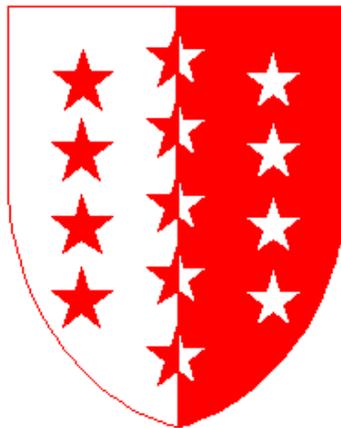


*Département de la santé,
des affaires sociales et de l'énergie
Canton du Valais*

Concept valaisan des établissements médico-sociaux et des autres institutions de soins pour personnes âgées



Février 1999

1 Table des matières

1 Table des matières	2
2 Résumé	4
3 Introduction	7
4 Objectifs	8
5 Bases légales/conditions-cadres	9
5.1 Exigences de la législation fédérale en matière d'admission à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins	9
5.2 Mandat résultant du droit cantonal	10
5.3 Garder la flexibilité nécessaire	10
6 Recommandations de la Conférence des Directeurs des Affaires Sanitaires (CDS)	11
7 Délimitation et définitions	13
7.1 Le concept des établissements médico-sociaux et des autres institutions de soins pour personnes âgées	13
7.2 Délimitation du concept	14
7.3 Différents modes de prise en charge	15
7.4 Définitions	16
7.4.1 Institutions semi-stationnaires	16
7.4.2 Etablissements médico-sociaux pour personnes âgées	16
7.4.3 Autres institutions de soins pour personnes âgées	17
7.4.4 Gériatrie et psychogériatrie	18
8 Exigences	19
8.1 Exigences émises aux établissements médico-sociaux	19
8.1.1 Conditions à remplir en vue de l'obtention d'une autorisation d'exploiter	19
8.1.2 Conditions à remplir en vue de l'obtention d'un mandat de prestations confié par le canton	22
8.2 Conditions à remplir par les autres institutions de soins pour personnes âgées	23
9 Financement	26
9.1 Situation actuelle	26
9.2 Réflexions portant sur l'avenir du système de financement	29
9.2.1 Prise en considération directe des besoins en soins lors du subventionnement des établissements médico-sociaux	29
9.2.2 Lien à établir entre l'allocation pour impotent et le système de facturation applicable aux contributions des assureurs-maladie	29
9.2.3 Intégration des communes dans la planification et dans le financement des établissements médico-sociaux	29
9.2.4 Subventionnement des dépenses de soins des autres institutions de soins pour personnes âgées	30
10 L'établissement médico-social et son environnement	31
10.1 Les patients en tant que bénéficiaires des prestations et leurs proches	31
10.2 Les propriétaires des établissements médico-sociaux	31
10.3 Les collectivités publiques	32
10.4 Les assureurs-maladie en tant qu'instances de financement	32
10.5 L'AVAFOPA	32
10.6 Les réseaux régionaux de santé	32
11 Facteurs d'influence concernant la demande et l'offre	34
12 Indicateurs relevant de la demande	34
12.1 Evolution démographique	34
12.1.1 Evolution démographique passée	34
12.1.2 Evolution démographique future	38
12.2 Demande en prestations de soins en fonction de l'âge	41
12.3 Etat de santé de la population âgée actuelle ainsi que de la prochaine génération de personnes âgées de plus de 65 ans (années de naissance 1933-1947)	43
12.4 Mesures en matière de promotion de la santé et de prévention	43
12.5 Besoins en soins et en soutien des résidents	45
12.5.1 Résultats du relevé MAC 11 - saisie 1996	45

12.5.2 Besoins en soins et en soutien des résidants selon l'outil BESA - Année 1997	48
12.5.3 Remarques complémentaires concernant les mesures de performance	51
12.6 Décisions de planification sanitaire prises dans d'autres domaines partiels	52
12.7 Revues d'hospitalisations	57
12.8 Flux de patients - la prise en charge adéquate des patients	57
12.9 Modifications des structures familiales et du réseau social	57
12.10 Listes d'attente dans les établissements médico-sociaux	58
12.11 Nombre de patients dans les hôpitaux de gériatrie qui sont dans l'attente d'une place en établissement médico-social	58
13 Offre en lits	60
13.1 Offre complète en lits dans le domaine des longs séjours	60
13.2 Offre en lits des établissements médico-sociaux	61
13.2.1 Offre en lits d'établissements médico-sociaux subventionnés selon la décision du Conseil d'Etat du 31 décembre 1994	61
13.2.2 Offre globale en lits d'établissements médico-sociaux valaisans	62
13.2.3 Offre en lits de soins par région de santé et par secteurs	65
13.2.4 Comparaison intercantonale de l'offre en prestations	65
14 Planification cantonale des besoins	68
14.1 Etendue	68
14.2 Evaluation de la demande /Besoins selon la planification	68
14.2.1 En général	68
14.2.2 Situation cantonale	68
14.2.3 Situation régionale	71
14.2.4 Nombre de lits par établissement médico-social	72
14.3 Adaptation de la planification	73
14.4 Renforcement des Centres médico-sociaux et des nouveaux modes de prise en charge ainsi que de l'offre en prestations semi-stationnaires	73
15 Mandats de prestations et liste des établissements médico-sociaux	75
16 Recommandations du Département de la santé publique, des affaires sociales et de l'énergie au Conseil d'Etat	76
17 Bibliographie	77
18 Liste des graphiques	78
19 Liste des tableaux	78
20 Annexes	78

2 Résumé

La planification sanitaire qui, prise dans son ensemble, revêt une grande complexité, se compose de différents domaines partiels. Le concept valaisan des établissements médico-sociaux et des autres institutions de soins pour personnes âgées est consacré à l'analyse de la demande et de l'offre dans le domaine des établissements médico-sociaux.

Les bases légales en la matière sont: la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994 qui prévoit la mise en place d'une planification couvrant les besoins et définit les exigences à remplir par les établissements pour leur admission à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins et, au niveau cantonal, la loi sur la santé du 9 février 1996 qui précise l'objet de la planification sanitaire. En vue de définir la liste cantonale des établissements médico-sociaux, le concept a pris également en considération les recommandations émises par la Conférence des Directeurs des Affaires Sanitaires (CDS) portant sur les critères à remplir par les établissements concernés.

La planification sanitaire a pour objectif principal une prise en charge adéquate des patients. Les personnes âgées requièrent des modes et des formes diversifiés de prise en charge. Le concept précité, qui précise les notions de prise en charge médicale, sociale et des soins, est consacré pour l'essentiel aux établissements médico-sociaux et aux autres institutions de soins pour personnes âgées.

Au vu de l'augmentation des besoins d'un point de vue qualitatif et quantitatif de ces institutions, une définition claire en matière de personnel et d'infrastructure revêt une importance particulière. Le Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie (ci-après le Département) en a tenu compte en édictant des directives à ce sujet. L'obtention d'une autorisation d'exploiter un EMS public ou privé répond aux mêmes critères. Ces exigences de surveillance doivent être distinguées de celles de la planification. Pour les institutions qui ne figureraient pas sur la liste des EMS selon les dispositions de la LAMal, les assureurs ne sont pas tenus de rembourser les prestations de soins.

S'agissant du financement des établissements médico-sociaux, le prix de pension versé et le remboursement des prestations de soins fournies constituent la majeure partie des recettes. Il y a lieu d'établir une distinction entre les établissements médico-sociaux reconnus d'intérêt public et les établissements médico-sociaux privés. Afin de répondre à l'augmentation des besoins (en personnel etc...) dans le domaine des établissements médico-sociaux, un engagement plus grand à la fois des assureurs-maladie et des collectivités publiques s'avère nécessaire. Ainsi, le Grand Conseil valaisan a prévu d'engager, ces prochaines années, des moyens supplémentaires pour financer les dépenses de soins prodigués aux personnes âgées.

La demande en place dans les établissements médico-sociaux s'établit sur la base de différents indicateurs de besoins:

- a) l'évolution démographique
- b) la demande en prestations de soins en fonction de l'âge
- c) l'état de santé de la population âgée actuelle, ainsi que de la prochaine génération de personnes âgées
- d) les mesures de promotion de la santé et de prévention
- e) les besoins en soins et en soutien des résidents
- f) les décisions de planification sanitaire dans d'autres domaines partiels
- g) les revues d'hospitalisations
- h) le flux des patients et la prise en charge adéquate des patients
- i) les modifications des structures familiales et du réseau social
- j) les listes d'attente dans les établissements médico-sociaux
- k) le nombre de patients dans les hôpitaux gériatriques qui sont dans l'attente d'un placement en établissement médico-social.

Le nombre, l'âge et les besoins en soins des personnes âgées qui requièrent un placement en établissement médico-social augmentent continuellement. Au vu des indicateurs susmentionnés, cette évolution va probablement s'accélérer ces prochaines années, voire même ces prochaines décennies.

Le canton du Valais dispose actuellement de 2'304 lits pour les soins de longue durée, dont 2'156 lits peuvent être attribués aux 40 établissements médico-sociaux, ce qui représente une part de 93%. Les autres lits de soins de longue durée sont répartis entre les sept hôpitaux de soins chroniques et gériatriques (100 lits) et dans les trois unités psychogériatriques (48 lits). Sur l'ensemble des lits des hôpitaux des soins chroniques et gériatriques, 100 lits sont donc occupés par des patients nécessitant des soins de longue durée. Ce nombre de lits ne correspond pas à un nombre de lits défini par la planification.

A l'heure actuelle, pour la population âgée de plus de 80 ans, la capacité de places de l'ordre de 25-à 30% mises à leur disposition de places dans les établissements stationnaires est propre à couvrir les besoins. Pour le canton du Valais, le rapport entre le nombre de places disponibles en établissement stationnaire et l'effectif de cette catégorie de la population indique au 31.12.1996 une valeur de 27.4%. Les prévisions pour l'année 2000 indiquent une valeur de 24.3%.

L'offre actuelle en lits d'établissements médico-sociaux dans le canton du Valais est inférieure à la plupart des autres cantons suisses. Si l'on y inclut les lits des établissements privés, elle permet cependant de couvrir plus ou moins les besoins. D'importantes différences régionales sont cependant constatées. Ainsi, la région sanitaire de Brigue présente une offre insuffisante en lits. Les responsables de cette région sont invités, en sus des solutions prévues - à savoir, la création de lits d'attente en vue d'une place en établissement médico-social, des appartements intégrés avec encadrement médico-social à Mörel, etc. - à renforcer l'aide et les soins à domicile.

Dans la perspective d'une planification évolutive, il s'agira de réexaminer cette norme en lits à court terme, c'est-à-dire, dès l'an 2001. Cette manière de procéder doit permettre d'adapter continuellement l'offre à l'évolution future.

Malgré la polyvalence des établissements médico-sociaux, l'augmentation future de la demande en places pour des personnes fortement dépendantes dans des établissements médico-sociaux induit que des personnes âgées peu dépendantes sont destinées à être prises en charge plutôt par les Centres médico-sociaux que par les établissements médico-sociaux, ou encore dans des appartements avec un encadrement médico-social, des foyers de jour etc. Le soutien réciproque des proches et des Centres médico-sociaux permettra peut-être de prodiguer des soins à domicile aux personnes nécessitant des soins importants. Cette possibilité de prise en charge adéquate au vu de l'évolution démographique nécessite un renforcement qualitatif et quantitatif de l'aide et des soins à domicile, en particulier un renforcement des effectifs en personnel des Centres médico-sociaux.

3 Introduction

Dans le cadre des contraintes budgétaires actuelles, une allocation optimale des ressources s'avère nécessaire et doit permettre de garantir la satisfaction de l'ensemble des partenaires du système sanitaire (patients, assureurs et collectivité publique,...) et la maîtrise de l'évolution des coûts de la santé. Tous les efforts doivent contribuer à garantir un placement adéquat du patient au sein du réseau sanitaire, la continuité des traitements et des soins, ainsi qu'une qualité élevée des prestations fournies.

La nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994 prévoit, par rapport à l'ancienne législation, une prise en charge plus étendue des prestations fournies dans les établissements médico-sociaux. Seuls les établissements répondant aux exigences précisées à l'article 39 LAMal (assistance médicale suffisante, personnel qualifié nécessaire, équipements médicaux adéquats et fourniture adéquate des médicaments, conformité à la planification établie par le canton, intégration dans la liste des établissements médico-sociaux) pourront bénéficier du remboursement par les assureurs-maladie des prestations fournies.

Dès lors, il devient nécessaire a) d'examiner l'offre actuelle de prestations en rapport à des critères médicaux et professionnels (art. 39 al. 1 lettre a-c LAMal), b) d'établir une planification cantonale couvrant les besoins de la population du canton (art. 39 al. 1 lettre d LAMal) et d'édicter une liste des établissements médico-sociaux (art. 39 al. 1 lettre e LAMal).

Selon les dispositions de la loi sur la santé du 9 février 1996, entrée en vigueur le 1er décembre 1996, l'exécutif cantonal est chargé d'établir une planification sanitaire.

La planification sanitaire est composée de plusieurs secteurs dont l'ensemble revêt une grande complexité, comme nous allons le démontrer ci-dessous. Des décisions prises dans un secteur peuvent entraîner des adaptations dans d'autres secteurs. Ainsi, une adaptation structurelle dans le secteur hospitalier (réduction du nombre de lits) peut produire une augmentation de la demande s'adressant auprès d'autres fournisseurs de prestations (établissements médico-sociaux, centres médico-sociaux).

Le présent concept partiel de la planification est consacré à la demande et à l'offre en prestations dans le secteur des établissements médico-sociaux dans notre canton. La mise en place d'autres formes d'hébergement (appartements intégrés avec encadrement médico-social) est également envisagée, afin de se prémunir à l'avenir de goulets d'étranglements régionaux et locaux. Une délimitation claire de ce concept partiel de la planification intitulé « Concept valaisan des établissements médico-sociaux et des autres institutions de soins pour personnes âgées » sera effectuée au chapitre 7.

4 Objectifs

Comme nous l'avons déjà mentionné, le concept consacré aux établissements médico-sociaux représente un des éléments de la planification sanitaire valaisanne. Il doit permettre d'atteindre les objectifs suivants:

Les différents partenaires du système sanitaire se servent de diverses dénominations en vue de qualifier les différents modes de prise en charge. Afin que tous les partenaires utilisent les mêmes termes et de manière à éviter d'éventuels malentendus, il **convient de bien préciser les différentes notions**.

Selon l'article 88 de la loi cantonale sur la santé (LS), la création, l'extension, la transformation et l'exploitation de tout établissement ou institution sanitaire dans le canton sont soumises à l'autorisation du Département. Les **exigences** à remplir par ces établissements et institutions **pour l'obtention d'une autorisation**, sont précisées à l'article 89 LS, ainsi que dans les dispositions de l'ordonnance sur l'autorisation d'exploiter un établissement ou une institution sanitaire du 26 mars 1997. Ces conditions, **qui seront explicitées ci-dessous**, font l'objet de directives spécifiques concernant les établissements médico-sociaux et les autres institutions de soins pour personnes âgées.

Les **sources de financement** d'une institution de soins et les prestations que celle-ci fournit sont diverses. Ces aspects seront également analysés brièvement.

Afin de mieux cerner **le contexte des établissements médico-sociaux (EMS)**, il y a lieu de mettre en évidence les différents groupes d'intérêts.

La nécessité d'établir une **planification couvrant les besoins** de la population en matière d'établissements médico-sociaux se situe au coeur du concept. Une **analyse de la situation** permet de mieux cerner **l'offre** et les **besoins** prévalant dans ce domaine. A cette fin, les besoins actuels et futurs doivent être identifiés, respectivement extrapolés. Un inventaire permettra d'évaluer l'offre existante.

A l'intention des commissions régionales de santé sont émises des **propositions de solutions d'avenir** dans la perspective de structurer de manière optimale les différents fournisseurs de prestations et de développer certaines offres de prestations.

5 Bases légales/conditions-cadres

5.1 Exigences de la législation fédérale en matière d'admission à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins

L'art. 39 al. 1 et 3 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal) règle l'admission des établissements médico-sociaux à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins de la manière suivante:

1 Les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis s'ils:

- a garantissent une assistance médicale suffisante;*
- b. disposent du personnel qualifié nécessaire;*
- c. disposent d'équipements médicaux adéquats et garantissent la fourniture adéquate des médicaments;*
- d. correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate;*
- e. figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats.*

3 Les conditions fixées au 1er alinéa s'appliquent par analogie aux établissements, aux institutions et à leurs divisions qui prodiguent des soins, une assistance médicale ainsi que des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée (établissements médico-sociaux).

L'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS) définit comme suit les prestations dans le domaine des établissements médico-sociaux (article 7):

1 L'assurance prend en charge les examens, les traitements et les soins (prestations) effectués selon l'évaluation des soins requis (Art. 7, al. 2 et 8a)¹ sur prescription médicale ou sur mandat médical par des:

- a) infirmiers et infirmières (art. 49 OAMal);*
- b) organisations de soins et d'aide à domicile (art. 51 OAMal);*
- c) **établissements médico-sociaux (art. 39 al. 3 LAMal).***

Les prestations reconnues à ce titre sont définies à l'article 7 al. 2 OPAS.

¹ Modification du 8.7.1997 de l'OPAS qui est entrée en vigueur au 01.01.1998.

5.2 Mandat résultant du droit cantonal

L'art. 95 de la loi sur la santé du 9 février 1996 prévoit les dispositions suivantes portant sur la planification sanitaire cantonale:

¹ *Le Conseil d'Etat définit périodiquement, par la planification, sa politique sanitaire et en informe tous les quatre ans au moins le Grand Conseil.*

² *La planification sanitaire se réfère à la législation fédérale en la matière. Elle porte notamment sur:*

- a) l'évaluation des besoins de santé;*
- b) la définition des objectifs de la politique de santé;*
- c) la promotion de la santé et la prévention des maladies et des accidents;*
- d) la délimitation des régions sanitaires;*
- e) la mission des différents établissements et institutions sanitaires d'intérêt public;***
- f) la coordination de l'action des différents partenaires de la santé;***
- g) l'évaluation de la qualité et de l'efficacité des prestations fournies en fonction des besoins de santé et des objectifs de la politique de santé;***
- h) la liste des établissements et institutions sanitaires, en prenant en considération de manière adéquate les institutions et établissements privés.***

Les exigences légales cantonales en vue de l'obtention d'une autorisation d'exploiter sont précisées au chapitre 8.1.1.

5.3 Garder la flexibilité nécessaire

Les lois et ordonnances définissent des conditions-cadres. La marge de manoeuvre permettant de définir des mesures concrètes de planification se situe au sein de ces limites. Cette flexibilité est nécessaire pour permettre de s'adapter sans cesse à des conditions changeantes et mettre en oeuvre une planification évolutive.

6 Recommandations de la Conférence des Directeurs des Affaires Sanitaires (CDS)

La Commission « Application de l'assurance-maladie » de la Conférence des Directeurs des Affaires Sanitaires (CDS) a émis des **recommandations** aux cantons en vue de mettre en œuvre une planification sanitaire et d'élaborer les listes des hôpitaux ainsi que **des établissements médico-sociaux**². Ces recommandations - qui constituent des critères importants lors de l'établissement d'un concept sur les EMS - ne revêtent pas un caractère juridique; dès lors, une marge d'interprétation subsiste quant aux démarches possibles. Pour la planification du secteur des établissements médico-sociaux, les recommandations suivantes sont importantes .

1. Une **planification** cantonale est à la base de l'établissement de **la liste des établissements médico-sociaux**.
2. La planification doit prendre en considération de manière adéquate les **établissements privés** qui contribuent à assurer des prestations conformes aux besoins. La planification concerne dès lors non seulement les offres de prestations conformes aux besoins des hôpitaux et établissements médico-sociaux publics, mais elle doit aussi, du moins à l'intérieur du canton, prendre en compte de manière adéquate celles des établissements privés d'utilité publique et des établissements privés à but lucratif.
3. Il convient soit de **fixer** par voie normative (au moyen d'indices) les **capacités** en soins stationnaires, notamment l'offre en lits, soit de les **déterminer** par un calcul des besoins en lits (pronostic analytique détaillé des besoins).
4. **Les capacités fixées pour une échéance déterminée dans le futur seront confrontées aux capacités effectivement disponibles à l'heure actuelle.** Cette confrontation permet de mettre en évidence les surcapacités ou les sous-capacités. S'il en résulte des surcapacités, c'est-à-dire des offres de prestations qui ne sont pas indispensables pour assurer une prise en charge conforme aux besoins, il convient alors de les supprimer tant du côté des prestataires publics que privés.
5. Les cantons soumettent à intervalles réguliers les capacités fixées dans le cadre de la planification à un **examen** et les adaptent aux nouveaux développements.
6. Pour examiner les critères d'admission des établissements de soins stationnaires sur la liste des EMS selon **l'article 39.1 LAMal**, les **critères a-e** sont applicables cumulativement.
7. En principe, ne doivent figurer sur la liste des EMS que les établissements ou celles de leurs unités qui correspondent aux **capacités requises par la planification, conformément aux besoins**.

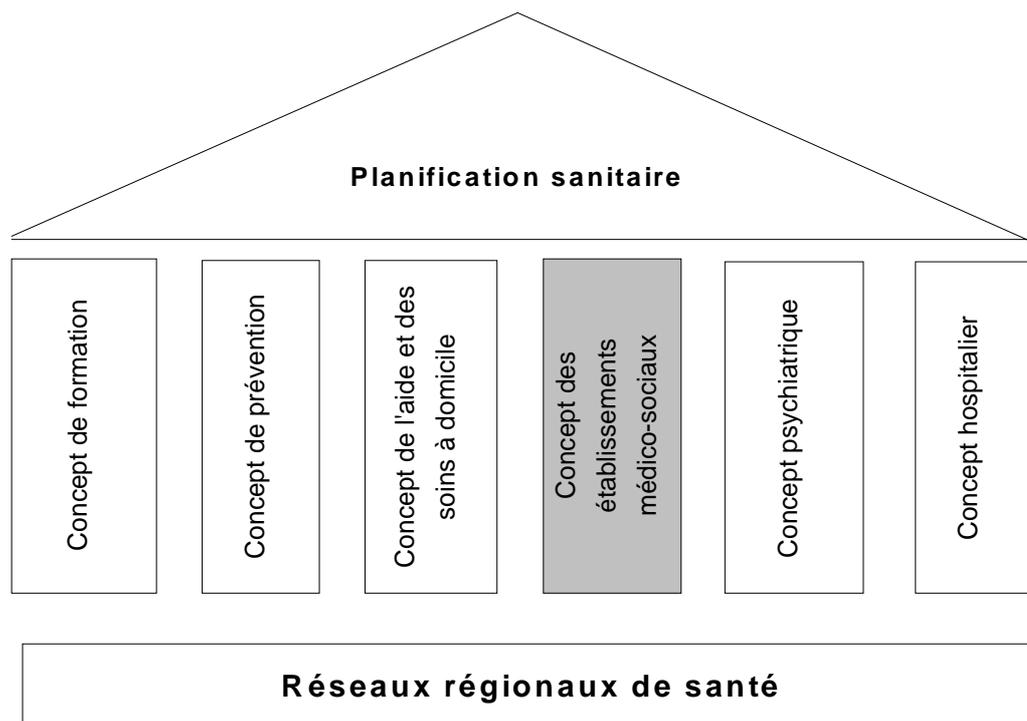
²Cf. CDS, Commission « Application de l'Assurance-maladie »: recommandations concernant la planification hospitalière, la liste des hôpitaux et la liste des établissements médico-sociaux selon l'article 39 LAMal, Berne 12.3.1997.

8. Il est loisible aux cantons d'insérer la liste des hôpitaux et la liste des EMS ensemble dans un seul ou séparément dans deux ou plusieurs textes législatifs.
9. Les établissements de soins stationnaires avec **siège dans le canton respectif** ou celles de leurs unités qui remplissent les conditions précitées, devront figurer sur la liste des EMS avec **indication de leur nom** et de leur attribution à une catégorie.
10. En règle générale, les **établissements** de soins stationnaires ayant leur **domicile dans un autre canton ne doivent pas figurer** sur la liste des EMS du canton. Dans des situations particulières des **exceptions** à cette règle peuvent être faites. Un canton ne devra de toute façon faire figurer sur sa liste des EMS un établissement extracantonal que si celui-ci figure sur la liste de son canton de domicile. De plus, le canton doit prendre contact avec l'établissement concerné et son canton de domicile avant de le faire figurer sur la liste. Dans tous les cas, il convient de se mettre d'accord avec le canton de domicile.
11. La liste des EMS comprend en règle générale, par EMS avec **siège dans le canton**, le **nombre maximum de lits de soins admis**. S'agissant d'autres établissements assurant l'encadrement des personnes âgées et qui fournissent des prestations de soins au sens de l'article 39.3 LAMal, le nombre maximum de lits planifiés admis n'est mentionné que s'il se révèle opportun en vertu du concept de l'établissement en question. Sinon, on renoncera à indiquer les capacités. Pour les établissements avec **siège hors du canton** figurant éventuellement sur la liste des EMS, **on s'abstiendra en règle générale d'indiquer le nombre de lits**.
12. La **liste des EMS** peut être structurée en secteurs selon le type de prestations offertes par les établissements de soins.
13. Il est recommandé aux cantons de vérifier périodiquement la **liste des EMS**, de les renouveler et d'adapter les éventuels contrats en conséquence.

7 Délimitation et définitions

7.1 Le concept des établissements médico-sociaux et des autres institutions de soins pour personnes âgées

Le concept concernant les EMS constitue un **important pilier** d'une planification sanitaire cantonale applicable à l'ensemble des secteurs du système sanitaire, laquelle comprend entre autres les concepts partiels suivants (cf. graphique 1):

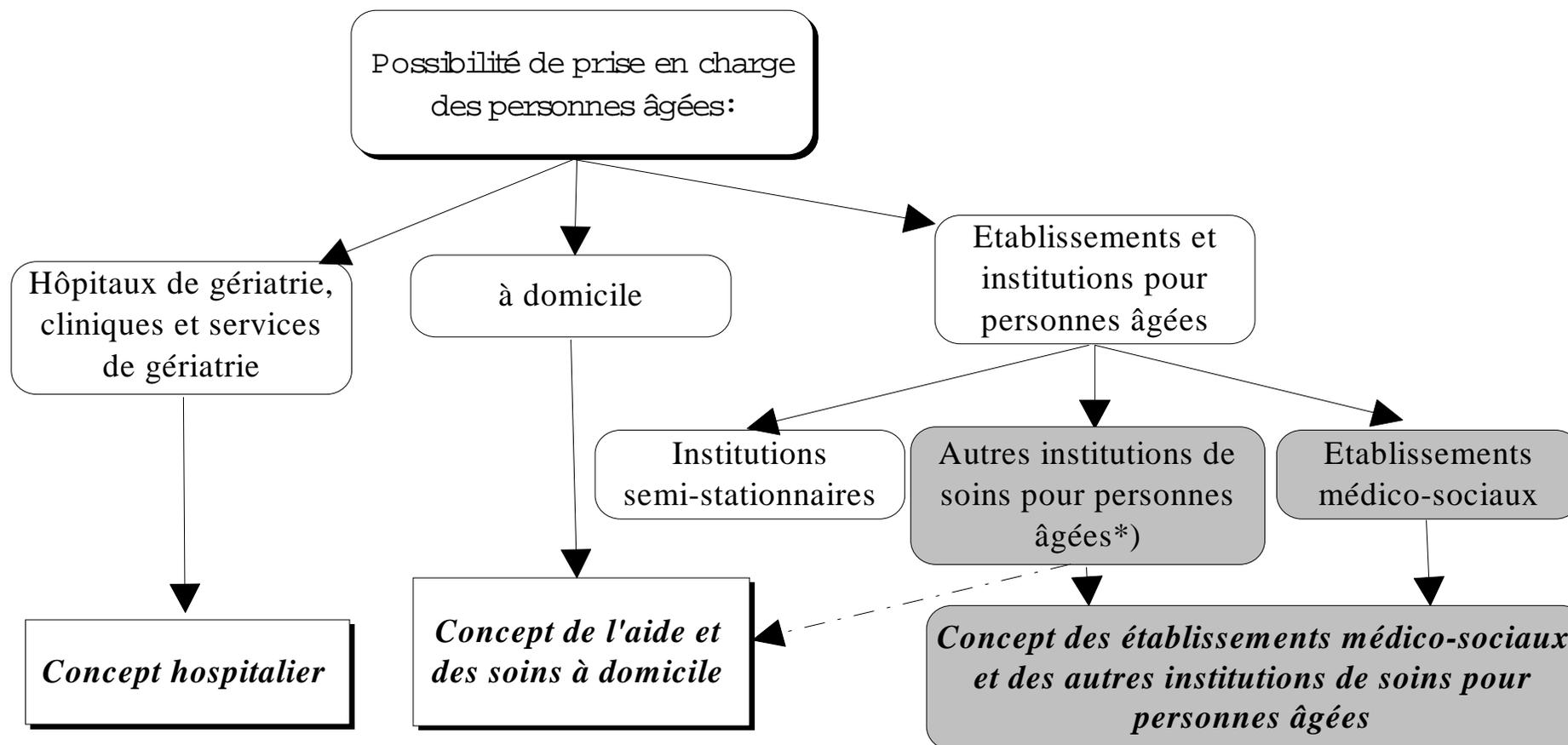


Graphique 1: Concepts partiels de la planification.

Un concept global ne pourra être mis en œuvre de manière efficace et économique qu'à la condition que les différents concepts partiels soient harmonisés entre-eux et approuvés par les différents partenaires.

Chaque décision de planification ou de financement portant sur l'un des domaines précités a des répercussions sur les autres domaines ou sur une partie d'entre-eux. Ainsi, une réduction du nombre de lits de soins aigus aura des répercussions sur la demande en lits de réadaptation, de gériatrie, d'établissements médico-sociaux, ou encore sur la demande en prestations de soins et d'aide à domicile etc...D'autre part, un développement insuffisant du système d'aide et de soins à domicile produira des goulets d'étranglements dans le secteur stationnaire plus onéreux. Chaque préparation de décision dans l'un des domaines partiels susmentionnés révèle qu'une approche sectorielle est insuffisante et que la prise en compte des conséquences sur les autres domaines s'avère indispensable.

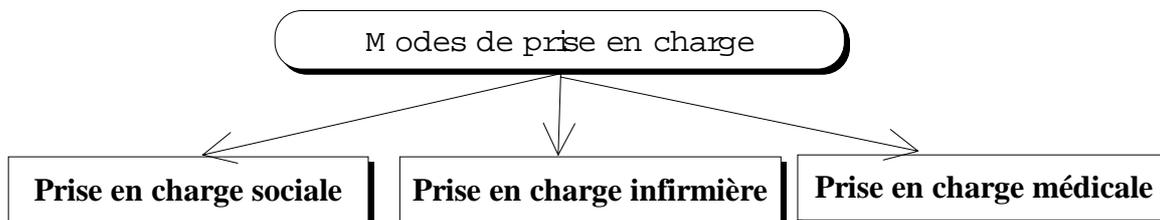
7.2 Délimitation du concept



Graphique 2: Délimitation du présent concept par rapport aux autres concepts de planification.

*) La prise en charge dans les autres institutions de soins pour personnes âgées est en principe assurée par un Centre médico-social.

7.3 Différents modes de prise en charge



Graphique 3: Différents modes de prise en charge.

Prise en charge sociale

La **notion de prise en charge sociale** recouvre l'aide réciproque offerte dans la vie de tous les jours, l'intégration de l'individu dans un groupe, le divertissement (des jeux, des fêtes etc...), l'aide au ménage, le service de repas, ainsi que le soutien financier et la mise à disposition d'un système de sécurité (alarme).

Le fait que les personnes âgées n'exercent en règle générale plus d'activité professionnelle et, qu'en raison d'une plus grande mobilité, leurs proches résident souvent à une distance considérable, cela ne facilite pas les contacts et les relations sociales. Ainsi, un nombre non négligeable de personnes âgées ont l'impression d'être inutiles et se replient sur elles-mêmes. Ces personnes sont alors confrontées à la solitude.

Prise en charge infirmière

La notion de **prise en charge infirmière** recouvre les mesures de soins et de traitements dans les domaines des soins de base (besoins d'hygiène, aide à la prise de nourriture et de boissons, mobilité), des soins de santé et de traitements ainsi que des prestations psychogériatriques. Ces mesures doivent intervenir sur **prescription médicale**.

Afin de répondre aux critères qualitatifs, la prise en charge infirmière exige la mise à disposition en suffisance de personnel qualifié. Plusieurs instruments permettent aujourd'hui de mesurer la charge en soins par patient (MAC 11, BESA, PLAISIR - cf. chapitre 12.5.).

Prise en charge médicale

La notion de **prise en charge médicale** recouvre les soins médicaux de la population âgée assurée par les médecins. Les médecins ordonnent également des examens, des traitements et des soins (art. 7 OPAS) qui sont déterminants en vue de définir les prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins.

7.4 Définitions

7.4.1 Institutions semi-stationnaires

Foyers de jour

Les foyers de jour ont pour objectif de prendre en charge les personnes âgées à long terme, ainsi que de décharger leurs proches. En raison de handicaps, les personnes âgées requièrent, dans bien des cas, des soins plus ou moins importants. Dans le but d'enrayer l'isolement qui guette les personnes âgées et du fait que leur activité propre a diminué, il s'agit d'être particulièrement attentif à la promotion des relations sociales ; dès lors, les personnes âgées bénéficient surtout de programmes et d'activités conçus en groupe. Les foyers de jour permettent à la fois d'assurer un soutien psychologique, une stimulation psychique et physique de la personne, et de satisfaire d'autres besoins dans les domaines de l'hygiène, de l'alimentation etc.. Les foyers de jours existants en Valais, peu nombreux, ont été créés, la plupart du temps sur initiative de Pro Senectute, d'un Centre médico-social ou d'un établissement médico-social. Le Centre médico-social, un établissement médico-social adjacent au foyer de jour ou un professionnel de la santé autorisé peuvent fournir certains soins.

Sur la base du rapport intitulé « Structures d'accueil de jour pour personnes âgées » du 7 décembre 1995, élaboré par un groupe de travail chargé d'étudier cet objet, le Conseil d'Etat a décidé, en séance du 17 janvier 1996, de placer la reconnaissance et la surveillance des foyers de jours sous la responsabilité du Département des Affaires Sociales. Dès lors, il appartient au Service de l'action sociale de mettre en œuvre cette décision.

Le foyer de nuit

Durant la journée, de nombreuses personnes âgées sont autonomes ou prises en charge par leurs familles. La nuit, les foyers précités peuvent apporter aux personnes âgées un sentiment de sécurité et décharger les proches.

Bien que ce type de foyer soit tout à fait concevable dans notre canton, il n'y a, à l'heure actuelle, pas de foyers de nuit en Valais.

7.4.2 Etablissements médico-sociaux pour personnes âgées

L' „établissement médico-social pour personnes âgées“ est défini comme un établissement sanitaire disposant d'une certaine dimension minimale pour répondre aux critères d'économie (allocation optimale des ressources, maîtrise des coûts etc.) et offrant des prestations de soins, de thérapie et de surveillance médicale dans le cadre de la prise en charge stationnaire des personnes âgées. Sous l'angle de la planification, une dimension minimale de 20 lits s'avère judicieuse. Les établissements existants de moins de 20 lits qui ont déjà été reconnus en tant qu'établissement médico-social avec section d'infirmerie, ainsi que les établissements médico-sociaux existants de plus de 80 lits sont inclus dans la planification. Le cas échéant, une collaboration étroite avec d'autres établissements est à envisager pour les établissements de moins de 20 lits.

Un établissement médico-social assure à la fois la prise en charge sociale des personnes âgées et la prise en charge en soins infirmiers des résidents qui, d'un point de vue physique et psychique, ont besoin d'une aide régulière pour exécuter des activités de la vie quotidienne (se lever, s'habiller, faire sa toilette, manger, etc...), ainsi que d'une surveillance médicale. A cette fin, des connaissances médicales et en soins infirmiers sont requises. Les soins sont assurés par du personnel qualifié. Les prestations fournies sont remboursées par l'assurance-maladie à la condition que les établissements et institutions remplissent les exigences émises par la LAMal et qu'ils figurent sur la liste.

De nombreux établissements médico-sociaux valaisans portent la dénomination de foyers. Etant donné que la majorité des résidents requièrent des soins dès leur entrée au sein de l'établissement, une telle distinction s'avère artificielle et ne correspond pas à la réalité. Dès lors, un concept allant dans le sens de foyer polyvalent est préférable, dans la mesure où les personnes âgées devraient pouvoir résider dans la même institution lorsqu'elles commencent à requérir des soins. Toutefois, le degré de soins requis par les résidents se répercute sur les montants différenciés remboursés par les assureurs-maladie.

7.4.3 Autres institutions de soins pour personnes âgées

La notion „**d'autres institutions de soins pour personnes âgées**“ recouvre les **institutions pour personnes âgées offrant une prise en charge à la fois sociale et infirmière, mais n'atteignant pas la taille, respectivement l'offre en prestations, d'un établissement médico-social** (cf. ci-dessus). Les appartements avec encadrement médico-social peuvent notamment être associés à cette catégorie. Dans le cas idéal, ces appartements, spécialement aménagés pour les personnes âgées, se trouvent dans des immeubles locatifs ordinaires, habités également par des personnes d'autres générations, ce qui évite la ségrégation et favorise la solidarité entre les générations. La prise en charge infirmière est en principe assurée par le Centre médico-social, ou, dans certains cas, par un établissement médico-social dont dépend l'institution en question. Exceptionnellement un professionnel de la santé au bénéfice de l'autorisation de pratiquer peut assurer cette prise en charge. Cette manière de procéder permet d'éviter que les patients pris en charge dans de tels établissements soient préférentiels du point de vue du remboursement des coûts par les assureurs-maladie. Il convient également de garantir l'assurance de qualité. Considérant la nécessité d'assurer une prise en charge à la fois infirmière et sociale, une collaboration avec les Centres médico-sociaux est appropriée.

Etant donné que la dimension de ces institutions est réduite et que de plus leur offre en prestations centrée plutôt sur les soins à domicile, **ces autres institutions de soins ne sont pas considérées comme des établissements médico-sociaux tels que définis dans le présent concept. Dès lors, il ne font pas partie intégrante de la planification les concernant.**

Sans avoir la prétention d'établir une liste exhaustive, les institutions suivantes relèvent de cette catégorie :

Foyer Saint Cosme et Damien, Ardon	6 lits
Foyer Paradiso, Conthey	6 lits
L'étoile du Berger, Le Bouveret	8 lits
Hébergement communautaire avec encadrement médico-social, Visperterminen	4 lits
Hébergement communautaire avec encadrement médico-social, Leukerbad	6 lits

7.4.4 Gériatrie et psychogériatrie

La prise en charge de personnes âgées nécessitant des soins importants dans les domaines de la gériatrie et de la psychogériatrie exige une infrastructure étendue de nature hospitalière. Les mandats de prestations y relatifs figurent dans le concept hospitalier valaisan et ne feront pas l'objet d'une analyse plus approfondie dans le cadre de ce concept. (cf. graphique 2).

Une définition plus précise des mandats de prestations de ces institutions est prévue. De plus, l'octroi d'un mandat de prestations se situant à l'interface du domaine hospitalier et du domaine des établissements médico-sociaux peut s'avérer judicieux dans certaines régions.

En outre, du fait que dans les domaines de la gériatrie et de la psychogériatrie, l'offre en prestations semi-stationnaires peut revêtir une certaine importance. sujet, il convient de distinguer entre les cliniques de jour des hôpitaux (hospitalisations en semi-stationnaire) et les foyers de jour (hébergements semi-stationnaire) au sens du chapitre 7.4.1.

8 Exigences

8.1 Exigences émises aux établissements médico-sociaux

8.1.1 Conditions à remplir en vue de l'obtention d'une autorisation d'exploiter

Sur la base des dispositions légales en vigueur, tous les établissements médico-sociaux valaisans (définition sous chapitre 7.4.2) doivent être au bénéfice d'une autorisation d'exploiter délivrée par le canton.

En vertu de l'article 89 de la loi cantonale sur la santé du 9 février 1996 et de l'ordonnance du 26 mars 1997 sur les autorisations d'exploiter un établissement ou une institution sanitaire (art. 4), l'octroi de cette autorisation d'exploiter est soumis aux conditions suivantes:

L'autorisation est délivrée à l'établissement ou l'institution sanitaire qui:

a) est dirigé par un ou des responsables qui possèdent la formation et les titres nécessaires;

En principe, le directeur dispose d'une formation de responsable d'institution. La formation peut être suivie en formation continue, sur une période de deux ans à deux ans et demi. Elle porte, suivant les offreurs, sur 50 à 55 journées de cours. Les offres en formation suivantes existent actuellement.

Suisse Romande

- Certificat de capacité de la CRASS (Conférence Romande des Affaires Sanitaires et Sociales) englobant une partie de formation administrative auprès de l'ASFORI (Association romande pour la formation des responsables d'institutions d'utilité publique), Vevey et une partie gérontologique auprès du CEFOC (Centre d'études et de formation continue pour travailleurs sociaux), Genève.
- Cours „Gestion d'établissements médico-sociaux (GEMS)“ de H +, les hôpitaux suisses, Berne.

Suisse alémanique

En Suisse alémanique, les institutions suivantes offrent une formation de responsable d'institution :

- Heimverband Schweiz, Zürich
- Verband christlicher Institutionen der Schweiz (VCI), durchgeführt von der HSL, Höhere Fachschule für Sozialpädagogik Luzern
- Tertianum, Zentrum für Personalförderung, Berlingen
- H+, die Spitäler der Schweiz, Bern.

De plus, il est possible d'obtenir un diplôme professionnel supérieur pour directeurs et directrices de homes (Office fédéral de l'éducation et de la science). A cette fin, les formations précitées offrent les bases appropriées.

Des directeurs nouvellement engagés qui ne disposent pas encore des formations susmentionnées doivent suivre ces formations dans un délai de trois ans à partir de leur engagement. Le Département peut juger équivalentes d'autres formations, en particulier des formations supérieures, telles que les études en sciences économiques et sociales, une formation de cadre en soins infirmiers. Les exigences de formation comprennent notamment des connaissances adéquates à la fois dans le domaine économique et du social/de la santé. A défaut, ces connaissances relevant d'un domaine partiel doivent être acquises ultérieurement.

Les directeurs d'établissements ne disposant pas d'une formation de directeur d'établissement et qui sont entrés en fonction avant la mise en vigueur des présentes directives doivent répondre à l'une des deux conditions suivantes:

- suivre avec succès cette formation dans un délai de trois ans, à partir de la mise en vigueur des présentes directives;
- suivre un cours spécifique organisé par l'AVAFOPA (Association Valaisanne des Foyers pour personnes âgées) à leur intention et approuvé par le Service de la santé publique.

b) dispose du personnel qualifié en nombre suffisant:

Sur la base de valeurs d'expérience, les patients de degrés moyens de soins (BESA 3) requièrent environ 0.3 poste en personnel soignant, alors que les patients de degrés de soins importants (BESA 4) requièrent environ 0.6 poste en personnel soignant. De plus, pour les degrés inférieurs (BESA 1 et 2), une part en personnel soignant d'environ 0,1 poste par patient doit être prise en compte. Au vu des besoins en soins des résidents dans les établissements médico-sociaux valaisans, une norme minimale de 0.3 postes de personnel soignant (en équivalent plein temps) par lit autorisé s'avère judicieuse. La norme ne doit pas être calculée de manière trop stricte, car il faut aussi prévoir du temps pour des activités autres que les soins, tels le perfectionnement, l'utilisation d'instruments de mesure de soins, la prise en charge de stagiaires et élèves, etc. Cette norme devra être réexaminée périodiquement et éventuellement être augmentée ultérieurement. L'expérience a démontré entre-temps qu'une différenciation des valeurs de référence applicables à BESA 1 et à BESA 2 est judicieuse (BESA 1 : 0.1 effectif en personnel soignant / BESA 2 : 0.2 effectif en personnel soignant).

Le calcul de la dotation en personnel soignant devra également tenir compte de la situation des établissements médico-sociaux qui prennent en charge des résidents nécessitant plus de soins qu'en moyenne.

Suivant le nombre et le niveau de prise en charge des patients, il convient d'engager suffisamment de personnel soignant qualifié, disposant d'une formation professionnelle.

Seront reconnues les formations professionnelles suivantes:

- Diplôme de niveau I en soins infirmiers;
- Diplôme de niveau II en soins infirmiers;
- Diplôme en soins (SIG/PSY/HMP/SID Sarnen);
- Certificat de capacité en soins infirmiers (IAS);
- Certificat d'aide soignante.

Au moins 1/3 (en équivalent plein-temps) du personnel soignant doit être au bénéfice d'une formation en soins infirmiers, c'est-à-dire d'un diplôme de niveau I ou II en soins infirmiers, d'un diplôme en soins infirmiers (SIG, PSY, HMP, SID Sarnen) ou d'un certificat de capacité en soins infirmiers (CC CRS). Même dans les petits établissements médico-sociaux, une personne ayant suivi l'une des formations susmentionnées doit être présente quotidiennement. Si le service de nuit est assuré par une personne ne disposant pas d'une des formations précitées, un service de permanence doit être organisé avec du personnel formé en soins infirmiers.

L'engagement de personnel supplémentaire au bénéfice d'une formation dans le domaine des soins est souhaitable, par exemple, des personnes disposant d'un certificat d'aide soignante.

Dans les autres domaines d'activité, l'établissement médico-social doit aussi disposer de suffisamment de personnel qualifié.

c) est organisé de manière à atteindre les buts poursuivis;

Les responsabilités des domaines suivants doivent être définies de manière explicite:

- Administration
- Soins et animation
- Ménage
- Technique et entretien

Outre la direction générale, respectivement administrative, qui exige des connaissances et des capacités d'économie d'entreprise, il importe de régler clairement les responsabilités en matière de services de soins. Le/la responsable des soins infirmiers dispose d'un diplôme en soins infirmiers ainsi que d'une formation complémentaire en gérontologie et de connaissances en matière de gestion du personnel.

L'aspect organisationnel recouvre également *une prise en charge médicale* suffisante. Il s'ensuit l'exigence de régler le service médical et le service médical des urgences. Les patients résidant dans les établissements médico-sociaux bénéficient en principe du libre choix du médecin. Le service médical comprend cependant également l'engagement par voie contractuelle du médecin répondant et de son remplaçant. A cette fin, l'AVAFOPA, en collaboration avec la Société médicale du Valais, réexamine le modèle de contrat existant, de même que le cahier de charges se rapportant aux médecins-répondant. L'ensemble de ces documents seront soumis par la suite à l'approbation du Département de la santé, des Affaires Sociales et de l'Energie (ci-après: le Département). Le médecin-répondant de l'établissement médico-social est le partenaire de référence du Département pour toutes les questions médicales et des soins.

d) dispose de l'équipement nécessaire et

e) dispose de locaux fonctionnels qui répondent aux exigences d'hygiène, de qualité et de sécurité

L'exigence de *l'équipement médical couvrant les besoins* est remplie lorsque sont disponibles les équipements nécessaires à l'hygiène des patients - baignoires adaptées, vidoirs, etc. - les instruments de soins nécessaires - appareils respiratoires, d'aspiration, etc. - les instruments médicaux - appareils de mesure de la pression sanguine, matériel d'urgence, etc. De plus, les chambres des patients doivent être équipées d'un système d'appel d'alarme et le bâtiment doit remplir les normes d'hébergement pour handicapés en chaise roulante. L'établissement doit également disposer d'un nombre de lits de soins (électriques) suffisant ainsi que de moyens auxiliaires (chaises roulantes, aides à la marche etc).

Tous les locaux doivent répondre aux exigences d'hygiène. Le programme et la dimension des locaux doivent se conformer aux prescriptions fédérales applicables aux établissements médico-sociaux et aux normes en matière de constructions pour personnes handicapées.

Si l'établissement médico-social exploite une pharmacie de type hospitalier, une autorisation doit être délivrée par le Département et un/une pharmacien/-ne responsable doit être désigné/-e conformément aux dispositions de l'article 13 de l'ordonnance cantonale sur le contrôle des médicaments du 20 novembre 1996.

En principe, les soins doivent pouvoir être assurés dans le même établissement jusqu'à la mort du patient, exception faite lors de maladies aiguës nécessitant des soins hospitaliers.

Le Département a précisé les conditions précitées dans les directives du 20 avril 1998 (cf. annexe 1). Toutes les autorisations d'exploiter des établissements médico-sociaux sont examinées et adaptées sur cette base.

8.1.2 Conditions à remplir en vue de l'obtention d'un mandat de prestations confié par le canton

Comme mentionné ci-dessus, le canton doit planifier les besoins en matière de **prise en charge en soins** et garantir la couverture de ceux-ci par l'octroi de mandats de prestations aux établissements et institutions. Dans ce contexte, l'octroi d'un mandat de prestations cantonal requiert, au préalable, l'obtention d'une autorisation d'exploiter délivrée par le canton (les exigences à remplir étant précisées dans le chapitre 8.1.1.) Les conditions mentionnées dans la loi fédérale sur l'assurance-maladie (article 39 lettre a-e LAMal) doivent être remplies de manière cumulative. Les établissements mentionnés sur la liste assurent l'offre de prestations qui leur a été confiée et remplissent les conditions au remboursement des prestations de soins par les assureurs. Sur la base de cette loi, les établissements médico-sociaux privés doivent être pris en compte de manière adéquate.

L'assurance et la promotion de la qualité des prestations fournies constituent des éléments importants de la prise en charge. L'article 77 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 prévoit:

Les fournisseurs de prestations ou leurs organisations élaborent des conceptions et des programmes en matière d'exigences de la qualité des prestations et de promotion de la qualité. Les modalités d'exécution (contrôle de l'observation, conséquences de l'inobservation, financement) sont réglées dans les conventions tarifaires ou dans des conventions particulières relatives à la garantie de la qualité conclues avec les assureurs ou leurs organisations. Ces réglementations doivent être conformes aux normes généralement reconnues, compte tenu du caractère économique des prestations.

Le Département est particulièrement attentif aux efforts fournis et aux conventions conclues dans ce cadre. Il se réserve le droit de définir des mesures de qualité complémentaires aux standards fixés dans la convention en vue de l'obtention de l'autorisation d'exploiter.

La liste des établissements médico-sociaux est régulièrement réexaminée. Au moyen d'examens, d'instruments de mesure et de relevés de données, on cherche notamment à répondre aux questions suivantes :

- Comment la demande s'est-elle modifiée?
- Quels établissements médico-sociaux répondent toujours aux exigences (autorisation) et offrent des prestations de qualité (mesures d'assurance de qualité) ?
- Quels sont les établissements qui doivent à nouveau figurer sur la liste (accréditation) ?
- Quels établissements sont rayés de la liste (ne répondent pas à une demande / ne remplissent plus les exigences) ?.

8.2 Conditions à remplir par les autres institutions de soins pour personnes âgées

Les autres institutions de soins, telles que définies sous 7.4.3, en tant qu'offreurs de prise en charge à la fois sociale et de soins, sont également soumises à autorisation d'exploiter, conformément aux dispositions de la nouvelle législation sanitaire.

Les exigences à remplir dans ce contexte dépendent de la dimension de l'institution et de l'étendue des prestations. En vue de l'obtention d'une autorisation, les conditions suivantes doivent au moins être remplies:

a) Responsabilité globale

La responsabilité globale est assumée, soit par la direction d'un Centre médico-social, par la direction d'un établissement médico-social ou par un professionnel des domaines de la santé ou du social. Le professionnel assumant la responsabilité globale doit être désigné par son nom et disposer d'une formation agréée par le Département.

b) Responsabilité et prise en charge des soins infirmiers

La responsabilité du domaine des soins doit être clairement définie. Le/La responsable des soins infirmiers doit disposer d'un diplôme en soins infirmiers, ainsi que de connaissances en gérontologie.

La prise en charge infirmière est en principe assurée par le Centre médico-social, dans certains cas par un établissement médico-social dont dépend l'institution en question ou exceptionnellement par un professionnel de la santé au bénéfice de l'autorisation de pratiquer. Ces institutions, respectivement ces personnes, sont responsables de l'assurance de qualité des prestations fournies. Suivant la grandeur de l'institution de soins et en cas de nécessité de prise en charge et de surveillance permanentes des résidants, l'engagement de personnel soignant supplémentaire est nécessaire.

c) Prise en charge médicale et médecin-conseil

Le service médical et le service médical des urgences de l'institution de soins pour personnes âgées doivent être réglés. Les résidants des institutions de soins pour personnes âgées bénéficient en principe du libre choix du médecin. Le service médical comprend cependant également l'engagement par voie contractuelle d'un médecin-conseil de l'institution et de son remplaçant. Le contrat doit être approuvé par le Département. Le médecin-conseil de l'institution de soins est le partenaire de référence du Département pour toutes les questions médicales et de soins.

d) Encadrement social

Si la prise en charge n'est à titre exceptionnel pas assurée par un Centre médico-social, il importe, dans le sens de l'interdisciplinarité, de garantir aussi bien la prise en charge sociale que celle, infirmière.

e) Équipement nécessaire et locaux appropriés permettant de garantir l'hygiène, la qualité et la sécurité

L'institution de soins pour personnes âgées doit disposer d'équipements médicaux adéquats:

- les instruments médicaux et les soins nécessaires - appareils respiratoires, d'aspiration, etc. - doivent être disponible sur place ou mis à disposition par d'autres fournisseurs de prestations de soins;
- les équipements doivent satisfaire à l'hygiène des patients;
- l'établissement dispose d'un nombre de lits de soins (électriques) et de moyens auxiliaires (chaises roulantes etc.) suffisants;
- les chambres des patients sont équipées d'un système d'appel d'alarme;
- le bâtiment remplit les normes d'hébergement pour handicapés en chaise roulante.

Le programme des locaux est défini en fonction de la dimension de l'institution. La grandeur des chambres doit se conformer aux normes en matière de constructions pour personnes handicapées.

A l'instar des établissements médico-sociaux, les conditions à remplir par les autres institutions de soins pour personnes âgées font également l'objet de directives édictées par le Département, en date du 27 octobre 1998 (cf. annexe 2).

Un mandat de prestations distinct au sens de la LAMal ne sera pas octroyé à ces institutions en raison de la nécessité de collaboration dans le domaine des soins.

9 Financement

9.1 Situation actuelle

Les versements portant sur le séjour et les prestations de soins fournies représentent la part principale des recettes des établissements médico-sociaux. Les résidents et leurs familles s'acquittent, en principe, de la taxe de pension définie, dans certaines institutions, en fonction du revenu et de la fortune du pensionnaire. En outre, les personnes âgées de condition économique modeste ont la possibilité de soumettre une requête à la Caisse Cantonale de Compensation en vue de l'obtention de prestations complémentaires. En vertu des dispositions légales, les assureurs-maladie versent une contribution aux prestations de soins et médicales fournies. En cas de dépendance plus importante du pensionnaire, existe également la possibilité de demander, à certaines conditions, une rente pour impotence.

Dans la mesure où les prestations de soins des autres institutions pour personnes âgées ne sont pas fournies par le Centre médico-social ou par des professionnels de la santé, mais par un établissement médico-social adjacent, leur mode de prise en charge doit être convenu avec les assureurs-maladie.

La structure organisationnelle et les objectifs d'entreprise - d'intérêt public ou recherche de bénéfice - influencent de manière déterminante à la fois le financement de l'établissement médico-social et les investissements prévus.

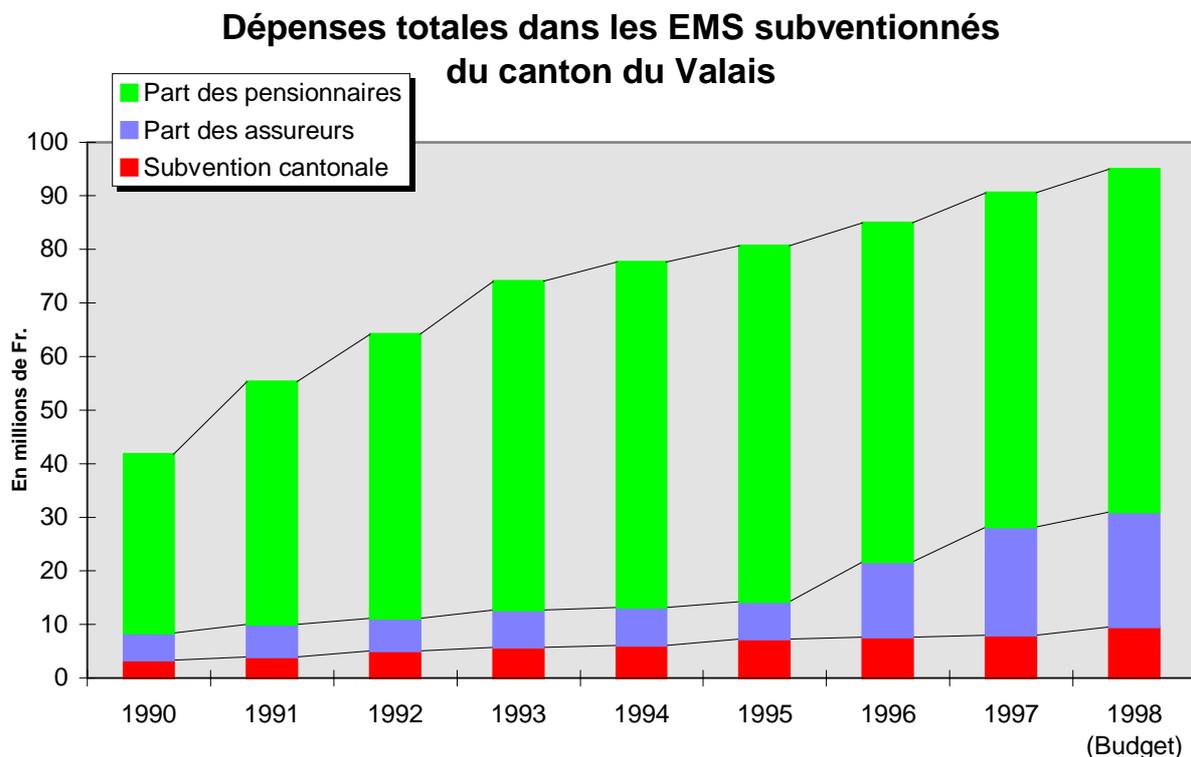
Ainsi, une distinction est faite entre les établissements médico-sociaux d'intérêt public et les établissements médico-sociaux privés. De plus, l'article 97 de la loi sur la santé définit comme suit les conditions de subventionnement des établissements médico-sociaux :

Le subventionnement des établissements et institutions sanitaires d'intérêt public est soumis aux conditions générales suivantes:

- a) reconnaissance de leur caractère d'intérêt public par le Conseil d'Etat;*
- b) introduction d'un plan comptable analytique uniforme pour chaque type d'établissements et d'institutions;*
- c) approbation par le Département des budgets et des comptes sous l'angle du subventionnement;*
- d) établissement des statistiques et autres instruments de mesure nécessaires à l'application de la présente loi;*
- e) concours à la formation du personnel des établissements et institutions sanitaires publics;*
- f) participation à des projets d'études et de recherche en matière de santé publique et de prévention;*
- g) respect des décisions et des directives du Conseil d'Etat et du Département en matière tarifaire et de conventions;*
- h) respect des modalités de planification, de subventionnement et de financement fixées par le Conseil d'Etat sur préavis de la commission de planification et de la commission des conventions.*

L'ordonnance sur la planification sanitaire et le subventionnement des établissements et institutions sanitaires du 20 novembre 1996 précise et complète les dispositions de la loi sur la santé du 9 février 1996.

Le graphique ci-dessous met en évidence que les dépenses totales des établissements médico-sociaux ont plus que doublé depuis 1990, passant de 41.8 millions en 1990 à 95 millions en 1998 (données budgétaires). Bien que cette période du début des années 90 soit marquée par l'ouverture de différents homes, il convient de relever l'augmentation des frais de soins et de prise en charge due à la dépendance croissante des résidents. Le vieillissement démographique n'est pas étranger à cette évolution.



Graphique 4: Dépenses totales dans les établissements subventionnés du canton du Valais.

Ainsi, les frais sont supportés en grande partie par les pensionnaires eux-mêmes, respectivement par leurs proches (y compris les rentes et les éventuelles prestations complémentaires). Sur la base des dispositions de la LAMal, les assureurs-maladie ont augmenté ces dernières années leur participation aux dépenses des soins (les points 12.5.2. et 12.5.3. contiennent des explications plus précises concernant le système de décompte par des contributions en fonction du degré de soins). Les tarifs, actuellement en vigueur dans le canton du Valais, se situent encore, sans exception, dans la tranche inférieure du tarif-cadre fixé sur la base des dispositions de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins.

Au vu de cette évolution, l'Etat du Valais a assumé ses responsabilités, puisqu'il a, dans la mesure du possible, augmenté sa participation financière aux établissements médico-sociaux. Pour l'année 1997, la participation financière aux établissements médico-sociaux s'élevait à environ 8 millions de francs. A l'occasion des débats en

session de novembre 1997 portant sur le budget, le Grand Conseil a pris en considération l'importance de la prise en charge des personnes âgées, dans la mesure où il a mis à disposition des moyens financiers supplémentaires (12 millions au total pour ces quatre prochaines années) pour couvrir les dépenses des soins des personnes âgées.

Ces dernières années ont été marquées par une augmentation importante de l'effectif en personnel dans les EMS, les frais de personnel représentant le 80% des dépenses des EMS. En 1997, les 40 établissements médico-sociaux valaisans ont occupé globalement 2'007 personnes, ce qui représente 1'226 emplois plein-temps.

9.2 Réflexions portant sur l'avenir du système de financement

9.2.1 Prise en considération directe des besoins en soins lors du subventionnement des établissements médico-sociaux

Le système de subventionnement, actuellement en vigueur sur la base des directives du Département du 28 février 1997, prend en considération indirectement, par le biais des salaires du personnel qualifié, le degré des besoins en soins des résidents des établissements médico-sociaux. Le degré de « lourdeur » de chaque cas exerce une influence directe sur la participation des assureurs et sur le montant de l'indemnité pour impotence. Le Département n'a pas prévu de modifications en ce qui concerne le subventionnement 1998. Suivant les résultats des discussions qui se déroulent actuellement au niveau suisse, le Département va examiner la possibilité de prendre en considération, à l'avenir, de manière directe le degré de dépendance des patients lors du subventionnement. Dans ce contexte, les mesures d'assurance de qualité et celles visant à maintenir ou à favoriser l'indépendance revêtent une certaine importance.

9.2.2 Lien à établir entre l'allocation pour impotent et le système de facturation applicable aux contributions des assureurs-maladie

La constitution d'un lien direct entre l'allocation pour impotent et les degrés de besoins en soins selon le système de facturation actuel (BESA) pourrait s'avérer judicieuse. La très longue procédure actuellement en vigueur pour l'obtention d'une allocation pour impotence pourrait être remplacée par le système suivant : un degré moyen de besoins en soins (BESA 3) donnerait droit automatiquement à une allocation pour impotence moyenne, alors qu'un degré élevé de besoins en soins (BESA 4) permettrait de recevoir une allocation pour impotence élevée. Une telle adaptation du système nécessiterait cependant une coordination au niveau suisse. Les responsables des établissements médico-sociaux désirent un abaissement du délai de carence permettant de recevoir une allocation d'impotence - actuellement fixé à une année - à, par exemple, deux ou trois mois. Ceci est propre à poser des difficultés.

9.2.3 Intégration des communes dans la planification et dans le financement des établissements médico-sociaux

Pour l'élaboration du concept futur, le canton doit prendre en considération trois domaines principaux, dans lesquels il exerce une fonction importante, à savoir :

- la planification ;
- le financement/ le subventionnement;
- la surveillance.

Fondamentalement, chaque personne domiciliée dans le canton doit avoir accès à un établissement médico-social à des conditions économiquement supportables. Au

vu de l'augmentation actuelle de la demande, cette condition n'est plus remplie. Des personnes âgées dépendantes, domiciliées dans des communes qui ne sont pas affiliées à un établissement médico-social, n'ont plus les mêmes chances d'obtenir une place dans un tel établissement. C'est pourquoi, toutes les communes devraient s'affilier à un ou à plusieurs établissements médico-sociaux, de manière à garantir nécessairement l'égalité des chances entre tous les habitants du canton.

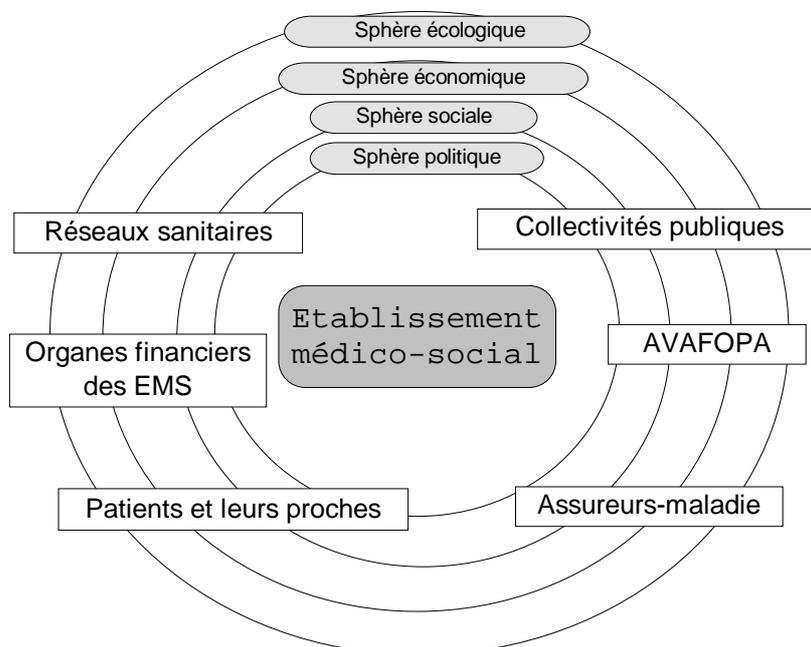
Un deuxième point important mérite d'être mis en évidence dans ce contexte. Du fait que les communes du canton sont concernées de la même manière par la prise en charge des personnes âgées, elles doivent donc s'y engager financièrement. Alors que la participation financière des communes devrait intervenir sur la base de principes uniformes, actuellement, des différences importantes sont constatées en ce qui concerne la prise en charge des frais d'investissements, des frais d'exploitation, des déficits etc. (cf. à ce sujet également les explications contenues dans le chapitre 14.2.2).

Etant donné que, dans certaines régions du canton les établissements médico-sociaux privés assument une grande partie de la prise en charge, certaines communes doivent pouvoir collaborer avec eux. Les établissements médico-sociaux privés doivent toutefois pouvoir rester libres de participer à un tel système. Il s'ensuit qu'à l'instar des établissements médico-sociaux publics, la question du subventionnement se pose pour les établissements médico-sociaux privés qui, dans l'intérêt public, développent ce type de collaboration avec des communes.

9.2.4 Subventionnement des dépenses de soins des autres institutions de soins pour personnes âgées

Les autres institutions de soins (tels par exemple, les appartements intégrés avec encadrement médico-social) n'ont bénéficié à ce jour d'aucun subventionnement cantonal. Les frais d'investissements continueront à l'avenir à être couverts par l'association (par exemple, les communes, les institutions privées). Dans des cas isolés, des montants peu élevés de subventions à l'investissement peuvent être octroyés par l'Office de coordination pour personnes âgées et handicapées. Si de telles institutions sont reconnues d'intérêt public, à l'instar des établissements médico-sociaux subventionnés, et si elles remplissent certaines conditions supplémentaires, on peut envisager à l'avenir un subventionnement de leurs dépenses de soins. Le Département devra examiner de manière générale les conditions à remplir ainsi que les modalités d'application en la matière. Sur la base de l'article 127 de la loi sur la santé du 9 février 1996, une proposition allant dans ce sens pourra être soumise au Conseil d'Etat valaisan.

10 L'établissement médico-social et son environnement³



Graphique 5: L'établissement médico-social et son environnement.

10.1 Les patients en tant que bénéficiaires des prestations et leurs proches

Les résidents des établissements médico-sociaux et leurs proches jouent un rôle primordial. Ils abordent l'institution en exprimant des attentes et des exigences les plus diverses. Une politique sanitaire et sociale judicieuse exige en premier lieu une prise en considération de ces besoins, besoins qui pourront par ailleurs varier fortement en fonction des régions, de l'environnement culturel, des conditions financières etc.

10.2 Les propriétaires des établissements médico-sociaux

Les propriétaires des établissements médico-sociaux définissent les statuts juridiques de ces derniers ; les EMS peuvent prendre différentes formes organisationnelles (Associations, fondations, sociétés anonymes etc...). Ils exercent aussi une influence déterminante sur la politique d'entreprise (philosophie de l'entreprise, politique en matière de personnel et d'investissements, etc...).

³ Dédit du modèle de Management de St. Gall d'après Ulrich/Krieg.

10.3 Les collectivités publiques

La législation sanitaire fédérale et cantonale définit les conditions-cadres d'un point de vue juridique. Elle vise à atteindre des objectifs divers, tels que la sécurité sociale, une prise en charge couvrant les besoins, un caractère supportable d'un point de vue financier, une garantie de la qualité de l'offre etc... Comme nous l'avons montré ci-dessus, les nouvelles bases légales exercent une influence déterminante également sur les établissements médico-sociaux.

L'intérêt des collectivités publiques envers les établissements médico-sociaux est d'autant plus grand qu'elles assurent une contribution financière pour certains domaines spécifiques.

10.4 Les assureurs-maladie en tant qu'instances de financement

Au vu des dispositions de la législation fédérale en matière d'assurance-maladie, les assureurs-maladie jouent un rôle important par le biais du remboursement des prestations de soins et de traitements fournis dans les établissements médico-sociaux. La dernière convention tarifaire passée, entre d'une part la Fédération valaisanne des assureurs-maladie et la Conférence des Assureurs-maladie et accidents du Valais, d'autre part l'Association Valaisanne des maisons (AVAFOPA) pour personnes âgées, a été conclue le 17 janvier 1997.

10.5 L'AVAFOPA

L'Association valaisanne des maisons pour personnes âgées (AVAFOPA) réunit les établissements médico-sociaux du canton du Valais. Elle constitue un partenaire important des assureurs et du Département.

10.6 Les réseaux régionaux de santé

Le canton du Valais est constitué de 6 régions sanitaires. Sur la base des recommandations de la commission cantonale de planification et du Département, le Conseil d'Etat a décidé, en 1995, de créer des réseaux régionaux de santé dans chacune des régions sanitaires.

„Un réseau de soins coordonnés peut être défini comme une organisation se fondant sur la reconnaissance et le regroupement d'un ensemble d'institutions et de fournisseurs de prestations qui participent au maintien et à la restauration de la santé de la population et qui, ensemble, constituent un réseau de prise en charge, pour faire face à la demande de la population, qu'elle soit de nature hospitalière, ambulatoire, médico-sociale ou préventive.“⁴

⁴ L'Institut Suisse de la santé publique, rapport: „La prise en charge des personnes âgées dans les homes“, 1994, page 42

Les établissements médico-sociaux pour personnes âgées représentent un membre important des réseaux régionaux de santé, plus précisément des commissions régionales de santé. Les réseaux régionaux de santé réunissent en effet toutes les institutions et organisations du système sanitaire: les hôpitaux de soins généraux, les hôpitaux psychiatriques, les centres médico-sociaux, les établissements médico-sociaux, les ligues de santé, les institutions et organisations spécialisées, les médecins, les autres professionnels de la santé et les instances du financement.

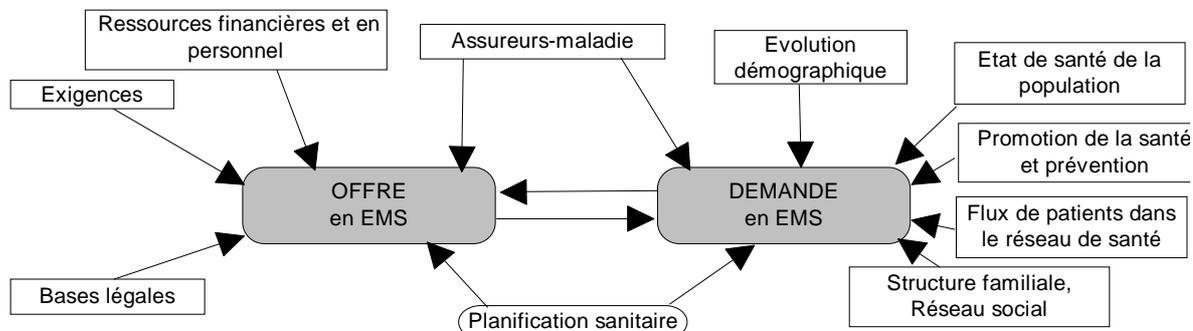
Les **objectifs** des réseaux régionaux de santé peuvent être résumés comme suit:⁵

- la garantie d'une prise en charge répondant aux besoins (entre-autre un **placement** adéquat du patient);
- la garantie d'une **continuité des traitements et des soins** (une meilleure planification des sorties et des transferts, en particulier des cas complexes);
- l'augmentation de l'**adéquation** de l'offre en prestations aux besoins;
- une amélioration de la **coordination et de la collaboration** des intervenants et des institutions évitant ainsi des doubles emplois;
- l'encouragement à un **recours plus réfléchi** aux prestations de santé par une information ciblée des usagers;
- une augmentation de la **qualité** de l'offre en prestations ;
- une **stabilisation** des coûts de la santé.

⁵ Département de la santé publique, rapport: "Centres médico-sociaux: Aide et soins à domicile / réseaux régionaux de santé", décembre 1995, page 17

11 Facteurs d'influence concernant la demande et l'offre

Le graphique ci-dessous illustre de façon résumée, pour les établissements médico-sociaux, les facteurs d'influence de l'offre et de la demande:

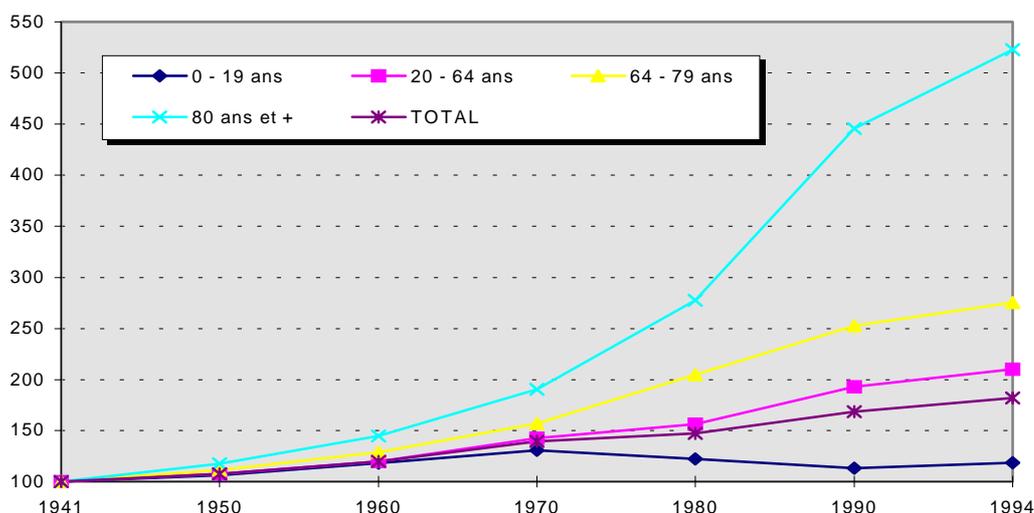


Graphique 6: Facteurs d'influence concernant la demande et l'offre.

12 Indicateurs relevant de la demande

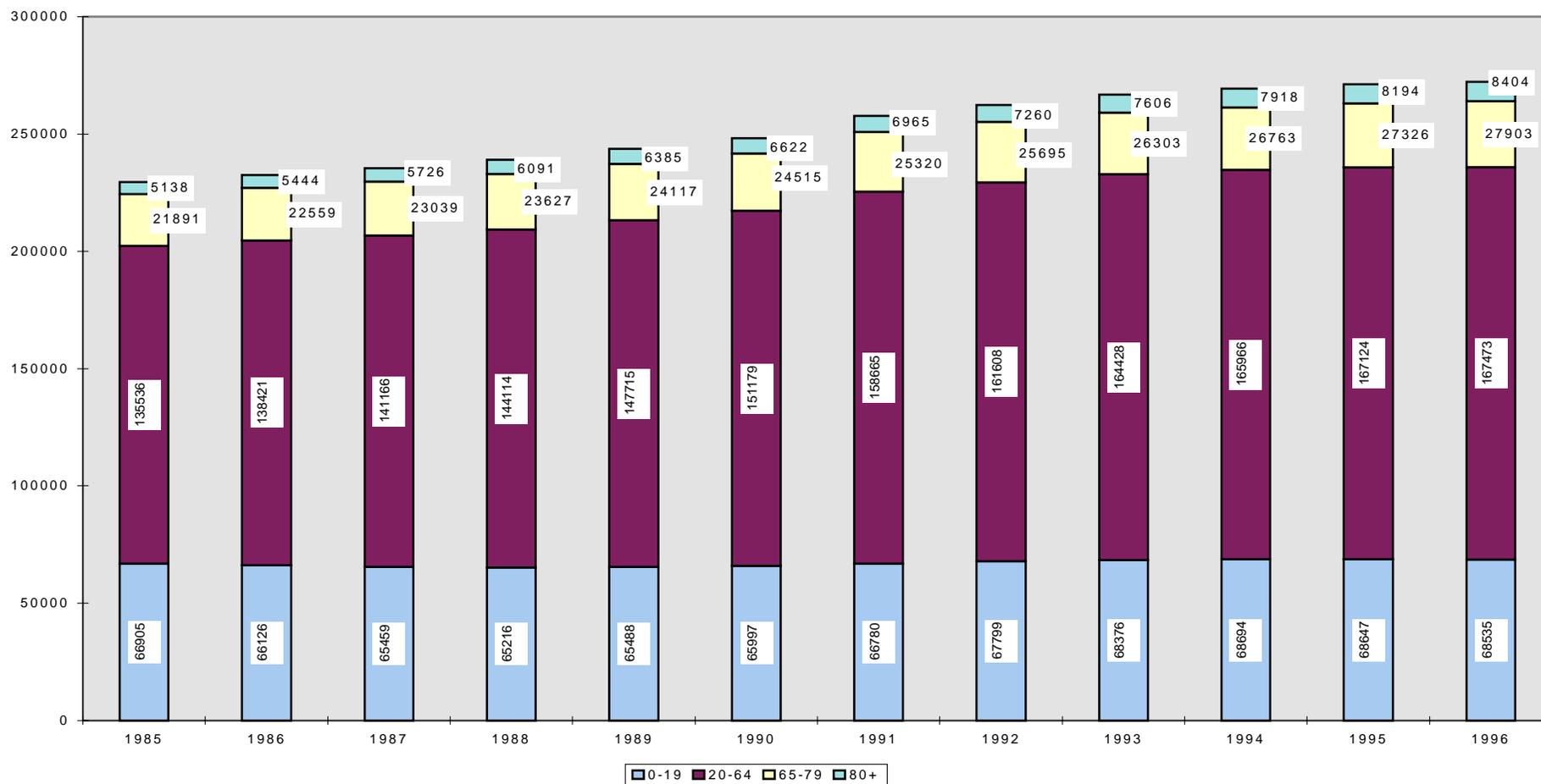
12.1 Evolution démographique

12.1.1 Evolution démographique passée



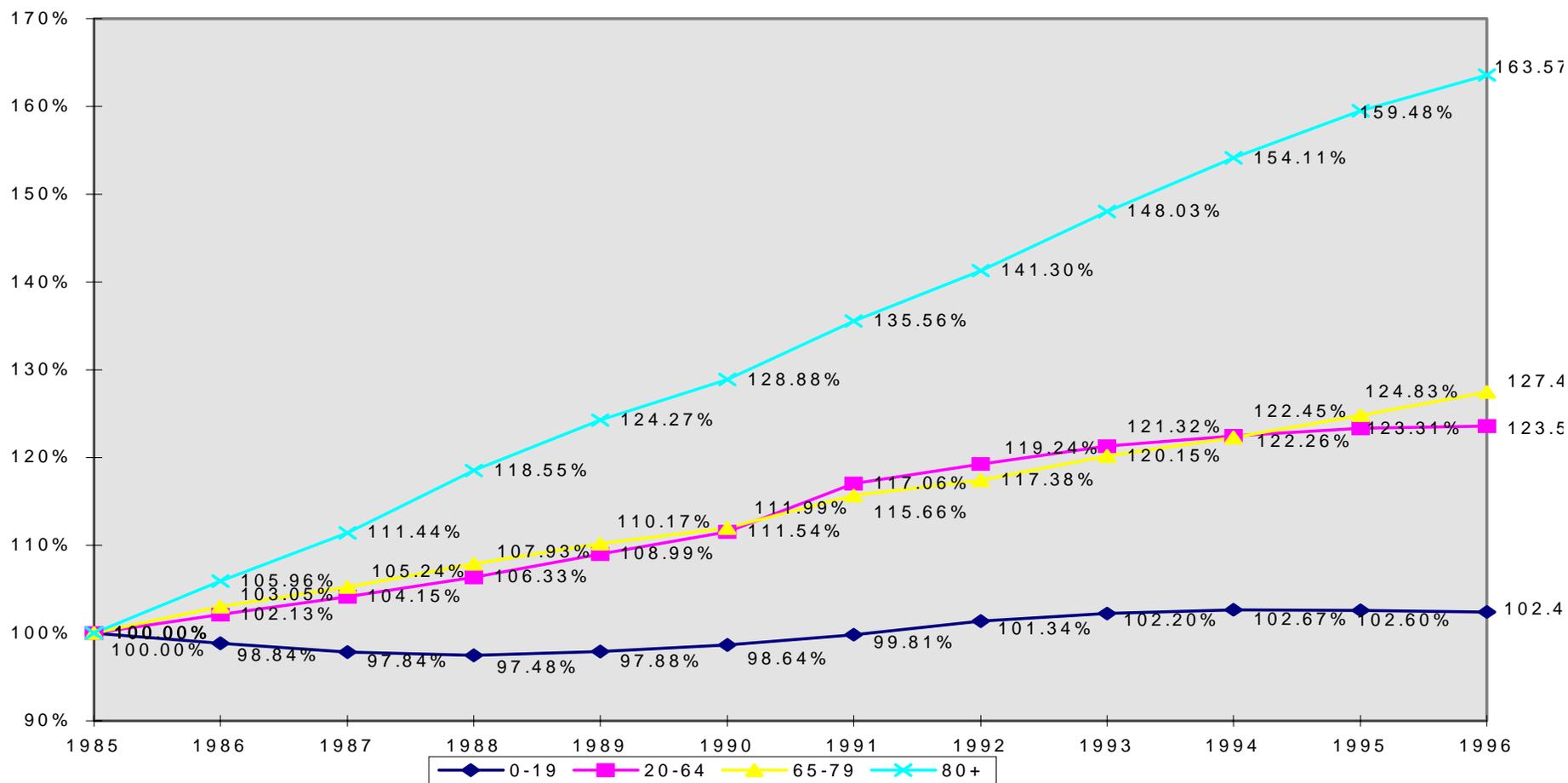
Graphique 7: Indice de l'évolution démographique des différentes classes d'âge en Valais.

L'évolution démographique entre 1941 et 1994 est marquée par une forte augmentation de la population âgée de plus de 64 ans. De plus, la part de la population âgée de plus de 80 ans est 5 fois plus élevée en 1994 qu'en 1941.



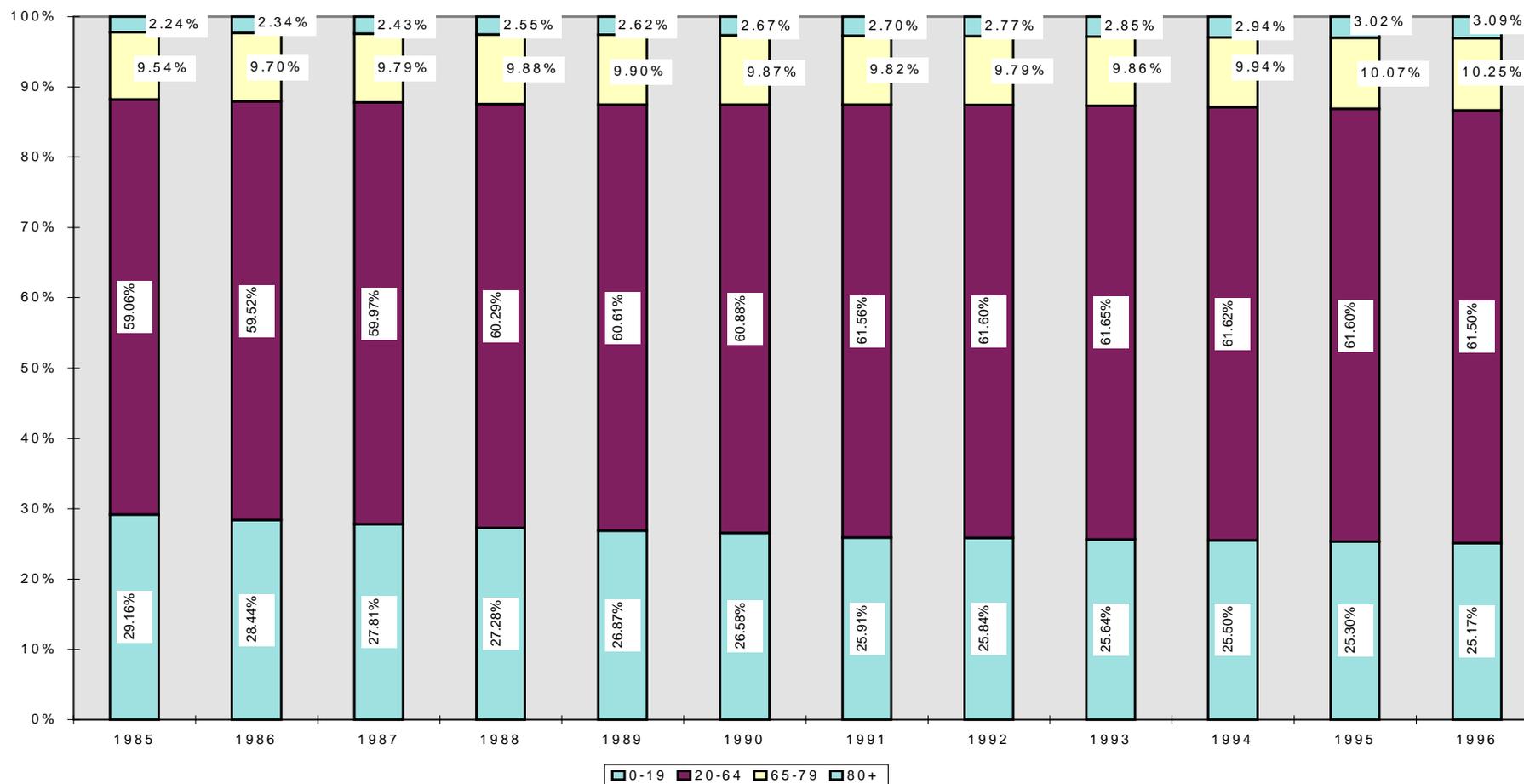
Graphique 8: Evolution démographique de la population valaisanne en fonction des classes d'âge 1985 - 1996

Le graphique ci-dessus montre, en termes absolus, l'évolution de la population valaisanne de 1985 à 1996. Ainsi, la classe d'âge des 0 à 19 ans a passé de 66'905 personnes en 1985 pour atteindre 68'535 personnes en 1996. Au cours de la même période, le nombre de personnes âgées de 65 à 79 ans a passé de 21'891 à 27'903, alors que celui des personnes âgées de 80 ans et plus a passé de 5'138 en 1985 à 8'404 en 1996.



Graphique 9: Indice de l'évolution démographique de la population valaisanne par classe d'âge (base de calcul: 1985: indice=100)

Etabli sur la base des données du graphique 8, le graphique ci-dessus montre, notamment, que la classe d'âge des 0 à 19 ans n'a augmenté que de 2.44% entre 1985 et 1996, alors que la classe d'âge des 65 à 79 ans a enregistré une croissance de 27.46 % et celle des plus de 80 ans, de 63.57%. Ces importantes différences montrent que l'évolution démographique est marquée par un vieillissement croissant.



Graphique 10: Répartition de la population valaisanne en fonction des classes d'âge 1985 - 1996

Le graphique ci-dessus montre la répartition en pourcent de la population en fonction des classes d'âge de 1985 à 1996. Il ressort clairement que la part dans la population totale de la classe d'âge des 0 à 19 ans a diminué de 29.16% à 25.17%, alors que la part de la population âgée de plus de 65 ans a augmenté de 11.78% à 13.34%. Dès lors, la part des jeunes à la population totale diminue, alors que la part des personnes âgées ne cesse d'augmenter.

12.1.2 Evolution démographique future

Le graphique 8 montre qu'en Valais la population totale en 1996 s'élevait à 272'315 personnes, dont 36'307 personnes étaient âgées de plus de 65 ans et 8'404 personnes étaient âgées de plus de 80 ans.

Le rapport intitulé « prise en charge des personnes âgées dans les établissements médico-sociaux » du 6 décembre 1994, ainsi que la décision du Conseil d'Etat y relative du 21 décembre 1994, sont fondés sur des prévisions démographiques pour les années 1995 à l'an 2000. Les estimations faites à l'époque, basées sur un taux de croissance annuel de la population âgée de plus de 65 ans de l'ordre de 2.5% à partir de la valeur enregistrée pour l'année 1993, correspondent assez précisément aux valeurs réelles constatées par la suite.

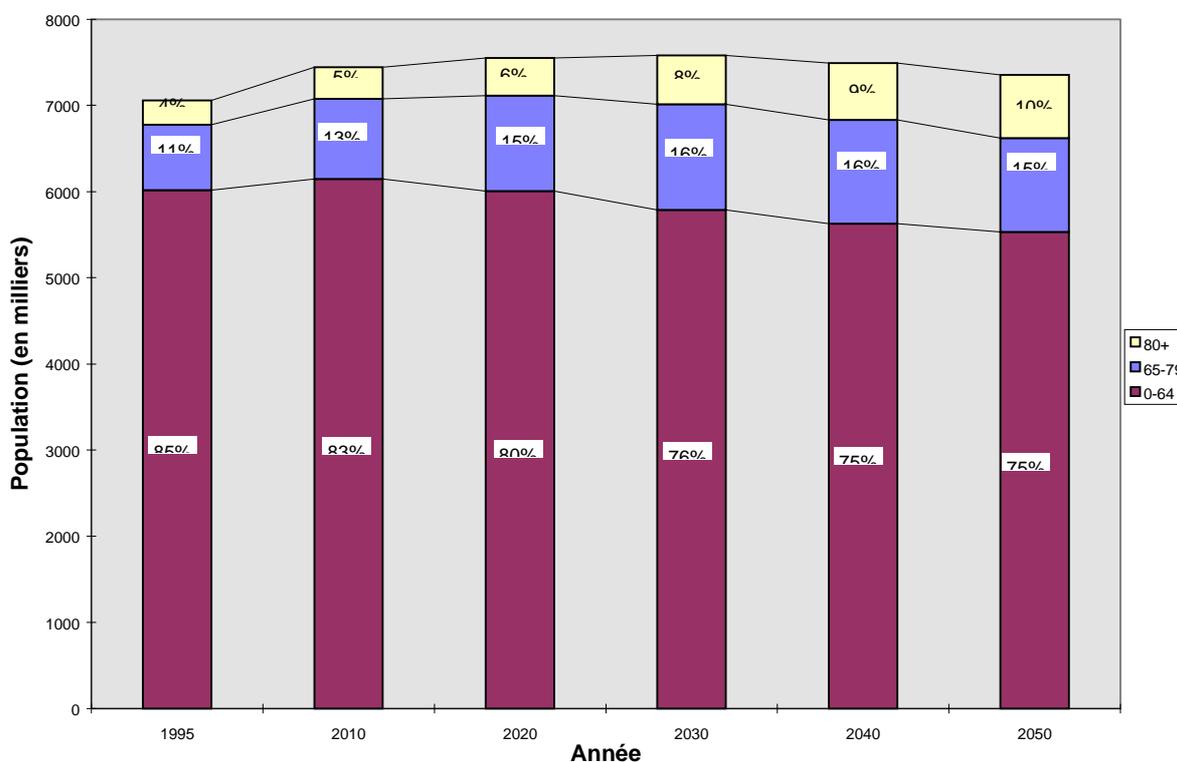
Cette augmentation annuelle prévisionnelle débouche sur des pronostics qui restent toujours valables aujourd'hui. Pour l'an 2000, on évalue à 40'300 le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans.

Partant de l'hypothèse selon laquelle la population âgée de plus de 80 ans va encore légèrement augmenter en termes relatifs de 23.14% (en 1996) à 23.5% par rapport à celle de plus de 65 ans, la population âgée de plus de 80 ans pour l'an 2000 peut être estimée à 9'500 personnes. Il s'ensuit un taux de croissance annuel de la population âgée de plus de 80 ans de 3%.

L'élaboration de perspectives démographiques à plus long terme présente une certaine complexité. Les explications ci-dessous sont tirées des rapports « Evolution et perspectives du système de santé en Suisse et en Valais » et « Le Centre Hospitalier Rhodanien - vers un hôpital multisites Sierre-Sion-Martigny » du Professeur Pierre Gilliand (cf. page suivante):

Années	1995	2010	2020	2030	2040	2050
Suisse, scénario « tendance » (OFS), milliers d'habitants						
Habitants (1000)	7060	7443	7553	7582	7491	7356
<i>Indices</i>	100	105	107	107	106	104
65 +, en %	14.8	17.4	20.5	23.7	24.9	24.8
80 +, en %	4.0	4.9	5.8	7.5	8.8	10.0
80 + / 65 + en %	27	28	28	32	35	40

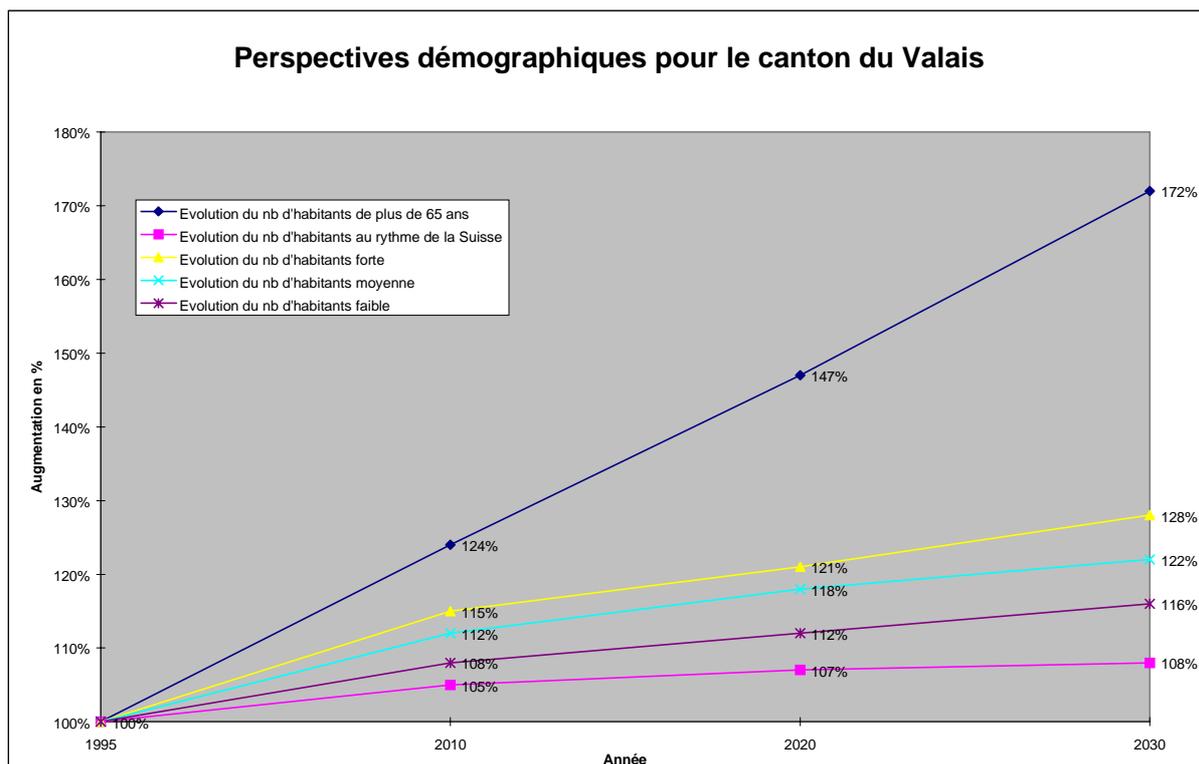
Evolution de la population Suisse - Scénario "tendance" (OFS)



Graphique 11: Evolution de la population Suisse - Scénario « tendance » (OFS).

Perspectives démographiques, Valais

Années	1995	2010	2020	2030	Augmentations en %	
Habitants (1000)						
a) rythme CH	270	285	289	290	20	7↔ %
b) fort	270	313	329	346	76	28 %
c) moyen	270	304	320	330	60	22 %
d) faible	270	292	304	313	43	16 %
Habitants 65 et +	35.4	44.0	52.3	61.0	25.6	72 %
% 65 + c)	13.1	14.5	16.3	18.5		
% 65 + d)	13.1	15.1	17.2	19.5		
Hypothèses						



Graphique 12: Perspectives démographiques pour le canton du Valais.

Suisse : perspective du scénario en 1995. Pourcentages calculés sur les nombres exacts des perspectives. Valais : nombre réel de 1995.

- a) Progression : en même proportion que l'évolution en Suisse : émigration et baisse de la fécondité.
- b) Par période et en moyenne annuelle : 1%, 0.5% et 0.5% : continuation d'une immigration et hausse de la fécondité.
- c) Par période et en moyenne annuelle: 0.8 %, 0.5 % et 0.3 %.
- d) Par période et en moyenne annuelle: 0.5 %, 0.4 % et 0.3 %.

Tableau 1: Perspectives démographiques, canton du Valais d'ici 2030, et Suisse d'ici 2050. Populations résidentes permanentes et proportions de personnes âgées de plus de 65 ans et de plus de 80 ans⁶:

« Les perspectives de population dépendent de la fécondité, de la mortalité et des migrations. Elles peuvent être faites, à un horizon lointain, avec une fiabilité acceptable pour la population âgée : les personnes qui atteindront 80 ans en 2050 sont nées en 1970, et en 1985 pour celles qui fêteront leur 65^e anniversaire à cette date. Les incertitudes sont plus marquées pour la population jeune et adulte. Pour la Suisse, le scénario « tendance » postule une fécondité faible (similaire aux taux qui perdurent depuis 20 ans) et des migrations limitées. Le nombre des habitants augmente de 7 % seulement d'ici 2020-2030, pour diminuer ensuite. En Valais, où la structure démographique est plus jeune (mais où le nombre d'enfants par femme en âge de procréation est pratiquement semblable à la moyenne helvétique), le nombre de résidents enregistrera probablement une progression plus importante. De l'ordre de 270 mille en 1995, le nombre d'habitants pourrait atteindre 310-320 mille vers 2020, puis augmenter faiblement ensuite. En revanche, le nombre des personnes

⁶ Professeur Pierre Gilliland « Evolution et perspectives du système de santé en Suisse et en Valais », 1998, page 104.

âgées de plus de 65 ans va croître d'environ 50 % en 25 ans, surtout après 2005, date à partir de laquelle arriveront à cet âge les générations nombreuses des années 40 à 60. Pour la Suisse, en 60 ans, le groupe d'âge de plus de 65 ans va presque doubler, celui du groupe de plus de 80 ans pratiquement tripler. Or ce sont les personnes très âgées qui recourent le plus aux services de santé ; même si la « compression de la morbidité » s'avère importante à l'avenir, l'accroissement considérable du nombre de vieillards accroîtra les besoins du système de santé, en tout cas au-delà de 2020.

Le vieillissement de la population est inéluctable : la proportion des personnes âgées, de quelque 15 % de la population globale actuellement en Suisse, s'élèvera à 20 % vers 2020 et 25 % vers 2050 (scénario « tendance »). Le groupe âgé de plus de 80 ans passera de 4 % à 6 % vers 2020, puis avec les générations nées après 1940, progressera à 10 % du nombre total de résidents vers 2050. En Valais, les pourcentages actuels sont respectivement de l'ordre de 13 % et 3 %. Durant plusieurs décennies, la structure démographique restera plus jeune que celle de la population résidente en Suisse. A l'évidence, le vieillissement démographique est une tendance lourde qui va conditionner les « besoins » futurs ».

(...)

« Une période de « répit démographique » d'une quinzaine d'année est vraisemblable, d'ici que le vieillissement de la population accentue les besoins dans le domaine de la santé. Aussi convient-il dès aujourd'hui, raisonnablement, de mettre en place les instruments de maîtrise »⁷.

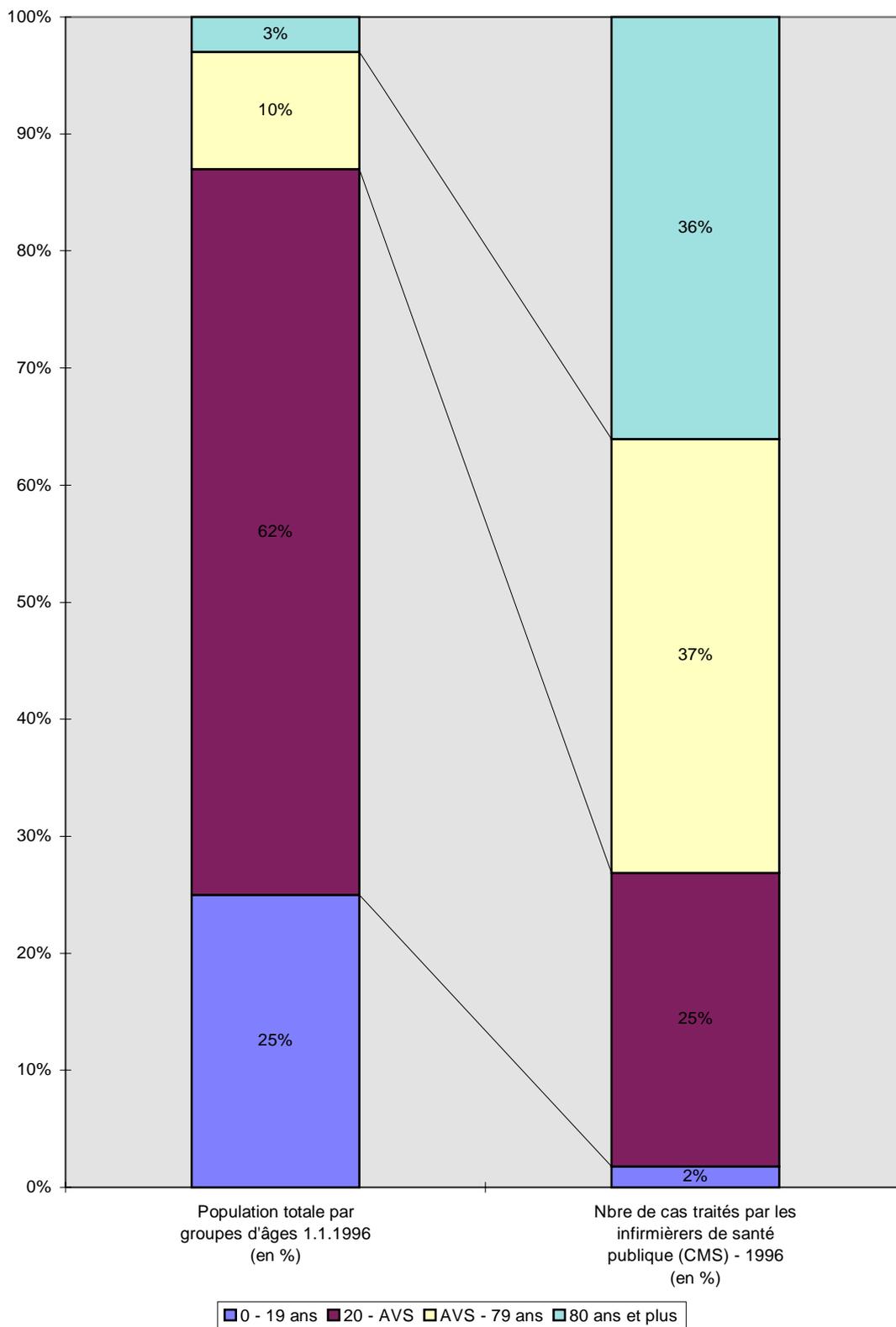
12.2 Demande en prestations de soins en fonction de l'âge

Le graphique ci-dessous montre, par exemple, que la demande en prestations de soins fournies par les CMS augmente considérablement en fonction de l'âge du patient.

Il ressort que la population âgée de plus de 80 ans, qui représente 3% de la population totale, requiert le 36% des prestations de soins. La catégorie des 65 à 79 ans, qui représente le 10% de la population, nécessite le 37% des prestations de soins. Ces deux dernières catégories confondues nécessitent donc le 73% des prestations de soins, alors qu'elles ne représentent que le 13% de la population.

Afin de tenir compte des conséquences du vieillissement de la population, qui ont pour effet notamment une augmentation de la demande en soins, il convient de mieux coordonner l'offre en prestations des différents fournisseurs de prestations du réseau régional de santé.

⁷ Professeur Pierre Gilliland: „Le Centre Hospitalier Rhodanien - vers un hôpital multisites Sierre-Sion-Martigny“, 1998, pages 21, 22 et 25.



Graphique 13: Demande en prestations de soins des Centres médico-sociaux en fonction de l'âge des patients.

12.3 Etat de santé de la population âgée actuelle ainsi que de la prochaine génération de personnes âgées de plus de 65 ans (années de naissance 1933-1947)

L'étude portant sur l'état de santé de la population valaisanne contient les conclusions et recommandations suivantes:

"Il convient de rappeler ici que l'état de santé des Valaisans et des Valaisannes est en général bon et atteint aujourd'hui un niveau sans précédent.L'état de santé continue de s'améliorer, en particulier chez les personnes âgées. La majorité des personnes vivent ainsi longtemps en bonne santé, sont capables d'autonomie dans la plupart de leurs activités jusqu'à un âge avancé. ... D'autre part, il faut affronter les nouveaux défis que pose une population vieillissante, dont l'état de santé est menacé par les maladies dégénératives ⁸».

Pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre pathologie neuro-comportementale, la prise en charge hospitalière peut se faire en court séjour, en moyen séjour ou en long séjour hospitalier pour autant qu'il y ait nécessité de diagnostic, de traitement et de réadaptation fonctionnelle et psycho-sociale (court et moyen séjours) ou pour autant que la pathologie démentielle soit grave et évolutive (longs séjours en unité continue). Pour les situations stabilisées, certains de ces malades Alzheimer peuvent être placés dans un EMS, s'il existe une organisation sanitaire et architecturale spécifique ainsi qu'un réel projet de soins. Ces patients même stabilisés, mais présentant des troubles du comportement, sont partiellement incompatibles avec les autres pensionnaires.

Pour ces raisons, on pourrait regrouper dans certains établissements médico-sociaux - dans des unités protégées - une dizaine, voire une quinzaine de pensionnaires qui sont des malades fugeurs, déambulants et avec troubles du comportement, mais dans un état clinique et une dépendance psychique stables.

De plus, les personnes âgées sont souvent atteintes de plurimorbidité, ce qui signifie qu'une même personne souffre de plusieurs maladies.

12.4 Mesures en matière de promotion de la santé et de prévention

Les mesures en matière de promotion de la santé et de prévention influencent également la demande future en lits d'établissements médico-sociaux. Il convient dès lors d'améliorer encore l'état de la santé de la population, ce qui amènera une augmentation de l'espérance de vie et par conséquent du nombre de personnes de

⁸ Cf. Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne et le Département de la santé publique du canton du Valais: Etude sur „l'Etat de Santé de la population valaisanne“, mars 1996, page 49. L'étude du Fonds National pour la recherche scientifique dans le cadre du programme national de recherche Nr 32 „vieillesse“ intitulée „Un bilan de santé de la population âgée. Comparaison entre deux régions de Suisse et analyse des changements sur quinze ans (1979-1994)“ contient des résultats intéressants portant sur l'état de santé de la population âgée. Monsieur le Professeur H. -M. Hagmann, Directeur du Centre médico-social de Sierre est co-auteur de cette étude.

plus de 80 ans. Parallèlement à l'augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, le nombre de personnes en établissement médico-social nécessitant des soins moyens, voire importants enregistre une croissance importante (cf. le chapitre suivant).

Différentes observations montrent que l'âge d'entrée moyen des patients dans les établissements médico-sociaux ne sans cesse d'augmenter ces dernières années. Il est probable que cette évolution se poursuivra ces prochaines années. En 1996, l'âge moyen des résidents des établissements médico-sociaux valaisans s'élevait à 82 ans⁹.

⁹ Cf. Département de la santé publique: „Annuaire statistique sur la santé publique 1996“, juin 1997.

12.5 Besoins en soins et en soutien des résidents

12.5.1 Résultats du relevé MAC 11 - saisie 1996

L'instrument MAC 11 permet de mesurer l'autonomie des résidents en fonction de leur niveau d'indépendance pour les activités quotidiennes et de leur mobilité. Une répartition en 11 catégories est effectuée. La catégorie 1 indique „une autonomie intégrale“ et la catégorie 11 „une dépendance totale“. Sur cette base, une classification des résidents peut être effectuée, de même qu'une évaluation de leur charge en soins et des besoins en personnel. Un tableau de conversion permet alors d'attribuer à chaque valeur MAC 11 un temps de soins requis. Le temps de soins nécessaire comprend les soins directs et indirects ainsi que les déplacements à l'intérieur de l'unité. Le relevé n'inclut pas le temps résultant des traitements effectués par les médecins.

Niveaux	Niveau d'activités quotidiennes AVQ	Niveau de confinement/mobilité
1	Indépendance ou dépendance à autrui au plus une fois/24 heures	Aire de déplacement autonome dépassant le voisinage de l'établissement
2	Dépendance à autrui plus d'une fois/24 heures mais à des moments prévisibles	Aire de déplacement autonome limitée au voisinage de l'établissement
3	Dépendance à autrui à intervalles courts imprévisibles	Aire de déplacement autonome à l'intérieur de l'établissement
4	Dépendance à autrui pour la plupart des besoins	Aire de déplacement autonome restreinte à l'étage de la chambre
5	Dépendance à autrui pour tous ses besoins	Aire de déplacement autonome restreinte à la chambre
6		Incapacité de se déplacer de façon autonome

Tableau 2: Catégories des deux variables intervenant dans la méthode MAC 11.

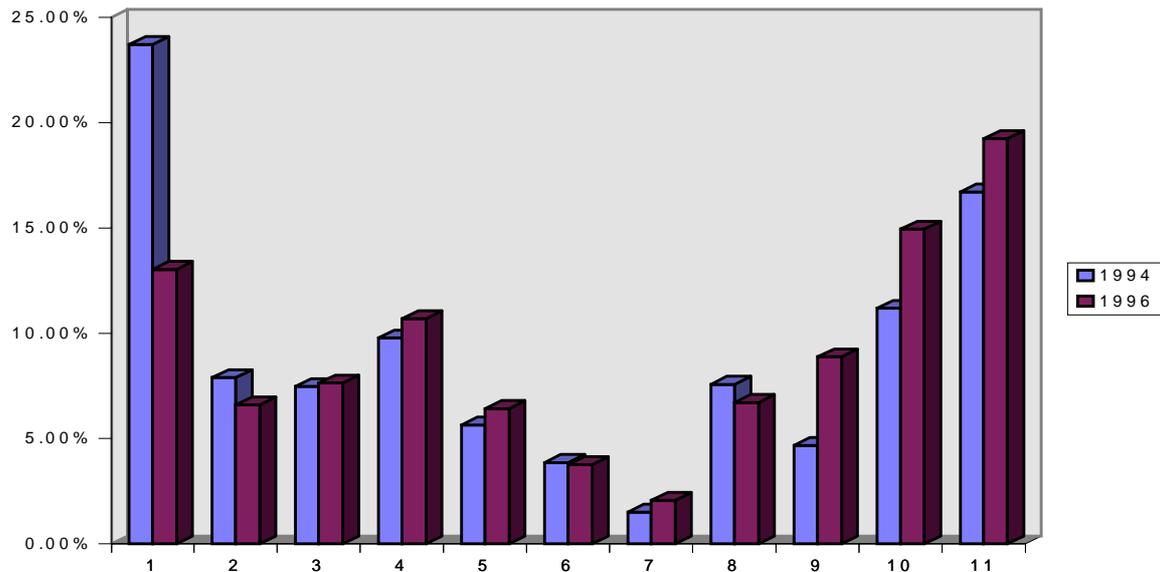
A.T.L.	CONF					
	1	2	3	4	5	6
1	1	2	2	4	4	4
2	3	3	4	5	6	8
3	4	4	5	6	7	9
4	8	8	8	8	9	10
5	10	10	10	10	10	11

Tableau 3: Valeurs MAC-11 résultant de la combinaison des deux variables.

En 1994, le relevé MAC 11 a été effectué dans tous les établissements médico-sociaux subventionnés du canton du Valais. Cette étude a été reconduite en 1996 dans tous les établissements médico-sociaux, y compris les établissements privés.

Le graphique suivant établit, pour les établissements médico-sociaux subventionnés, une comparaison entre le relevé MAC 11 effectué en 1994 et celui de 1996. Il ressort que la part des résidents nécessitant des soins moyens à importants a augmenté de 40% à 55% entre 1994 et 1996.

Est considéré comme un résident nécessitant des soins moyens à importants, le patient dont la valeur MAC 11 est supérieure ou égale à 6 (c'est à dire qui nécessite plus de 2.5 heures de soins par jour).



Graphique 14: Répartition en pourcent des valeurs MAC 11 concernant les résidents des établissements médico-sociaux subventionnés du canton du Valais.

Une mise en valeur détaillée du relevé MAC 11 1996 indique les résultats suivants par région:

M A C -11 J o u r d e r é l e v é 1 9 9 6

Etablissement médico-social	Lieu	Nombre de patients	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
St. Maria	Naters	68	26	6	6	3	2	0	1	5	3	4	12
Engischgruss	Brig	48	14	11	0	5	2	3	1	3	2	4	3
St. Theodul	Fiesch	52	6	3	0	5	3	0	3	2	12	12	6
Région sanitaire de Brigue		168	46	20	6	13	7	3	5	10	17	20	21
Paulusheim	Visp	35	11	2	2	10	0	2	1	3	1	0	3
Alterswohnen	Unterems	9	3	2	0	1	0	0	1	0	0	0	2
Ringacker	Leuk-Stadt	21	2	6	1	3	0	0	1	2	2	2	2
St. Antonius	Saas-Grund	24	1	0	0	3	3	1	1	0	3	5	7
St. Mauritius	Zermatt	40	10	2	2	5	0	1	0	2	3	9	6
St. Nikolaus	St. Niklaus	33	7	4	1	4	1	0	0	0	2	9	5
St. Martin	Visp	67	14	1	4	10	2	2	2	3	5	11	13
St. Barbara	Kippel	17	3	3	1	2	0	1	0	1	0	3	3
St. Anna	Steg	42	7	0	8	2	6	1	1	1	4	7	5
St. Josef	Susten	93	9	12	3	13	7	6	1	11	4	13	14
Région sanitaire de Viège		381	67	32	22	53	19	14	8	23	24	59	60
Beaulieu	Sierre	43	5	3	5	6	1	2	1	4	6	6	4
St. Joseph	Sierre	130	10	3	4	8	12	11	2	10	18	24	28
Home de Chalais	Sierre	29	0	0	0	2	3	2	1	5	3	6	7
Le Christ-Roi	Lens	77	5	1	9	7	10	2	2	10	2	3	26
Le Carillon	St. Leonard	42	6	0	3	4	0	2	0	1	6	13	7
Région sanitaire de Sierre		321	26	7	21	27	26	19	6	30	35	52	72
Les Crêtes	Grimisuat	57	3	2	10	8	1	0	0	5	2	10	16
Les Glariers	Sion	41	4	2	6	3	4	1	1	2	5	6	7
Home Zambotte	Savièse	46	4	0	8	4	3	2	0	5	5	9	6
Haut de Cry	Vétroz	66	11	1	12	1	1	0	1	7	8	8	16
Ma Vallée	Nendaz	22	7	6	0	2	0	1	0	0	3	3	0
Foyer Pierre-Olivier	Chamoson	54	2	3	7	7	2	1	1	2	10	7	12
St. Sylve	Vex	53	5	5	3	5	3	3	2	5	4	7	11
Rési. St. Pierre	Sion	107	71	2	9	7	1	1	0	5	4	3	4
St. Francois	Sion	81	2	4	6	8	6	6	2	6	6	10	25
Région sanitaire de Sion		527	109	25	61	45	21	15	7	37	47	63	97
Les Floriales	Saxon	17	0	1	0	1	0	0	0	1	2	3	9
La Rési. J.-Paul	Riddes	38	3	2	2	7	4	1	0	3	6	3	7
Foyer de Saillon	Saillon	15	2	0	0	0	2	1	1	1	4	3	1
Les Marronniers	Martigny	33	5	0	0	0	1	0	0	1	6	4	16
La Providence	Bagnes	97	12	7	3	16	5	4	1	5	9	19	16
Castel Notre-Dame	Martigny	122	14	16	4	13	7	3	2	8	9	19	27
Sr. Louise-Bron	Fully	43	2	1	4	5	4	0	0	4	3	8	12
Région sanitaire de Martigny		365	38	27	13	42	23	9	4	23	39	59	88
Place du Pas	Vernayaz	12	0	0	1	0	1	0	0	1	1	7	1
St. Jacques	St. Maurice	53	3	12	2	9	5	3	0	1	5	5	8
Les Trois Sapins	Troistorrents	42	1	0	3	3	1	4	7	5	3	7	8
Les Tilleuls	Monthey	124	22	5	12	19	17	4	2	5	8	7	23
Riond-Vert	Vouvry	107	22	2	13	11	7	3	2	3	8	18	18
Région sanitaire de Monthey		338	48	19	31	42	31	14	11	15	25	44	58
Total		2100	334	130	154	222	127	74	41	138	187	297	396

Tableau 4: Résultats du relevé MAC 11 en 1996 par établissement médico-social.

12.5.2 Besoins en soins et en soutien des résidents selon l'outil BESA - Année 1997

Suite à une période de test intervenue dans plusieurs établissements, le système BESA (système de facturation et d'évaluation des résidents) est mis en application depuis 1997 dans tous les établissements médico-sociaux du canton du Valais.

Le système BESA comprend les six domaines suivants:

- Soins de base 1: hygiène
- Soins de base 2: repas
- Soins de base 3: mobilité
- Services/traitements médicaux et sanitaires
- Prestations de psychogériatrie I : orientation dans le temps et dans l'espace
- Prestations de psychogériatrie II : entretiens d'assistance (comportement social)

Le remboursement des prestations par l'assurance-maladie s'effectue par catégorie depuis le 01.01.1997 en tenant compte de la charge en soins des résidents selon ce système.

Il y a lieu de distinguer des degrés allant de 0 à 4 et de prendre en considération les journées d'absence (hospitalisations passagères ou vacances avec réservation de la chambre). Le tableau suivant montre les résultats d'ensemble pour l'année 1997, pour les établissements de notre canton.¹⁰

Niveau	Journées-malades		Journées facturées en %
	Absences	Facturées	
BESA 0	2'632	41'165*	5.58 %
BESA 1	2'780	145'057	19.65 %
BESA 2	3'168	159'731	21.64 %
BESA 3	2'228	147'979	20.05 %
BESA 4	3'797	244'104	33.08 %
Total		738'036	100%

* BESA 0 n'est pas facturé

Tableau 5: Degrés BESA et nombre de journées-malades en 1997.

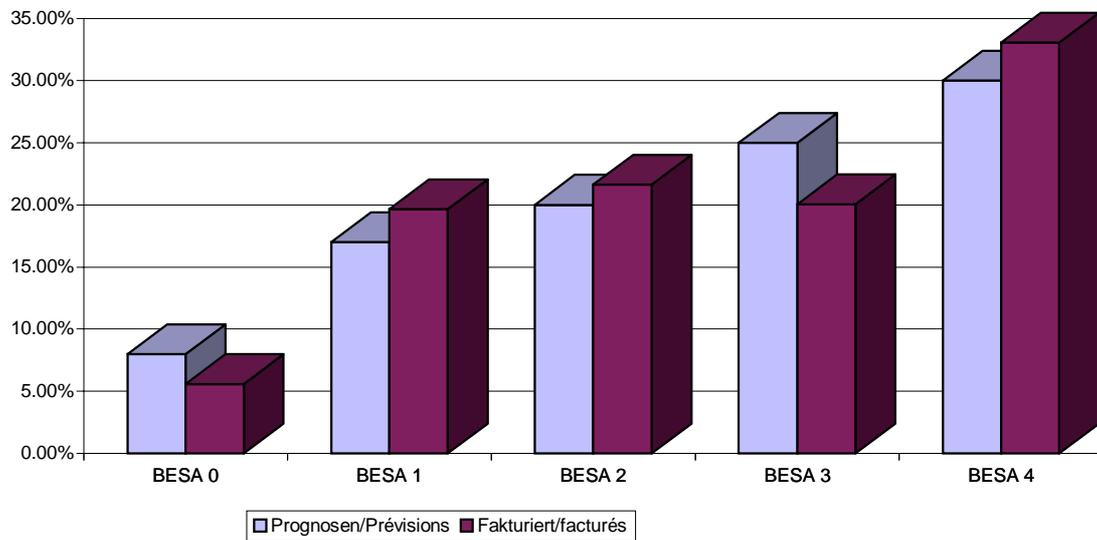
Le nombre de journées des résidents nécessitant des soins moyens à importants (degrés BESA 3 et 4) s'élève à 53.5% et correspond ainsi aux résultats de la saisie MAC 11 effectuée par le Département en 1996 (cf. paragraphe précédent).

Ce résultat montre que les besoins en soins des résidents des établissements médico-sociaux valaisans ont considérablement augmenté ces dernières années.

De plus, une comparaison entre les valeurs BESA ressortant de la facturation et les valeurs prévisionnelles de l'année 1997 indique une augmentation non négligeable de

¹⁰ Données résultant d'un relevé statistique effectué par le Service de la santé publique.

la part des résidents nécessitant des soins importants par rapport à ceux nécessitant des soins moyens.



Graphique 15: Mise en valeur des valeurs BESA réelles et facturées en 1997.

Le tableau suivant illustre, pour l'année 1997, la dépendance des résidents de chacun des établissements médico-sociaux. Quelques établissements médico-sociaux avec une proportion relativement élevée de résidents indépendants ont aussi procédé à la saisie statistique des résidents des autres domaines (appartements résidentiels etc..), bien que ceux-ci ne fassent pas l'objet de la planification des établissements médico-sociaux.

	BESA 0	BESA 1	BESA 2	BESA 3	BESA 4	FAKTURIERT	ABESA 0	ABESA 1	ABESA 2	ABESA 3	ABESA 4	ABSENZEN	TOTAL
St-Theodul, Fiesch	1'108	2'808	2'599	3'521	8'535	18'571	53	130	0	37	29	249	18'820
Englischgruss, Brig	59	5'167	5'108	3'145	4'209	17'688	169	54	93	206	141	663	18'351
Sta-Maria, Naters	10'343	2'948	1'790	2'881	5'964	23'926	387	25	170	60	91	733	24'659
St-Antonius, Saas-Grund	0	588	2'248	3'372	2'541	8'749	0	14	11	14	11	50	8'799
St-Martin, Visp	3'458	2'549	7'033	3'127	10'391	26'558	0	25	49	50	53	177	26'735
St-Nikolaus, St-Niklaus	977	2'255	4'000	2'554	2'084	11'870	96	53	87	15	88	339	12'209
St-Mauritius, Zermatt	1'237	2'557	2'370	3'312	4'914	14'390	0	26	36	110	79	251	14'641
Sta-Anna, Steg	0	5'727	4'099	4'465	3'886	18'177	0	109	82	90	31	312	18'489
Sta-Barbara, Kippel	0	365	1'162	1'279	3'728	6'534	0	0	14		3	17	6'551
St-Joseph, Susten	0	3'823	9'944	5'796	9'631	29'194	0	129	66	186	39	420	29'614
Ringacker, Leuk-Stadt	645	1'637	1'502	1'312	985	6'081	89	15	0		6	110	6'191
Le Christ-Roi, Lens	175	3'672	7'337	5'886	10'262	27'332	37	1	135	37	202	412	27'744
St-Joseph, Sierre	2'480	8'259	6'876	12'622	17'396	47'633	0	0	0	0	0	0	47'633
Beaulieu, Sierre	688	2'816	4'205	3'712	4'292	15'713	0	0	0	0	0	0	15'713
Home les Jasmins, Chalais	81	1'287	2'874	2'567	4'035	10'844	0	0	0	0	0	0	10'844
Le Carillon, St-Léonard	160	2'605	4'062	3'234	5'144	15'205	20	80	258	80	37	475	15'680
St-Sylve, Vex	1'178	4'768	5'370	3'327	5'897	20'540	166	62	84	11	119	442	20'982
Les Glariers, Sion	0	3'247	2'217	3'455	4'747	13'666	0	55	158	41	157	411	14'077
St François, Sion	1'305	5'270	8'573	4'717	8'936	28'801	36	6	123	21	4	190	28'991
Les Crêtes, Grimisuat	0	3'009	4'141	3'274	9'472	19'896	0	192	79	46	254	571	20'467
Zambotte, Savièse	426	5'671	4'420	3'844	3'842	18'203	0	29	0	32	29	90	18'293
Haut-de-Cry, Vétroz	277	6'561	5'707	4'117	8'555	25'217	5	56	49	65	2	177	25'394
Pierre-Olivier, Chamoson	1'276	5'659	3'544	2'370	6'581	19'430	0	56	29	9	25	119	19'549
Ma Vallée, Nendaz	464	2'772	2'026	1'153	1'716	8'131	0		46	0	3	49	8'180
La Providence, Bagnes	587	7'703	6'625	7'977	13'136	36'028	8	162	305	115	47	637	36'665
Louise-Bron, Fully	0	1'773	2'721	2'820	9'935	17'249	0	92	49	40	189	370	17'619
Castel Notre-Dame, Martigny	494	9'475	9'754	9'980	12'356	42'059	206	196	205	66	310	983	43'042
St-Jacques, St-Maurice	12	3'615	4'894	4'783	6'020	19'324	25	144	423	118	114	824	20'148
Les Tilleuls, Monthey	6'017	9'094	8'396	5'174	14'690	43'371	733	430	271	128	721	2'283	45'654
Les Trois Sapins, Troistorrens	0	1'414	3'681	1'948	6'248	13'291	0	0	45	143	253	441	13'732
Riond-Vert, Vouvry	365	1'410	6'399	9'111	9'457	26'742	0	70	40	120	130	360	27'102
Paulusheim, Visp	2'174	5'781	4'174	4'048	641	16'818	87	108	62	117	48	422	17'240
Kloster zur I.F.v.Berge, Unterer	765	1'383	180	365	965	3'658	35	27	0	0	16	78	3'736
La Résidence St. Pierre, Sion	2'936	10'826	6'303	3'316	1'394	24'775	480	300	156	96	108	1'140	25'915
La Résidence J.-Paul, Riddes	1'248	3'093	999	1'727	4'998	12'065	0	10	12	87	101	210	12'275
Foyer de Saillon, Saillon	0	740	35	1'509	1'777	4'061	0	24	22	12	25	83	4'144
Les Floralies, Saxon	0	668	133	2'051	2'895	5'747		6	8	20	7	41	5'788
Les Marronniers, Martigny	0	797	1'008	1'702	7'843	11'350	0	0	0	32	204	236	11'586
Les Tourelles, Martigny	0	960	680	786	2'278	4'704	0	3	1	6	121	131	4'835
Place du Pas	230	305	542	1'640	1'728	4'445	0	91	0	18	0	109	4'554
Total	41'165	145'057	159'731	147'979	244'104	738'036	2'632	2'780	3'168	2'228	3'797	14'605	752'641

S'agissant du foyer "la Résidence à Sion, les journées-malades ont été prises en considération uniquement en fonction des 71 lits d'établissement médico-social.

Tableau 6: Degrés BESA et nombre de journées-malades en 1997 par établissement médico-social.

Les entrées en établissement médico-social intervenues l'an passé correspondent pour moitié à des sorties d'hôpital de soins aigus ou d'établissements de gériatrie. Les entrées enregistrées en 1997 se répartissent comme suit :

- du domicile 43.7 %
- d'une autre établissement médico-social 4,7 %
- d'un hôpital de soins aigus 15,5%
- d'un hôpital pour malades chroniques ou de gériatrie 33.9%
- autre provenance 2.2%

L'évolution mise en évidence aux chapitres 12.6 et suivants va renforcer davantage ce constat.

La répartition des 674 sorties enregistrées en 1997 est la suivante :

- vers le domicile 16,5%
- vers un autre établissement médico-social 3.6%
- vers un hôpital de soins aigus 1.8%
- vers un hôpital pour malades chroniques ou de gériatrie 1.8%
- autre destination 0.6%
- décès à l'établissement médico-social 63.5%
- décès à l'hôpital 12.3%

12.5.3 Remarques complémentaires concernant les mesures de performance

La nouvelle LAMal exige l'introduction de différents instruments en matière de classement des prestations (art. 49.6) et de comparaison entre les institutions (art. 49.7), ainsi que de garantie de la qualité (art. 58).

La saisie des prestations peut s'effectuer selon deux méthodes. L'une consiste à saisir les soins donnés par le personnel soignant, l'autre à saisir les soins requis sur la base des besoins des patients.

W. Fischer écrit à ce sujet (traduction): „...il y a une différence fondamentale entre les deux points de vue... Dans le premier cas, le regard est porté sur les soignants et montre ce que ces derniers font. Il en résulte une liste d'activités de soins. Dans le deuxième cas, une description du patient est effectuée avec indication d'une liste des problèmes. On se demande quel point de vue est préférable. La réponse est que ces deux conceptions se complètent. Une bonne description des problèmes et une harmonisation entre les ressources du patient et les buts thérapeutiques permettent de concevoir les actions de soins à entreprendre. Une saisie de l'état du patient permet d'explicitier les raisons de la nécessité des prestations fournies. Dans la situation idéale, les besoins en soins requis correspondent aux soins donnés....“¹¹.

¹¹ Wolfram Fischer: Aufbruchstimmung im Gesundheitswesen - Leistungserfassung und Patientenklassifizierung in der Langzeitpflege“ NOVA 6/97, page 9, Journal d'information de l'association suisse des soins en gériatrie, réadaptation et aux malades chroniques

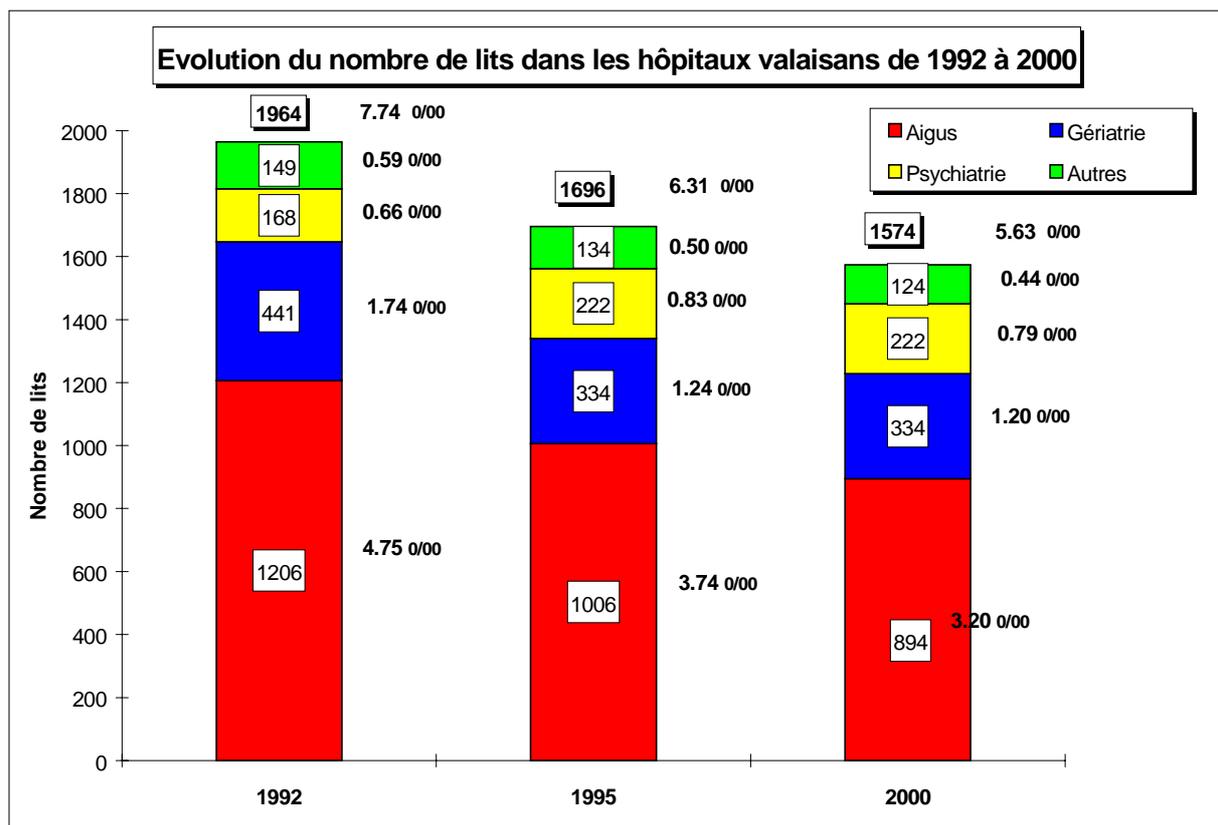
L'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS) a été modifiée le 3 juillet 1997 comme suit, pour entrée en vigueur au 01.01.1998 (Art. 9 al. 4): „ *Les partenaires tarifaires ou l'autorité compétente déterminent pour les prestations effectuées dans les établissements médico-sociaux des tarifs échelonnés selon le type et le niveau des soins requis. Au minimum quatre niveaux doivent être prévus*“.

Mis à part l'instrument BESA, d'autres instruments sont actuellement utilisés. Il n'est pas exclu que ces prochaines années des décisions portant sur leur application soient prises au niveau suisse.

12.6 Décisions de planification sanitaire prises dans d'autres domaines partiels

Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, des mesures prises dans l'un des domaines partiels du système sanitaire se répercutent également sur d'autres domaines. La décision prise sur la base du concept hospitalier de décembre 1996 de réduire le nombre de lits de soins aigus aura en particulier des effets importants sur le domaine des établissements médico-sociaux.

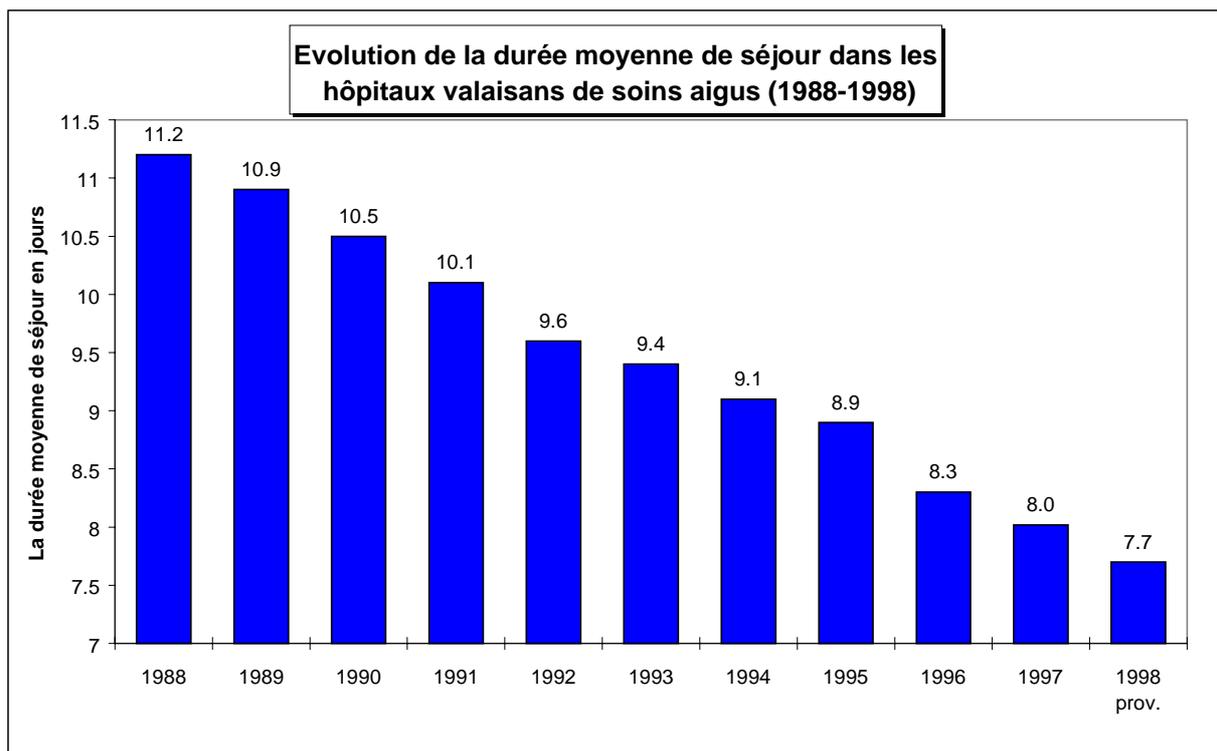
Dans le domaine des soins aigus, 200 lits ont été réduits entre 1992 et 1996. D'ici l'an 2000, une diminution du nombre de lits de 112 unités doit encore intervenir dans les 6 hôpitaux aigus valaisans et le Centre Valaisan de Pneumologie. Dès lors, l'offre de ces institutions s'élèvera à 894 lits. L'évolution enregistrée depuis l'introduction, au 01.01.1998, du nouveau système de financement basé sur les forfaits par cas/service dans les hôpitaux valaisans de soins aigus induira que le nombre de lits aigus effectivement exploités se situera considérablement en dessous de ce nombre maximum de lits et en dessous de la norme de 3.2 lits pour 1000 habitants.



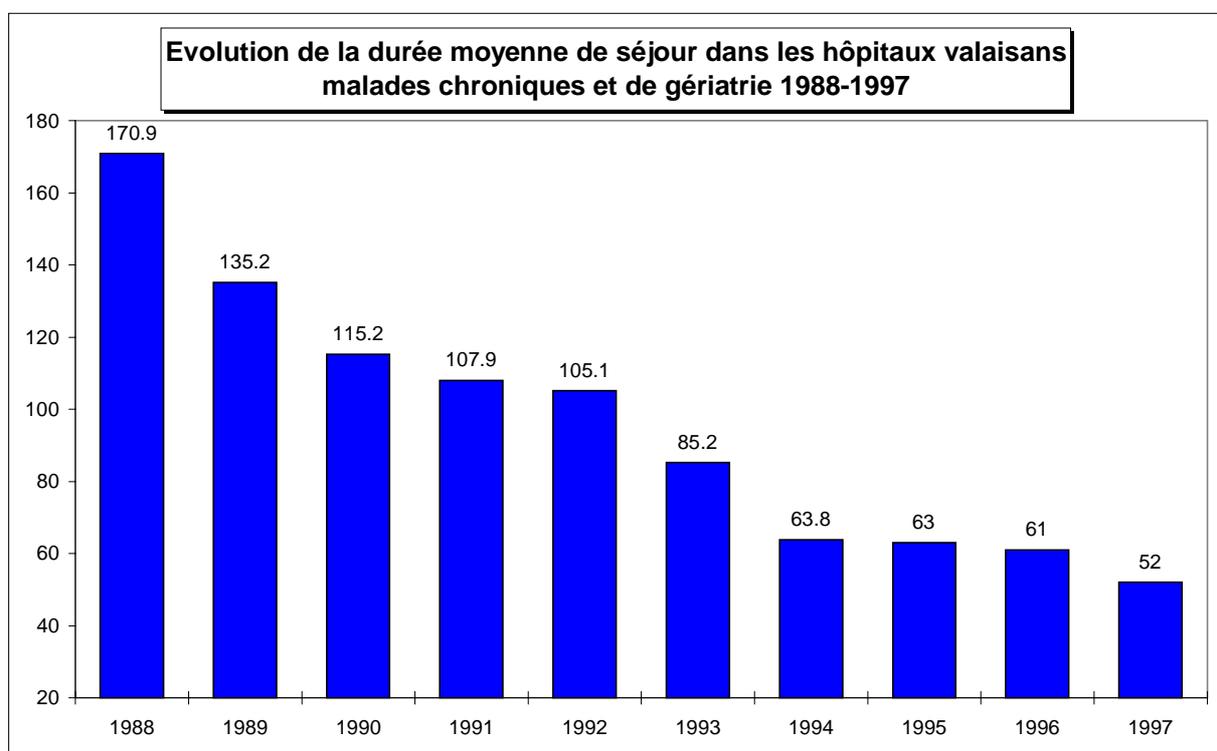
Graphique 16: Evolution du nombre de lits dans les hôpitaux valaisans de 1992 à 2000

Cette mesure aura pour effet une augmentation de la demande en prestations concernant les autres domaines du système sanitaire (établissements gériatriques, établissements médico-sociaux etc.). Cette constatation est valable en particulier pour les établissements médico-sociaux, dans la mesure où les durées moyennes de séjour ont fortement diminué dans les établissements de soins aigus et pour malades chroniques et de gériatrie. Cette évolution va se poursuivre ces prochaines années.

La durée moyenne de séjour dans les hôpitaux valaisans de soins aigus et pour malades chroniques et de gériatrie a notablement diminué entre 1988 et 1997 (cf. graphiques 17 et 18).

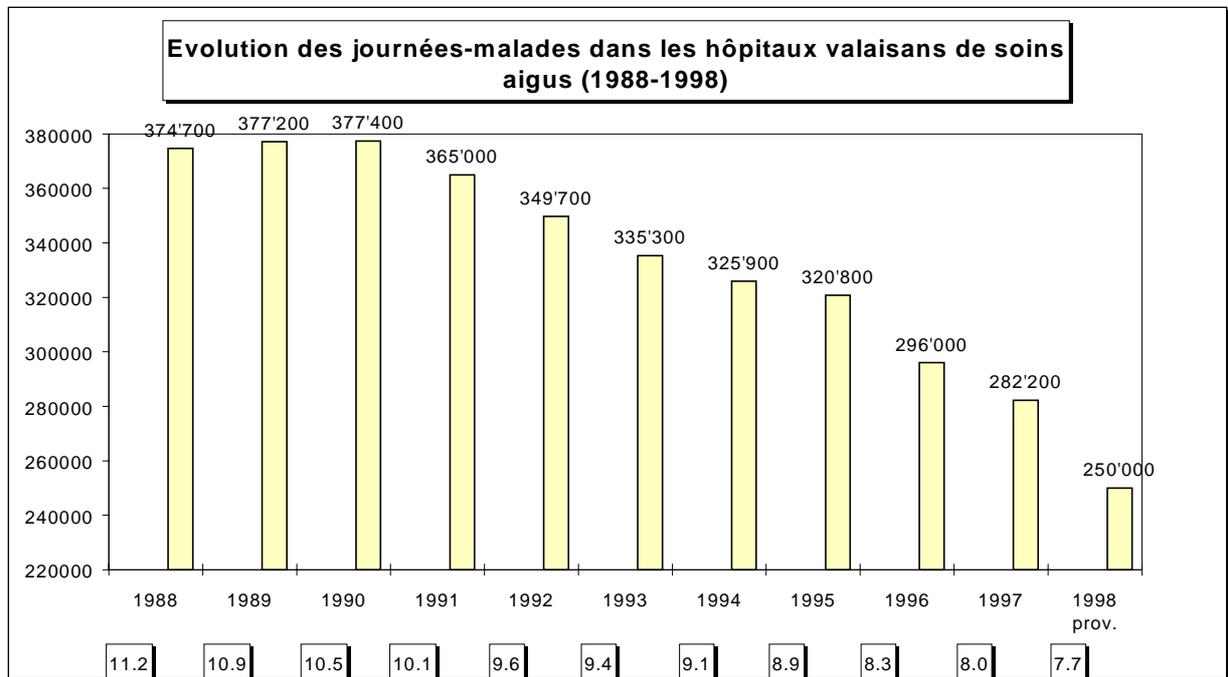


Graphique 17: Evolution de la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux de soins aigus 1988-1997.



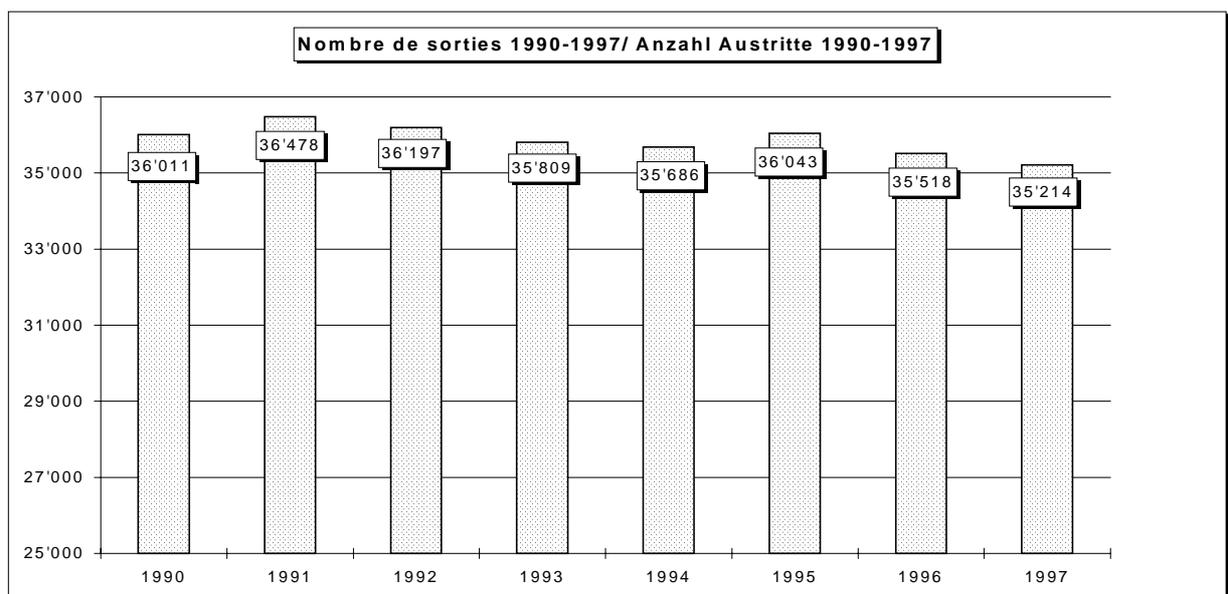
Graphique 18: Evolution de la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux pour malades chroniques et de gériatrie 1988-1997.

On remarque la même tendance pour l'évolution du nombre de journées-malades dans les hôpitaux valaisans de soins aigus. Depuis le début des années 90, ce nombre a diminué en termes nominaux de 25% pour s'élever à 282'000 journées en 1997.



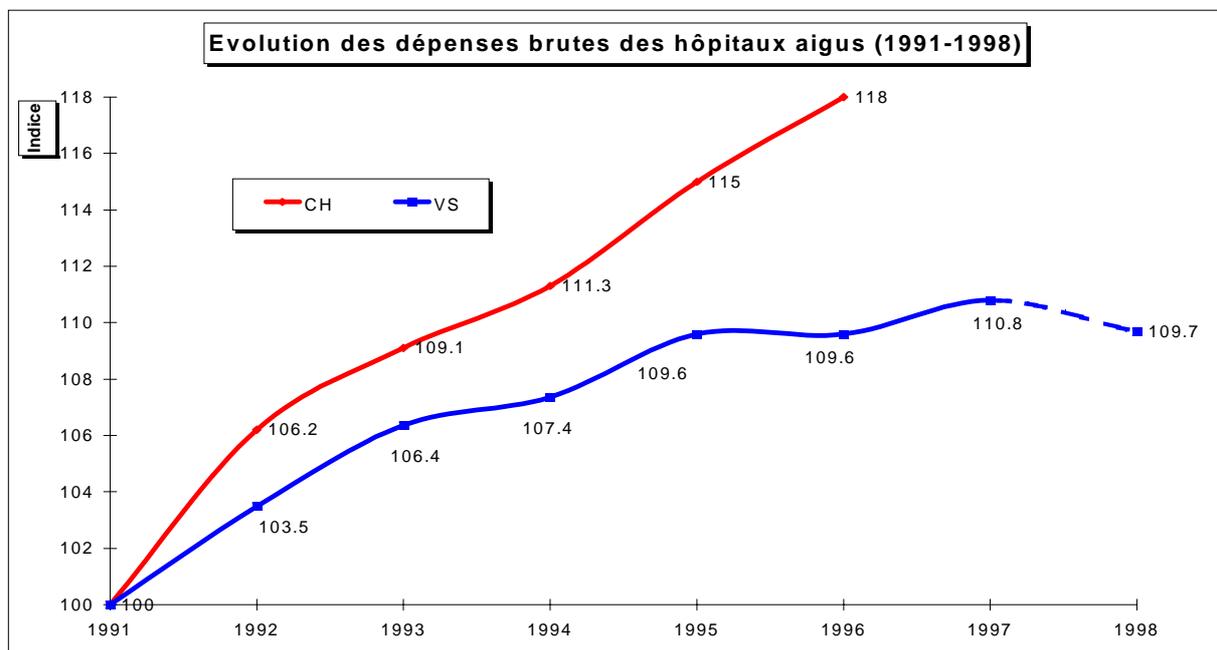
Graphique 19: Evolution du nombre de journées-malades dans les hôpitaux valaisans de soins aigus (1988-1997).

Le graphique ci-dessous montre que, durant la même période, le nombre de cas est resté stable dans les hôpitaux valaisans de soins aigus.



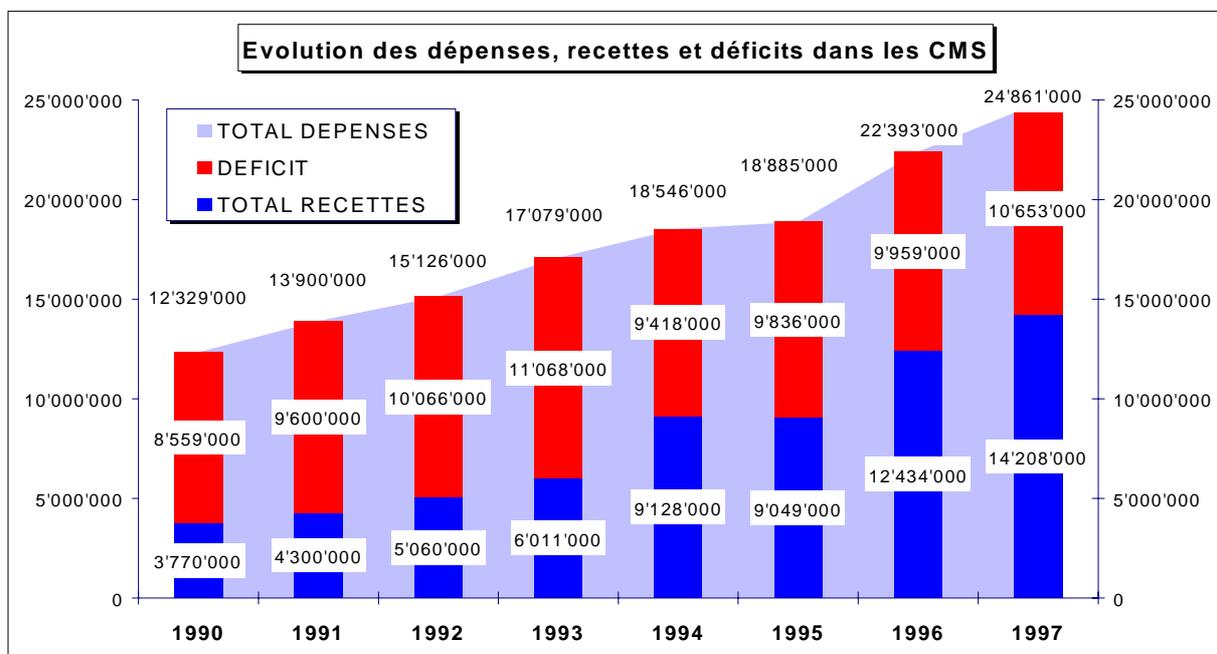
Graphique 20: Evolution du nombre de journées-malades dans les hôpitaux valaisans de soins aigus (1988-1997).

Cette évolution a pour effet que les dépenses totales des hôpitaux de soins aigus ont pu être stabilisées ces dernières années et mêmes réduites en termes réels (cf. graphique ci-dessous).



Graphique 21: Evolution des dépenses brutes des hôpitaux aigus (1991-1998)

Par contre, les frais des établissements médico-sociaux ont enregistré ces dernières années une importante augmentation (cf. graphique 4). Le graphique suivant montre en outre que les frais des Centres médico-sociaux ont doublé depuis 1990.



Graphique 22: Evolution des dépenses, recettes et déficits dans les CMS (1990-1997).

12.7 Revues d'hospitalisations

En 1997, les revues d'hospitalisations (RH-BIOMED) ont été introduites avec le soutien du Département. Cette mesure applicable à l'ensemble des hôpitaux de soins aigus valaisans devrait renforcer l'évolution décrite ci-dessus.

La revue d'hospitalisation est une méthode d'évaluation qui permet de mesurer la pertinence des entrées et des journées d'hospitalisation dans le domaine des soins aigus.

Elle permet:

- d'évaluer l'utilisation des capacités d'un hôpital;
- de sensibiliser les partenaires de l'hôpital concerné en matière de durée de séjour des patients;
- de préparer des mesures correctrices;
- de mesurer les effets de ces mêmes mesures correctrices;
- d'obtenir des points de repère concernant la coordination des offres en prestations de la région sanitaire.

La mise en oeuvre de cet instrument aura probablement pour effet de réduire les durées de séjour dans les domaines des soins aigus, de la réadaptation et de la gériatrie. Les journées d'hospitalisation inadéquates résultent partiellement d'un manque de lits des établissements médico-sociaux et d'une coordination insuffisante entre l'hôpital de soins aigus et l'établissement médico-social. La méthode RH-BIOMED met clairement en évidence les points faibles; elle met également partiellement en évidence la demande en lits d'établissements médico-sociaux. Par la suite, des mesures correspondantes pourront être élaborées et mises en application.

12.8 Flux de patients - la prise en charge adéquate des patients

La création des réseaux régionaux de santé et la mise en oeuvre des objectifs s'y rapportant (cf. chapitre 10.6) exercent aussi une influence non négligeable sur la demande en lits d'établissements médico-sociaux. L'objectif est d'une part de faciliter et d'accélérer les transferts des patients en provenance des hôpitaux de soins aigus et des établissements pour malades chroniques et de gériatrie, d'autre part de favoriser notamment les courts séjours dans les établissements médico-sociaux propres à permettre un retour à domicile du patient. Dans ce contexte, il convient d'assurer une continuité des soins et des traitements.

12.9 Modifications des structures familiales et du réseau social

Autrefois la famille élargie réunissant trois à quatre générations résidait dans un même logement et les personnes âgées pouvaient être prises en charge dans ce cadre. Actuellement, les familles, de petite taille, sont souvent éloignées l'une de l'autre par une distance géographique importante. Dès lors, les personnes âgées ne sont souvent plus prises en charge par les membres de leur famille. Les personnes du quatrième âge, dont le nombre est en constante augmentation, ne peuvent plus nécessairement compter sur l'aide de la famille, étant donné que leurs fils et filles

peuvent aussi avoir un âge avancé. Ces changements sociaux se répercutent sur la demande en places disponibles en établissement médico-social.

12.10 Listes d'attente dans les établissements médico-sociaux

Afin d'obtenir un inventaire de la situation actuelle, le Département a effectué un relevé des listes d'attente auprès de tous les établissements médico-sociaux, avec pour date de référence le 31 décembre 1997. Certes, le résultat de la saisie a démontré l'existence de listes d'attente dans les six régions sanitaires. Cependant, on ne saurait en déduire des indications au sujet des besoins en soins des personnes figurant sur une telle liste. Une partie d'entre-elles pourrait certainement recourir à d'autres offres en prestations, comme par exemple, aux foyers de jour. En outre, ces personnes se sont parfois inscrites par prudence simultanément dans plusieurs établissements médico-sociaux. Dès lors et à défaut d'une analyse détaillée, les listes d'attentes ne constituent pas un indicateur fiable dans leur forme actuelle.

Considérant que certains établissements médico-sociaux affectent des lits à des courts séjours et à des séjours de vacances, une utilisation complète des capacités est actuellement constatée sur la base de ce relevé.

12.11 Nombre de patients dans les hôpitaux de gériatrie qui sont dans l'attente d'une place en établissement médico-social

Le relevé MAC 11 effectué dans les hôpitaux de gériatrie pendant l'été 1997 montre qu'un certain nombre de patients figuraient sur des listes d'attente pour un placement en établissement médico-social et ne pouvaient plus retourner à leur domicile.

Un groupe de travail composé des médecins gériatres du canton du Valais a proposé la création de services situés à l'hôpital et comprenant des lits d'attente en vue d'un placement en établissement médico-social. Ces lits sont donc destinés à des personnes dont les indications médicales ne justifient plus un traitement ni des soins à l'hôpital, mais qui, d'un point de vue médical, ne peuvent pas non plus être pris en charge à domicile. Les articles 49 al.3 et 50 LAMal pouvant également renvoyer à cette catégorie de lits, alors le tarif en EMS leur est applicable. Les recommandations suivantes sont émises à l'intention du Conseil d'Etat Les frais non couverts par l'assurance-maladie (frais de pension et autres) sont mis à la charge de l'assuré. Ses revenus sont alors mis en contribution en priorité (rente AVS, AI, etc...).

Cette offre sera donc réservée aux patients se situant après un séjour hospitalier et qui sont dans l'attente d'une place en établissement médico-social. S'agissant du subventionnement etc., les lits d'attente seront assimilés à des lits d'établissements médico-sociaux publics.

Au vu du manque de lits en établissement médico-social au sein de la région de Brigue-Rarogne Oriental-Conches, une telle unité comportant environ 10 lits sera mise

en place le 1^{er} janvier 1999 à l'hôpital de Brigue, dans le cadre d'un projet-pilote. Il est prévu que tous les partenaires concernés (établissements médico-sociaux, Centres médico-sociaux, hôpitaux gériatriques) soient associés à l'évaluation de ce projet. Les expériences faites dans le cadre de ce projet pourront être mises à profit dans d'autres régions confrontées à un manque de lits en établissement médico-social.

Il est prévu que les assureurs-maladies participent à cette prise en charge aux mêmes conditions tarifaires que celles applicables aux EMS (BESA 1-4), ainsi que pour les médicaments et les frais médicaux. Un prix de pension semblable à celui de l'établissement médico-social de Brigue sera facturé aux pensionnaires.

13 Offre en lits

13.1 Offre complète en lits dans le domaine des longs séjours

Dans le domaine des longs séjours, le canton du Valais dispose des institutions suivantes prenant en charge pour la plupart des personnes âgées:

	Nombre d'établissements	Places disponibles	en %
Etablissements médico-sociaux	40	2'156	93.6 %
Etablissements de soins chroniques et de gériatrie	7	100 ¹²	4.4 %
Sections psychogériatriques (soins de longue durée)	3	48	2%
Total	50	2'304	100%

Tableau 7: Nombre d'établissements et de places à disposition dans les différents établissements.

Le tableau ci-dessus ne tient cependant pas compte des appartements pour personnes âgées offrant d'autres lits, quoique peu nombreux.

Les longs séjours sont définis uniquement par la durée de séjour et non pas par les prestations de soins et de traitements, qui peuvent se différencier de manière importante en fonction des catégories. En effet, les longs séjours en gériatrie peuvent être définis en une unité de soins hospitaliers continus et prolongés; cette unité hospitalière accueille des patients qui souffrent de pathologies graves et évolutives avec un grand risque de rechute. Si ces patients sont effectivement dépendants physiquement et psychologiquement, la dépendance n'est pas le critère principal d'admission ou de maintien en milieu hospitalier, mais la nécessité des soins médicaux qui doit être associée. Le long séjour en unité de soins hospitaliers de gériatrie ou mieux l'unité de soins continus doit reposer sur la nécessité de la permanence d'un environnement médical et technique hospitalier.

¹² Une enquête effectuée auprès des hôpitaux pour malades chroniques et de gériatrie sur les 3 premiers mois de l'année 1998 a démontré qu'environ 30% du total de lits (de 334 unités, sans les 24 lits du service de médecine physique de l'hôpital de Gravelone, attribués au domaine de la réadaptation), sont occupés par des patients chroniques. Dès lors, les 100 lits de soins chroniques correspondent à cette proportion et non pas à un nombre de lits prédéterminé en fonction de la planification sanitaire.

Une capacité de places de l'ordre de 25 à 30% mise à disposition dans les établissements stationnaires pour les personnes âgées de plus de 80 ans peut être considérée comme répondant aux besoins à l'heure actuelle.

Pour le canton du Valais, le rapport entre le nombre de lits dans les institutions stationnaires et le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans (au 31.12.1996) s'évalue à 27.4 %. Sur la base des prévisions démographiques mentionnées sous le point 12.1.2., **la valeur prévisible pour l'an 2000 est de 24.3 %.**

13.2 Offre en lits des établissements médico-sociaux

13.2.1 Offre en lits d'établissements médico-sociaux subventionnés selon la décision du Conseil d'Etat du 31 décembre 1994

En 1994, le Département de la santé publique a chargé l'Institut Suisse de la santé publique (ISP) à Lausanne d'élaborer une étude sur „la prise en charge des personnes âgées dans les homes“. Les recommandations contenues dans cette étude fixent une norme en lits à 4.5 à 5.5 unités par 100 habitants âgés de plus de 65 ans. Sur la base des conclusions de ce rapport, le Conseil d'Etat a décidé, le 21 décembre 1994, de fixer sous l'angle du subventionnement, la norme en lits des établissements médico-sociaux à 4.5 lits par 100 personnes âgées de plus de 65 ans. Cette norme, relativement peu élevée, se réfère exclusivement aux établissements subventionnés.

Etablissement médico-social	Lits des établissements médico-sociaux selon la norme fixée en 1994
St-Theodul, Fiesch	48
Englischgruss, Brig	51
Sta-Maria, Naters	67
St. Antonius, Saas-Grund	28
St-Martin, Visp	69
St-Nikolaus, St.Niklaus	33
St-Mauritius, Zermatt	39
St-Anna, Steg	53
St-Barbara, Kippel	20
St-Joseph, Susten	83
Ringacker, Leuk-Stadt	22
Le Christ-Roi, Lens	67
St-Joseph, Sierre	125
Beaulieu, Sierre	40
Home de Chalais, Chalais	27
Le Carillon, St-Léonard	43
St-Sylve, Vex	57
Les Glariers, Sion	40
St. François, Sion	77
Les Crêtes, Grimisuat	53
Zambotte, Savièse	54
Haut-de-Cry, Vétroz	71
Pierre-Olivier, Chamoson	46
Ma Vallée, Nendaz	23
La Providence, Bagnes	96

Louise-Bron, Fully	47
Castel Notre-Dame, Martigny	125
St-Jacques, St. Maurice	58
Les Tilleuls, Monthey	132
Les Trois Sapins, Troistorrents	47
Riond-Vert, Vouvry	74
Secteur Haut-Valais	513
Secteur Valais Central	723
Secteur Bas-Valais	579
Total	1815

Tableau 8: Nombre de lits des établissements médico-sociaux selon la norme fixée en 1994.

Etant donné que le subventionnement des sections d'infirmerie des établissements médico-sociaux était fondé, selon les anciennes dispositions légales, sur les lits d'infirmerie reconnus, une norme en la matière a également été définie. Sur la base des résultats du relevé MAC 11 de l'année 1994, les lits d'infirmerie ont été fixés à 40% de la norme. Cette proportion correspondait à l'époque à la part des cas nécessitant des soins importants en fonction des indications du relevé MAC 11.

Aux termes de l'article 20 de l'ordonnance sur la planification sanitaire et le subventionnement des établissements et institutions sanitaires du 20 novembre 1996, les dépenses retenues pour le subventionnement sont définies sur la base d'un décompte analytique. Dès lors, il n'y a plus lieu de définir un certain pourcentage de lits d'infirmerie et la norme correspondante ne doit plus être adaptée à l'évolution la plus récente.

13.2.2 Offre globale en lits d'établissements médico-sociaux valaisans

Une planification couvrant les besoins de la population vise dans un premier temps à établir l'offre existante en lits d'établissements médico-sociaux. La définition de l'offre en lits prend en considération les résultats des inspections qui ont été effectuées en été 1998 dans tous les établissements médico-sociaux en vue du renouvellement des autorisations d'exploiter. Il convient de relever les modifications suivantes :

- A Fiesch, 24 lits supplémentaires sont à disposition depuis peu dans une annexe. Il en résulte une augmentation de la capacité pour la région de Brig-Rarogne Oriental-Conches qui, en termes relatifs, enregistre la dotation en lits d'établissements-médico-sociaux la plus faible du canton.
- Les responsables du Foyer pour personnes âgées de Sta Maria à Naters désirent pour l'instant exploiter le 30% des lits en tant que lits pour personnes âgées ne nécessitant pas de soins. En conséquence, le nombre de lits reconnus d'établissement médico-social diminue de 20 unités et passe de 67 à 47 unités.
- L'établissement médico-social de St-Martin de Viège ne prévoit pas d'adapter les appartements résidentiels aux nouvelles exigences des établissements médico-sociaux. C'est pourquoi, le nombre de lits d'établissement médico-social est réduit de 81 à 64 unités.

- Le foyer St-Joseph de la Souste a exploité jusqu'ici 86 lits d'établissement médico-social. Pour les années 1998 à 2000, le Service de l'action sociale a intégré 40 d'entre eux, par analogie aux subventions à l'exploitation versées par l'Office Fédéral des Assurances Sociales, dans la planification des lits pour personnes handicapées en âge AI. Ainsi, le nombre de lits d'établissement médico-social diminue à la Souste de 40 unités pour passer de 86 à 46 unités. Après l'an 2000, la planification des institutions pour personnes handicapées sera à nouveau modifiée, si bien que le nombre de lits d'établissement médico-social va augmenter au 01.01.2001 de 10 à 20 unités. Dans le cadre du projet de reconstruction et de transformation en cours, il est également prévu de sortir l'unité psychogériatrique du foyer St-Joseph. Il en résulterait à nouveau une modification du nombre de lits d'établissement médico-social à disposition dans cet établissement.
- Etant donné que la Résidence St-Pierre à Sion, institution mixte (résidence et établissement médico-social), présente une composition diversifiée des résidants, le nombre de lits pris en considération dans le cadre des calculs ci-dessous (c'est - à - dire 71 lits) est inférieur au nombre de lits global de cette institution. Cette manière de procéder intervient sur la base d'une analyse détaillée et d'entente avec les responsables de l'institution.

Les 2'156 lits d'établissements médico-sociaux se répartissent comme suit :

- 31 établissements médico-sociaux publics disposent au total de 1'867 lits ;
- 9 établissements médico-sociaux privés offrent une capacité de 289 lits.

Etablissement médico-social	Secteur Haut-Valais						Secteur du Valais Central				Secteur du Bas-Valais				Total VS
	RS Brigue			RS Viège			RS Sierr		RS Sion		RS Martigny		RS Monthey		
	District	District	District	District	District	District	District	District	District	District	District	District	District	District	
	Gonches	Rarogne orientale	Brigue	Viège	Rarogne ouest	Loèche	Sierre	Hérens	Sion	Conthey	Entremont	Martigny	St-Maurice	Monthey	
St-Theodul, Fiesch	73														73
Englischgruss, Brig			51												51
Sta-Maria, Naters			47												47
St-Antonius, Saas-Grund				33											33
St-Martin, Visp				64											64
St-Nikolaus, St-Niklaus				37											37
St-Mauritius, Zermatt				45											45
Paulusheim, Visp				50											50
Sta-Anna, Steg					53										53
Sta-Barbara, Kippel					23										23
Kloster zur I.F.v.Berge					15										15
St-Joseph, Susten						46									46
Ringacker, Leuk-Stadt						22									22
Le Christ-Roi, Lens							80								80
St-Joseph, Sierr							138								138
Beaulieu, Sierr							45								45
Home les Jasmins, Chalais							31								31
Le Carillon, St-Léonard							43								43
St-Sylve, Vex								60							60
Les Glariers, Sion									40						40
St François, Sion									80						80
La Résidence St.Pierre, Sion									71						71
Les Crêtes, Grimisuat									57						57
Zambotte, Savièse									54						54
Haut-de-Cry, Vétroz										74					74
Pierre-Olivier, Chamoson										54					54
Ma Vallée, Nendaz										24					24
La Providence, Bagnes											103				103
Louise-Bron, Fully												49			49
Castel Notre-Dame, Martigny												124			124
La Résidence J.-Paul, Riddes												45			45
Les Florales, Saxon												17			17
Foyer de Saillon, Saillon												18			18
Les Marronniers, Martigny												40			40
Les Tourelles, Martigny												19			19
St-Jacques, St-Maurice													58		58
Place du Pas													14		14
Les Tilleuls, Monthey														132	132
Les Trois Sapins, Troistorrents														47	47
Riond-Vert, Vouvry														80	80
Total par district	73	0	98	229	91	68	337	60	302	152	103	312	72	259	2156
Total par zone sanitaire		171			388		337		514		415		331		2156
Total par secteur			559					851				746			2156

Tableau 9: Nombre de lits disponibles dans les établissements médico-sociaux valaisans au 1er septembre 1998

13.2.3 Offre en lits de soins par région de santé et par secteurs

Les 2'156 lits disponibles se répartissent comme suit entre les régions, respectivement entre les secteurs sanitaires :

Région sanitaire/ Secteur	Nombre de lits dans les EMS subventionnés	Norme	Nombre de lits dans les EMS privés	Norme	Nombre de lits dans tous les EMS	Norme
Brig	171	3.5	0	0.0	171	3.5
Visp	323	5.0	65	1.0	388	6.0
Haut-Valais	494	4.3	65	0.6	559	4.9
Sierre	337	5.3	0	0.0	337	5.3
Sion	443	4.6	71	0.7	514	5.3
Valais Central	780	4.9	71	0.4	851	5.3
Martigny	276	3.9	139	2.0	415	5.9
Monthey	317	5.4	14	0.2	331	5.7
Bas-Valais	593	4.6	153	1.2	746	5.8
Total	1867	4.6	289	0.7	2156	5.3

Tableau 10: Nombre de lits en fonction des régions sanitaires et des secteurs en référence aux prévisions de population pour l'an 2000.

Quant à la présentation susmentionnée, il convient de relever que certains établissements médico-sociaux mettent à disposition une part importante de leur capacité réceptive pour des personnes âgées de la région voisine (le Carillon, St-Léonard pour la région de Sion ; le foyer St-Joseph, la Souste pour la région de Brigue).

L'offre réduite en lits de la région de Brigue-Rarogne Oriental-Conches, ainsi que la forte réduction du nombre de lits dans la région de Viège-Rarogne Occidental - Loèche induisent que la norme enregistrée dans le Haut-Valais est la moins élevée du canton, si on prend en considération aussi bien les lits dans les établissements médicaux-sociaux publics que le nombre de lits global. Dans le Valais Central, un nombre relativement élevé de lits d'établissements médico-sociaux publics est constaté, alors que les lits d'établissements médico-sociaux privés sont relativement peu nombreux. Dans l'ensemble, l'offre enregistrée dans le Valais Central correspond à la moyenne cantonale. Quant au Bas-Valais, la région de Martigny enregistre un nombre élevé de lits d'établissements privés, alors que la région de Monthey connaît un nombre relativement élevé de lits d'établissements publics. Dès lors, la norme la plus élevée du canton est obtenue dans cette région du Valais.

13.2.4 Comparaison intercantonale de l'offre en prestations

Le tableau ci-dessous établit une comparaison de l'offre en prestations en Valais avec celle d'autres cantons. Il convient de relever que l'offre en lits d'établissements médico-sociaux comparée à celle d'autres cantons est très faible en Valais. En effet, 2'156 lits d'établissements médico-sociaux existent en Valais, ce qui correspond, en fonction du nombre de personnes de plus de 65 ans au 31.12.1996, à une norme de 5.9 lits et sur la base des données démographiques de l'an 2000, à une norme de 5.3 lits par 100 habitants âgés de plus de 65 ans. Comme mentionné dans les remarques, d'autres cantons disposent en sus de lits dits « simples ». Pour l'ensemble de la Suisse, l'indicateur s'élève à environ 8 lits d'établissements-médico-sociaux pour 100 habitants de plus de 65 ans¹³.

Cependant, en faisant ces comparaisons, il est important de garder à l'esprit que dans certains cantons, la norme établie comprend des lits de gériatrie. En outre, certaines différences culturelles existent entre les régions. Enfin, il convient de relever en particulier que la part des personnes de plus de 80 ans est plus élevée dans d'autres cantons qu'en Valais.

	Nombre de lits			Nombre de lits pour 100 habitants > 65 ans	Remarques
	publics	privés	total		
VS	1867	289	2156	5,9	Selon le présent concept du Service de la santé du canton du Valais
GE	2682	894	3576	6,5	+ 408 lits de gériatrie HUG (1997) Direction générale de l'action sociale GE
VD			5566	6.0	= dont 5126 lits C (lits médicalisés) et 404 lits D (lits simples) + 385 lits B (augmentation de 394 lits B d'ici 2005). Norme calculée par le SSP VS
FR			1756	6,0	Besoins planifiés jusqu'en 2020: homes médicalisés: 2087 lits + 20 homes simples (lits simples) (au 31.12.1996, il y avait 556 pensionnaires dans les homes simples) + 209 lits planifiés dans les CTR (Centres de traitement et de réadaptation) pour des patients B (réadaptation) et patients C (malades chroniques de durée limitée). Service de la prévoyance sociale Norme calculée par le SSP VS
JU	358	343	701	6,6	+ 26 lits de gériatrie et 69 lits de psychogériatrie Service de la santé publique JU Norme calculée par le SSP VS
NE	1002	750	1752	6,4	inclus soins chroniques, sans psychogériatrie; + 1.7 lits pour 100 habitants âgés de plus de 65 ans dans des homes simples + 0.9 lits planifiés de psychogériatrie pour 100 habitants âgés de plus de 65 ans Service santé publique Neuchâtel
TI	2600	1100	3700	6,9	= lits médicalisés; + 647 lits pour malades chroniques dans les hôpitaux Travaux de planification du canton de Tessin - Sezione sanitaria
BS	2080	395	2475	6,1	+ 546 lits de gériatrie Norme calculée par le SSP VS
BE	7698	3499	11'197	7,1	+ 1837 lits dans les institutions pour malades chroniques et 673 lits dans les hôpitaux Norme calculée par le SSP VS
ZH			14'400	8,1	EMS = Divisions dans les hôpitaux pour malades chroniques, EMS, appartements intégrés, homes simples avec offre de soins, sans les appartements et des cités pour personnes âgées SSP ZH
					Soins de longue durée = EMS, homes simples

¹³ Professeur Pierre Gilliland : « Canton du Valais - Evolution et perspectives du système de santé », 1998.

TG			2'980	8,7	Appartements simples et intégrés, ainsi que les soins psychogériatriques dans les divisions pour soins de longue durée dans les cliniques psychiatriques Service de la santé TG
NW				29,3 lits pour 100 personnes âgées de plus de 80 ans	inclus soins de longue durée Service de la santé NW
SG				29 lits pour 100 personnes âgées de plus de 80 ans	+ 60 lits de gériatrie (planifiés 120 lits) Service de la santé SG

Tableau 11: Comparaison intercantonale de l'offre en prestations.

14 Planification cantonale des besoins

14.1 Etendue

La planification sanitaire dans le domaine des établissements médico-sociaux se réfère au territoire cantonal. Etant donné que les personnes âgées doivent en principe pouvoir rester dans leur environnement habituel, nous analysons l'offre et la demande en fonction des secteurs (Haut-Valais, Valais Central et Bas-Valais) et des régions sanitaires.

14.2 Evaluation de la demande /Besoins selon la planification

14.2.1 En général

La décision du Conseil d'Etat du 21 décembre 1994 prévoyait qu'une évaluation des normes et des critères retenus à l'époque intervienne à fin 1997. La nouvelle LAMal a nécessité aussi une adaptation de la planification. Il s'agit en l'occurrence d'une planification à court et non pas à moyen terme qui devra être réexaminée au début du siècle prochain dans le sens d'une planification évolutive.

L'analyse antérieure a démontré que les établissements médico-sociaux s'intègrent dans un système sanitaire empreint d'une grande complexité. Les établissements médico-sociaux doivent remplir les exigences les plus diverses. Plusieurs indicateurs révèlent que la demande en places en établissement médico-social, les besoins en soin et l'âge moyen des résidents vont augmenter ces prochaines années. Comme les chapitres suivants vont le mettre en évidence, l'augmentation attendue de la demande ces prochaines années devra être satisfaite par un renforcement de l'aide et des soins à domicile, ainsi que par de nouvelles formes d'hébergements (appartements avec encadrement médico-social etc...).

14.2.2 Situation cantonale

Une enquête effectuée auprès des établissements médico-sociaux valaisans le 31.12.1997 montre que les lits disponibles étaient occupés à 98%. Dans la plupart des cas, des listes d'attente existent (cf. paragraphe 12.10). Seuls peu d'établissements médico-sociaux disposent encore de places disponibles.

Le relevé BESA effectué en 1997 a montré que seul le 5.5% des lits était occupé par des personnes ne nécessitant pas de soins. Cette évolution va se poursuivre. Des personnes âgées nécessitant peu ou pas de soins vont désormais être moins souvent prises en charge par un établissement médico-social. Leurs besoins en soins pourront être couverts par les Centres médico-sociaux, par des offres semi-stationnaires (foyers de jour) ou par des autres offres stationnaires (appartements pour personnes âgées avec encadrement médico-social, quartiers regroupant des personnes âgées). Dès lors, des personnes nécessitant des soins moyens à importants occuperont davantage les lits à disposition dans les établissements médico-sociaux. Parmi ces résidents, la part de ceux souffrant d'affections psychiques va augmenter. Ces résidents exigent des prestations de prise en charge à un degré

élevé qui prennent beaucoup de temps et requièrent de bonnes qualifications professionnelles du personnel. Il est bien souvent judicieux de prendre en charge de telles personnes dans des petits établissements médico-sociaux. La situation valaisanne est à cet égard favorable, en ce sens qu'à l'exception de quelques établissements médico-sociaux de grande dimension, notre canton dispose surtout d'EMS de petite à moyenne dimension.

Les durées moyennes de séjour encore plus courtes dans les domaines des soins aigus et des soins de gériatrie vont renforcer ces prochaines années l'évolution précitée. D'ici l'an 2000, les personnes âgées nécessitant des soins éprouveront probablement, dans bien des régions, de plus en plus de peine à trouver une place en établissement médico-social. Cependant, si l'on y inclut les lits des établissements privés, l'offre existante dans le canton du Valais devrait suffire ces prochaines années grâce à une utilisation plus importante de l'offre des Centres médico-sociaux dans le domaine de l'aide et des soins à domicile.

Tous les établissements médico-sociaux vont suivre l'évolution mise en évidence dans le chapitre 12.5 et prendre en charge également des résidents nécessitant des soins importants (cf. aussi tableau 5). Il est judicieux que dans le cadre des critères d'admission les établissements médico-sociaux prennent en considération non seulement des conditions locales et spécifiques aux établissements médico-sociaux (résidents des communes propriétaires etc.), mais encore l'urgence des admissions (par exemple, sortie nécessaire de l'hôpital, nécessité sociale et les besoins en soins et de prise en charge des personnes âgées).

De nombreux établissements médico-sociaux publics et subventionnés confèrent certains avantages aux résidents-contribuables de leurs communes propriétaires pour la raison suivante : de nombreuses communes ont repris dans leur comptabilité les frais d'investissements des établissements médico-sociaux. Les établissements médico-sociaux devant supporter les frais d'investissements (intérêts et amortissements) dans le cadre de leur compte d'exploitation sont souvent contraints à demander un prix de pension plus élevé. Des différences ont été constatées dans le cadre d'une saisie effectuée par le Service de la santé publique, disponible auprès de celui-ci.

Au vu des besoins en soins plus importants des résidents, les établissements médico-sociaux ne remplissant que partiellement les exigences découlant de ces soins doivent améliorer progressivement leur offre (infrastructure, personnel).

L'adéquation de l'offre actuelle par rapport aux besoins jusqu'en l'an 2000 permet également d'être vérifiée en établissant le calcul suivant:

$\text{Besoins en lits} = \frac{(\text{taux de prise en charge en EMS /1000}) \times \text{durée moyenne de séjour} \times \text{nbre d'habitants}}{\text{Taux d'occupation} \times 365 \text{ jours}}$

Taux de prise en charge en établissement médico-social

Le taux de prise en charge en établissement médico-social correspond au nombre de résidents par 1'000 habitants de la population totale cantonale. Les différents facteurs qui influencent cet indicateur de façon déterminante ont été démontrés ci-dessus. Le nombre de lits occupés permet de déduire un nombre de référence en lits s'élevant à 7.5 unités par 1'000 habitants de la population totale.

Durée moyenne de séjour

La durée moyenne de séjour dans ce domaine d'activité ne devrait pas enregistrer de modifications ces prochaines années. Ces dernières années, cette durée moyenne de séjour a dépassé 3 ans. Le calcul des besoins en lits pour une année doit dès lors être établi sur une base de 365 jours.

Croissance de la population

Le présent concept est fondé sur la population résidente, distincte de la population moyenne annuelle. Cette population résidente s'est élevée au 31.12.1996 à 272'315 personnes. L'augmentation de la population totale peut être estimée à 4% d'ici à l'an 2000.

Taux d'occupation des lits

Se basant sur le taux actuel, très élevé, d'occupation des lits, l'hypothèse admise en la matière est celle d'un taux d'occupation moyen de 96% et plus.

Sur la base de ces valeurs, les besoins en lits d'établissements médico-sociaux pour l'an 2000 peuvent être évalués à environ 2'200 unités. Même si l'on ne tient pas compte des lits actuellement occupés par des personnes ne nécessitant pas de soins, il en résulte une capacité d'environ 2'100 lits pour les résidents nécessitant des soins légers à importants, ce qui correspond à l'offre actuelle.

La norme de 4.5 lits d'établissements médico-sociaux publics et subventionnés pour 100 habitants de plus de 65 ans définie par la décision du Conseil d'Etat de 1994 est toujours valable et sera atteinte sur la base de l'évolution démographique au début du prochain millénaire, en l'an 2001. Dès lors, au vu de cette évolution, il est judicieux, dans le sens d'une solution transitoire, d'intégrer dans la planification actuelle l'offre existante en lits. Comme nous l'avons démontré ci-dessus, l'offre globale existante en lits, comparée aux prévisions démographiques concernant les personnes âgées de plus de 65 ans au-delà de l'an 2000, indique une norme de 5.3 lits. A ce jour, cette norme s'élève encore à 5.9 lits pour 100 habitants de la population de plus de 65 ans. Dès lors, une diminution sensible va se produire ces prochaines années par rapport à la population prise en charge. Monsieur le Professeur Pierre Gilliland relève à ce propos :

« Les besoins en lits de long séjour en EMS sont devenus importants, ainsi que les coûts qui en sont résultés. Cependant, les cantons qui ont développé les services d'aide et de soins à domicile et créé des services de gériatrie ont pu diminuer le rapport « lits/habitants de plus de 65 ans ». C'est le cas du Valais. A l'avenir, les améliorations matérielles du niveau de vie et la volonté de rester chez soi - malgré les handicaps, et lorsque les personnes le souhaitent et quand les conditions le

permettent (entourage notamment) - amèneront à abaisser la norme actuelle. Mais le taux de placement institutionnel a l'allure d'une courbe exponentielle : plus l'âge avance, plus la probabilité d'être malade et d'être en institution médico-sociale s'accroît.

Même si les taux diminuent - ce qui est probable - des constructions d'établissements médico-sociaux s'avèreront nécessaires d'ici quelques années, en raison de la forte augmentation du nombre de vieillards. Des « tableaux de bord statistiques » sont à mettre en place, tels des avertisseurs des besoins. Cependant, le recours s'accroîtra vraiment après 2015. »¹⁴

Même si, de toute évidence, il faut se préparer à temps à cette évolution, de nouvelles constructions d'établissements médico-sociaux ne sont pas nécessaires ces prochaines années. En effet, les besoins croissants devront être couverts, dans la mesure du possible, par un renforcement qualitatif et quantitatif des soins à domicile, ainsi que par de nouvelles formes d'hébergement. Pour cette raison, le Département envisage, en complément des exigences déjà émises (Directives du 13 janvier 1997, mandats de prestations), de concrétiser davantage l'offre en prestations des Centres médico-sociaux, de définir des normes minimales en personnel et de délimiter le cadre applicable aux concepts régionaux de prise en charge des Centres médico-sociaux.

14.2.3 Situation régionale

Une comparaison établie entre les trois secteurs (Haut-Valais, Valais Central et Bas-Valais) démontre que le Haut-Valais dispose de la dotation en lits la moins élevée par rapport à la moyenne cantonale. Alors que le nombre de lits enregistré dans le Valais Central correspond à la moyenne cantonale, cette même dotation est supérieure à la moyenne dans le Bas-Valais. Partant du principe de besoins égaux sur l'ensemble du territoire cantonal, des solutions alternatives doivent donc être trouvées pour le Haut-Valais, en particulier.

La région sanitaire de Brigue enregistre en particulier une offre insuffisante en lits. Un transfert de résidents vers la région adjacente de Viège, en sus des barrières naturelles est pratiquement impossible, compte tenu du fait que, dans cette région, presque tous les lits sont occupés. Les responsables de la région sanitaire de Brigue-Rarogne Oriental-Conches, les communes respectives et en particulier leur commission de santé doivent dès lors renforcer le développement de l'aide et des soins à domicile et chercher des solutions en vue de faire face à cette situation. Des approches possibles résident dans le développement de nouvelles formes d'hébergement tels des appartements avec encadrement médico-social et dans l'aménagement, prévu au 01.01.1999, au sein des locaux devenus disponibles de l'hôpital de Brigue d'un service doté de lits destinés à des patients qui sont dans l'attente d'une place en établissement médico-social.

¹⁴ Le Centre Hospitalier Rhodanien - vers un hôpital multisites Sierre-Sion-Martigny.

14.2.4 Nombre de lits par établissement médico-social

Ci-dessous, le nombre de lits de chacun des établissements médico-sociaux sont indiqués. En complément à l'aperçu géographique du tableau 8, une répartition a été effectuée entre les établissements médico-sociaux publics-subventionnés et privés.

Etablissement médico-social	Lieu	Nombre maximal de lits en établissement médico-social
A) Etablissements d'intérêt public et subventionnés		
St. Theodul	Fiesch	73
Englischgruss	Brig	51
Sta-Maria	Naters	47
St. Antonius	Saas-Grund	33
St. Martin	Visp	64
St. Nikolaus	St. Niklaus	37
St. Mauritius	Zermatt	45
St. Anna	Steg	53
St. Barbara	Kippel	23
St. Josef	Susten	46
Ringacker	Leuk-Stadt	22
Le Christ-Roi	Lens	80
St-Joseph	Sierre	138
Beaulieu	Sierre	45
Home les Jasmins	Chalais	31
Le Carillon	St. Léonard	43
St. Sylve	Vex	60
Les Glariers	Sion	40
St. François	Sion	80
Les Crêtes	Grimisuat	57
Zambotte	Savièse	54
Haut-de-Cry	Vétroz	74
Pierre-Olivier	Chamoson	54
Ma Vallée	Nendaz	24
La Providence	Bagnes	103
Louise-Bron	Fully	49
Castel Notre-Dame	Martigny	124
St-Jacques	St. Maurice	58
Les Tilleuls	Monthey	132
Les Trois Sapins	Troistorrens	47
Riond-Vert	Vouvry	80
B) Etablissements privés		
Paulusheim	Visp	50
Kloster zur lieben Frau vom Berge	Unterems	15
La Résidence St.Pierre	Sion	71
La Résidence Jean-Paul	Riddes	45
Les Florales	Saxon	17
Les Collombeyres	Saillon	18
Les Marronniers	Martigny	40
Les Tourelles	Martigny	19
Place du Pas	Vernayaz	14

Tableau 12: Nombre de lits des établissements médico-sociaux retenus sous l'angle de la planification sanitaire.

Les chiffres mentionnés prennent en considération les résultats des inspections effectuées entre mai et août 1998, sur la base des nouvelles directives du Département du 20 avril 1998 concernant les conditions à remplir en vue de l'obtention d'une autorisation d'exploiter. Les chiffres indiqués doivent servir de référence à la fois en vue du renouvellement des autorisations d'exploiter et de la présente planification.

14.3 Adaptation de la planification

La planification propre à couvrir les besoins de la population constitue un processus permanent qui doit être adapté aux changements. Il s'agira, ces prochaines années, de vouer une attention particulière aux conséquences des facteurs d'influence d'ordre démographique et médical décrits au chapitre 12. En cas de modifications de ces paramètres fondamentaux, il conviendra, le cas échéant, d'adapter la planification sanitaire concernant les établissements médico-sociaux.

Une adaptation ultérieure de la planification dès l'an 2001 doit englober un examen des points suivants :

- Exigence d'une norme globale de lits d'établissements médico-sociaux pour le canton du Valais (aujourd'hui, une norme n'existe que pour les établissements médico-sociaux publics) ;
- Référence au nombre de personnes âgées de plus de 80 ans (aujourd'hui, les normes se réfèrent encore aux personnes de plus de 65 ans) ;
- Prise en considération des autres institutions de soins pour personnes âgées dans le cadre de la planification.

14.4 Renforcement des Centres médico-sociaux et des nouveaux modes de prise en charge ainsi que de l'offre en prestations semi-stationnaires

Tous les indicateurs précités démontrent une augmentation de la demande de prise en charge en établissement médico-social. Cependant, d'autres prestataires de soins devront satisfaire cette demande, notamment en ce qui concerne la prise en charge de personnes à faible dépendance.

Avec la régionalisation des Centres médico-sociaux du canton du Valais, ces derniers, de même que les communes concernées, seront encouragés à améliorer et à renforcer l'offre dans le domaine de la prise en charge ambulatoire. La mise en place d'un service 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 par les Centres médico-sociaux doit leur permettre d'assumer des fonctions supplémentaires et de décharger de manière significative les autres niveaux de prise en charge du système. Un potentiel important de développement réside en outre dans la création de foyers de jour supplémentaires.

De plus, de nouveaux modes de prise en charge (des logements communautaires, des familles d'accueil et des appartements pour personnes âgées) doivent être développés. Lorsque des goulets d'étranglement perdurent, il semble en effet

judicieux que les communes et les régions, dans le cadre du mandat public qui leur incombe, favorisent de nouveaux modes de prise en charge au moyen des budgets régionaux. Cependant, un développement de ce domaine devra s'effectuer de manière coordonnée et en prenant en considération l'offre existante en lits des établissements médico-sociaux de la région concernée. Dans un proche avenir, des appartements intégrés avec encadrement médico-social devront être favorisés surtout dans le Haut-Valais (dans la région de Brigue-Rarogne Oriental - Conches).

15 Mandats de prestations et liste des établissements médico-sociaux

Sur la base de la présente planification sanitaire, une palette de prestations uniformisée est attribuée aux établissements médico-sociaux situés sur le territoire valaisan et couvrant les besoins de la population au sens de la LAMal. Le mandat de prestations se réfère à la prise en charge infirmière et médicale (sur prescription médicale) des personnes âgées.

Conformément à l'article 39 al. 1 LAMal, la liste des établissements médico-sociaux est établie comme suit.

A. Etablissements médico-sociaux subventionnés

B. Etablissements médico-sociaux privés

Selon l'article 39 al. 1 lettre e LAMal, les institutions mentionnées sur la liste des établissements médico-sociaux sont admis à pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire des soins.

Le fait pour un fournisseur de prestations de figurer sur la liste des établissements médico-sociaux lui donnant le droit de pratiquer à charge de l'assurance-maladie ne préjuge en rien un subventionnement par le canton. Le terme de mandat de prestations doit être compris non pas comme un mandat du canton confié à un certain établissement médico-social, mais comme l'attribution d'une certaine palette de prestations couvrant les besoins, à partir de laquelle ne peuvent être déduites des obligations financières cantonales¹⁵. Cette définition indiquant la nécessité d'établir une distinction entre les fournisseurs de prestations publics, publics/subventionnés et privés est confirmée sur la base de plusieurs décisions du Conseil Fédéral¹⁶.

¹⁵ Cf. CDS: Recommandations concernant la planification hospitalière, la liste des hôpitaux et la liste des établissements médico-sociaux selon l'article 39 LAMal, Berne, 12 mars 1997, page 13.

¹⁶ Cf. Décision du Conseil Fédéral du 26 mars 1997 concernant le recours en matière de tarifs applicables pour les cliniques privées du canton d'Argovie.

16 Recommandations du Département de la santé publique, des affaires sociales et de l'énergie au Conseil d'Etat

Sur préavis de la commission cantonale de planification sanitaire et hospitalière, sur la base des considérations du présent concept et suite à la décision du Conseil d'Etat du 10 décembre 1997 définissant la liste des établissements médico-sociaux (cf. annexe 3), les recommandations suivantes sont émises à l'intention du Conseil d'Etat:

1. de prendre connaissance du rapport de février 1999 intitulé « Concept valaisan des établissements médico-sociaux et des autres institutions de soins pour personnes âgées » du Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie et d'en approuver les recommandations.
2. de maintenir la norme fixée en 1994, s'élevant à 4.5 lits pour 100 habitants de plus de 65 ans, portant sur le nombre total de lits des établissements médico-sociaux publics et subventionnés au niveau cantonal.
3. de définir le nombre de lits des établissements médico-sociaux pris en compte dans la planification sanitaire dès le 1^{er} janvier 1999 jusqu'en l'an 2001 d'après le tableau 12 du présent concept. Demeurent réservées les décisions spécifiques du Conseil d'Etat sous l'angle du subventionnement des établissements.
4. d'approuver, dans le sens d'un projet-pilote, la mise en place d'un « service de lits d'attente en vue d'un placement en établissement médico-social », doté au maximum de 10 lits, à l'hôpital de Brigue dès janvier 1999, de mettre ces lits d'attente sous l'angle de la planification et du subventionnement sur pied d'égalité avec les lits d'établissements médico-sociaux. Le Département est chargé de définir les modalités d'application de ce projet pilote et de créer de tels services, en cas de résultat d'évaluation positif et de besoin, également dans les autres hôpitaux gériatriques.
5. de charger le Département de réexaminer la présente planification des établissements médico-sociaux au delà de l'an 2001 mais au plus tard jusqu'en l'an 2002 et de soumettre au Conseil d'Etat les adaptations nécessaires.
6. de charger le Département, dans la perspective d'éviter des séjours inadéquats en établissements stationnaires (hôpitaux, EMS), de prendre, en collaboration avec les communes, des mesures permettant de renforcer quantitativement et qualitativement l'aide et les soins à domicile et de renforcer les autres formes d'hébergement, tels que les appartements intégrés avec encadrement médico-social.
7. de charger l'Association Valaisanne des Foyers pour personnes âgées (AVAFOPA), dans le cadre d'un groupe de travail, de proposer jusqu'au 30 juin 1999 une solution permettant d'associer toutes les communes valaisannes à la planification et au financement des établissements médico-sociaux.
8. de charger le Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie des modalités d'application.

17 Bibliographie

Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 et ses ordonnances d'applications, Berne;

Loi cantonale sur la santé du 9 février 1996 et ses ordonnances d'applications, Sion;

Conseil d'Etat: Rapport sur sa politique sanitaire et hospitalière Sion, mai 1993;

Département de la santé publique du canton du Valais: rapport intitulé „Prise en charge des personnes âgées dans les homes“, 6 décembre 1994;

Décision du Conseil d'Etat du 21 décembre 1994 concernant la prise en charge des personnes âgées dans les homes;

Décision du Conseil d'Etat du 10 décembre 1997 concernant la liste des établissements médico-sociaux au 01.01.1998 ;

Directives du Département de la santé, des Affaires Sociales et de l'Energie 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 publique du canton du Valais: Rapport „Centres médico-sociaux: Aide et soins à domicile /réseaux régionaux de santé “, décembre 1995;

Département de la santé publique du canton du Valais: „ Concept hospitalier valaisan“, déc. 1996;

Service de la santé publique du canton du Valais : Statistiques annuelles 1994, 1995, 1996;

Service de la santé publique du canton du Valais : Résultats des relevés MAC 11 effectués dans les établissements médico-sociaux en 1994 et en 1996 et dans les hôpitaux de gériatrie en 1997;

J.-C. Rey IfG/ISP: „Une meilleure politique pour une meilleure santé: Regard sur la politique sanitaire valaisanne de ces cinq dernières années“, 1995;

Conférence suisse des Directeurs des Affaires Sanitaires (CDS): Recommandations concernant la planification hospitalière, la liste des hôpitaux et des établissements médico-sociaux, Commission d'application de l'assurance-maladie, 12 mars 1997;

Ulrich/Krieg : „Das St.-Galler-Management- Modell“ Haupt, Bern, 1974;

Tromsdorff E.: „Der Spital- und Heimbereich im Kanton Aargau“, l'Hôpital Suisse, no 5/1997

Conseil Fédéral: Décision du 26 mars 1997 concernant le recours en matière de tarifs applicables pour les cliniques privées du canton d'Argovie;

Institut universitaire de médecine sociale et préventive Lausanne et le Département de la santé publique Etat du Valais: „L'état de santé de la population valaisanne“ mars 1996;

Institut de la santé publique (ISP): „ Etude relative à la prise en charge des personnes âgées dans les homes“ octobre 1994

Fischer Wolfram: „Aufbruchstimmung im Gesundheitswesen - Leistungserfassung und Patientenklassifizierung in der Langzeitpflege“ NOVA 6/97, Journal d'information de l'association suisse des soins en gériatrie, réadaptation et aux malades chroniques.

Professeur Pierre Gilliland : Le Centre Hospitalier Rhodanien - vers un hôpital multisites Sierre-Sion-Martigny, et « Evolution et perspectives du système de santé en Suisse et en Valais » 1998.

18 Liste des graphiques

Graphique 1: Concepts partiels de la planification.	13
Graphique 2: Délimitation du présent concept par rapport aux autres concepts de planification.	14
Graphique 3: Différents modes de prise en charge.	15
Graphique 4: Dépenses totales dans les établissements subventionnés du canton du Valais.	27
Graphique 5: L'établissement médico-social et son environnement.	31
Graphique 6: Facteurs d'influence concernant la demande et l'offre.	34
Graphique 7: Indice de l'évolution démographique des différentes classes d'âge en Valais.	34
Graphique 8: Evolution démographique de la population valaisanne en fonction des classes d'âge - 1996	1985 35
Graphique 9: Indice de l'évolution démographique de la population valaisanne par classe d'âge (base de calcul: 1985: indice=100)	36
Graphique 10: Répartition de la population valaisanne en fonction des classes d'âge 1985 - 1996	37
Graphique 11: Evolution de la population Suisse - Scénario « tendance » (OFS).	39
Graphique 12: Perspectives démographiques pour le canton du Valais.	40
Graphique 13: Demande en prestations de soins des Centres médico-sociaux en fonction de l'âge des patients.	42
Graphique 14: Répartition en pourcent des valeurs MAC 11 concernant les résidents des établissements médico- sociaux subventionnés du canton du Valais.	46
Graphique 15: Mise en valeur des valeurs BESA réelles et facturées en 1997.	49
Graphique 16: Evolution du nombre de lits dans les hôpitaux valaisans de 1992 à 2000	53
Graphique 17: Evolution de la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux de soins aigus 1988-1997.	54
Graphique 18: Evolution de la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux pour malades chroniques et de gériatrie 1988-1997.	54
Graphique 19: Evolution du nombre de journées-malades dans les hôpitaux valaisans de soins aigus (1988- 1997).	1988- 55
Graphique 20: Evolution du nombre de journées-malades dans les hôpitaux valaisans de soins aigus (1988- 1997).	1988- 55
Graphique 21: Evolution des dépenses brutes des hôpitaux aigus (1991-1998)	56
Graphique 22: Evolution des dépenses, recettes et déficits dans les CMS (1990-1997).	56

19 Liste des tableaux

Tableau 1: Perspectives démographiques, canton du Valais d'ici 2030, et Suisse d'ici 2050. Populations résidentes permanentes et proportions de personnes âgées de plus de 65 ans et de plus de 80 ans:	40
Tableau 2: Catégories des deux variables intervenant dans la méthode MAC 11.	45
Tableau 3: Valeurs MAC-11 résultant de la combinaison des deux variables.	45
Tableau 4: Résultats du relevé MAC 11 en 1996 par établissement médico-social.	47
Tableau 5: Degrés BESA et nombre de journées-malades en 1997.	48
Tableau 6: Degrés BESA et nombre de journées-malades en 1997 par établissement médico-social.	50
Tableau 7: Nombre d'établissements et de places à disposition dans les différents établissements.	60
Tableau 8: Nombre de lits des établissements médico-sociaux selon la norme fixée en 1994.	62
Tableau 9: Nombre de lits disponibles dans les établissements médico-sociaux valaisans au 1er septembre 1998	64
Tableau 10: Nombre de lits en fonction des régions sanitaires et des secteurs en référence aux prévisions de population pour l'an 2000.	65
Tableau 11: Comparaison intercantonale de l'offre en prestations.	67
Tableau 12: Nombre de lits des établissements médico-sociaux retenus sous l'angle de la planification sanitaire.	72

20 Annexes

- Annexe 1 : Directives du Département de la Santé, des Affaires Sociales et de l'Energie concernant les conditions à remplir par les établissements médico-sociaux pour personnes âgées en vue de l'obtention d'une autorisation d'exploiter du 20 avril 1998.
- Annexe 2 : Directives du Département de la Santé, des Affaires Sociales et de l'Energie concernant les conditions à remplir par les autres institutions de soins pour personnes âgées en vue de l'obtention d'une autorisation d'exploiter du 27 octobre 1998.
- Annexe 3: Décision du Conseil d'Etat du 10 décembre 1997 définissant la liste des établissements médico-sociaux.