier valaisan avec l'ensemble des établissements situés sur le territoire cantonal. L'offre en prestations hospitalières, qui couvre les besoins de la population, comprend des établissements de soins aigus, des établissements gériatriques, psychiatriques et de réadaptation répartis entre les 3 régions (Haut-Valais, Valais Central et Bas-Valais) cantonales, dont un établissement multisites, l'Hôpital du Chablais. En outre, il existe trois unités psychogériatriques décentralisées localisées dans chacune des régions du canton.



Les hôpitaux reconnus d'intérêt public sont organisés en associations de communes de droit public ou privé. Le financement des frais d'exploitation intervient, pour l'essentiel, d'une part par une participation des collectivités publiques (canton : 40%/ communes : 10%), de l'autre par les forfaits caisses-maladie. Quant au financement des dépenses d'investissements, il intervient intégralement par le biais des collectivités publiques (canton : 80%, communes : 20%).

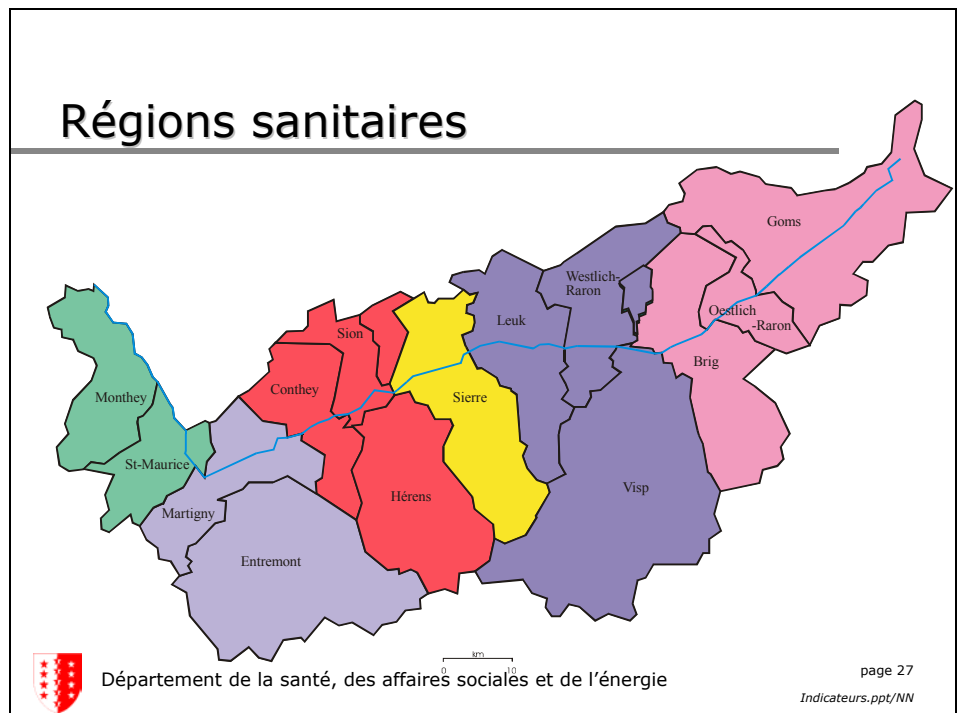
4.5 PROFESSIONNELS DE LA SANTE,

La carte ci-dessus illustre la densité médicale par district en Valais (1997). Des disparités importantes sont constatées dans ce domaine d'un district à l'autre. En effet, la densité est plus élevée dans les villes, en particulier à Sion.



4.6 Réseaux régionaux de santé

Les réseaux régionaux de santé, qui ont été mis en place dès 1996 dans chacune des six régions du canton afin de mieux coordonner les activités des différents fournisseurs de prestations ainsi que de permettre le placement du patient au niveau de prise en charge le plus approprié, s'articulent autour des commissions régionales de santé qui regroupent les principaux partenaires du système sanitaire.



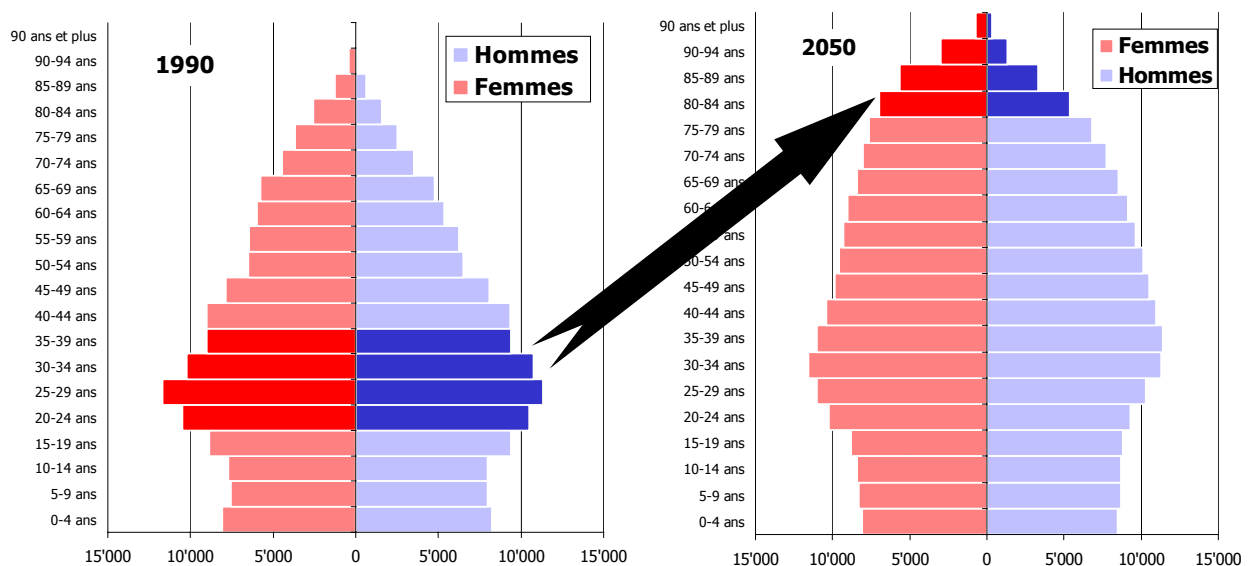
En date du 12 avril 2000, le Conseil d'Etat a décidé de renforcer le développement des réseaux régionaux de santé. Les modalités de cette décision restent à préciser avec le concours de la commission cantonale de planification sanitaire.

5. ANALYSE DES BESOINS ET PERSPECTIVES

5.1 EVOLUTION DEMOGRAPHIQUE

5.1.1 GENERALITES

Selon les perspectives démographiques réalisées par l'OFS, la population valaisanne va connaître l'évolution suivante entre le dernier recensement 1990 et les perspectives calculées pour 2050:

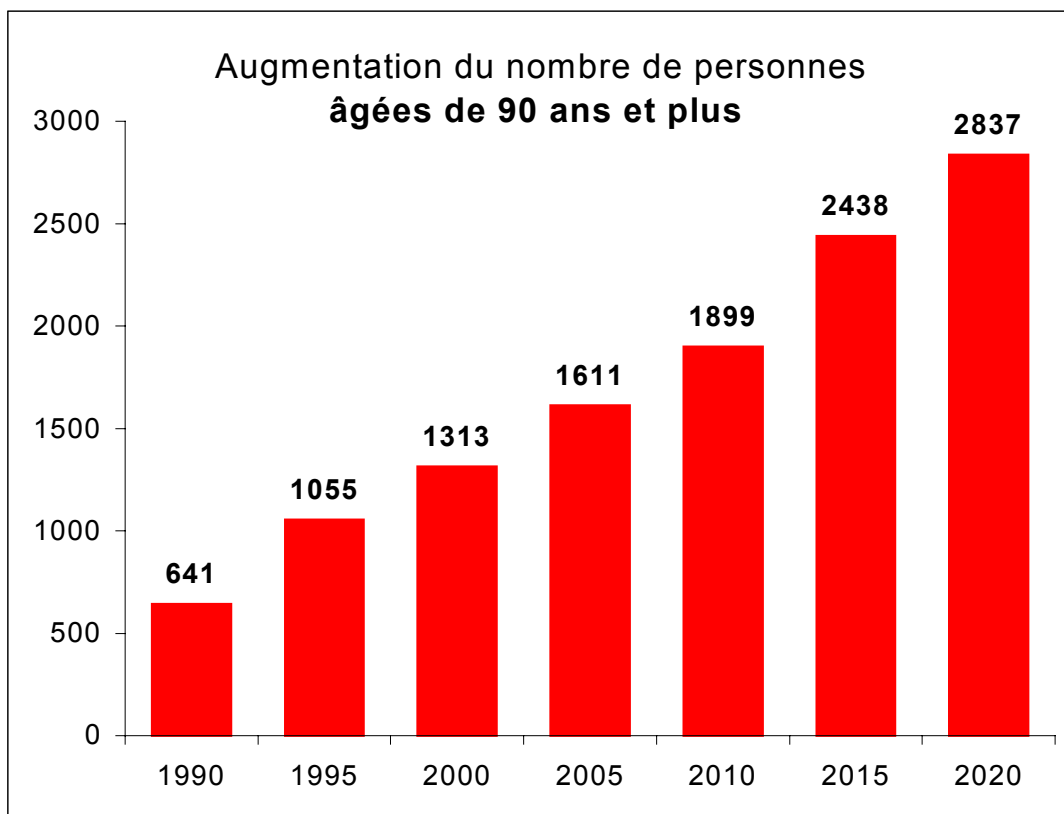


Graphique 5: Pyramides des âges de la population valaisanne en 1990 et perspectives pour 2050, (source : OFS)

Comme dans l'ensemble de la Suisse, l'évolution démographique en Valais sera marquée par un vieillissement considérable. En effet, la comparaison des deux pyramides des âges indiquent non seulement un élargissement très important du sommet de la pyramide, soit un forte augmentation dans les catégories de personnes âgées, mais également une forte diminution du volume de population dès l'âge de plus de 80 ans. Il convient de préciser que les personnes âgées de plus 80 ans en 2050 sont celles qui constituent les catégories les plus peuplées en 1990, soit celles de 25 à 44 ans. Il convient dès lors de constater qu'une proportion relativement importante de cette population devrait décéder avant d'atteindre la catégorie d'âges de 80 à 84 ans.

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 sont nettement supérieurs en 2000 et devraient augmenter au cours des prochaines années.

Le nombre de personnes âgées de plus 90 ans a plus que doublé depuis 1990. Et selon les prévisions établies par l'OFS montrent qu'il doublera à nouveau entre 2000 et 2020.



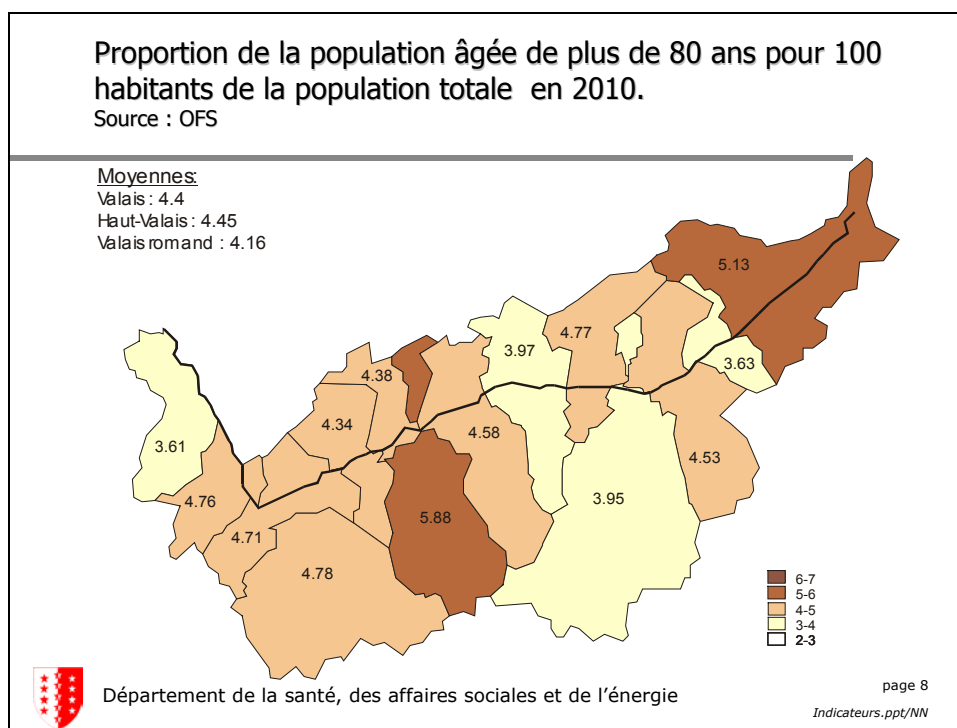
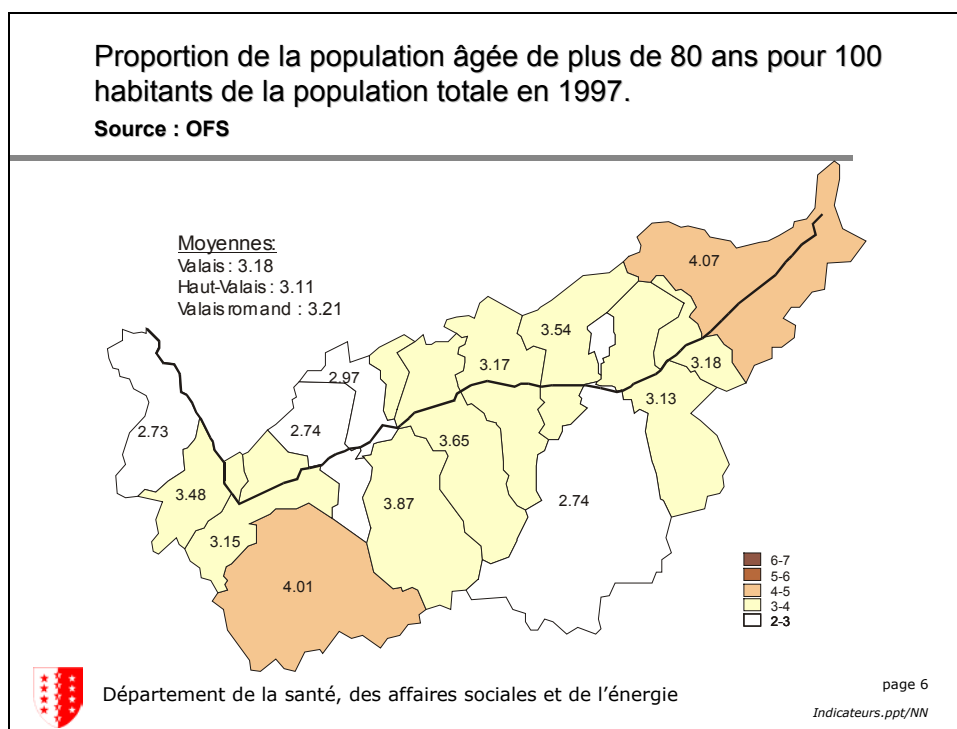
Graphique 6: Perspectives d'augmentation de la population valaisanne âgée de 90 ans et plus, (source : OFS).

Cependant, d'un point de vue de l'évolution des besoins en soins, l'augmentation du nombre de personnes âgées est compensée partiellement par une amélioration tendancielle de l'état de santé des générations futures.

5.1.2 PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION PAR DISTRICTS ET ZONES SANITAIRES

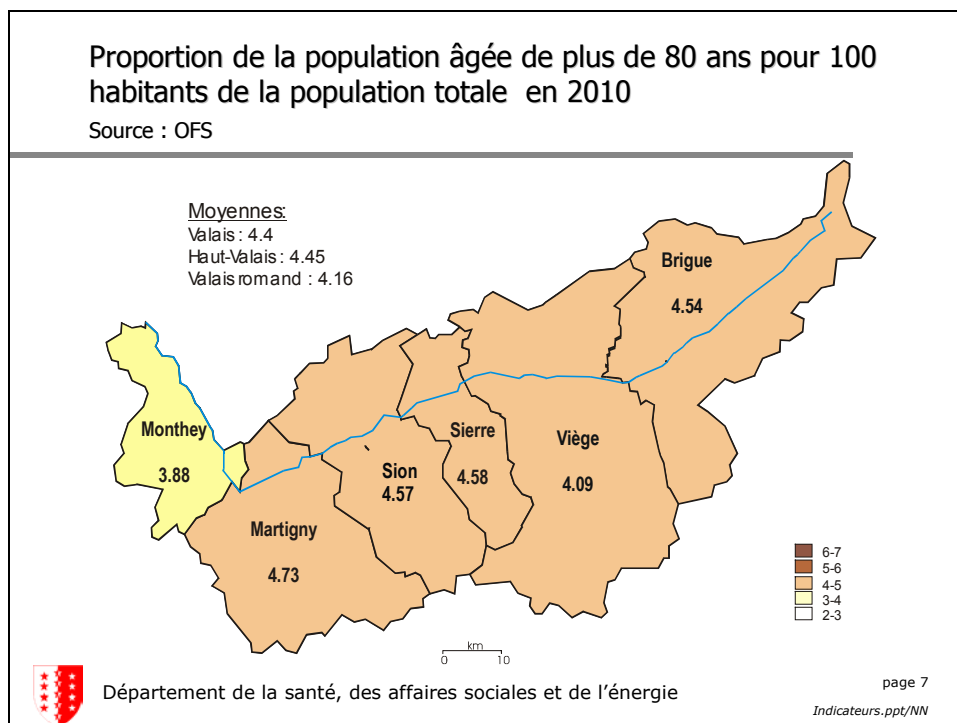
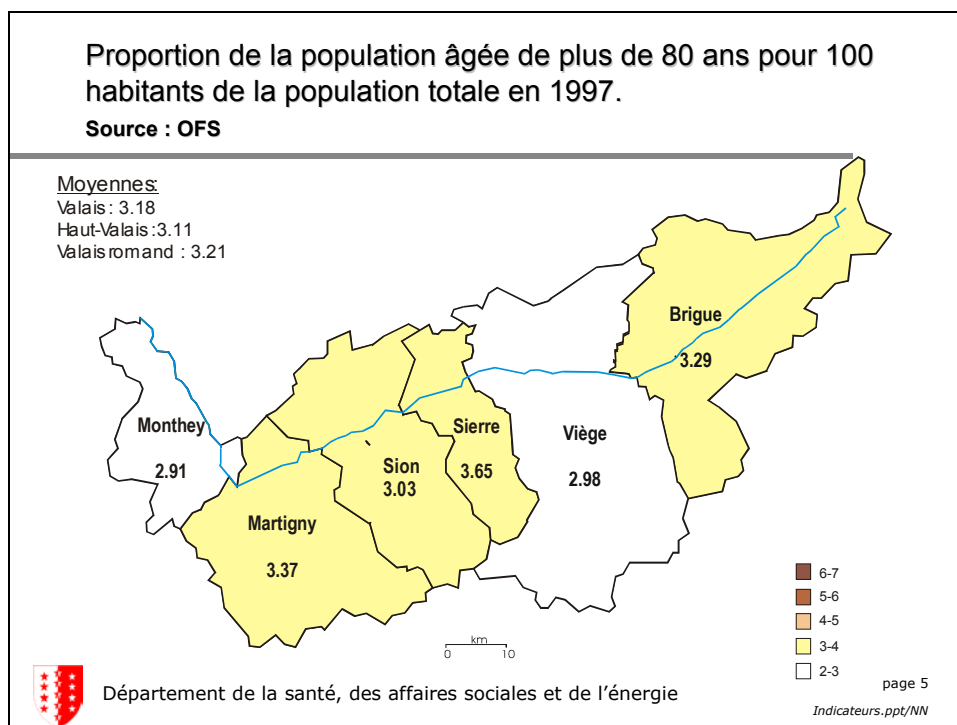
5.1.2.1 Perspectives d'évolution par districts

Les cartes ci-dessous mettent en évidence les perspectives d'évolution de la population de 80 ans et plus par districts. L'évolution est différente selon les régions du canton:



5.1.2.2 Perspectives d'évolution par zones sanitaires

Les cartes ci-dessous mettent en évidence les perspectives d'évolution de la population de 80 ans et plus par zones sanitaires. L'évolution est différente selon les régions du canton:



5.1.3 A L'AVENIR : PANDEMIE OU COMPRESSION DE LA MORBIDITE ?

L'espérance moyenne de vie à la naissance, qui dépasse aujourd'hui les 80 ans pour les femmes et avoisine les 75 ans pour les hommes, va encore augmenter ces prochaines décennies, mais probablement à un rythme moins accéléré. La question est de savoir si ces années supplémentaires sont vécues en bonne ou en mauvaise santé. Diverses études démontrent que les deux dernières années ou la dernière année de vie sont vécues dans un état de santé souvent médiocre et occasionnent par conséquent des coûts de santé élevés. Bien que les personnes âgées de plus de 80 ans, aient un niveau de vie généralement plus élevé qu'autrefois, on peut admettre que les dernières années vécues ne le seront pas intégralement en bonne santé, malgré une compression de la morbidité, qui constitue une diminution de l'incidence des maladies dans le temps, pour une cohorte de classes d'âges bien défini. Il faut donc s'attendre à l'avenir à une augmentation des besoins de prise en charge des personnes âgées.

L'Office Fédéral de Statistique a élaboré des tendances en matière d'espérance de vie dont voici ci-après un aperçu :

Espérances de vie	1988-93	2020	2050	Augmentation
Sexe masculin				
à la naissance	74.2	78.8	81.0	6.8
à 65 ans	15.5	18.6	20.9	5.4
à 80 ans	6.8	8.1	9.3	2.5
Sexe féminin				
à la naissance	81.1	85.6	86.6	5.5
à 65 ans	19.7	23.3	24.7	5.0
à 80 ans	8.6	10.7	11.5	2.9

Source : d'après l'Office fédéral de la statistique, Berne 1996, in "Evolution et perspectives du système sanitaire valaisan" P. Gilliland.

Tableau 3: Perspectives d'évolution de l'espérance de vie en Suisse

Sur la base de ce tableau, le gain d'espérance de vie à l'âge de 80 ans devrait être de 1,3 ans pour les hommes et de 2,1 ans pour les femmes entre 1990 et 2020.

Il serait illusoire de croire qu'à l'avenir les années supplémentaires sont toutes vécues en bonne santé. En effet, l'allongement de la durée de vie prolonge également la durée d'exposition potentielle aux maladies et notamment aux affections chroniques. Toutefois, suite au phénomène de la compression de la morbidité, une part plus importante des personnes âgées continuera à bénéficier d'une bonne santé.

Cependant, considérant l'élévation récente et attendue du niveau de vie ainsi que les progrès futurs de la médecine, on assistera probablement à l'avenir et à court et moyen terme à une légère compression de la morbidité chez les personnes âgées.

Les résultats valaisans de l'Enquête Suisse sur la Santé² (ESS) de 1997 fournissent en outre des indications sur l'état de santé subjectif – c. à. d. tel que perçu par les individus – des personnes âgées de notre canton vivant dans des ménages privés.

Ainsi, sur la base de cette enquête, environ 21% des hommes et 28% des femmes âgées de plus de 65 ans jugent leur état de santé subjectif médiocre, voire mauvais. Cette dégradation de l'état de santé subjectif est moins prononcée dans la population valaisanne que suisse.

De plus, en Valais, 34,9 % des hommes et 42,8 % des femmes annoncent 4 troubles légers ou 2 graves (*Maux de tête, douleurs dans les membres, douleurs dorsales, troubles du sommeil et de la digestion, palpitations, etc.*)

Quant à la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans valaisannes souffrant au moins d'une incapacité, qu'il s'agisse de troubles de la vue, de l'ouïe, de la motricité ou d'incapacité à accomplir les actes de la vie quotidienne (AVQ) sans aide (s'habiller, se nourrir, se laver), s'élève à 9.6% pour les hommes et à 16.0% pour les femmes.

Concernant les problèmes de santé de longue durée, l'on constate une prévalence plus élevée chez les femmes de 65 ans et plus (CH : 30% environ, VS : 25%) que chez les hommes (CH : 25% environ, VS : 17%).

		Au moins une incapacité		Problème de santé de longue durée		En traitement pour cause de maladie chronique	
		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
CH	65 - 74 ans	9.8	8.5	25.3	30.5	57.9	58.8
	75 ans et plus	21.7	23.5	28.4	30.7	59.0	68.3
	65 ans et plus	14.3	15.3	26.5	30.6	58.3	62.1
VS	65 - 74 ans					52.3	58.3
	75 ans et plus					53.7	60.3
	65 ans et plus	9.6	16	16.6	25.1	52.5	59.0

Tableau 4 : personnes âgées souffrant d'incapacités, de problèmes de santé de longue durée ou chroniques, selon l'âge et le sexe (prévalence en %)

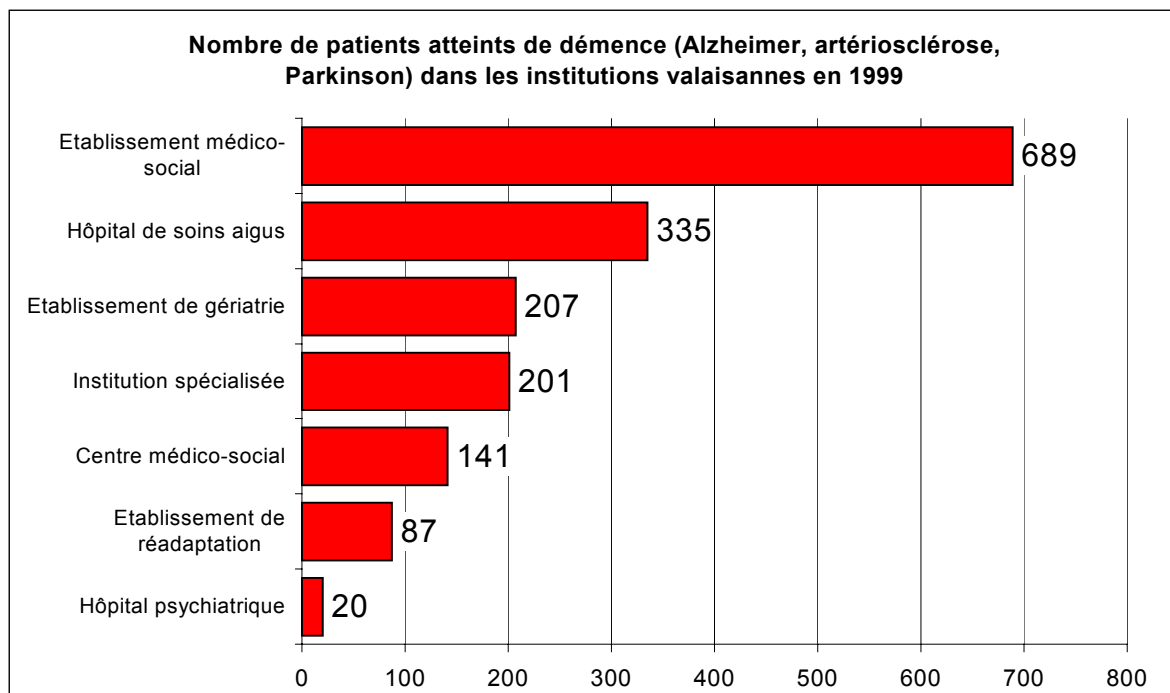
Enfin, par rapport à la moyenne suisse, un pourcentage légèrement plus élevé de femmes et d'hommes valaisans de plus de 65 ans recourent à des traitements pour cause de maladie chronique (pour les femmes : 59% en VS/62% en Suisse; pour les hommes: 52.5% en VS/58.3% en Suisse).

Quant aux aspects psychosociaux de la santé, la part des personnes âgées de plus de 65 ans qui n'ont pas de confident (c. à. d. de personne à qui se confier) s'élève en Valais à 12.5%. Ce pourcentage est légèrement plus élevé en Valais qu'en Suisse (9.4%). Toutefois, cette proportion est moins élevée en Valais qu'en Suisse romande et au Tessin, régions du pays

² L'enquête suisse sur la santé est basée sur un échantillon représentatif de la population âgée d'au moins 15 ans et vivant dans les ménages privés. Les personnes prises en charge dans des institutions pour personnes âgées ne sont pas concernées par l'enquête et dans la mesure où elles sont déjà prise en charge, elles ont vraisemblablement un état de santé moins bon que les personnes qui sont encore à domicile.

qui connaissent une part relativement élevée de personnes qui n'ont pas de confident. **Il en résulte des besoins nouveaux en matière de prévention de la solitude et de l'isolement chez les personnes âgées.** De fait, les relations sociales exercent une influence directe sur le bien-être quotidien et sur la santé.

L'enquête menée auprès des partenaires concernés met en évidence le défi posé actuellement ainsi qu'à l'avenir par la prise en charge des personnes atteintes de démence. En effet, à la question « **Quels sont dans votre établissement ou institution le nombre de patients atteints de démence (Alzheimer, artériosclérose, Parkinson)** » les institutions sanitaires ont répondu de la manière suivante :

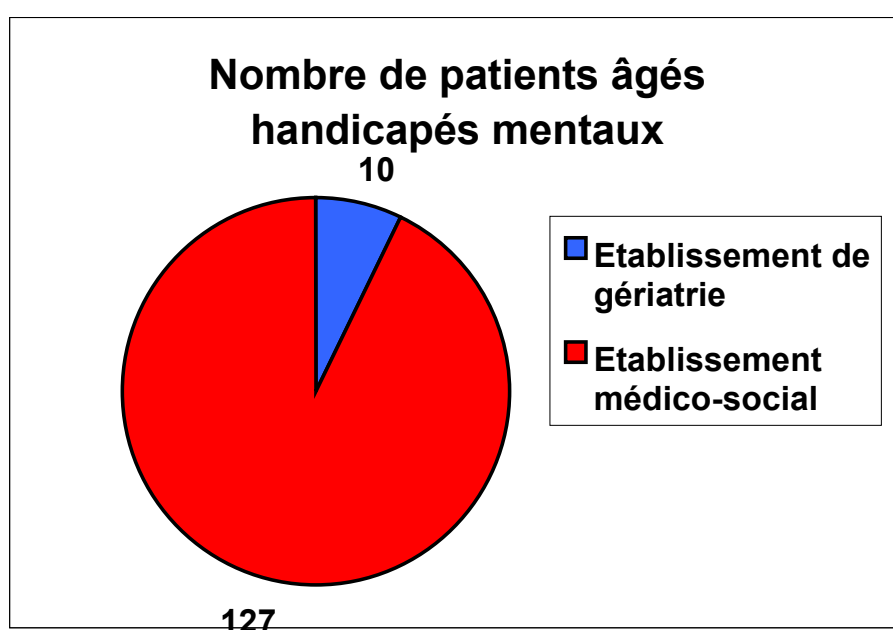


Graphique 7 : Nombre de patients atteints de démence dans les institutions valaisannes en 1999, (Source : enquête effectuée par le Service de la santé publique).

La majorité des patients atteints de démence sont pris en charge dans les établissements pour personnes âgées. Dans la mesure où seuls 30 EMS sur 40 consultés ont répondu au questionnaire, l'on peut supposer que le nombre de 689 est sous-estimé et que **dans la réalité les patients atteints de démence pris en charge par les EMS sont encore plus nombreux.**

Le nombre relativement élevé de patients atteints de démence hospitalisés en soins aigus s'explique par le fait que ce diagnostic est posé fréquemment auprès des patients, soit en tant que diagnostic principal ou complémentaire, en hôpital de soins aigus. De plus, ce résultat doit être pondéré par le nombre total de patients pris en charge en soins aigus (environ 36'000 hospitalisations en 2000) ainsi que par la durée moyenne de séjour.

A la question «combien votre établissement/institution prend-il/elle en charge de personnes handicapées mentales âgées?», seuls les établissements médico-sociaux et les établissements de gériatrie annoncent des cas.



Graphique 8 : Nombre de patients âgés handicapés mentaux, Source : Enquête SSP

5.2 CABINETS MEDICAUX ET SYSTEME D'ENTRAIDE

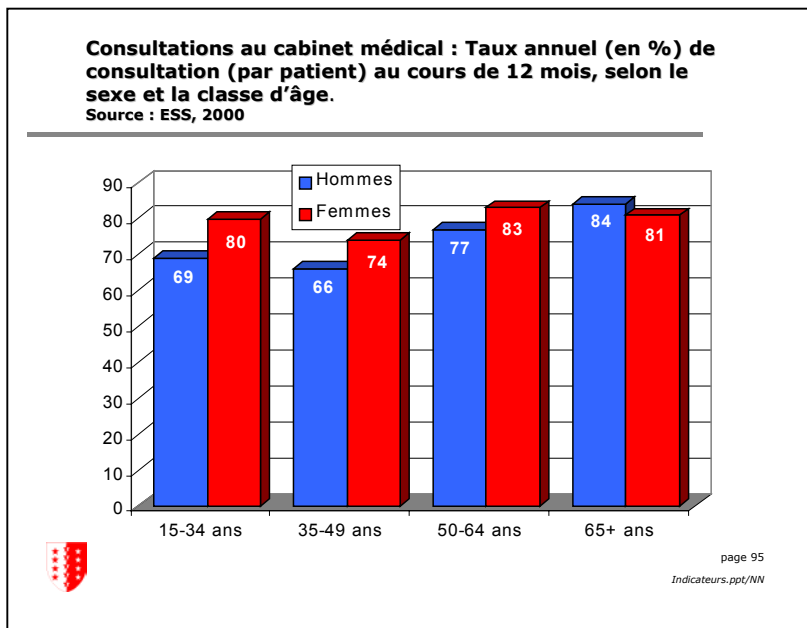
Les résultats valaisans de l'Enquête Suisse sur la Santé (ESS) 2000 fournissent notamment des indications sur le recours de la population aux services de soins et sur le système d'entraide pour les personnes âgées.

Le graphique ci-dessous montre qu'au cours des 12 mois de l'année 1997, la proportion de personnes qui s'est rendue chez un médecin généraliste augmente à partir de 50 ans, pour atteindre 80 % chez les femmes de 65 ans et plus.:

Les hommes de 65 ans et plus ont consulté en moyenne 3,5 fois leur médecin et les femmes 5,4 fois.

En ce qui concerne les données récoltées dans le cadre de l'Enquête Suisse sur la Santé, une distinction est établie entre les services d'aide et de soins à domicile d'une part et l'apport des membres de la parenté ainsi que des connaissances de l'autre.

Les données mises en valeur indiquent des valeurs semblables pour le Valais et la



Graphique 9: Consultations au cabinet médical: Taux annuel en % de consultation (par patient) au cours de 12 mois.

Suisse. Plus concrètement, environ 80% des personnes de plus de 75 ans n'ont besoin d'aucune aide régulière pour accomplir les actes de la vie quotidienne. Parmi les personnes âgées de plus de 65 ans qui recourent à une aide, 55% bénéficient d'un soutien fourni par la parenté ou par des connaissances (aide informelle), 20% utilisent les services d'aide et de soins à domicile (aide formelle), alors que dans 22 à 24% des cas, les deux catégories d'aide se partagent la tâche. En résumé, bien que les membres de la famille fournissent la majeure partie de l'aide, le rôle des services d'aide et de soins à domicile, avec environ 40%, est loin d'être négligeable.

Dans le chapitre consacré à l'analyse de la situation actuelle, il est mentionné, sur la base des résultats de l'Enquête Suisse sur la Santé (ESS), que 55% des bénéficiaires d'aide reçoivent un soutien fourni par la parenté ou par des connaissances. Suite à la diminution tendancielle du nombre d'enfants par famille, à l'augmentation de la fréquence des divorces ainsi qu'à une augmentation de la mobilité résidentielle de la population, la part du soutien donné par la parenté ou par des connaissances va probablement diminuer. Pour ces raisons d'ordre sociologique, la demande en prestations d'aide et de soins à domicile ainsi que d'établissements médico-sociaux est destinée à augmenter.

5.3 DEVELOPPEMENT DE L'AIDE ET DES SOINS A DOMICILE

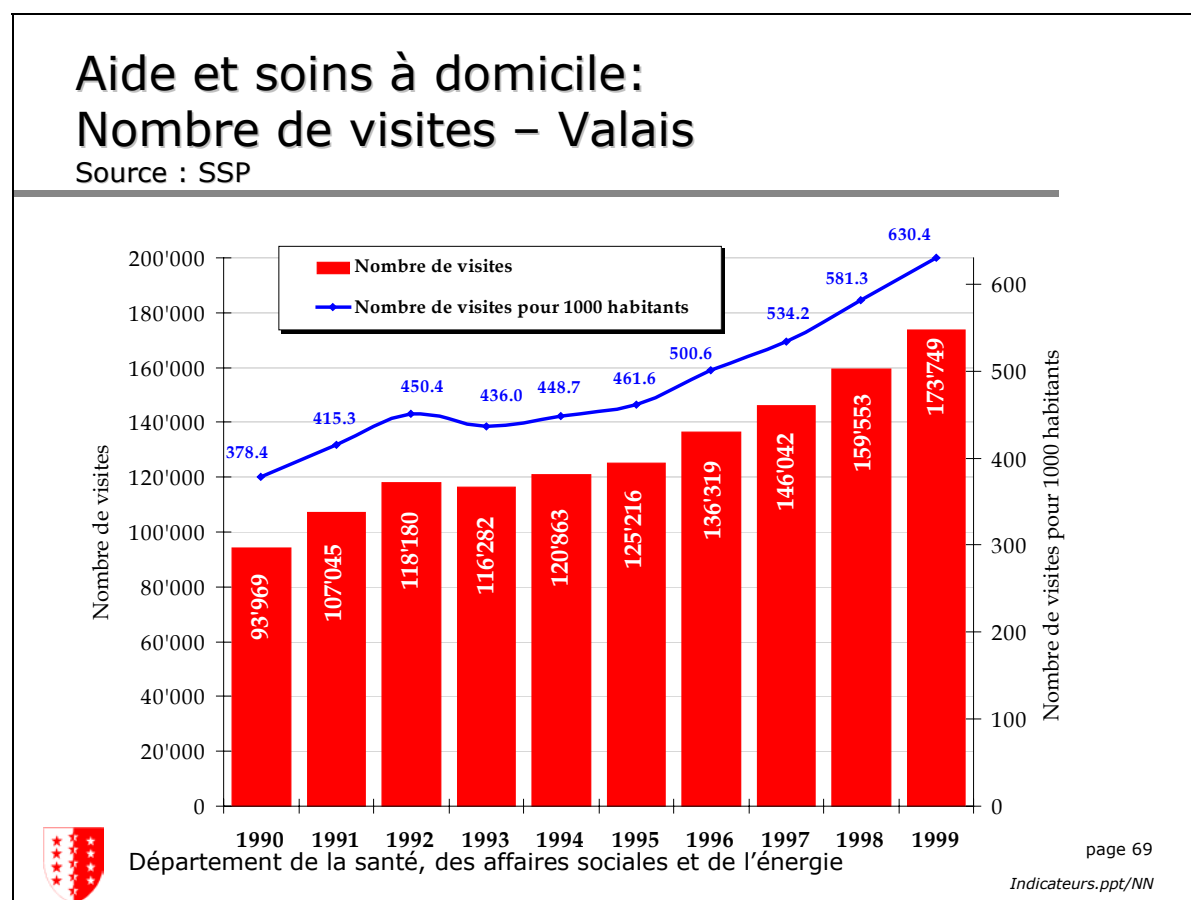
5.3.1 ANALYSE DE L'EVOLUTION DE L'ACTIVITE DES CENTRES MEDICO-SOCIAUX

5.3.1.1 Généralités

Les données valaisannes de l'Enquête Suisse sur la Santé (ESS) 1997 indiquent une forte progression du recours aux soins à domicile à partir de l'âge de 75 ans. Etant donné le vieillissement démographique, une augmentation de la demande en soins à domicile est à prévoir à moyen terme.

5.3.1.2 Evolution du nombre de visites

Le graphique ci-dessous démontre l'évolution de l'activité dans le domaine de l'aide et des soins à domicile dans notre canton. Avec la diminution du nombre de lits hospitaliers ainsi que la réduction de la durée moyenne de séjour, un transfert d'activités est intervenu ces dernières années vers le domaine médico-social. Cette évolution indique que les cas pris en charge nécessitent davantage de soins ou d'aide. Ainsi, le graphique suivant démontre que le nombre de visites à domicile a sensiblement augmenté ces dernières années.

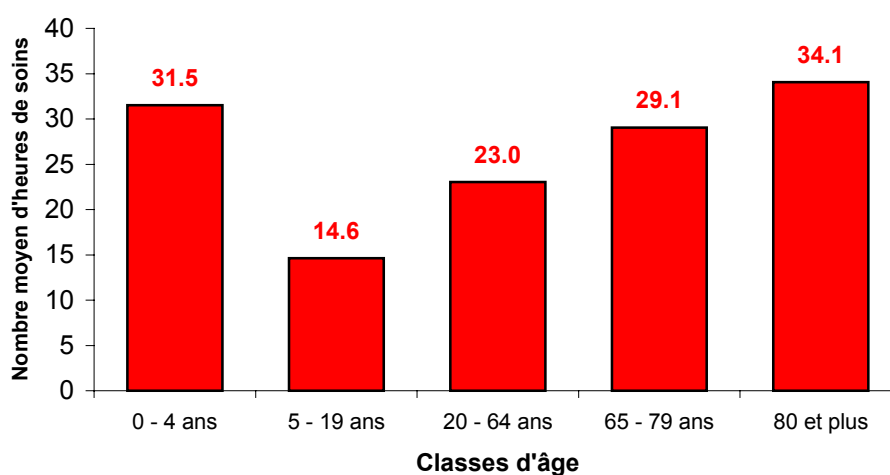


Graphique 10: Aide et soins à domicile : Nombre de visites – Valais. Source : SSP, sur la base des données récoltées par le Groupement valaisan des Centres médico-sociaux.

5.3.1.3 Nombre d'heures de soins fournies par classe d'âge et par patient

L'analyse du nombre d'heures de soins par classes d'âge et par patient effectués par les Centres médico-sociaux valaisans met en évidence une augmentation importante du nombre d'heures de soins en fonction de l'âge des usagers. Etant donné l'évolution démographique attendue ces prochaines années, les besoins en soins à domicile vont augmenter de manière considérable. Le développement futur des Centres médico-sociaux devra prendre en considération cette évolution, notamment en matière de dotation en personnel.

Nombre moyen d'heures de soins par classes d'âges et par patient dans les CMS - 1999

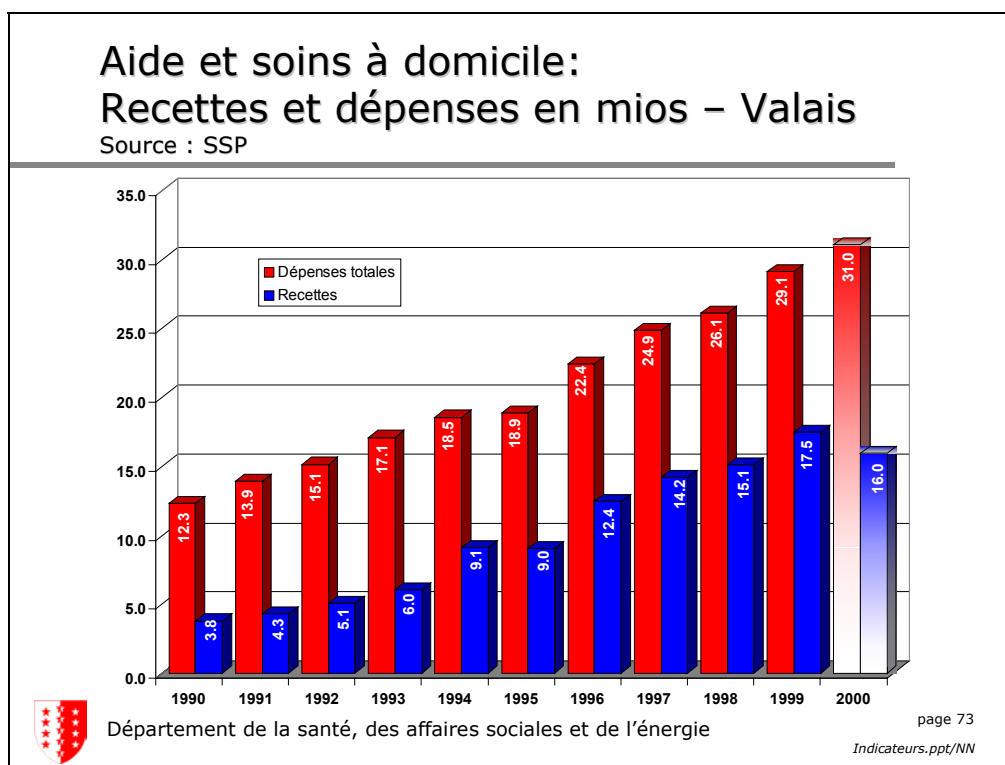


Graphique 11: Nombre moyen d'heures de soins par classes d'âge et par patient dans les CMS(1999). Source : SSP, sur la base des données récoltées par le GVCMS

De plus, les statistiques disponibles indiquent également une augmentation du nombre de visites par cas traité.

5.3.1.4 Recettes et dépenses des Centres médico-sociaux

Le graphique ci-dessous illustre l'évolution des recettes et des dépenses des Centres médico-sociaux valaisans. L'augmentation des recettes en 1994 est liée à la variation des subventions fédérales (OFAS).



Graphique 12 : Centres médico-sociaux: Recettes et dépenses – Valais. Source : SSP.

Selon les dispositions de la législation sanitaire en vigueur, le canton participe à raison de 50% à l'excédent de dépenses reconnues d'exploitation des Centres médico-sociaux régionaux, le solde étant à la charge des communes de la zone sanitaire respective.

5.3.2 DEVELOPPEMENT FUTUR DES CENTRES MEDICO-SOCIAUX

5.3.2.1 Définition de normes minimales en personnel

Dans la perspective d'un développement qualitatif et quantitatif des Centres médico-sociaux régionaux et de l'aide et des soins à domicile, désormais des normes minimales sont proposées, qui s'appliquent à chacune des catégories de personnel. **Les normes minimales définies ci-dessous ne constituent pas une base servant à calculer le montant de la subvention. Par contre, le respect de ces mêmes normes représente une condition au subventionnement cantonal.** Dès lors, en cas de non-respect de ces normes minimales, des réductions de subventions cantonales demeurent réservées. **Il s'agit de mettre en place des incitations à développer l'aide et les soins à domicile afin de répondre aux besoins futurs.**

- A) 1 infirmière /infirmier pour 1'700 habitants
 B) 1 assistant(-e) social(e) pour 5'500 habitants
 C) 1 aide familiale pour 2'500 habitants
 D) 1 « administratif » pour 10'000 habitants

Le tableau ci-dessous compare les effectifs en personnel en équivalents plein temps à atteindre conformément aux normes susmentionnées avec les effectifs en personnel budgétisés en 2000 (D : y compris direction; E= auxiliaires de soins et aide-ménagères).

	Habitants	Infirmiers(-ères)		Assistants sociaux		Aides familiales		Personnel administratif		Auxiliaires
		requis	actuel	requis	actuel	requis	actuel	requis	actuel	actuel
Brig	31'445	18.5	14.3	5.7	4.4	12.6	10.11	3.1	3.5	5.8
Visp	46'591	27.4	20.6	8.5	6.35	18.6	13	4.6	5.6	9.1
Sierre	41'516	24.4	21.6	7.5	5.1	16.6	13.7	4.1	5.6	24.8
Sion	66'236	39.0	30.7	12.0	8.65	26.5	38.6	6.6	6.35	3.2
Martigny	46'343	27.3	18.6	8.4	6.9	18.5	22.6	4.6	4.3	3.6
Monthey	42'327	24.9	17.3	7.7	7.45	16.9	23.4	4.2	6.8	0.1
	274'458									

Tableau 5: Comparaison entre les normes minimales en personnel et l'effectif réel en personnel (équivalents plein temps) 2000.

La norme applicable au personnel administratif (sous la rubrique D) comprend la direction du Centre médico-social régional.

Certaines tâches de soins à domicile peuvent être déléguées à des auxiliaires de santé. De même, certaines tâches d'aide à domicile peuvent être déléguées à des aides au foyer. Cependant, ces personnes n'entrent pas pour l'instant dans la calculation des normes en personnel applicables au personnel infirmier diplômé, respectivement aux aides familiales. Afin de garantir la qualité des soins, la norme applicable aux aides soignantes ainsi qu'aux aides au foyer (rubrique E) doit être proportionné au nombre de postes de personnel soignant diplômé et des aides familiales (rubriques A et C).

En ce qui concerne les auxiliaires de vie, étant donné qu'il ne s'agit pas d'une catégorie de personnel qualifié, il convient de renoncer à la définition d'une norme en personnel en la matière. Cette option a été retenue à l'unanimité des membres présents par les responsables des Centres médico-sociaux à l'occasion d'une séance organisée par le Service de la santé publique le 7 juin dernier.

L'effectif très peu nombreux d'aides familiales dans les régions de Viège et de Brigue s'explique partiellement par une sensibilité et une attitude différente à accepter de l'aide ainsi que par les structures sociales. De plus, le fait qu'une formation en langue allemande fait défaut en Valais peut renforcer cette tendance. Dès l'automne 2000, une formation en cours d'emploi pour l'obtention d'un diplôme d'aide familiale sera offerte dans le Haut-Valais.

Cette formation est destinée aux aides au foyer qui sont engagées à ce jour aux Centres médico-sociaux régionaux de Brigue et de Viège. Suivant l'intérêt suscité par cette formation, cette offre devra être renouvelée ces prochaines années. Il s'agit d'encourager en particulier les jeunes gens à suivre cette formation. Quant au respect de la norme minimale applicable aux aides familiales dans cette région du canton, un délai plus important est à prévoir au vu des explications ci-dessus.

Selon le mandat confié en vertu de la législation sanitaire, les Centres médico-sociaux s'engagent, en leur qualité d'institutions subventionnées à concourir à la formation du personnel. Les Centres médico-sociaux satisfont les demandes de stages reçues dans la mesure où leurs possibilités d'encadrement le permettent. En particulier, tous les Centres médico-sociaux mettent à disposition de l'Ecole Valaisanne des Soins Infirmiers, de l'Ecole valaisanne des aides familiales et du Centre de formation pédagogique des places de stage pour leurs étudiants.

5.3.2.2 Mise en vigueur progressive des normes minimales de dotation en personnel et incidences financières

Les normes minimales de dotation en personnel doivent être mises en vigueur progressivement. A cette fin, en vue d'adapter progressivement les effectifs en personnel dans les différents domaines d'activité (soins infirmiers, assistance sociale, aide au ménage) le calendrier suivant a été arrêté qui par rapport aux normes minimales de dotation se réfère au pourcentage d'effectif en personnel supplémentaire à atteindre par les Centres médico-sociaux:

CALENDRIER DE MISE EN VIGUEUR PROGRESSIVE DES NORMES MINIMALES DE DOTATION EN PERSONNEL

Année	2002	2004	2005
Pourcentage d'effectif en personnel supplémentaire	35%	70%	100%
Estimation des incidences financières pour le canton et pour les communes (global)	1.1 million pour le canton et pour les communes	2.1 millions pour le canton et pour les communes	3.0 millions pour le canton et pour les communes

Tableau 6 : Calendrier de mise en vigueur progressive des normes minimales de dotation en personnel.

Dans le cadre des travaux de révision du titre VIIème de la loi cantonale sur la santé, la possibilité est actuellement examinée de modifier les taux de subventionnement respectifs du canton (actuellement 50%) et des communes (actuellement 50%), par une adaptation de la part cantonale (à fixer à 70%) et communale (à fixer à 30%). En cas de suppression éventuelle des subventions fédérales (OFAS) versées dans le cadre de l'aide à la vieillesse, il conviendrait d'envisager une part cantonale au subventionnement encore plus élevée (80%).

Le tableau ci-dessus prévoit une mise en vigueur des normes minimales de dotation en personnel échelonnée dans le temps. Cette manière de procéder permet aux Centres médico-sociaux régionaux de procéder aux adaptations nécessaires (engagement de personnel, prospective sur le marché du travail etc.). Pour sa part, le canton devra prévoir

les montants correspondants à attribuer aux Centres médico-sociaux régionaux dans le cadre du budget global pour la santé publique pour la période législative 2001-2004.

Sur la base des données statistiques 2000, certains Centres médico-sociaux n'atteignent pas les normes minimales en personnel pour certaines catégories.

Le tableau ci-dessous met en évidence, par Centre médico-social régional et par catégorie de personnel, les charges financières supplémentaires résultant de l'engagement du personnel nécessaire au respect des normes minimales en personnel (données 2000).

Les calculations des charges salariales moyennes (salaires + charges sociales) ont été établies à titre d'exemple, en fonction de la classe salariale moyenne par catégorie et en tenant compte d'une expérience de 10 ans et de charges sociales de 18%:

	Salaire + charges sociales	fourchettes des salaires
A) 1 infirmier (ière)	Fr. 81'250.--	de Fr. 55'522.-- à Fr. 70'324.--
B) 1 assistant social	Fr. 94'350.--	de Fr. 66'623.-- à Fr. 81'441.--
C) 1 aide familiale	Fr. 72'500.--	de Fr. 48'120.-- à Fr. 62'923.--
D) 1 « administratif »	Fr. 81'250.--	de Fr. 55'522.-- à Fr. 70'324.--

Pour les infirmières avec spécialisation, la fourchette des salaires est identique à celle des assistants sociaux.

Lorsque le Centre médico-social régional atteint la norme minimale en personnel, des charges supplémentaires en personnel ne sont pas nécessaires sur la base de cette même norme.

Catégorie de personnel / CMSR	Infirmières 1 pour 1'700 hab.		Assistants sociaux 1 pour 5'500 hab.		Aides familiales 1 pour 2'500 hab.		Personnel administratif 1 pour 10'000 hab.		Total
	EPT	En Frs	EPT	EN FRs.	EPT	EN FRs.	EPT	EN FRs	
Brigue	4.2	341'000	1.3	123'000	2.5	181'000	0	*	645'000
Viège	6.8	552'000	2.2	208'000	5.6	406'000	0	*	1'166'000
Sierre	2.8	227'000	2.4	226'000	2.9	210'000	0	*	663'000
Sion	8.3	674'000	3.3	316'000	0	*	0.25	20'000	1'010'000
Martigny	8.7	707'000	1.5	142'000	4.1	297'000	0.3	24'000	1'170'000
Monthey	7.6	618'000	0.25	24'000	0	*	0	*	642'000
Total	38.4	3'119'000	11.0	1'039'000	15.1	1'094'000	0.55	44'000	5'296'000

Source : Echelle des salaires du Groupement valaisan des Centres médico-sociaux.

Tableau 7: Les effectifs en personnel supplémentaire et les incidences financières résultant des normes minimales (référence : données 2000).

Compte tenu des dispositions légales prévoyant que la participation du canton aux dépenses d'exploitation des Centres médico-sociaux s'élève à 50% de l'excédent des dépenses retenues et étant donné que les charges salariales représentent près de 90% des frais d'exploitation des Centres médico-sociaux, les charges annuelles supplémentaires pour le canton peuvent être estimées globalement et pour l'ensemble des Centres médico-sociaux valaisans au montant global annuel d'environ 3.0 millions de francs. Les mêmes incidences financières de l'ordre de 3.0 millions de francs annuels en résulteront également à terme pour les communes, étant admis que selon la loi sur la santé, les communes participent également à raison de 50% aux dépenses d'exploitation des Centres médico-sociaux régionaux.

Ces estimations sont effectuées en admettant que toutes les autres conditions sont égales par ailleurs (par exemple, on postule que les subventions de l'OFAS ne seront pas réduites ces prochaines années...).

Les propositions émises dans le cadre de la révision de la nouvelle loi cantonale sur la santé, qui prévoient une augmentation de la part cantonale ainsi qu'une diminution de la part des communes au financement, contribueraient à alléger les charges financières supplémentaires imputées aux communes.

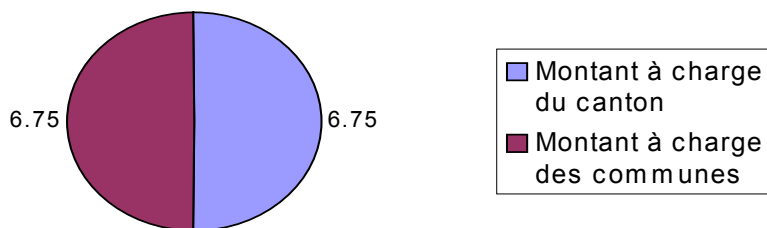
Dans ce contexte, il convient de relever qu'en 1999, le canton n'avait pas utilisé intégralement les montants budgétaires mis à disposition pour le subventionnement des dépenses d'exploitation des Centres médico-sociaux. En effet, globalement le canton a octroyé un montant de Frs. 6'738'000.— aux Centres médico-sociaux alors que le budget à disposition était de 7'400'000.--.

Cependant, étant donné l'effort financier à fournir à la fois par le canton et par les communes en vue de développer l'aide et les soins à domicile, il est judicieux de prévoir une mise en vigueur progressive et échelonnée sur plusieurs années des normes minimales de dotation en personnel indiquées.

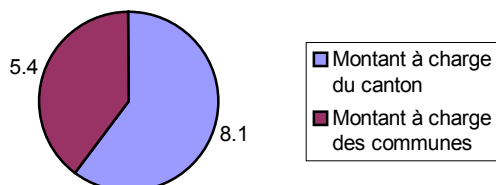
5.3.2.3 Adaptation du taux de subventionnement

Une augmentation éventuelle du taux de subventionnement des Centres médico-sociaux pourrait contribuer à développer de manière indirecte l'aide et les soins à domicile. En effet, les communes, déchargées financièrement, pourraient être incitées à admettre des dépenses budgétaires des Centres médico-sociaux plus élevés et contribuer ainsi au développement de ces activités :

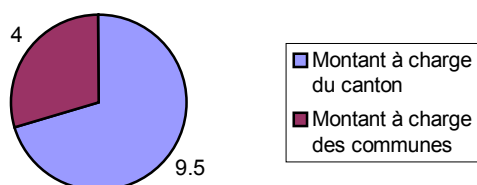
**Subventionnement des Centres
médico-sociaux 1999 (en millions) -
canton 50%/communes 50%**



**Subventionnement des frais
d'exploitation des CMS 1999 en
millions - Canton 60%/ Communes
40%**



**Subventionnement des frais
d'exploitation des Centres médico-
sociaux (1999) en millions - Canton
70% / Communes 30%**



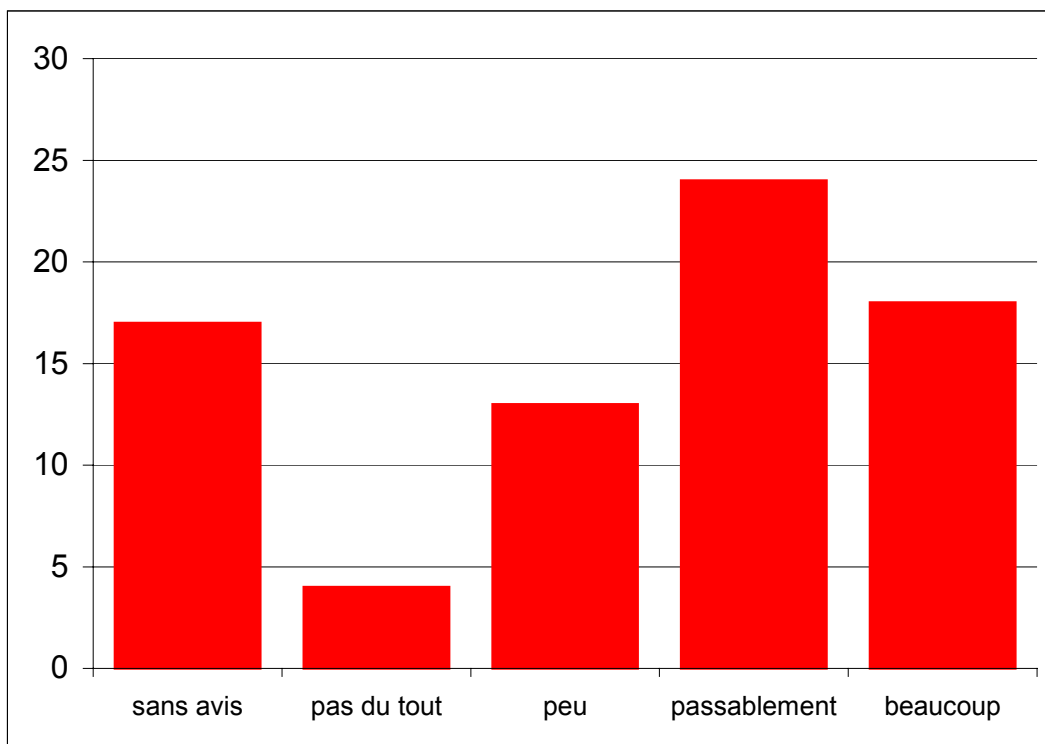
Sources : selon les données budgétaires 1999.

Graphique 13 a, b et c: Participation financière cantonale aux frais d'exploitation des Centres médico-sociaux en cas d'augmentation du taux de subventionnement cantonal.

Il convient de relever enfin qu'une modification du taux de subventionnement des Centres médico-sociaux implique une révision de la loi cantonale sur la santé.

5.4 STRUCTURES INTERMÉDIAIRES

Selon les partenaires consultés, les structures intermédiaires sont à développer. Voici une représentation graphique des réponses reçues pour la question quels sont les disparités régionales à combler en ce qui concerne les structures intermédiaires:



Le développement de foyers de nuits, d'après les réponses à la procédure de consultation, est souhaité par les partenaires. Ainsi, plus de la moitié des répondants admettent que le développement des foyers de nuit est passablement ou très utile afin de favoriser la prise en charge à domicile et de décharger les familles.

Quant aux unités d'accueil temporaire, ils complètent la capacité en lits d'EMS disponibles et représentent un appui important à une politique du maintien à domicile.

Les mesures suivantes sont à prévoir en vue de garantir, d'une part, la continuité de la prise en charge des patients, et, de l'autre, un soulagement aux familles qui prennent en charge un proche nécessitant de l'aide et des soins :

- ✓ Il s'agit d'inviter les CMS à développer des **foyers de jour** afin de permettre aux personnes dépendantes une intégration sociale pendant les heures de la journée;
- ✓ Dans le même ordre d'idées, les **prestations des hôpitaux de jour** sont à développer dans les différentes régions du canton, afin de soulager les proches qui s'occupent d'un parent âgé à domicile. En plus de l'aspect social d'intégration, les hôpitaux de jour peuvent en cas de besoin garantir un suivi médical et une prise en charge infirmière;

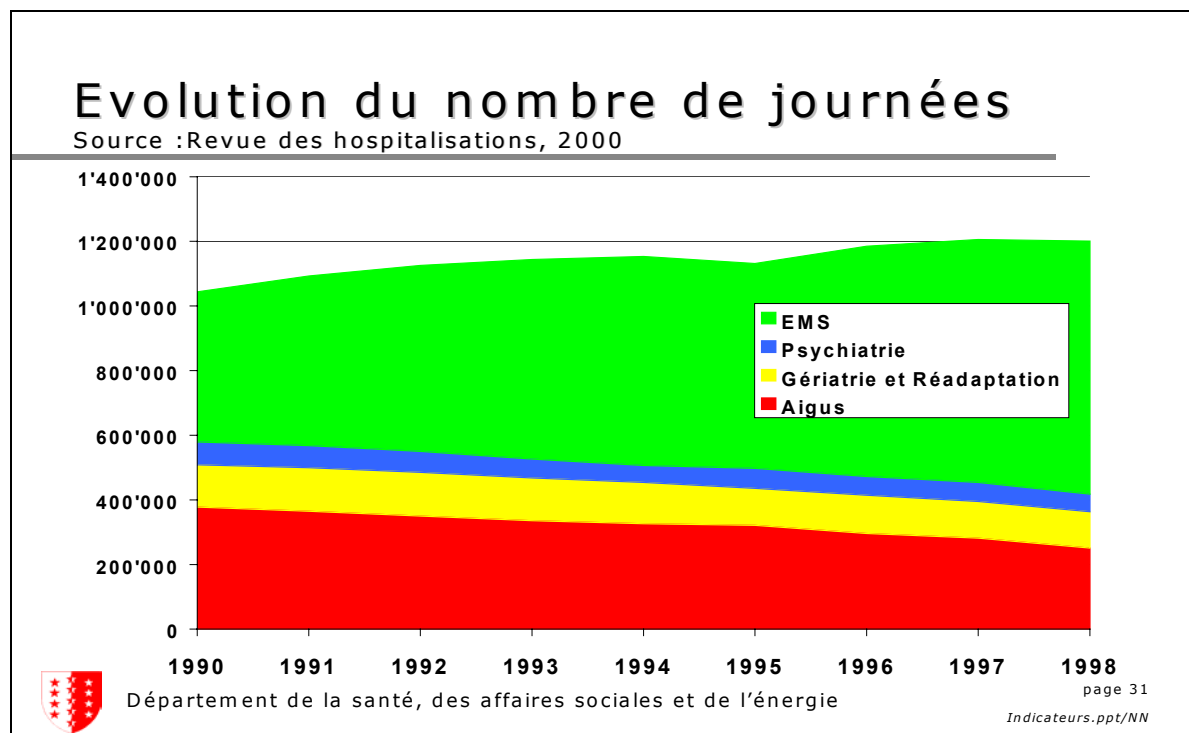
- ✓ Chaque EMS devrait mettre à disposition 1 à 2 lits (suivant la grandeur de l'EMS) qui correspondent à des **unités d'accueil temporaire**, permettant de décharger les familles recueillant une personne âgée dépendante. En outre, il convient de garantir le financement de ces unités d'accueil temporaire. Dans ce contexte, le projet de révision de la loi cantonale sur la santé prévoit la possibilité, pour les collectivités publiques (canton et communes), de subventionner les structures intermédiaires, dont font partie les unités d'accueil temporaire. En outre, les responsables d'établissements doivent veiller à une gestion optimale de l'utilisation de ces unités, de telle manière à assurer l'accès à une place en cas d'urgence.

5.5 ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX POUR PERSONNES AGEES

5.5.1 ANALYSE DE LA SITUATION ACTUELLE

5.5.1.1 Evolution du nombre de journées comparativement aux autres domaines d'activité

Une analyse du nombre de journées dans les EMS valaisans par rapport aux autres domaines du système sanitaire (soins aigus, psychiatrie, gériatrie et réadaptation) démontre qu'une augmentation importante de l'activité a été enregistrée dans les établissements médico-sociaux pendant la dernière décennie. Parallèlement, l'activité dans les soins aigus et la psychiatrie a fortement diminué, alors que les soins chroniques restaient stables.



Graphique 14 : Evolution du nombre de journées des EMS par rapport aux autres secteurs (Source : SSP).

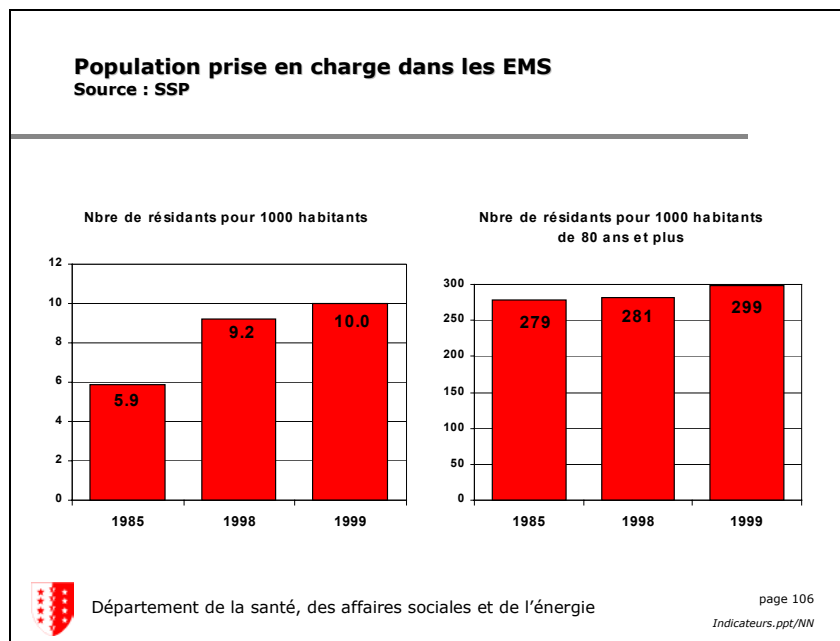
5.5.1.2 Répartition des résidents des établissements médico-sociaux pour personnes âgées valaisans par classes d'âge

Le graphique ci-dessous illustre la population prise en charge dans les établissements médico-sociaux valaisans et en particulier la part des personnes âgées de 80 ans et plus. Il en ressort les éléments d'analyse suivants :

Le nombre de patients pour 1'000 habitants pris en charge dans les établissements médico-sociaux (EMS) valaisans a considérablement augmenté entre 1985 et 1998.

Par contre, compte de tenu de l'évolution démographique vers un vieillissement de la population, lorsqu'on analyse la prise en charge des patients pour 1'000 habitants et de 80 ans et plus, l'on constate que l'augmentation réelle de la population prise en charge est nettement inférieure.

Sachant qu'en 1998 la moyenne d'âge des patients valaisans lors de leur entrée dans les EMS est de 82 ans,



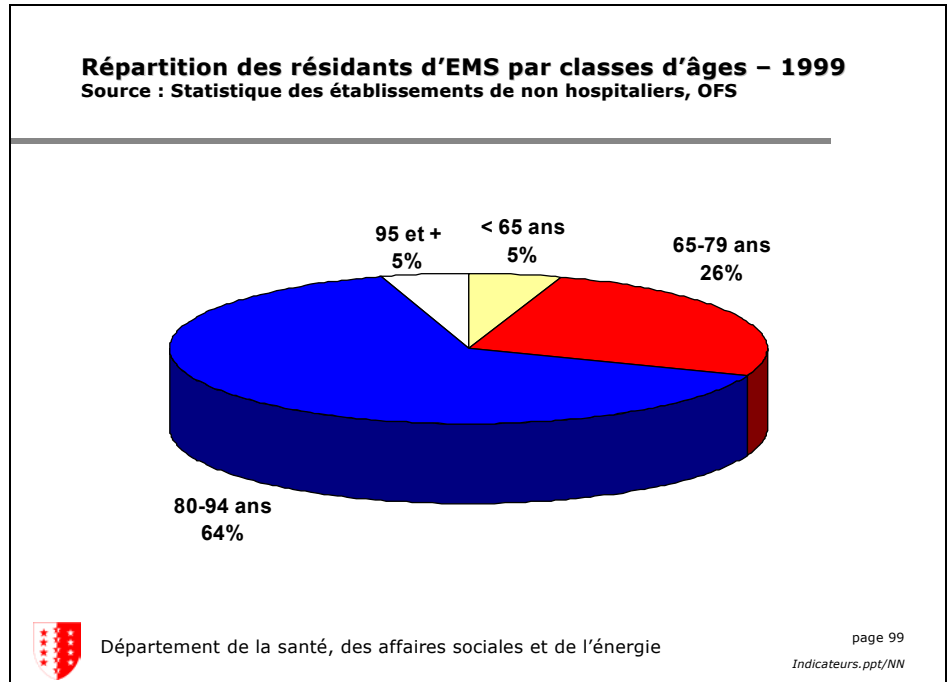
Graphique 15: Population prise en charge en EMS.

et sur la base du nombre de patients pour 1000 habitants de 80 ans et plus, on peut constater que la proportion de patients pris en charge entre 1985 et 1999 n'a quasiment pas changé. L'augmentation du nombre de lits et de places n'a pas permis d'augmenter les possibilités d'accueil des EMS, mais seulement de combler les effets du vieillissement de la population.

Un deuxième graphique sous cette rubrique procède à une analyse de la répartition des résidents d'EMS pour chaque classe d'âge.

En 1999, la population prise en charge dans les EMS valaisans de 80 ans et plus représente 69% des résidents. Seuls 5% sont âgés de moins de 65 ans. Globalement, en 1998, la moyenne d'âge à l'admission est de 82 ans.

Il ressort de ces données que l'évaluation des besoins futurs en lits d'EMS devrait s'effectuer en fonction de la population de 80 ans et plus. L'augmentation de la population de cette tranche d'âge a été beaucoup plus forte que celle des autres classes d'âges au cours des dernières années.



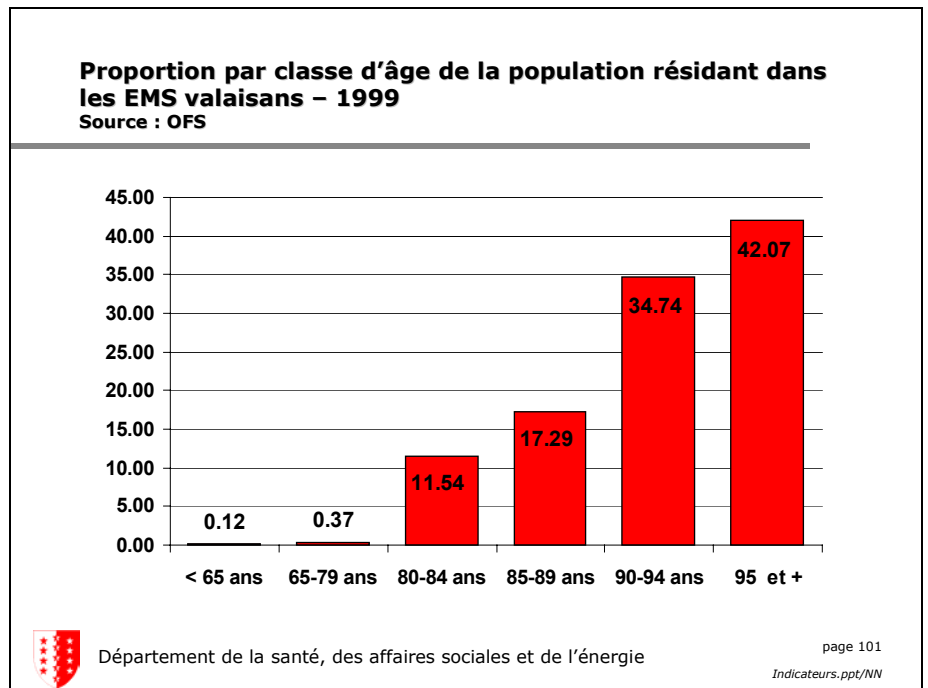
Graphique 16: Répartition des résidents par classes d'âges.

5.5.1.3 Parts de la population valaisanne par classe d'âge résidant dans les EMS valaisans

Le calcul de la part de la population prise en charge par les EMS montre quelles classes d'âge recourent actuellement aux prestations dans une proportion importante. C'est un facteur à prendre en compte dans l'évaluation des besoins futurs.

Avant 80 ans, seul 0.5% de la population utilise les structures (EMS).

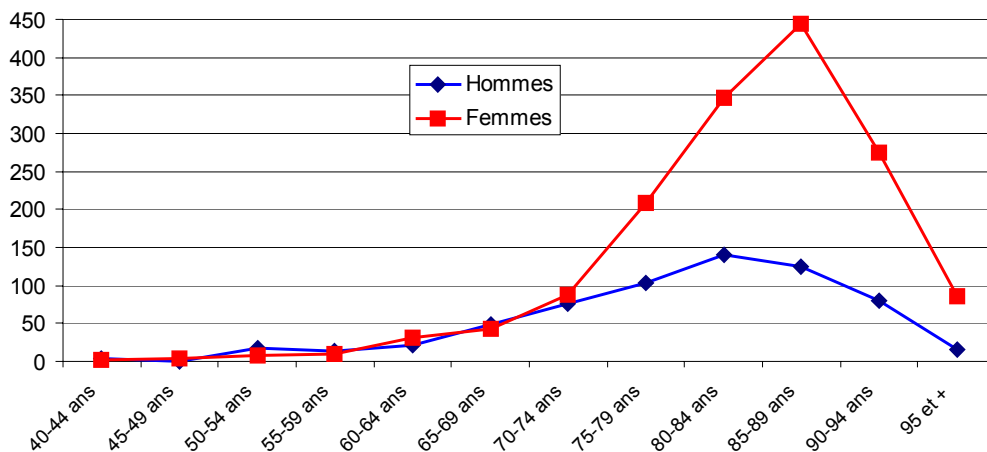
Dès 80 ans, cette proportion augmente de façon importante, pour atteindre 42% dans la catégorie des personnes âgées de plus de 95 ans. Enfin, la part de résidents d'EMS pour personnes âgées de sexe féminin est importante et s'élève à 70% contre environ 30% d'hommes seulement (cf. le graphique suivant):



Graphique 17: Proportion par classes d'âge de la population résidant dans les EMS valaisans.

Nombre de résidents d'EMS par classes d'âges et par sexe – 1999

Source : Statistique des établissements de non hospitaliers, OFS



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

page 100

Indicateurs.ppt/NN

Graphique 18: Répartition des résidents par classes d'âges.

5.5.1.4 Mode d'admission et de sortie dans les EMS

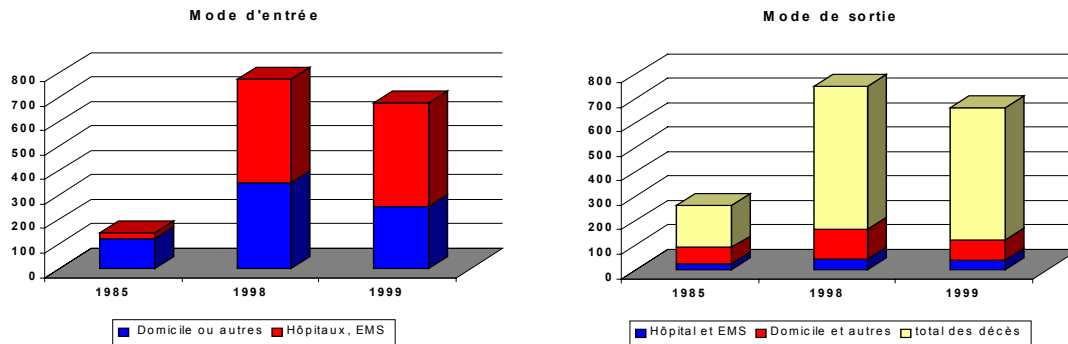
Le graphique suivant met en évidence les modes d'entrée et de sorties des EMS valaisans à deux époques distinctes (1985 et 1998-1999).

Principalement deux enseignements peuvent être tirés de ce graphique :

- ✓ Primo, le nombre de patients a passablement augmenté, ce qui se répercute sur le nombre d'entrées et de sorties pris globalement.
- ✓ Secundo, s'agissant des sorties, la proportion de décès a considérablement augmenté entre 1985 et 1998. Aujourd'hui, plus du $\frac{3}{4}$ des résidents décèdent au sein de l'établissement médico-social.

Mode d'admission et de sortie dans les EMS - 1985 - 1998 - 1999

Source : OFS



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

page 102

Indicateurs.ppt/NN

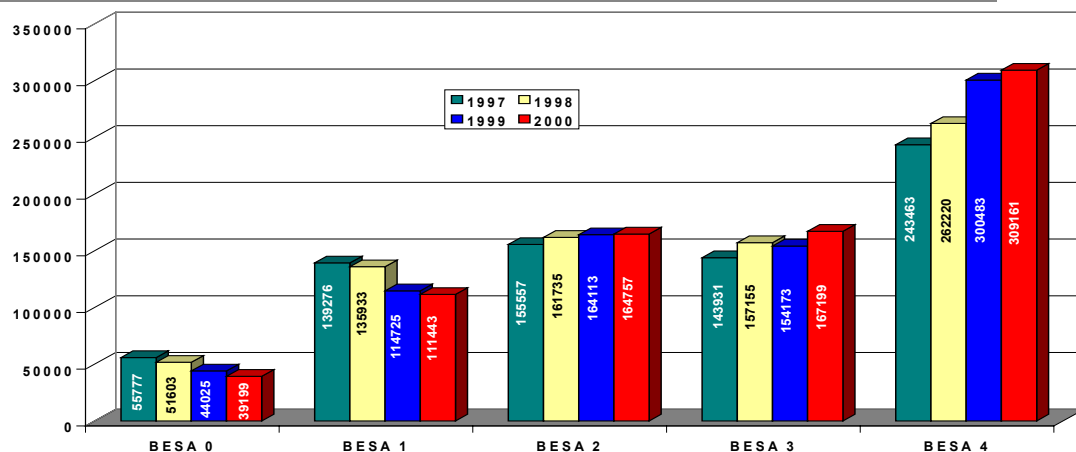
Graphique 19 : Mode d'admission et de sortie dans les EMS. Source : SSP, d'après les données de l'OFS.

5.5.1.5 Lourdeur des cas

Le graphique suivant portant sur le nombre de journées d'hébergement facturés dans les établissements médico-sociaux indique la proportion considérable de patients nécessitant des soins importants (BESA 3 et 4). Cette part de résidents qui nécessitent des soins importants a augmenté entre 1997, 1998 1999 et surtout 2000.

Etablissements médico-sociaux : Nombre de journées d'hébergement facturées

Source : SSP



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

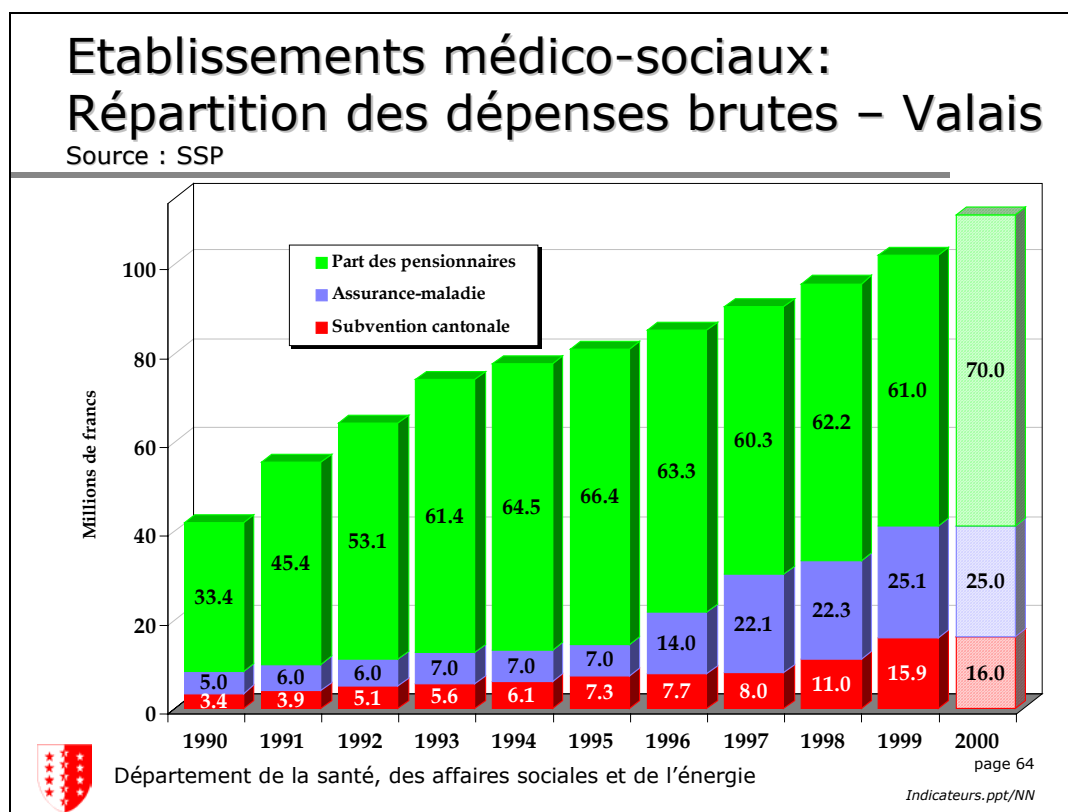
page 67

Indicateurs.ppt/NN

Graphique 20 : Nombre de journées d'hébergement facturées selon les critères BESA (SSP).

5.5.1.6 Répartition du financement

Le graphique ci-dessous illustre la répartition du financement des établissements médico-sociaux publics valaisans. Avec la mise en vigueur de la LAMal, la part des assureurs-maladie a augmenté. La participation financière des pensionnaires n'a cessé d'augmenter depuis 1990. Quant à la part des subventions cantonales au financement, celle-ci demeure relativement faible.



Graphique 21: Etablissements médico-sociaux: Répartition des dépenses brutes – Valais (SSP).

5.5.2 ADAPTATION DE LA CAPACITE EN LITS D'ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX (NORME EN LITS)

5.5.2.1 Capacité globale actuelle en lits disponibles

Sur la base des données statistiques les plus récentes de l'Office fédéral de la statistique, la capacité globale en lits actuelle des établissements médico-sociaux pour personnes âgées (les autres institutions pour personnes âgées ne font pas partie du relevé statistique) est de 2300 lits en 1999.

Vu l'augmentation du nombre de personnes âgées, la stabilisation de la capacité en lits diminue le nombre de lits effectifs disponibles pour les personnes âgées. Si l'on considère plus particulièrement la population de 80 ans et plus, qui représente 98% des résidents des EMS en 1998, **la norme a diminué au cours des 3 dernières années, malgré une augmentation du nombre de lits exploités.**

Années	1997	1998	1999
Nombre de lits valaisans	2269	2274	2300
Norme pour 100 habitants de 80 ans et +	26.1	25.8	25.5

La mise en évidence d'une part importante de journées-malades inadéquates dans les hôpitaux de soins aigus, particulièrement en ce qui concerne les personnes âgées (plus de 30% et en particulier en ce qui concerne les dernières journées de séjour) met en évidence la nécessité d'augmenter globalement les capacités d'accueil dans les EMS ainsi que de développer l'aide et les soins à domicile.

En raison d'une durée moyenne de séjour élevée, le taux de rotation des résidents en EMS est faible. Les possibilités pour les EMS de prendre en charge de nouveaux résidents sont donc très limitées, d'où la nécessité d'adapter la capacité d'accueil en EMS.

Enfin, le manque de lits d'établissements médico-sociaux pour personnes âgées constaté aujourd'hui est plus important que par le passé.

En effet, en 1997, une enquête dans le canton avait révélé que les listes d'attente dans les EMS comptaient environ 564 inscrits pour l'ensemble des 40 EMS du canton. En 2000, la même enquête révèle que pour 30 EMS ayant répondu au questionnaire, il y a 1007 inscriptions dont 85 sont actuellement prises en charge dans un établissement de gériatrie, 159 par un centre médico-social et 135 dans un autre type d'institution. Les données ont été récoltées dans les 10 établissements qui n'avaient pas répondu au questionnaire, il y a encore 194 inscrits supplémentaires à prendre en compte, pour un total global de 1201 inscriptions dans le canton. Même si cet indicateur est surestimé dans la mesure où certains patients pourraient être pris en charge à domicile ou encore s'annoncent auprès de plusieurs établissements médico-sociaux, l'ampleur du nombre de personnes inscrites est révélatrice d'une demande importante en prestations. De fait, il convient de constater qu'en l'espace de 3 ans, le nombre d'inscriptions a plus que doublé.

A la question « *Disposez-vous d'au moins un lit pour être en mesure de répondre à des besoins de placement urgent et/ou d'accueil temporaire ?* », les 30 EMS qui ont participé à l'enquête ont répondu de la manière suivante :

Pas de réponse	aucun lit	1 lit	plus de 1 lit
1	21	6	2

Il y a actuellement pour tout le canton 13 lits de placement urgent et/ou d'accueil temporaire. Ce nombre est insuffisant pour répondre à des besoins urgents et pour faire face aux besoins de certaines familles d'être soulagées temporairement. Il convient de préciser que l'accueil temporaire permet notamment de prolonger la prise en charge à domicile.

5.5.2.2 Perspectives pour l'avenir

Etant donné que plus de 98% des résidents des EMS sont âgés de plus de 80 ans, la norme en lits des établissements médico-sociaux définie par la planification doit être définie en fonction de cette classe d'âge.

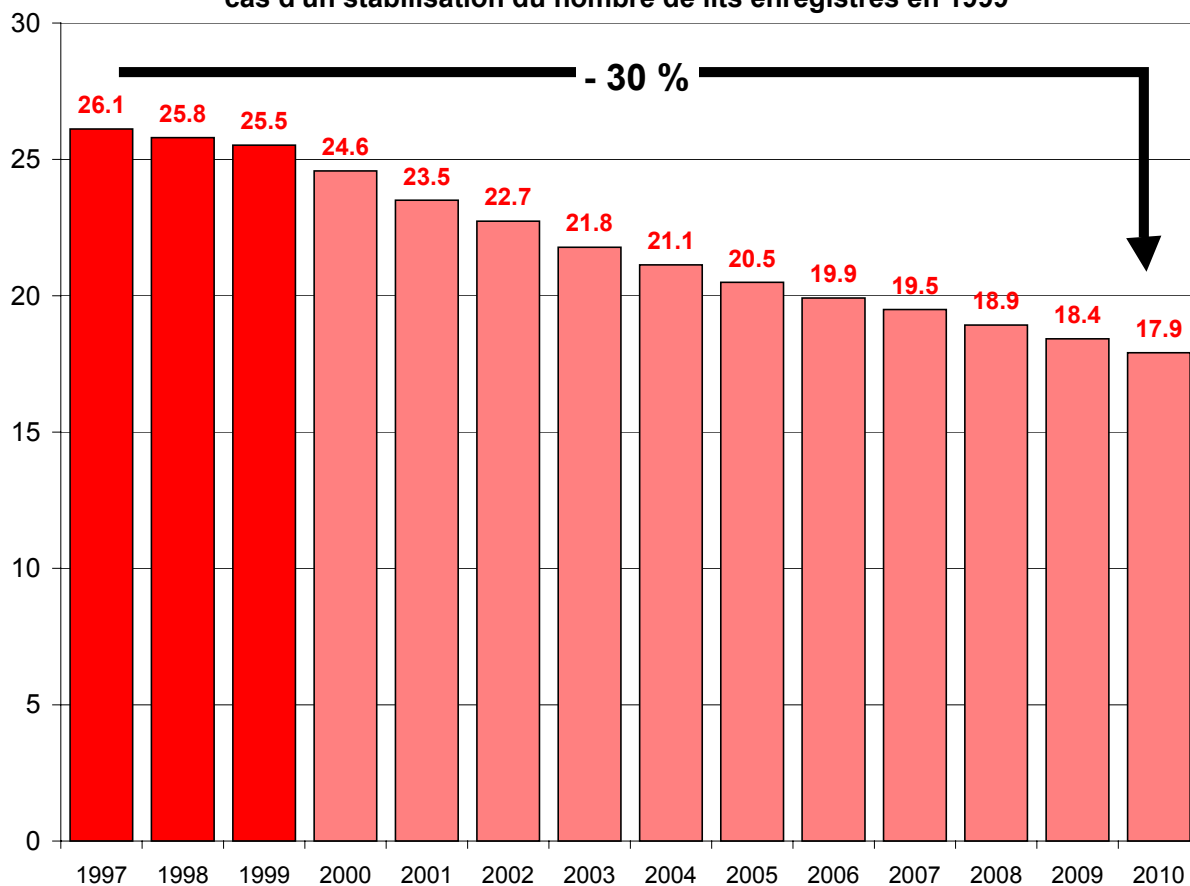
L'examen de la norme en lits de EMS pour personnes âgées de 80 ans et plus pour le futur peut être envisagé sur la base de différentes hypothèses :

Variante 1 : Stabilisation de l'offre cantonale en lits et prise en charge par d'autres moyens (soins à domicile, institutions intermédiaires de prises en charge,..).

- ✓ Les indicateurs actuels révèlent une amélioration de l'état de santé de la population en général et on peut partir du principe qu'à l'avenir, suite à l'amélioration du niveau de vie, les personnes âgées seront en moyenne légèrement moins dépendantes qu'aujourd'hui.
- ✓ La prise en charge à domicile (aide et soins) doit être présentée comme une solution adéquate pour la prise en charge des personnes âgées à côté de la vision traditionnelle du placement de la personne âgée en EMS.
- ✓ Selon des enquêtes récentes (notamment Lalive d'Epinau, Hagmann et al.) les personnes âgées souhaitent en grande partie rester à domicile (à plus de 70%); il s'agit d'un trend qui va se poursuivre avec l'amélioration du niveau de vie et de l'état de santé.

La stabilisation pour les années à venir du nombre de lits de EMS à 2'300 unités (nombre de lits enregistrés en 1999), engendrerait une diminution très importante de l'offre aux personnes de 80 ans et plus et ne prendrait pas en compte le vieillissement démographique. Le graphique suivant montre que d'ici 2010, selon les perspectives d'évolution de la population valaisanne calculée par l'OFS, le nombre de lits pour 100 habitants de 80 ans et plus diminuerait de 30 %.

Variante 1 : Nombre de lits pour 100 habitants de 80 ans et plus dans le cas d'un stabilisation du nombre de lits enregistrés en 1999



Un certain nombre de conditions-cadre seraient à mettre en place si l'on entend choisir ce type de scénario.

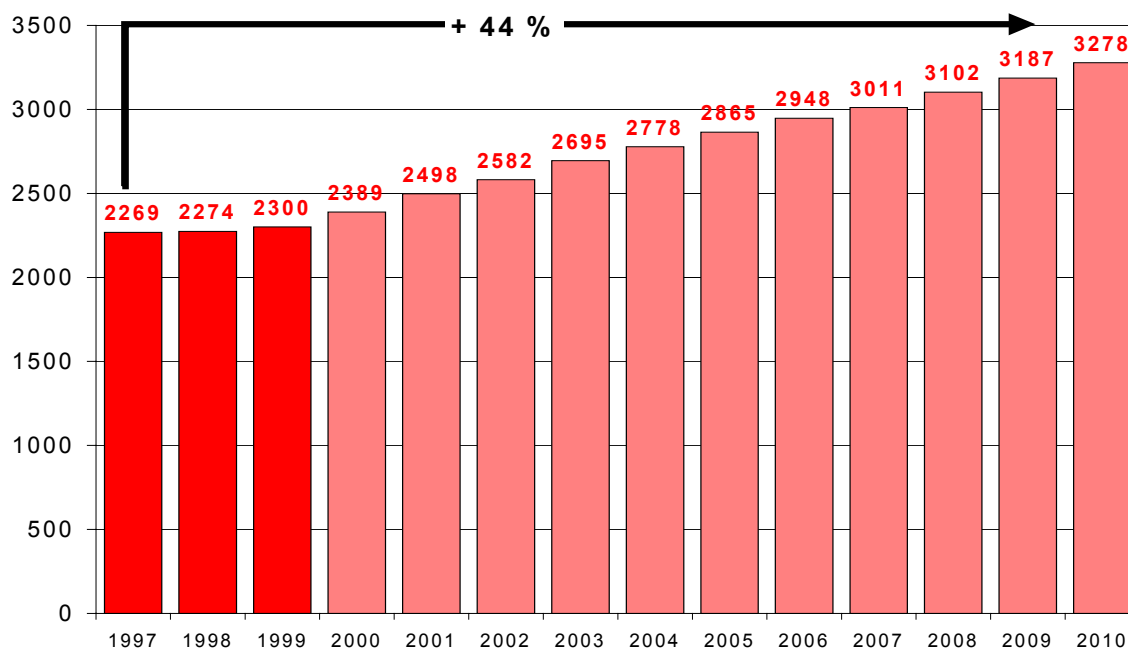
- ✓ Développer dans les 6 régions du canton **les services d'aide et de soins à domicile** de telles façon qu'ils soient en mesure de répondre aux besoins de la population qui ne trouverait plus d'aide auprès des EMS.
- ✓ Il y a lieu de développer dans les six régions du canton des structures telles que les **appartements intégrés** avec encadrement médico-social ;
- ✓ Il convient de **promouvoir la sécurité à domicile** (secuté. etc. afin que l'utilisateur puisse vivre à domicile dans les meilleures conditions) ;
- ✓ Les **services de proximité** sont à développer en faveur des usagers, de même que les aides formelles (par exemple les auxiliaires de vie) ou informelles (voisinage) ;
- ✓ Les **activités de prévention** sont à développer, en particulier en ce qui concerne l'alimentation ainsi que la prévention de l'isolement social ;
- ✓ Les **Centres et foyers de jours** doivent être développés ;
- ✓ Il convient de prévoir **des unités d'accueil temporaire** dans l'ensemble des EMS du canton.

Variante 2 : Adaptation de l'offre actuelle à la norme de 25,5 lits pour 100 habitants de 80 ans et plus

- ✓ Bien que l'état de santé de la population âgée s'améliore, cette évolution est lente car l'évolution des modes de vie prend beaucoup de temps. Le nombre de personnes âgées augmente de manière très importante. Il y a encore peu de temps, les autorités sanitaires calculaient les besoins en fonction de la population de 65 ans et plus. Aujourd'hui, une prise en charge en EMS en dessous de 80 ans devient de plus en plus rare, raison pour laquelle les normes ont été calculées en fonction de la population âgée de 80 ans et plus.
- ✓ Les hôpitaux de soins aigus ont diminué de plus de 30 % les journées de malades du canton en l'espace de 10 ans, ce qui explique en partie l'occupation des lits d'EMS. Les établissements de gériatrie ont pu prendre en charge davantage de patients parce qu'ils ont réduit leur durée de séjour de 104 jours en 1990 à 39 en 1998. En effet, l'évolution des modes de prise en charge a fait que les patients qui occupaient des lits de manière quasi permanente dans les hôpitaux ont été réorientés vers la prise en charge dans le EMS. Dans le même temps, le nombre de lits dans les EMS n'a que peu augmenté, raison pour laquelle les journées inadéquates dans les hôpitaux sont aujourd'hui difficiles à diminuer.
- ✓ Afin de prendre en compte à la fois les besoins des personnes qui ne trouvent plus leur place à l'hôpital et de répondre aux effets du vieillissement de la population, l'offre en lits de EMS devrait être maintenue à la norme actuelle.

Le maintien de l'offre actuelle calculée en 1999 de 25,5 lits pour 100 habitants de 80 ans et plus engendrerait une augmentation très importante (environ 44 %) du nombre de total de lits dans le canton, comme le montre le graphique suivant :

Variante 2 : Nombre de lits nécessaire à la stabilisation de la norme en lits pour 100 habitants de 80 ans et plus enregistrée en 1999



Variante 3 : 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.

Afin de prendre en compte à la fois l'évolution démographique, les besoins liés à l'évolution des activités dans les hôpitaux et l'amélioration de l'état de santé de la population âgée, la solution la plus adéquate consiste à augmenter les capacités d'accueil et de prises en charge dans différents types d'institution. Il s'agit d'augmenter la capacité en lits des EMS et de développer les soins à domicile ainsi que les structures intermédiaires.

Les EMS disposent aujourd'hui de 2300 lits, dont au moins 690 (30 EMS sur 40) sont occupés par des personnes atteintes de démence et les patients hébergés réclament de plus en plus de soins. Par conséquent, il convient de développer davantage les soins à domicile pour ceux qui peuvent et qui souhaitent encore y être.

Il convient de relever que les EMS hébergent actuellement également un certain nombre de patients âgés de moins de 80 ans et notamment des personnes handicapées physiques et mentales ainsi que des patients atteints de maladies psychiatriques. Cet élément se répercute aussi sur l'évaluation des besoins en lits d'EMS.

Hypothèses de la variante 3

La variante 3 part principalement des deux hypothèses suivantes :

Planification en trois phases

- Adaptation de la capacité en lits d'EMS par la création de nouveaux lits, à savoir 200 unités (phase 1).
- Reconnaissance des 144 lits exploités aujourd'hui mais pas encore reconnus (phase 2)
- Stabilisation du nombre de lits (dès 2010)

Ces phases sont explicitées ci-dessous.

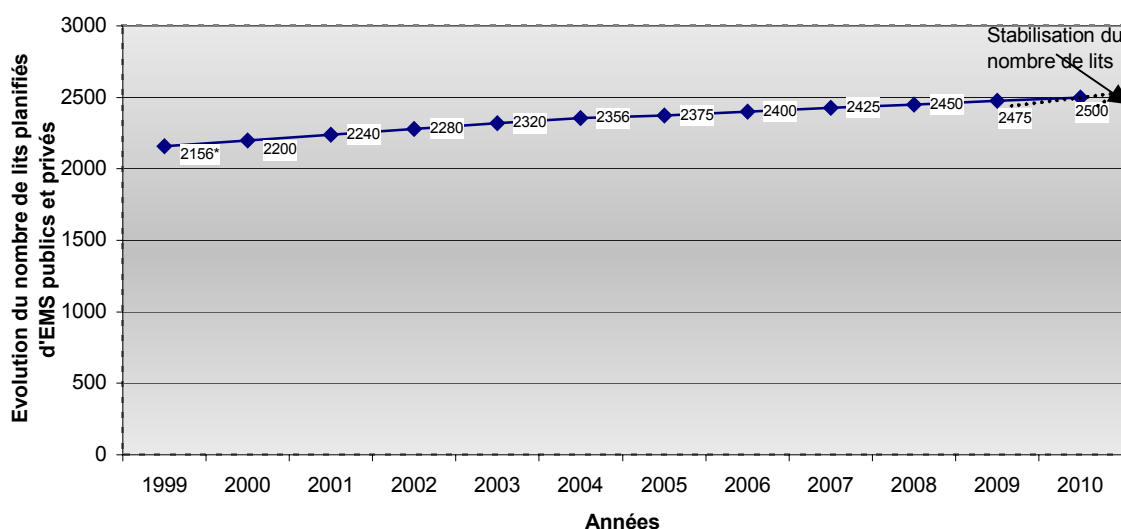
Prise en considération de la distinction entre lits exploités et lits planifiés

Le scénario 3 prend en considération la différence actuelle entre lits exploités et lits planifiés.

Situation future – horizon 2010 et au-delà

Le scénario 3 prévoit une augmentation du nombre de lits d'EMS d'ici 2010 moins élevée que la variante précédente. Le graphique ci-dessous illustre cette variante :

Evolution du nombre de lits d'EMS publics et privés planifiés 1999 -2010 avec réduction de la norme de 23%



Graphique 22: Evolution du nombre de lits d'EMS selon variante 3, SSP.

A ce sujet, il convient de prévoir les trois phases suivantes de la planification :

Première phase de la planification : Adaptation de la capacité par une mise en place de nouveaux lits

- **Dans un premier temps**, adaptation de la capacité en lits d'EMS **par la mise en place de 200 lits au total**, avec une répartition qui prend en considération des besoins différenciés par région :

Haut-Valais : 100 lits

En effet, le Haut-Valais et plus particulièrement la région de Brigue sont confrontés à un manque de capacités de lits d'EMS, auquel convient de remédier.

Valais Central et en particulier la région de Sion : 70 lits

Dans le Valais Central, la région de Sion est plus particulièrement touchée par un certain manque de lits d'EMS. La planification cantonale des lits d'EMS doit prendre en considération cette situation.

Bas-Valais: 30 lits

La région du Bas-Valais est la moins touchée par la nécessité d'adapter la capacité en lits d'EMS.

Modalités concrètes

Dans la mesure du possible, ces adaptations devront intervenir par un agrandissement d'infrastructures existantes. Ce constat est particulièrement valable pour les régions du Valais Central et du Bas-Valais, alors que dans le Haut-Valais, il convient d'envisager en priorité la construction dans la région sanitaire de Brigue d'un nouvel EMS ou d'un EMS adjacent à un établissement existant.

2^{ème} phase de la planification: reconnaissance des 144 lits supplémentaires exploités aujourd'hui mais pas encore pris en considération dans le cadre de la planification

Dans le cadre de la deuxième phase de la planification, les 144 lits exploités par les EMS (cf. les données de l'OFS avec prise en considération des autres institutions pour personnes âgées) mais pas reconnus aujourd'hui sous l'angle de la planification, devront être progressivement admis. Il s'agit d'une deuxième priorité par rapport à la première phase de la planification cantonale. Cette manière de procéder incite les responsables d'établissements à ne pas créer des capacités en lits supplémentaires au-delà de lits reconnus et permet par conséquent au Département de contrôler la dotation future en lits d'EMS.

La répartition des nouveaux lits ainsi que la reconnaissance des lits d'établissements médico-sociaux exploités aujourd'hui 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.

3^{ème} phase de la planification des lits d'EMS : au delà de 2010

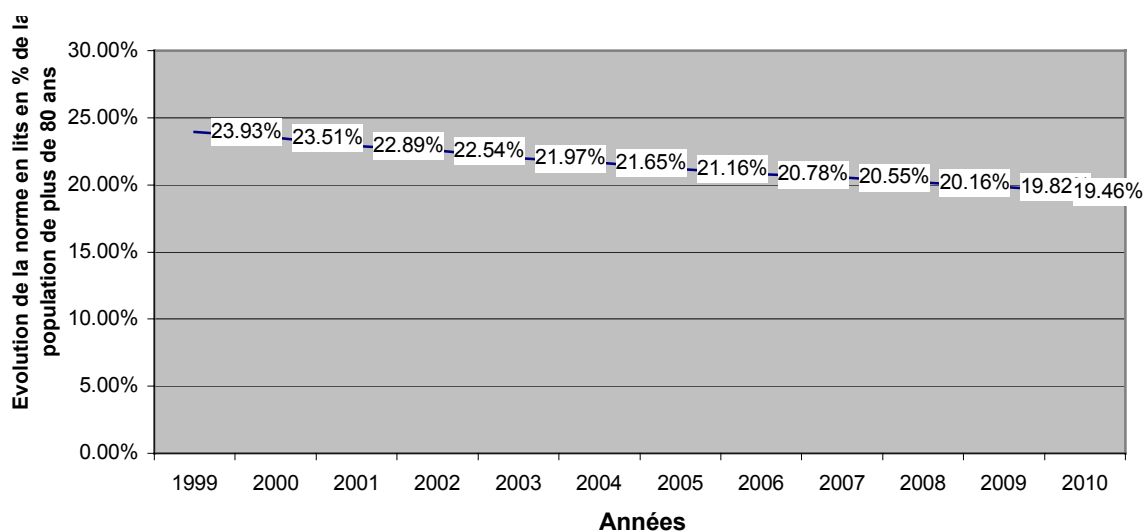
Au-delà de l'an 2010, une stabilisation des lits d'EMS devrait pouvoir être réalisée compte tenu du phénomène de la compression de la morbidité, des désirs de la population âgée ainsi que du développement qualitatif et quantitatif de l'aide et des soins à domicile (notamment par les normes minimales de dotation en personnel).

Incidences sur la norme en lits planifiés

Enfin, les incidences sur la norme en lits planifiés pour 100 habitants de 80 ans et plus peuvent être explicitées comme suit :

Le graphique démontre que le nombre de lits planifiés pour 100 habitants de plus de 80 ans va diminuer régulièrement d'ici à 2010. Avec une stabilisation du nombre de lits EMS prévue dès 2010, la norme diminuera de manière encore plus importante.

**Evolution de la norme en lits d'EMS planifiés par rapport à la population de 80 ans et plus avec une adaptation du nombre total de lits
(1999:2156 lits planifiés/ 2010:2500 lits plan./scénario 3)**



Graphique 23: Evolution de la norme en lits par rapport à la population de plus de 80 ans selon la variante 3.

Une telle solution doit toutefois impérativement être accompagnée de mesures destinées à augmenter la prise en charge à domicile, ainsi qu’une incitation aux régions à développer les structures nécessaires.

En conclusion, la reconnaissance de 200 lits d’EMS supplémentaires puis, dans une deuxième étape, de 144 lits d’EMS exploités aujourd’hui (statistiques de l’OFS 1999) devra intervenir de manière souple et en tenant compte de la norme en lits par région sanitaire.

5.5.2.3 Prévision d’investissements pour le domaine des établissements médico-sociaux

La plupart des établissements médico-sociaux valaisans ont été construits entre 1970 et le début des années 90. Dès lors, ces prochaines années, des efforts importants devront être consentis dans le domaine des investissements afin de permettre le renouvellement, voire le remplacement de ces infrastructures.

5.5.2.4 Mise en place d'unités de lits d'attente de placement en EMS dans chacun des 6 hôpitaux (de soins aigus ou de gériatrie)

Considérant les besoins importants actuels en matière de placement en établissement médico-social et en vue de permettre une continuité des traitements et soins entre la prise en charge hospitalière et les EMS, la création d'unités de lits d'attente de placement en EMS s'avère judicieuse. Une telle unité, dotée de 10 lits, fonctionne depuis le 01.01.2001 à l'hôpital de Brigue. La réalisation de telles unités par région sanitaire situées dans les établissements hospitaliers de manière à réaliser des synergies semblent être en adéquation avec les besoins. Une évaluation du projet-pilote en cours à l'hôpital de Brigue devrait permettre de définir plus précisément les besoins prévalant en la matière.

S'agissant du financement de ces unités, le Département est disposé à accorder une participation financière de l'ordre de CHF. 35.-- par journée de prise en charge des patients. Il s'agit en l'occurrence bien d'un montant forfaitaire de participation par jour et non pas d'une couverture du déficit par le canton. Quant à la participation financière des patients, le forfait journalier à fixer ne devrait pas trop s'écarter du montant des prix de pension journalière facturés en moyenne par les établissements médico-sociaux pour personnes âgées. Cette manière de procéder permet en effet de garantir une égalité de traitement par rapport aux personnes âgées prises en charge en établissement médico-social.

5.5.3 REVISION DES DIRECTIVES EN VUE DE L'OBTENTION D'UNE AUTORISATION D'EXPLOITER UN ETABLISSEMENT MEDICO-SOCIAL

5.5.3.1 Nécessité de réviser les Directives du DSSE en vue de l'obtention d'une autorisation d'exploiter un établissement médico-social

Une révision des Directives de 1998 est à prévoir, dans la mesure où la norme minimale de 0.3 postes de personnel soignant par lit autorisé ne permet pas de couvrir suffisamment les besoins en soins. Cette nécessité de réviser les Directives cantonales s'avère indispensable compte tenu des arguments suivants :

- Une augmentation de la charge en soins est constatée dans les EMS depuis plusieurs années.
- En effet, la norme actuellement en vigueur correspond à une sous-dotation en personnel des établissements dont la majeure partie des patients se situe en catégorie BESA 3 et 4 ;
- Selon la typologie des établissements de santé établie par l'OFS, qui peut servir de point de repère, le nombre de personnel spécialisé en soins par personne hébergée est supérieur à 0.6 pour les homes médicalisés; or, la répartition des pensionnaires en catégories BESA démontre que plus du 60% des résidents EMS sont classifiés dans notre canton en BESA 3 ou 4 (statistiques de l'OFS pour l'an 2000);
- Une comparaison intercantonale en la matière indique que le canton du Valais présente actuellement une norme très peu élevée, en effet, la plupart des cantons ont adopté des normes plus élevées (entre 0.6 et 0.8 de postes en personnel soignant par résident);

- La définition de la norme en personnel soignant doit prendre en considération d'une part le temps consacré à la formation et à la formation continue, d'autre part, le fait que l'infirmière-cheffe, en particulier dans les établissements médico-sociaux, assume pour l'essentiel des tâches d'organisation et de gestion du personnel.

Pour toutes ces raisons, l'adaptation de la norme minimale de personnel soignant doit être effectuée, en prévoyant une norme globale de 0.6 postes par lit reconnu.

5.5.3.2 Modalités d'application

Les deux graphiques ci-dessous montrent quel sera le personnel nécessaire à la prise en charge des résidents en fonction du nombre de lits autorisés ainsi que de la lourdeur des cas.

Concernant le dernier élément mentionné, le graphique présenté sous le point 5.5.1.5 Lourdeurs des cas montre très clairement que le nombre de cas lourds (BESA 3 et 4) a tendance à augmenter alors que les cas légers (BESA 0 et 1) diminuent. Parallèlement, les résidents classés en BESA 2 semblent être assez stable. Par conséquent, nous sommes partis de l'hypothèse que ces tendances allaient se maintenir, à moyen terme.

Avant d'aller plus loin, il convient de rappeler qu'un résident en BESA 0 ne fait pas appel à des prestations de soins alors qu'une personne en BESA 4 demande plus deux heures de soins par jour. Par conséquent, des normes différentes ont été utilisées afin de calculer le nombre de postes nécessaires.

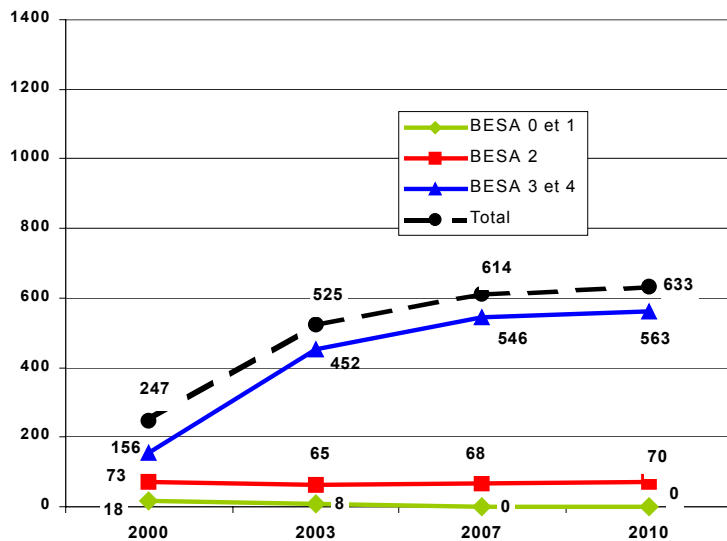
On envisage peu de personnel soignant pour les catégories 0 et 1 qui nécessitent pas et peu de soins. Par contre la dotation pour la catégorie pour les BESA 2, 3 et 4 ont été prévues pour répondre à la lourdeur de la charge en soins. En ce qui concerne les BESA 4, la norme élevée se justifie par le fait que ces patients viennent essentiellement des hôpitaux de gériatrie. A titre d'exemple, nous savons que la clinique de Saint-Amé avait une dotation en personnel soignant de 1:1. Il paraît donc adéquat que les établissements médico-sociaux puissent disposer d'une dotation équivalente.

Il convient de préciser que les graphiques ci-dessous distinguent les infirmières diplômées et assistantes des « autres personnels soignants ». Cet élément repose sur le fait que, selon les directives, les premières doivent représenter au moins le 1/3 du personnel soignant.

Enfin, dans le cadre de la mise en vigueur progressive des directives précitées, les établissements médico-sociaux devront pouvoir bénéficier d'un délai transitoire leur permettant de s'adapter aux nouvelles exigences ainsi que de recruter le personnel formé nécessaire.

Nombre nécessaire d'infirmières diplômées et assistantes pour les EMS

Source : SSP



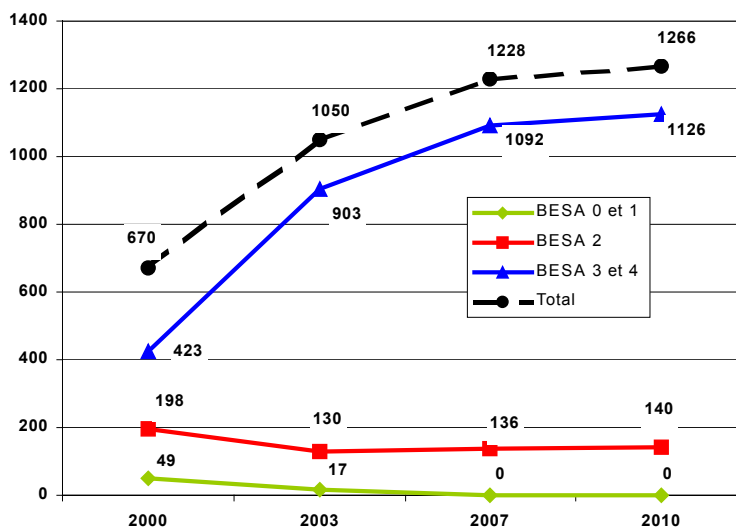
Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie

page 104

Indicateurs.ppt/NN

Nombre nécessaire des autres personnels soignants pour les EMS

Source : SSP



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

page 105

Indicateurs.ppt/NN

Graphique 24: Nombre nécessaire d'effectif en personnel soignant dans les EMS.

5.5.4 EVALUATION DES BESOINS CONCERNANT LES AUTRES INSTITUTIONS POUR PERSONNES AGEES

5.5.4.1 Généralités

Il convient de rappeler que 5 autres institutions pour personnes âgées situées surtout dans le Haut-Valais (betreute Pflegewohnungen) disposent à ce jour d'une autorisation d'exploiter, à savoir les institutions de Loèche-les-Bains, Visperterminen, Mörel, Guttet et d'Ardon avec une capacité totale d'environ 40 lits.

5.5.4.2 Avantages et désavantages présentés par les autres institutions pour personnes âgées

Les autres institutions pour personnes âgées, dont font partie les « betreute Pflegewohnungen » présentent un certain nombre d'avantages et d'inconvénients explicités ci-après :

AVANTAGES ET DESAVANTAGES DES AUTRES INSTITUTIONS POUR PERSONNES ÂGÉES

Avantages :	Inconvénients :
<ul style="list-style-type: none">- « <i>Small is beautiful</i> » : ce précepte pourrait s'appliquer aux autres institutions de soins pour personnes âgées ;- La population âgée domiciliée dans les villages de montagne, qui nécessite soins faibles à moyens pourrait être prise en charge sur place, de manière à faciliter l'intégration sociale ;- Possibilités de revenus pour la population résidente de montagne, qui aujourd'hui déjà présente une part élevée de personnes âgées.- Les prestations d'aide et de soins fournies par les CMS bénéficient de subventions fédérales de l'OFAS (actuellement de l'ordre de 28% des charges salariales)	<ul style="list-style-type: none">- En cas d'augmentation de la charge en soins des résidents, les institutions concernées, au vu du faible nombre de patients, manquent de personnel soignant. Dès lors, les patients nécessitant des soins importants doivent être transférés dans un autre établissement médico-social, ce qui peut poser des difficultés d'un point de vue humain. En effet, la capacité d'adaptation diminue avec l'âge.- Effectif réduit en personnel et possibilités réduites de procéder à des investissements importants. Il s'agit de veiller plus particulièrement à garantir la qualité ainsi que la sécurité des prestations.- Comparé aux EMS de plus grande dimension, des économies d'échelle ne sont que peu ou pas réalisées dans ces institutions.

5.5.4.3 Perspectives futures des autres institutions pour personnes âgées

Dans le cadre de la révision des Directives précisant les conditions à respecter pour l'obtention d'une autorisation d'exploiter un EMS (Directives du 20 avril 1998) ou une autre institution de soins pour personnes âgées (Directives du 27 octobre 1998), il s'agit d'examiner les possibilités d'édicter une seule catégorie de Directives pour les deux types d'institutions (EMS et AIPA). Par voie de conséquence, les autres institutions pour personnes âgées (AIPA) seraient soumises aux mêmes conditions d'autorisation que les EMS.

Les inconvénients présentés par les autres institutions pour personnes âgées (manque de personnel, nécessité de transferts, économies d'échelle insuffisantes) prédominent par rapport aux avantages potentiels. Par conséquent, l'octroi d'autorisations à des autres institutions pour personnes âgées nouvelles n'est pas opportun.

5.5.5 RESPECT DES NORMES DE QUALITE

Conformément aux dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), le Service de la santé publique, en accord avec l'Association valaisanne des établissements médico-sociaux (AVALEMS), a décidé d'introduire dès le deuxième semestre de l'an 2000 dans tous les EMS valaisans un instrument d'assurance-qualité, à savoir le projet « Optiheim ». Le canton participe financièrement à l'introduction de cette méthode, qui permet une évaluation globale et régulière de la qualité de l'ensemble des prestations des EMS et notamment des soins.

La méthode est fondée sur des questionnaires qui permettent d'effectuer notamment un bilan global des prestations de l'institution, de déterminer le degré de satisfaction des résidents ainsi que des collaborateurs, d'évaluer le comportement écologique de l'établissement et enfin de déterminer la situation économique des établissements. En outre, l'instrument permet de réaliser des comparaisons d'un établissement à l'autre.

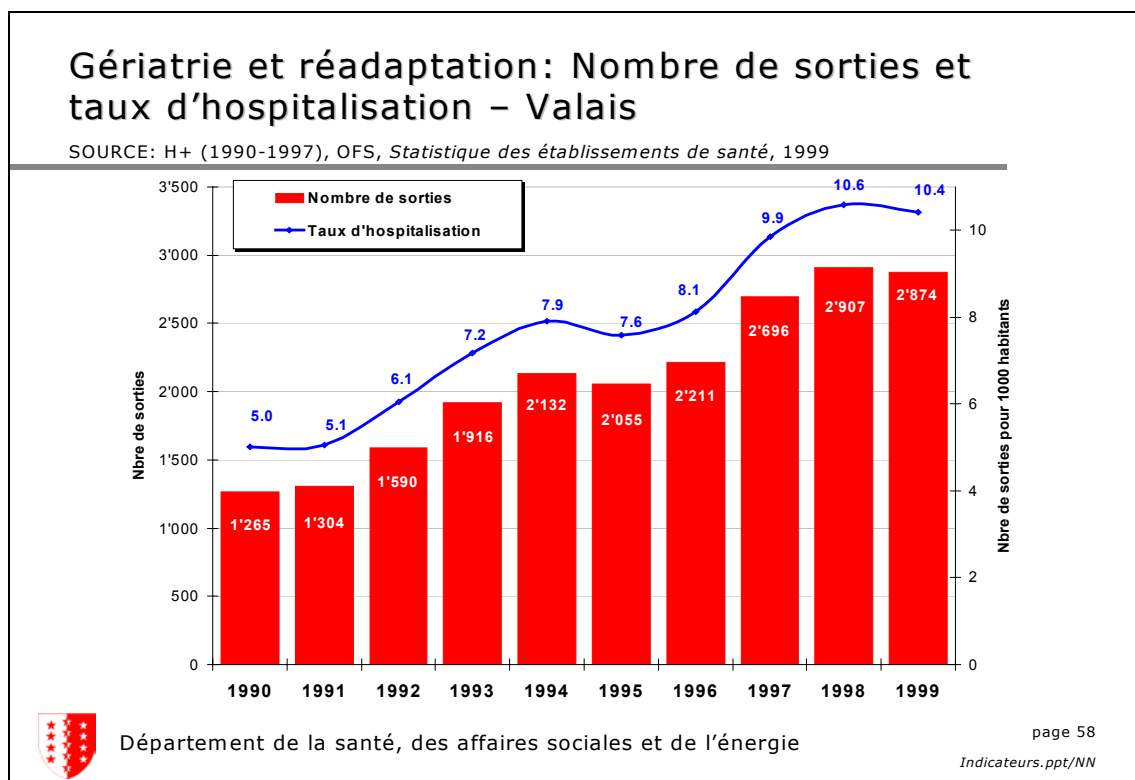
5.6 GERIATRIE

5.6.1 ANALYSE DES INDICATEURS

Les établissements et cliniques de gériatrie ont enregistré ces dernières années globalement une diminution importante du nombre de journées-malades et encore davantage de leur durée moyenne de séjour. Par contre, une augmentation du nombre de sorties est constatée. Les statistiques d'activité suivantes étayent ce constat :

5.6.1.1 Evolution du nombre de sorties et des taux d'hospitalisation

Dans le domaine de la gériatrie et de la réadaptation, le nombre de sorties ainsi que le taux d'hospitalisation ont considérablement augmenté, comme le démontre le graphique ci-dessous :



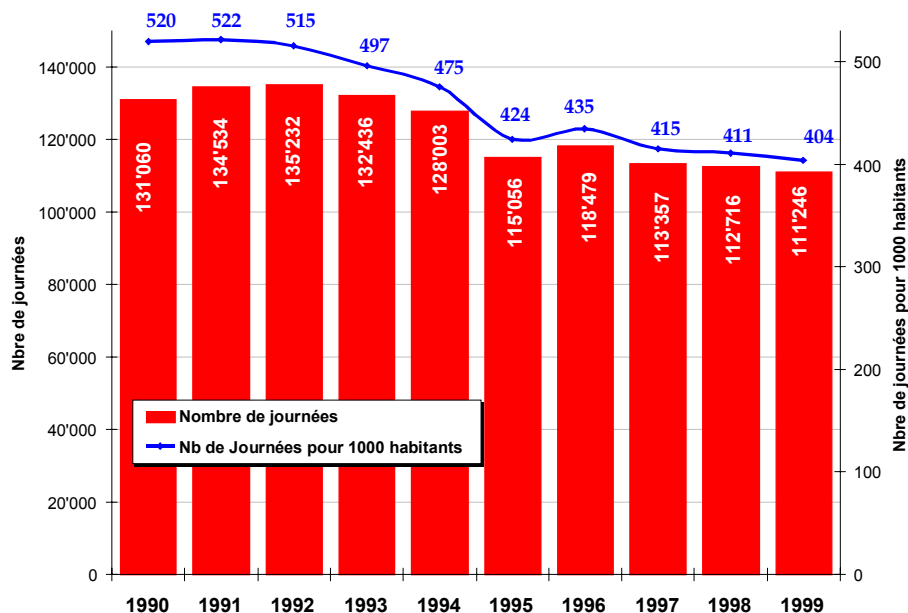
Graphique 25: Gériatrie et réadaptation: Nombre de sorties et taux d'hospitalisation – Valais.

5.6.1.2 Evolution du nombre de journées-malades

Le nombre de journées-malades s'est réduit de 131'060 en 1990 à 112'716 en 1998, soit une diminution de près de 15%.

Gériatrie et réadaptation: Nombre de journées – Valais

SOURCE: H+ (1990-1997), OFS, *Statistique des établissements de santé*, 1999



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

page 61

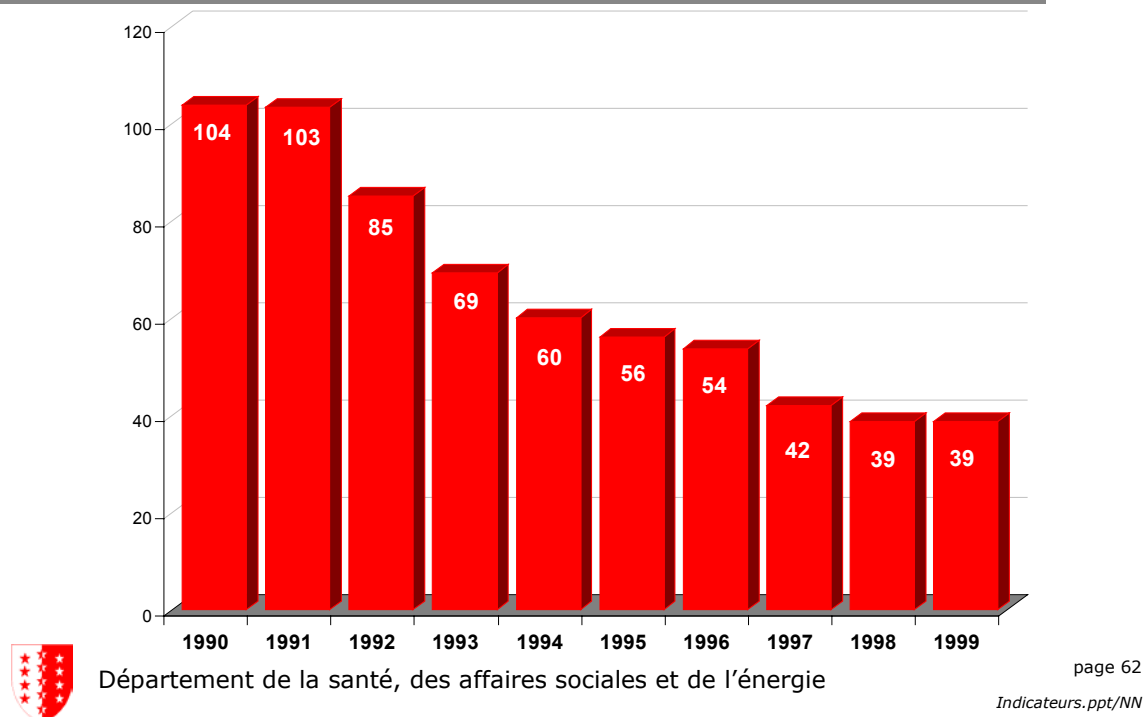
Indicateurs.ppt/NN

Graphique 26 : Soins chroniques: nombre de journées – Valais.

5.6.1.3 Evolution de la durée moyenne de séjour

Quant à la durée moyenne de séjour, sa réduction a été constante pendant la précédente décennie, puisque le nombre moyen de journées d'hospitalisation a passé de 104 jours en 1990 à 39 jours en 1998.

Gériatrie et réadaptation: Durée de séjour - Valais



Graphique 27: Soins chroniques : Durée de séjour – Valais. Source : SSP.

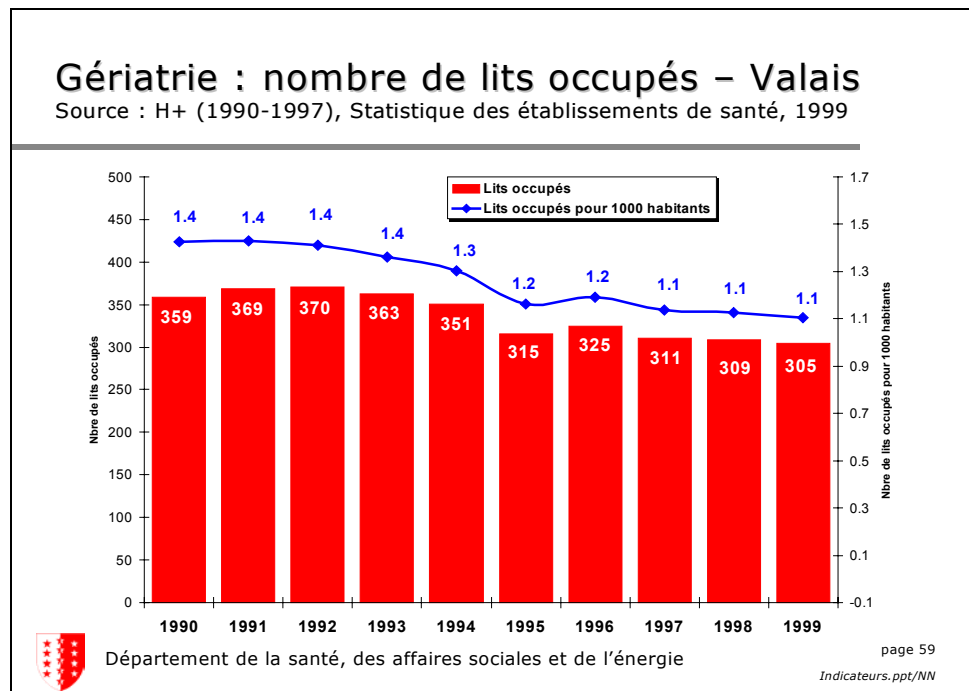
5.6.1.4 Evolution du nombre de lits occupés

L'évolution du nombre de lits occupés met en évidence une diminution considérable. Dès lors, il convient d'examiner l'opportunité de réviser la norme en lits pour les soins chroniques, qui avait été fixée en 1994 à 1.4 lits pour 1000 habitants de la population totale. Par la nomination de médecins gériatres dans les établissements gériatriques, des incitations avaient été mises en place pour dynamiser la prise en charge et pour raccourcir la durée moyenne de séjour des patients. Aujourd'hui, sur la base des lits occupés, la norme avoisine les 1.1 lits pour 1'000 habitants de la population totale. Le graphique indique en outre des projections jusqu'en l'an 2005, qui partent de l'hypothèse plausible selon laquelle cette norme pourra être fixée à moyen terme à 1.0 lits pour 1000 habitants, en raison de deux effets contraires qui semblent s'annuler réciproquement :

- ✓ les fins de séjours inadéquats en milieu hospitalier aigu sont dus pour une part importante (46%) à la non-utilisation du domaine subaigu, dont la non-utilisation du domaine gériatrique (avec 52%) représente une part importante. Il s'ensuit qu'un nombre important de patient traités aujourd'hui en milieu aigu devraient être pris en charge en gériatrie. Ce facteur va dans le sens d'une augmentation des capacités nécessaires pour la gériatrie ;

- ✓ Dans le secteur gériatrique, un certain nombre de patients sont aujourd'hui pris en charge alors qu'ils sont en attente d'un placement en EMS ou qu'ils peuvent le cas échéant retourner à domicile. Ainsi, un relevé effectué à l'hôpital de Sion (Gravelone) à la fin mai 2000 indique qu'un nombre important de patients (21) étaient en attente de placement en EMS. Dès lors, à l'inverse du précédent, cet effet va dans le sens d'une réduction des capacités nécessaires pour le domaine gériatrique.

Pris dans l'ensemble, les deux effets vont probablement s'annuler, si bien que la norme peut être fixée à moyen terme à 1.0 lits pour 1000 habitants de la population totale. La définition de cette norme devra être étudiée en fonction du nombre de journées inappropriées qui auront été constatées dans le cadre des revues d'hospitalisation des soins aigus.



Graphique 28: Gériatrie et réadaptation : Nombre de lits occupés – Valais.

5.6.1.5 Remarques conclusives

D'une part, la prise en charge gériatrique devient plus active avec pour corollaire un raccourcissement de la durée moyenne de séjour. D'autre part, un nombre important de patients pris en charge en établissement gériatrique sont en attente de placement dans un établissement médico-social. Au niveau du canton, sur la base de l'enquête du Service de la santé publique en été 2000 (selon les indications fournies par 30 EMS sur 40), 111 patients pris en charge en service hospitalier de gériatrie attendent une place en EMS. Il en résulte la nécessité d'adapter au niveau du canton la capacité globale d'accueil en lits d'EMS.

5.6.2 RESULTATS DE L'ENQUETE EFFECTUEE AUPRES DES PARTENAIRES

Deux types de résultats peuvent être mis en évidence:

- ✓ En ce qui concerne les défis posés par la rééducation gériatrique, plus de 43% les jugent importants alors que 45% les considèrent même comme très importants.

- ✓ S'agissant des soins palliatifs pour les personnes en fin de vie, 54% considèrent cet aspect de la prise en charge comme important, tandis qu'une part inférieure, à savoir quart des répondants (25%) y accordent une très grande importance.

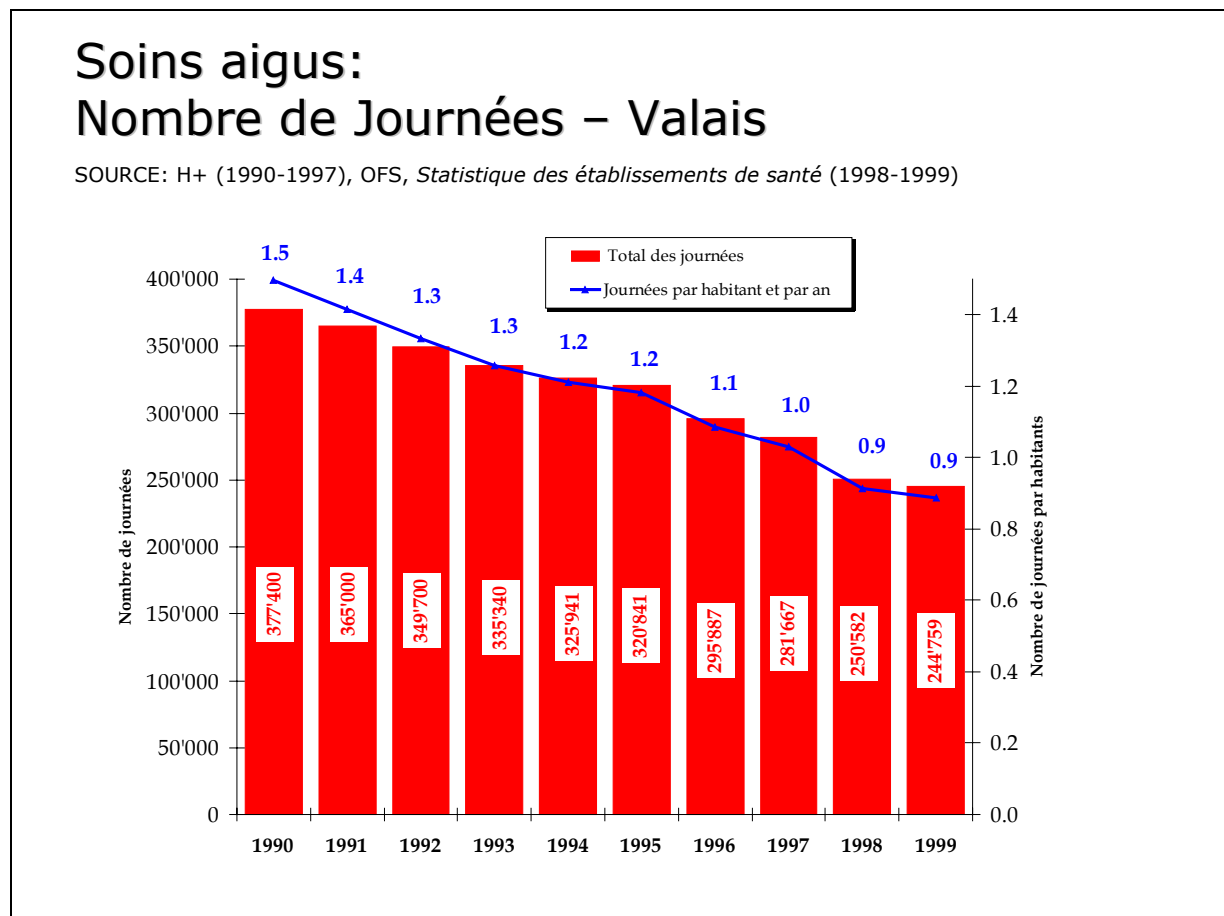
5.7 HOPITAUX DE SOINS AIGUS

5.7.1 ANALYSE DE L'ACTIVITE DANS LES HOPITAUX DE SOINS AIGUS

L'analyse de l'activité dans les hôpitaux de soins aigus, qui est effectuée sur la base de différents indicateurs, indique pour ces dernières années notamment une diminution importante des durées moyenne de séjour ainsi que du nombre global du nombre de sorties, comme l'indiquent les graphiques suivants :

5.7.1.1 Evolution du nombre de journées

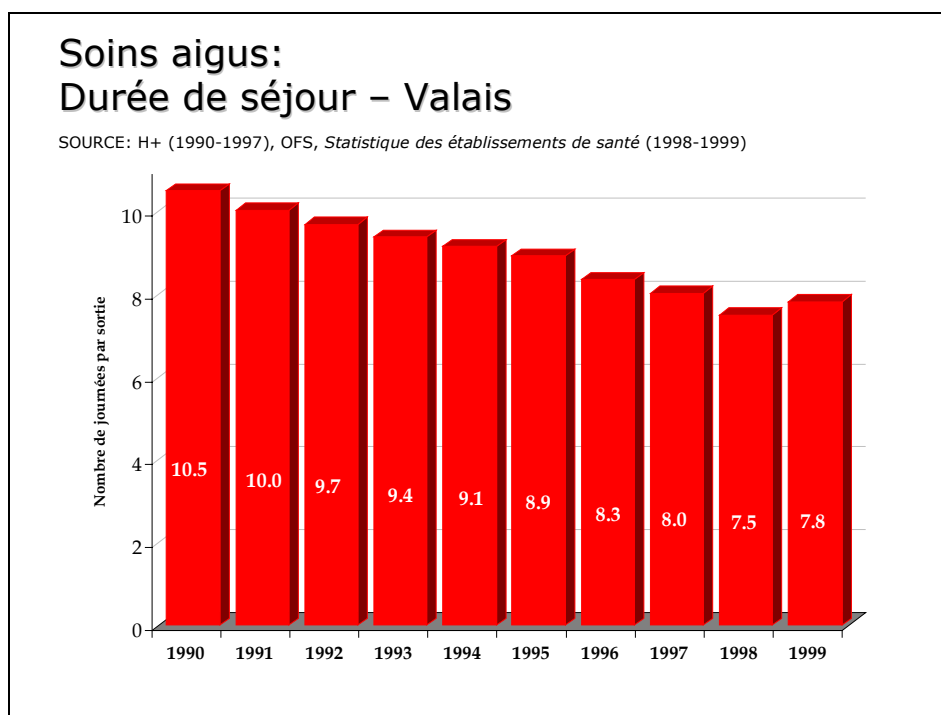
L'évolution du nombre de journées-malades marquée cette dernière décennie par des diminutions importantes comme illustre le graphique suivant :



Graphique 29: Soins aigus: nombre de sorties et taux d'hospitalisation – Valais

5.7.1.2 Evolution de la durée moyenne de séjour

La durée moyenne de séjour dans les hôpitaux valaisans de soins aigus a considérablement diminué ces dernières années (cf. le graphique suivant) :



Graphique 30: Soins aigus: durée de séjour – Valais.

La diminution de la durée moyenne de séjour engendre inévitablement un transfert d'activités de l'hospitalier vers le médico-social, dans la mesure où les patients qui quittent plus rapidement l'hôpital doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge en établissement médico-social ou par l'aide et les soins à domicile qui soit adaptée à leurs besoins. En cas de transfert des patients de l'hôpital vers le domicile, il en résulte une économie globale d'un point de vue des coûts de la santé. En effet, étant donné les coûts moindres d'une prise en charge à domicile par rapport à un séjour hospitalier, ce transfert d'activité n'entraîne pas de d'imputations de charges financières du canton vers les communes.

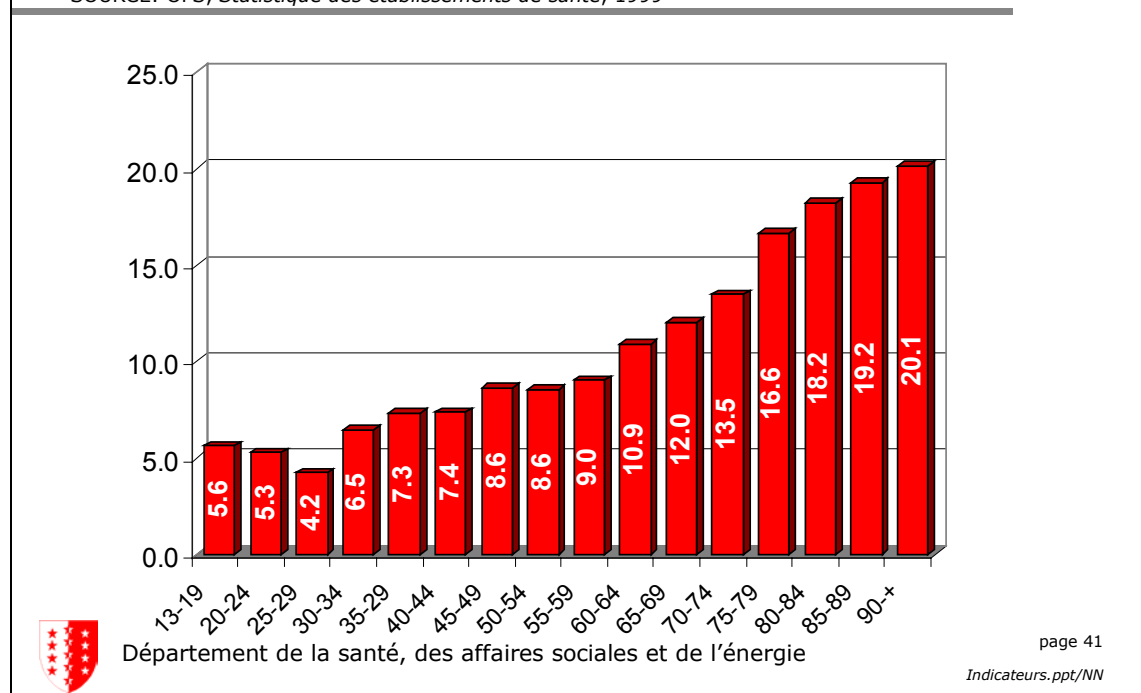
5.7.2 INDICATEURS D'ACTIVITE CONCERNANT LA POPULATION AGE

5.7.2.1 Durée de séjour par classe d'âge

Le graphique suivant illustre la durée de séjour par classe d'âge dans les hôpitaux de soins aigus valaisans. Les valeurs moyennes les plus élevées sont enregistrées pour les classes d'âge supérieures à 65 ans. On peut admettre que pour les classes d'âge les plus élevées le processus de rétablissement ou de guérison nécessite davantage de temps que pour les patients plus jeunes.

Soins aigus: Durée de séjour par classe d'âges

SOURCE: OFS, *Statistique des établissements de santé*, 1999



Graphique 31: *Durée de séjour par classe d'âges dans les hôpitaux de soins aigus.*

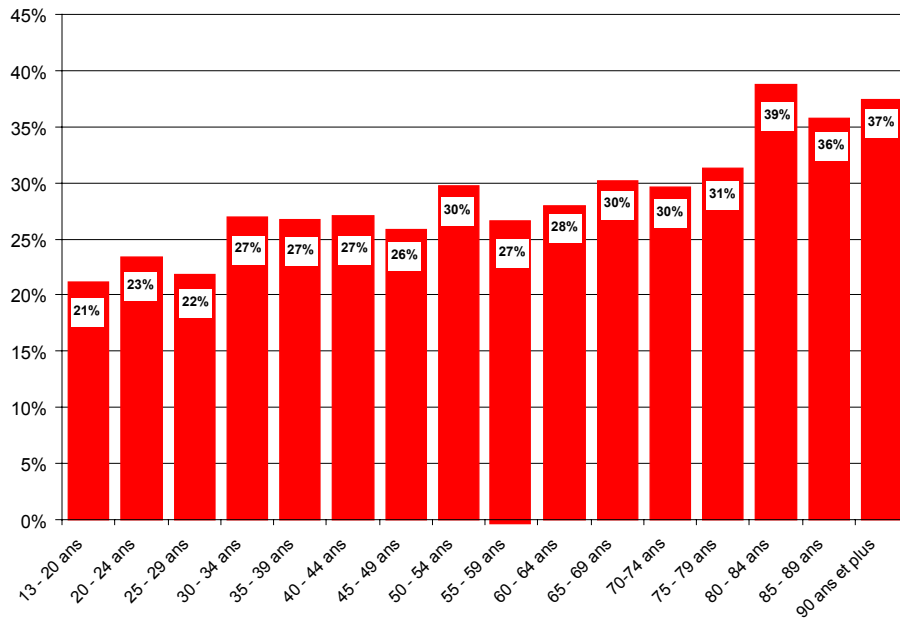
5.7.2.2 Proportion de journées dites « inappropriées » par classes d'âge dans les hôpitaux de soins aigus valaisans

La revue d'hospitalisation a été introduite dans certains hôpitaux valaisans à titre expérimental dès 1994, puis de manière généralisée dès 1997. Cette méthode constitue un instrument d'analyse qui permet de mesurer la pertinence des hospitalisations. Si aucun critère d'hospitalisation BIOMED n'est présent, la journée est déclarée inadéquate, à savoir en inadéquation avec les besoins. Par contre, un seul critère suffit pour valider la journée.

S'agissant du processus d'échantillonnage, la revue d'hospitalisation sélectionne un tiers des journées d'hospitalisation pour les prendre en considération dans le cadre de l'analyse.

La proportion de journées-malades inadéquates varie de manière significative en fonction des classes d'âge. Le graphique ci-dessous met en particulier en évidence le fait que le pourcentage de journées inadéquates est plus élevé pour la catégorie des patients âgés de plus de 80 ans.

Proportion de journées inadéquates par classe d'âges dans les hôpitaux de soins aigus

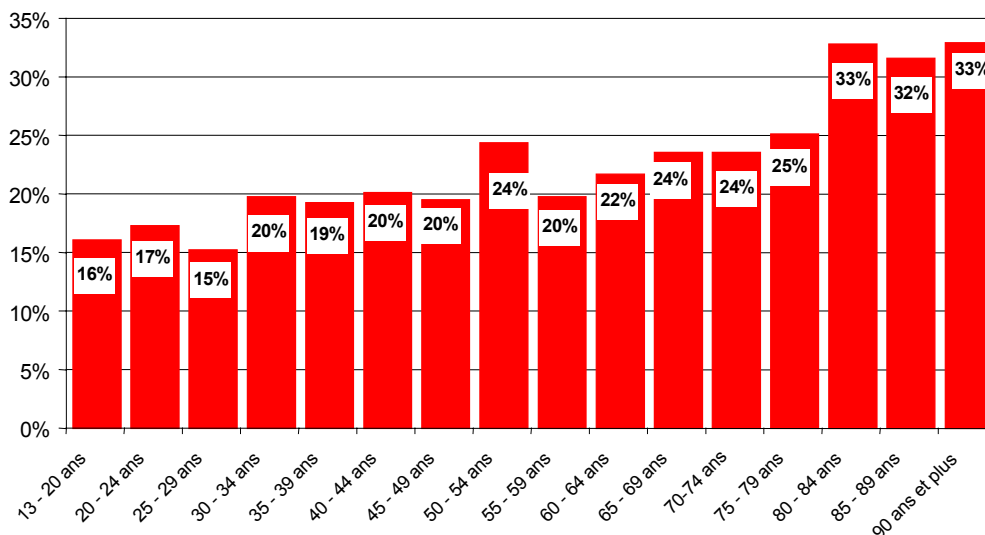


Graphique 32: Proportion de journées inappropriées par classe d'âge dans les hôpitaux de soins aigus. Source : Revue des hospitalisations, SSP.

5.7.3 PART DES JOURNÉES INADEQUATES EN FIN DE SEJOUR HOSPITALIER PAR CLASSE D'AGES DANS LES HOPITAUX VALAISANS DE SOINS AIGUS

Les données récoltées dans le cadre des revues d'hospitalisation 1998-1999 indiquent que la part des journées inadéquates en fin de séjour hospitalier est particulièrement élevée pour les personnes âgées.

Part des journées inadéquates en fin de séjour hospitalier par classe d'âges dans les hôpitaux de soins aigus



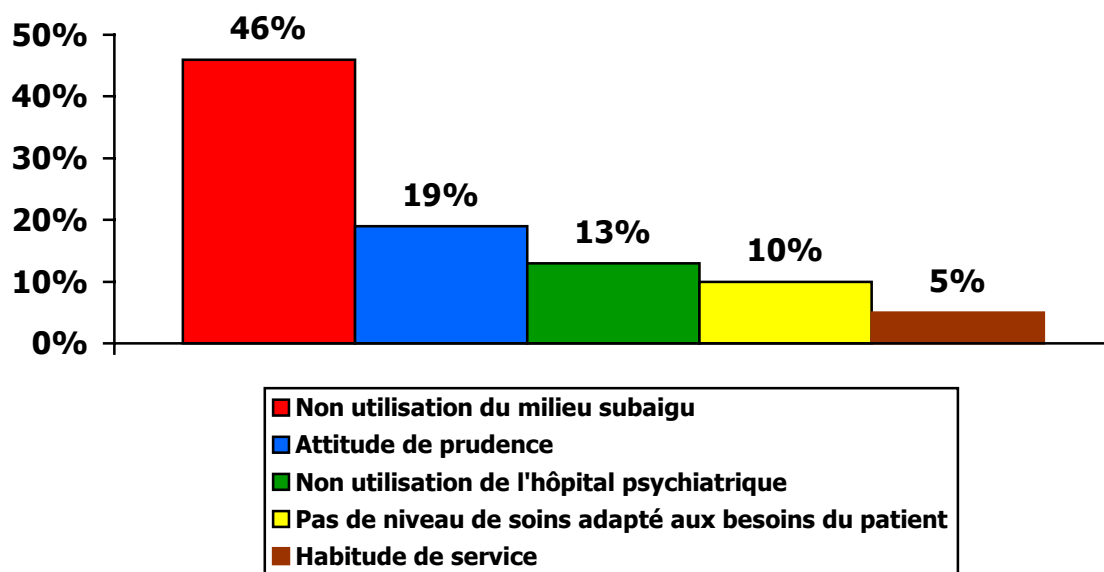
Graphique 33: Part des journées inadéquates en fin de séjour hospitalier par classe d'âges dans les hôpitaux de soins aigus. Source: Revue des hospitalisations, SSP.

Par conséquent, un nombre non négligeable de patients âgés qui sont aujourd'hui pris en charge dans les hôpitaux de soins aigus pourraient être pris en charge à un autre niveau du système sanitaire (établissement médico-social, Centre médico-social, institution spécialisée, établissement psychiatrique). Ce constat, qui doit être pris en considération dans le cadre de l'évaluation des besoins futurs, s'applique particulièrement aux fins de séjour.

Globalement, les jours inadéquats en fin d'hospitalisation représentent 78 % de la totalité des journées d'hospitalisation inadéquates. Cela représente 14'851 jours et si l'on admet comme normal un taux d'occupation de l'ordre de 85 % à 90 %, cela représente 49 lits hospitaliers sur un an.

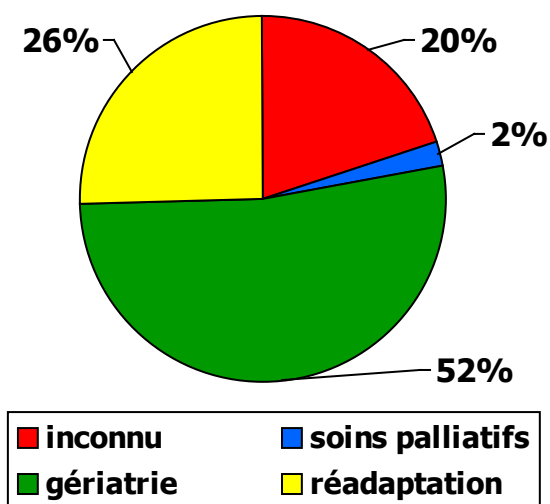
Les 5 causes principales des jours suivants inadéquats dans le cadre d'une hospitalisation appropriée sont présentées dans le graphique ci-dessous. Ces 5 causes concernent environ 93 % des jours inadéquats dans ce type de cause.

LES 5 CAUSES PRINCIPALES DES JOURNEES INADEQUATES EN FIN DE SEJOUR HOSPITALIER



La principale cause des journées inadéquates en fin de séjours est attribuable à la non utilisation du milieu subaigu. Cette cause BIOMED n'étant pas détaillée, le canton du Valais a complété le programme de saisie Hippocrate afin d'en connaître le détail. Ce détail n'était pas disponible lors de la première revue, le graphique de la page suivante se base donc sur les revues 2 à 5 pour montrer la répartition des secteurs concernés par la non utilisation du milieu subaigu. Il convient de relever qu'il reste encore 20 % de journées qui n'ont pas été détaillées.

**Représentation détaillée de la cause
liée à la non-utilisation du secteur subaigu
(46% des journées inadéquates en fin de séjour hospitalier)**



Graphique 34.: Représentation détaillée de la cause des journées inadéquates en fin de séjour hospitalier liée à la non-utilisation du secteur subaigu.

Le graphique ci-dessus démontre qu'un nombre important de patients âgés pris en charge actuellement en milieu aigu, pourraient être traités à l'avenir en fin de séjour dans un établissement gériatrique ou encore pour une moindre part dans un établissement de réadaptation.

5.8 CREATION DE CENTRES DE CONSULTATION PSYCHIATRIQUE AMBULATOIRE PAR REGION

5.8.1 GENERALITES SUR LES DEVELOPPEMENTS FUTURS

Considérant les besoins en prestations de psychiatrie de liaison qui se manifestent aujourd'hui dans une mesure importante dans le cadre de la prise en charge en établissement médico-social ainsi que par les Centres médico-sociaux, il convient d'envisager la mise en place de services ambulatoires de psychiatrie de liaison destinés à ces institutions.

Dans la mesure où il s'agit d'éviter la mise en place de nouvelles structures, ces services de psychiatrie ambulatoire de liaison doivent être rattachés dans les trois régions du canton à des institutions ou établissements existants, par exemple les institutions psychiatriques ou encore les unités psychogériatriques décentralisées.

Ces centres de consultation psychiatriques ambulatoires devraient permettre d'assurer une formation continue du personnel des EMS ainsi que des CMS et de garantir par là même une meilleure qualité des prestations ainsi que d'améliorer la coordination entre les secteurs stationnaires, semi-stationnaires et ambulatoires. Le renforcement de la psychiatrie de liaison à des fins de prévention contribuera en outre à réduire le nombre d'admissions à l'hôpital.

Enfin, il convient de mentionner que le concept cantonal de psychiatrie se trouve actuellement encore en phase d'élaboration.

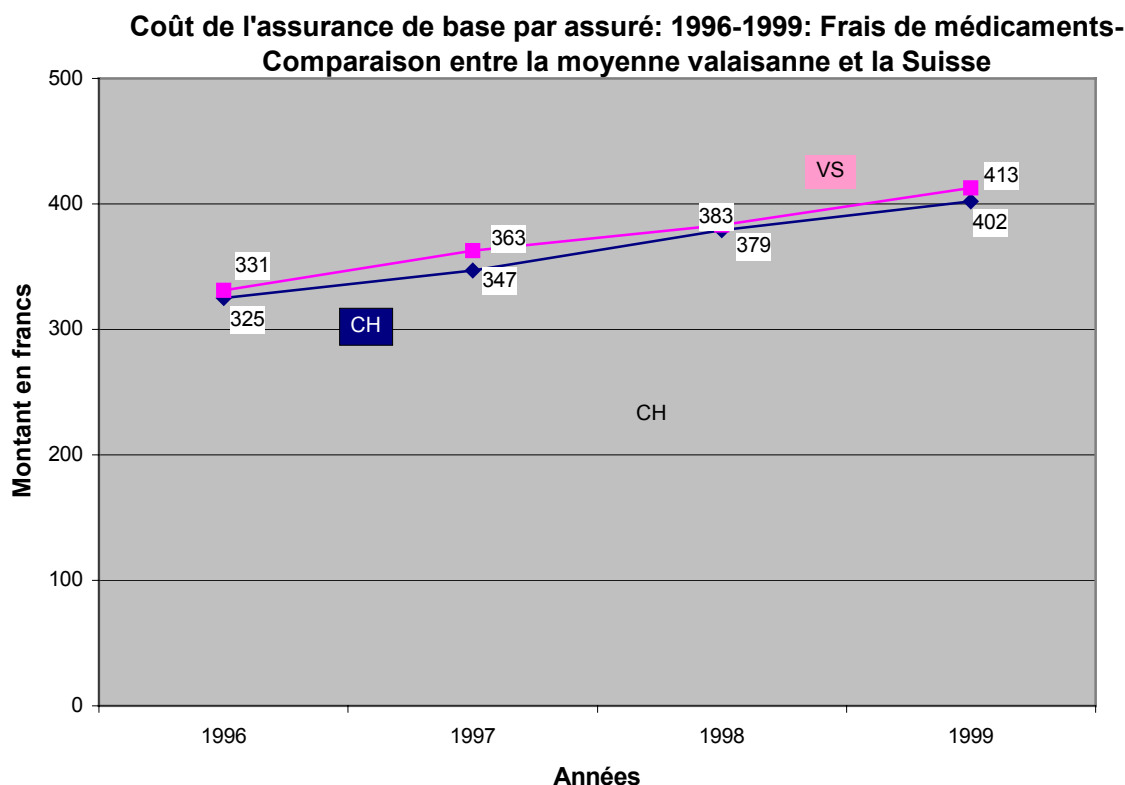
5.8.2 RESULTATS DE L'ENQUETE EFFECTUEE AUPRES DES PARTENAIRES

La nécessité de renforcer les prestations de psychiatrie de liaison est également corroborée par les résultats de l'enquête effectuée auprès des partenaires. En effet, 38% des répondants estiment que ces prestations doivent être développées de manière importante, alors que 27% est d'avis que cette nécessité est donnée dans une certaine mesure.

5.9 CONSOMMATION DES MEDICAMENTS

Selon les données de l'Enquête Suisse sur la Santé (1997), la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans qui prennent des médicaments est assez élevée, en particulier les somnifères et tranquillisants (15.5% des hommes et 21.5% des femmes).

Le graphique suivant illustre l'évolution des frais de médicaments par assuré de 1996 à 1998. Une augmentation considérable est à signaler dans ce domaine. Plusieurs causes peuvent expliquer ce phénomène et notamment une prescription plus importante de médicaments par les médecins.



Graphique 35: Coût de l'assurance de base par assuré : 1996-1999 : Frais de médicaments – comparaison entre la moyenne valaisanne et la Suisse

On constate que dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, les coûts par assuré pour les frais de médicaments se situent en Valais légèrement au-dessus de la moyenne helvétique. Les coûts totaux par assuré dans notre canton, par contre, sont légèrement inférieurs à la moyenne suisse.

5.10 PREVENTION

Dans le contexte de la prise en charge des personnes âgées, la prévention et la promotion de la santé jouent un rôle primordial afin d'augmenter la qualité de vie de la personne âgée, de maintenir l'autonomie, afin de diminuer le recours aux aides et aux services de soins et en fin de compte afin d'éviter ou de différer des placements en milieu institutionnel. La prévention et la promotion de la santé touchent autant aux aspects sanitaires (prévention des maladies, prévention accidents), sociaux (prévention de l'isolement) que structurels et organisationnels des lieux de vie : l'appartement, le quartier, la commune, l'établissement médico-social.

5.10.1 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, et plus précisément :

a) Au niveau individuel des personnes âgées :

- ✓ L'institution Pro Senectute offre des services de conseil ainsi que des activités destinées à **prévenir l'isolement et la solitude des personnes âgées**, or, il existe un lien étroit entre l'état de santé des personnes âgées et leurs relations sociales;
- ✓ Des **campagnes de vaccination contre la grippe** ont été réalisées qui concernent plus particulièrement les personnes âgées de plus de 65 ans;
- ✓ les établissements médico-sociaux réalisent des programmes visant à **améliorer la nutrition** (alimentation et boissons);
- ✓ Les **ligues de santé** (rhumatisme, maladies pulmonaires, toxicomanies) organisent des activités plus pointues de prévention pour une population souffrant d'affections spécifiques ;

b) Au niveau des structures :

- ✓ Les **nouvelles formes de prise en charge** (appartements intégrés avec encadrement médico-social) ainsi que les structures intermédiaires (unités d'accueil temporaires) peuvent avoir un rôle préventif dans la mesure où elles soutiennent une prise en charge à domicile des patients;
- ✓ Le **service des urgences médico-sociales** mis en place dans la région sanitaire de Sion permet de prévenir la solitude des patients âgés ainsi que de garantir leur prise en charge temporaire en cas de problème aigu dans le cadre du système sanitaire ;
- ✓ Les actions entreprises dans le **domaine de l'hygiène hospitalière sont étendues aux EMS** avec pour objectif de réduire le nombre d'infections auprès des résidents.

- ✓ La **désignation des médecins-répondants dans les EMS** permet notamment d'agir à titre préventif sur l'état de santé des patients.

c) Au niveau de l'entourage :

- ✓ Les Centres médico-sociaux du Haut-Valais ont mis en route un projet de prévention destiné à favoriser le **soutien des proches** qui recueillent une personne âgée dépendante à domicile ;
- ✓ Les Centres médico-sociaux du Valais Romand préparent un projet destiné à soutenir la **motivation du personnel** et à **prévenir le burn-out**.

5.10.2 SITUATION FUTURE

En ce qui concerne les activités futures à développer dans le domaine de la prévention, il convient de relever l'importance d'agir non seulement au niveau individuel ou communautaire, mais au niveau des structures et des institutions sanitaires. De plus, les actions doivent être entreprises en équipe pluridisciplinaire et selon une approche participative.

5.10.2.1 Niveau des actions

a) Actions au niveau personnel/individuel ou communautaire

L'objectif est notamment :

- de renforcer les connaissances et les compétences des personnes âgées à agir pour leur santé ;
- d'assurer une formation continue ou une supervision adaptée du personnel de la personne âgée pour assurer des tâches ciblées.

b) Actions au niveau des structures

L'objectif doit être de mettre en place les structures nécessaires afin d'assurer aux personnes âgées un cadre de vie favorisant des conditions optimales en matière

- d'alimentation
- de mobilité
- de sécurité dans le trafic et dans les habitations

- de contacts sociaux
- de prévention de la violence.
- de prévention d'éléments nocifs environnementaux (bruits, fumée passive)

c) **Actions au niveau des institutions et organisations**

L'action au niveau des institutions se réfère aux éléments suivants :

- 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;
- Développer des concepts de sécurité au travail et de protection de la santé pour les établissements et institutions sanitaires
- Développer un système d'information permettant, à l'aide d'une série d'indicateurs, de suivre l'évolution de la santé de la personne âgée et la qualité des prestations fournies.

5.10.2.2 Programmes à réaliser

Le rapport sur l'état de la santé de la population valaisanne porte également sur la population âgée de notre canton. Un chapitre distinct de ce document est d'ailleurs dédié à ce thème. Référence est faite ci-après aux recommandations de l'étude qui concernent plus spécifiquement la personne âgée. Un éventail des activités destinées à cette catégorie de la population est contenu dans le concept de promotion de la santé et de prévention actuellement en cours d'élaboration.

A l'avenir, il convient dans tous les cas de poursuivre les activités et projets déjà réalisées aujourd'hui, mais en insistant sur certains aspects et plus précisément :

a) Au niveau individuel de la personne âgée :

- ✓ Les activités de Pro Senectute destinées à prévenir l'isolement social doivent être renforcées, l'accent est à mettre à la fois sur **les activités sportives et culturelles au sens large** (y compris l'utilisation d'Internet). En outre, **les liens intergénérationnels sont à favoriser** de manière à créer des contacts pour les personnes âgées en dehors de leur propre famille.

- ✓ Les programmes de vaccination contre la grippe auprès de la population de plus de 65 ans doivent être poursuivis ;
- ✓ Les programmes des CMS en faveur du **soutien à la fois du personnel des Centres et des proches des patients** sont à développer et à généraliser dans toutes les régions
- ✓ 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). Conformément aux résultats de l'étude sur l'état de santé de la population valaisanne 1997, 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).

b) Au niveau de la structure

- ✓ Les programmes mis en place par les établissements médico-sociaux **visant à une alimentation équilibrée** doivent être poursuivis.
- ✓ L'application des **directives du Département de la santé sur la prise en charge pharmaceutique dans les EMS** permettra d'accroître la qualité et la sécurité de la thérapie médicamenteuse dans les EMS ;
- ✓ Un **engagement de davantage de personnel dans les EMS** peut contribuer à **prévenir l'émergence de violence** dans ces institutions
- ✓ Dans les établissements médico-sociaux, des programmes d'action dans la perspective de la **prévention des chutes** sont à développer.

c) Au niveau organisationnel

- ✓ De manière plus générale, les EMS devraient inscrire dans leur vision et statuts la **mission de promotion de la santé dans l'entreprise** pour toutes les personnes résidant et travaillant 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, 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.

La commission cantonale de promotion de la santé devra examiner les priorités à fixer en matière de prévention et de promotion de la santé sur la base du rapport sur l'état de santé de la population valaisanne, qui se fonde sur les résultats de l'enquête suisse sur la santé ainsi que sur les statistiques sanitaires disponibles pour le canton.

En conclusion et de manière générale, les programmes de prévention et de promotion de la santé réalisés à l'avenir doivent contribuer à faire émerger la nouvelle philosophie, définie dans la charte d'Ottawa, à savoir celle de responsabiliser la personne âgée de renforcer ses ressources et de l'inciter à adopter un comportement favorable à sa santé. Enfin, il s'agit de proposer à la personne âgée un cadre de vie lui permettant de garder son autonomie et d'accroître sa qualité de vie.

5.10.3 RESULTATS DE LA PROCEDURE DE CONSULTATION

Sur la base des résultats de la procédure de consultation, les priorités importantes en matière de prestations de prévention se situent au niveau de la prévention des abus médicamenteux (assez important : 48.38%; très important : 28.25%) ainsi que de la prévention de l'isolement social (assez important : 23.75%, très important : 65.71%).

5.11 RESEAUX REGIONAUX DE SANTE

5.11.1 RESULTATS DE LA PROCEDURE DE CONSULTATION AUPRES DES INSTITUTIONS

Les réponses à l'enquête menée auprès des différents partenaires de la santé démontrent la nécessité de renforcer la coordination entre les institutions et établissements. En effet, seul 12.75% des répondants estiment que la coordination entre les fournisseurs de prestations est satisfaisante, alors que près de la moitié (plus de 43%) sont d'avis que la coordination est plutôt, voire totalement insatisfaisante.

S'agissant en outre de la transmission des informations à la sortie de l'hôpital, seul 20% des répondants se déclarent totalement satisfaits, alors que 59% sont satisfaits dans une certaine mesure et que 14.63% sont même pas du tout satisfaits.

Dès lors, ces résultats même succincts mettent en évidence le fait que la coordination entre les fournisseurs de prestations mérite d'être améliorée.

5.11.2 CREATION D'INSTANCES DE COORDINATION REGIONALE

Dès lors, la proposition est émise de créer dans chacune des six régions sanitaires une instance de coordination régionale placée sous la responsabilité de la commission régionale de santé. Ces instances de coordination, qui doivent être placées sous la responsabilité des Centres médico-sociaux régionaux viseront notamment à atteindre les objectifs suivants :

- ✓ identifier et connaître **les flux de patients** internes à chaque région;
- ✓ favoriser la mise en place d'une **politique régionale commune** en matière de transfert;
- ✓ favoriser la **continuité des soins**;
- ✓ apporter un appui aux établissements hospitaliers en vue de réduire les journées inadéquates selon la **revue des hospitalisations**.

Ces instances de coordination régionale sont particulièrement destinées aux personnes âgées qui recourent aux prestations du système sanitaire et qui ne sont plus en mesure d'organiser par elles-même l'encadrement nécessaire.

Au niveau de la dotation en personnel, l'instance de coordination régionale doit pouvoir disposer d'une infirmière de liaison qui visite les différents services hospitaliers de manière à favoriser le suivi des situations et à faciliter les transferts des patients vers la structure la plus adaptée à leurs besoins.

De plus, l'instance de coordination permet de mettre en place des colloques réguliers en vue d'évaluer la situation des patients. Enfin, cette structure à mettre en place au niveau des six régions permet de collecter et de centraliser les informations en provenance du réseau.

Les avantages d'une telle structure sont multiples :

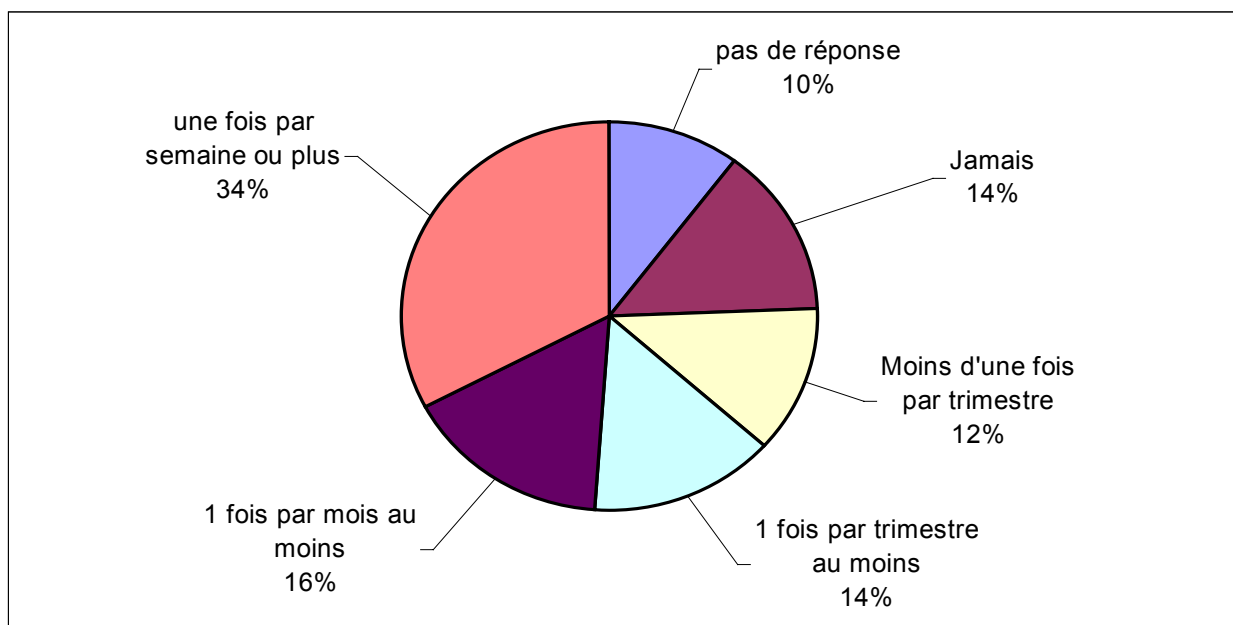
- ✓ la réduction de la durée de séjour dans les hôpitaux avec le transfert des activités vers le médico-social qu'il implique rend nécessaire une plus grande coordination, afin de garantir le suivi des patients;
- ✓ les partenaires sont incités à adopter une politique commune en matière de prise en charge des patients au sein du réseau;
- ✓ En associant le patient et ses proches ainsi que le médecin traitant aux options retenues de prise en charge au sein du réseau, l'instance de coordination permet de rassurer le patient ainsi que son entourage.

Au besoin, cette instance de coordination régionale pourrait recourir aux services d'un médecin-conseil à temps partiel.

S'agissant du financement des activités des commissions régionales de santé par le canton, il convient de distinguer entre deux situations :

- ✓ Lors de la mise en route d'un projet agréé par le Département, le canton participe financièrement aux projets-pilotes à raison de 100% des frais retenus.
- ✓ S'agissant de la mise en place d'une structure définitive dans une région, le taux de participation financière de l'Etat est en général inférieur à 100% et s'élève à 75%. Cette manière de procéder incite les différents fournisseurs de prestations et les autorités des régions à s'impliquer dans le projet.

A la question « A quelle fréquence, en moyenne, êtes-vous contacté par un autre type d'institution, pour assurer le suivi d'un traitement ou de soins à des patients ? », les



institutions consultées répondent de la manière suivante:

5.12 PENURIE EN PERSONNEL SOIGNANT

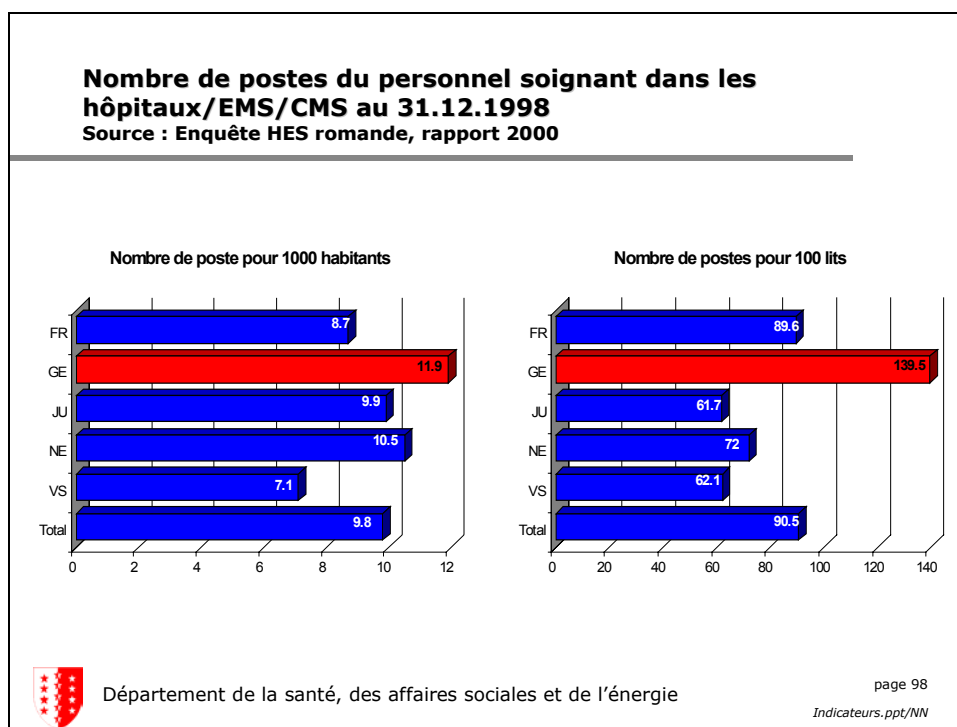
5.12.1 ETUDE SUR LE POSITIONNEMENT DE L'EVSI DANS LE CADRE DE LA FUTURE HES SOCIAL/SANTE ROMANDE

A l'initiative conjointe du Service de la santé publique et de celui de l'action sociale, une commission a été constituée, chargée du positionnement de l'EVSI dans le cadre de la future HES santé-sociale romande. Cette commission, composée à la fois de collaborateurs de l'Administration cantonale et d'experts extérieurs, a établi le constat suivant :

« Au cours des 10 dernières années, l'activité des institutions sanitaires a évolué de manière très différenciée. On constate une forte augmentation des journées dans les EMS et des prestations à domicile dans les CMS. Les journées dans les établissements hospitaliers ont par contre fortement diminué. Il convient de préciser que le nombre de cas est resté plutôt stable. La diminution est surtout le résultat de la durée de séjour».

Ce transfert de la prise en charge des hôpitaux vers les établissements médico-sociaux, les établissements de réadaptation ainsi que vers les soins à domicile se répercute également sur les besoins en personnel formé.

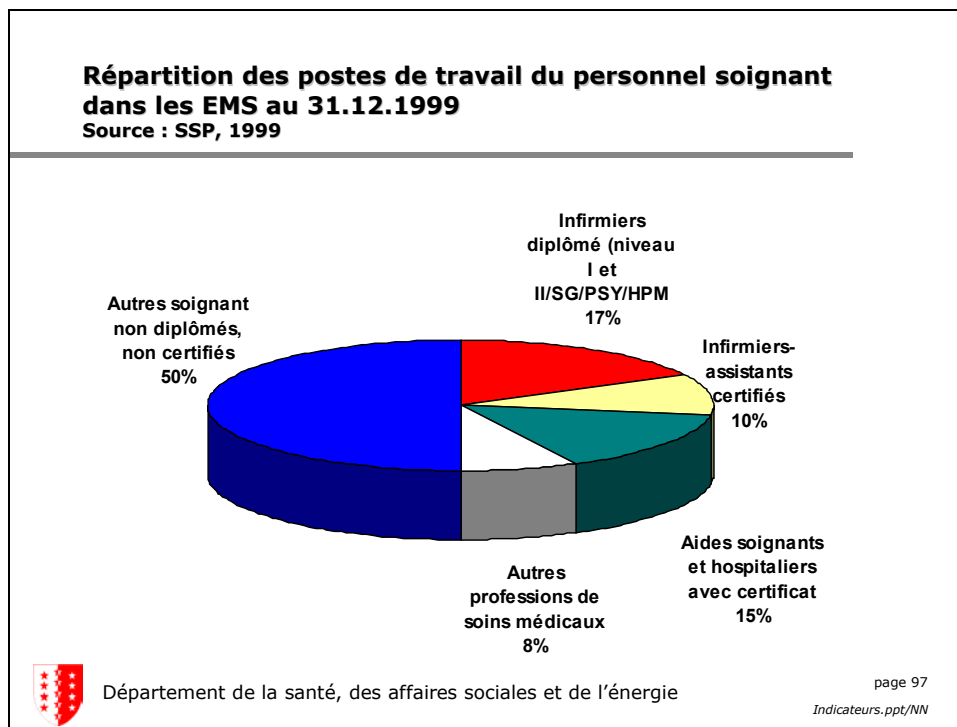
Globalement, le canton du Valais dispose d'une densité en personnel soignant moins élevée que les autres cantons romands, notamment pour les professions d'infirmière diplômée, de sage femme et d'aide soignante. Le graphique suivant établit une comparaison intercantonale en ce qui concerne la dotation en personnel soignant.



Graphique 36: Nombre de postes de personnel soignant dans les établissements sanitaires.

Les besoins se situent notamment au niveau des hôpitaux, des EMS (avec 49.5 % de personnel non diplômé, non certifié) et des CMS.

Le graphique ci-dessous démontre un fait préoccupant, à savoir que la part de personnel soignant non formé dans les EMS avoisine les 50%.



Graphique 37: EMS: Répartition des postes de travail personnel soignant 1999.

Avec le vieillissement de la population les besoins en personnel soignant en particulier vont considérablement augmenter à l'avenir.

En termes de besoins de formation, les formations d'assistance de niveau certificat ou CFC sont à développer, afin de réduire progressivement le taux de personnel non formé des institutions, en particulier des établissements médico-sociaux.

5.12.2 BESOINS FUTURS EN FORMATION DE PERSONNEL SOIGNANT

Un chapitre précédent a mis en évidence un certain nombre de lacunes pour la prise en charge des personnes âgées, notamment en ce qui concerne la pénurie en personnel soignant dans les institutions sanitaires.

Afin de résoudre les difficultés posées, les solutions suivantes sont à envisager :

- ✓ le canton envisage, dès la rentrée 2001, d'organiser en un tronc commun, les formations **d'aide familiale, de gestionnaire en économie familiale et d'aide soignante** de niveau Certificat Fédéral de Capacité qui reste à créer. Ce projet a déjà reçu le préavis positif de la Conférence des Directeurs des Affaires Sanitaires (CDS) et de l'Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie. La coordination de ces formations facilitera **la mobilité professionnelle**, offrira des opportunités de formation aux jeunes et mettra à disposition de l'ensemble des institutions sanitaires valaisannes une palette de professionnels dont elles ont un

grand besoin. Les besoins sont particulièrement importants pour les établissements médico-sociaux dont plus de la moitié du personnel soignant ne bénéficie d'aucune formation certifiée.

- ✓ L'offre en formation, en ce qui concerne les Centres médico-sociaux et les établissements médico-sociaux, doit être en adéquation avec les besoins. Ainsi, le personnel soignant de qualification de qualification intermédiaire peut notamment contribuer à couvrir les besoins.

- ✓ il s'agit de favoriser **la réinsertion professionnelle de femmes au foyer** déjà au bénéfice d'une formation en soins infirmiers. A cette fin, à l'initiative du canton et en collaboration avec l'Ecole Valaisanne des Soins Infirmiers et l'Association suisse des Infirmiers (ASI), des cours sont à proposer aux personnes intéressées. Le financement de ces cours doit être également assuré.

- ✓ **l'offre en formations doit être encore développée**, notamment dans le domaine de la gériatrie, qui porte plus spécifiquement sur la personne âgée. Dans ce contexte, la formation post-diplôme en gériatrie et gériatrie-psychiatrie est à encourager.

- ✓ **la formation continue** du personnel soignant doit être encouragée;

- ✓ afin que la population perçoive de manière positive des professions soignantes, l'Ecole Valaisanne de Soins Infirmiers (EVSI) devrait par exemple entreprendre des **actions de promotion de cette profession**. A cette fin, l'EVSI pourrait élaborer un document de base.

- ✓ Enfin, la possibilité existe de recourir à court terme à du **personnel soignant d'origine étrangère**. Cette solution peut être intéressante à brève échéance, bien que les moyens indigènes à disposition doivent d'abord être mis à profit. De plus, le recrutement de personnel qualifié en provenance de l'étranger peut occasionner dans certains cas des difficultés de compréhension d'ordre linguistique ou culturel avec les résidents des EMS. Afin de garantir les meilleures chances à cette démarche, les établissements médico-sociaux pourraient recruter du personnel soignant à l'étranger en commun, en priorité en Allemagne et dans les pays francophones.

Selon les résultats de la procédure de consultation, les mesures à envisager pour augmenter l'attractivité des postes de personnel soignant se situent à la fois au niveau des formations spécialisées, de l'aménagement des horaires de travail ainsi que de l'amélioration des conditions de travail et salariales (64% jugent ce dernier aspect comme très important). La reconnaissance sociale du travail accompli en soins doit être également mise en évidence.

6. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS A L'INTENTION DU CONSEIL D'ETAT

Les conditions-cadre prévalant d'un point de vue démographique mettent en évidence un vieillissement marqué de la population, alors que l'évolution du système de santé indique un transfert d'activités du domaine hospitalier vers le domaine médico-social (établissements médico-sociaux et Centres médico-sociaux). Dès lors, sur la base de ces constatations, le Département de la Santé, des Affaires Sociales et de l'Energie adresse les recommandations suivantes à l'intention du Conseil d'Etat :

1. de prendre connaissance du rapport du Département de la Santé, des affaires sociales et de l'énergie de mai 2001 et d'en approuver les conclusions et recommandations.

Centres médico-sociaux régionaux

2. de fixer pour les Centres médico-sociaux régionaux en fonction de la population desservie les normes minimales de dotation en personnel suivantes:

A) 1 infirmier (infirmière) pour	1'700	habitants
B) 1 assistant social pour	5'500	habitants
C) 1 aide familiale pour	2'500	habitants
D) 1 administratif pour	10'000	habitants

3. de retenir les normes minimales de dotation en personnel précitées en tant que conditions de subventionnement au sens de l'article 97 de la loi cantonale sur la santé du 9 février 1996.

4. d'arrêter la mise en vigueur progressive des normes minimales de dotation en personnel précitées selon le calendrier suivant:

Année	2002	2004	2005
Pourcentage de dotation en personnel supplémentaire	35%	70%	100%

Etablissements médico-sociaux pour personnes âgées

5. de procéder à l'adaptation des capacités d'accueil des établissements médico-sociaux selon les modalités et le calendrier suivants:

a) Première phase de la planification

Une adaptation de la capacité d'accueil des établissements médico-sociaux est effectuée avec la création de 200 nouveaux lits. La répartition des nouveaux lits devra tenir compte des besoins différenciés par région, et plus précisément:

Haut-Valais

100 lits (dans la région sanitaire de Brigue)

Valais Central

70 lits

Bas-Valais

30 lits

b) 2ème phase de la planification (après achèvement de la 1ère phase)

La répartition des nouveaux lits ainsi que la reconnaissance des lits d'établissements médico-sociaux exploités aujourd'hui 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.

6. de charger le Département de la Santé, des Affaires Sociales et de l'Energie de procéder à la révision des directives pour l'obtention d'une autorisation d'exploiter un établissement médico-social comme il suit:
 - la norme minimale d'effectif pour le domaine des soins est fixée à 0.6 postes en personnel soignant par lit autorisé.
 - les autres institutions de soins pour personnes âgées sont soumises aux mêmes conditions pour l'obtention d'une autorisation que les établissements médico-sociaux.

7. de charger le Département de la Santé, des Affaires Sociales et de l'Energie d'effectuer d'ici 2005 à nouveau une analyse des besoins et une évaluation des mesures prises dans les domaines de l'aide et des soins à domicile, des établissements médico-sociaux ainsi que de la coordination entre les fournisseurs de prestations.
8. de charger le Département de la Santé, des Affaires Sociales et de l'Energie de créer, en collaboration avec les partenaires concernés et après une évaluation des besoins dans toutes les régions sanitaires, des unités de lits d'attente dans les six hôpitaux valaisans de soins aigus.
9. d'encourager les établissements médico-sociaux pour personnes âgées de mettre à disposition des unités d'accueil temporaire, à savoir 1 à 2 lits par établissement, afin de décharger au besoin les familles recueillant une personne âgée dépendante.

Coordination entre les fournisseurs de prestations

10. de créer, dans le cadre des commissions régionales de santé, des instances de coordination régionales afin de garantir la continuité des traitements et des soins ainsi que le placement adéquat des patients.
11. de créer des centres régionaux de consultation de psychiatrie de liaison. Ces centres régionaux de consultation, qui sont organisés dans le cadre des institutions psychiatriques existantes (Institutions psychiatriques du Valais Romand ainsi que le Centre Psychiatrique du Haut-Valais) assurent la formation en psychiatrie du personnel des institutions concernées ainsi que la coordination entre les domaines stationnaires, semi-stationnaire et ambulatoire.
12. de mettre l'offre en formation dans le domaine des Centres médico-sociaux et des établissements-médico-sociaux en adéquation avec les besoins. Ainsi, le personnel soignant de qualification intermédiaire peut notamment contribuer à couvrir les besoins.
13. de charger le Département de la Santé, des Affaires Sociales et de l'Energie des modalités d'application de la présente décision.

7. ANNEXES

7.1 DIRECTIVES DU DEPARTEMENT DE LA SANTE, DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'ENERGIE

D'un point de vue de la surveillance des établissements et institutions sanitaires, le Département a édicté diverses directives :

Directives du 20 avril 1998

Suite à l'entrée en vigueur de l'ordonnance sur les autorisations d'exploiter un établissement ou une institution sanitaire, le Département a défini, par voie de directives du 20 avril 1998, les conditions à remplir par les établissements médico-sociaux pour personnes âgées en vue de l'obtention d'une autorisation d'exploiter. Ces conditions portent en particulier sur une définition des responsabilités et des exigences en matière de formation, sur la prise en charge médicale, le nombre et la qualification du personnel et enfin, sur les équipements et locaux propres à garantir l'hygiène, la qualité et la sécurité.

Sur la base des inspections effectuées par le Service de la santé publique en été 1998 dans l'ensemble des établissements médico-sociaux du canton, le Département a pu procéder au renouvellement des autorisations d'exploiter délivrées aux établissements médico-sociaux valaisans, publics et privés.

Directives du 27 octobre 1998

Les directives du Département du 27 octobre 1998 définissent les critères à remplir par les autres institutions de soins pour personnes âgées en vue de l'obtention d'une autorisation d'exploiter.

A ce jour, quatre institutions de soins pour personnes âgées ont été reconnues d'intérêt public et mises au bénéfice de subventions cantonales, à savoir celles de Visperterminen, Mörel, Guttet et de Loèche-les-Bains.

Directives du 1^{er} mars 2000

Les directives du Département du 1er mars 2000 définissent, d'après le droit cantonal, les critères à remplir par les organisations de soins à domicile en vue de leur admission à pratiquer à charge de l'assurance maladie obligatoire des soins. Ces directives revêtent une importance particulière pour les organisations de soins à domicile autres que les Centres médico-sociaux.

8. BIBLIOGRAPHIE

- Loi cantonale sur la santé du 9 février 1996 et ses ordonnances d'application, Sion ;
- Directives du Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie concernant les conditions à remplir par les établissements médico-sociaux en vue de l'obtention d'une autorisation d'exploiter du 20 avril 1998 ;
- Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie du canton du Valais : « Concept valaisan des établissements médico-sociaux et des autres institutions de soins pour personnes âgées », février 1999 ;
- Office fédéral de la statistique, Statistiques des établissements non hospitaliers, 1998-1999 ;
- Office fédéral de la statistique, Perspectives démographiques pour le canton du Valais, 1996
- Service de la santé publique, Statistiques des établissements médico-sociaux, 1997-1998-1999-2000 ;
- BESA Système de classification des pensionnaires et calculation des coûts des soins et d'assistance, Heimverband Schweiz, 3^{ème} édition, janvier 1997
- Alter Anziani Vieillesse – Principaux résultats et perspectives du Programme National de Recherche (PNR32) de François Höpflinger et Astrid Stuckelberger en collaboration avec Hermann-Michel Hagmann et avec l'appui de : Peter Binswanger, François Huber, Charles Kleiber, Mimi Lepori Bonetti, Pasqualina Perrig-Chiello, Yvonne Preiswerk, Jean-Pierre Rageth, Hannes B. Stähelin, Helmut Schneider, Hans Schmid, Jean Wertheimer.
- Evolution et perspectives du système de santé de Pierre Gilliand, octobre 1998.
- L'Etat de Santé de la population valaisanne, Deuxième rapport, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne et Département de la Santé, des Affaires Sociales et de l'Energie, septembre 2000.
- Enquête Suisse sur la Santé 1997 – Canton du Valais – Département de la Santé, des Affaires Sociales et de l'Energie, août 2000.