



**CANTON DU VALAIS
KANTON WALLIS**

Département des finances, des institutions et de la santé
Service de la santé publique

Departement für Finanzen, Institutionen und Gesundheit
Dienststelle für Gesundheitswesen

Planification des soins de longue durée 2010-2015

**Rapport du Département des finances, des
institutions et de la santé**

Service de la santé publique

Mars 2010

Editeur Service de la santé publique
Av. du Midi 7
1950 Sion
santepublique@admin.vs.ch

Rédaction ▪ Yves Martignoni, responsable de la section santé publique

Collaboration à la rédaction ▪ Georges Dupuis, chef du service de la santé publique et médecin cantonal
▪ Sabine Joray, médecin gériatre, spécialisée en démentologie
▪ Pia Coppex-Gasche, collaboratrice du service de la santé publique
▪ Marilyn von Kaenel Claivaz, collaboratrice du service de la santé publique

Publication électronique www.vs.ch/sante

Table des matières

0. Synthèse	6
0.1. Evolution des besoins et structures de prise en charge	6
0.2. Situation et recommandations	8
1. Introduction	12
2. Les besoins et leur évolution	13
2.1. Vieillesse de la population plus important que prévu	13
2.1.1 Révision des prévisions démographiques	13
2.1.2 Espérance de vie	15
2.1.3 Population âgée de 80 ans et plus	17
2.2. La dépendance fonctionnelle	18
2.2.1 Définition et situation actuelle	18
2.2.2 Evolution de la dépendance fonctionnelle	19
2.2.3 Importance des mesures de promotion de la santé et de prévention	20
2.3. La problématique des démences	21
2.3.1 Définition et prévalence	21
2.3.2 Spécificités de la prise en charge des démences	23
3. La prise en charge : définitions et comparaisons intercantionales	25
3.1. Aide informelle : caractéristiques et évolution	25
3.2. Structures d'aide formelle : définitions	27
3.2.1 Fournisseurs de soins au sens de la législation fédérale sur l'assurance-maladie	27
3.2.2 Fournisseurs de prestations médico-sociales définis dans les statistiques fédérales	27
3.2.3 Fournisseurs de prestations médico-sociales en Valais	28
3.2.4 Terminologie utilisée dans le rapport	29
3.3. Structures d'aide formelle : comparaisons intercantionales	29
3.3.1 Aide et soins à domicile	30
3.3.2 Lits de court séjour	33
3.3.3 Lits de long séjour	34
3.3.4 Explication des écarts	34
4. Aide et soins à domicile : centres médico-sociaux (CMS)	35
4.1. Définition et prestations	35
4.2. Situation actuelle	37
4.2.1 Les prestations actuelles et leur financement	37
4.2.2 Prestations insuffisamment développées	41
4.3. Recommandations	42
4.3.1 Instaurer un système de financement incitatif	42
4.3.2 Evaluer les prestations et fixer des objectifs	43
5. Appartements à encadrement médico-social	44
5.1. Définition	44
5.2. Situation actuelle et projet en cours	44
5.3. Recommandations	46
5.3.1 Poursuivre la mise à disposition d'appartements à encadrement médico-social	46
5.3.2 Revoir le statut des appartements offrant une prise en charge 24h/24	46

6. Structures d'accueil de jour ou de nuit	46
6.1. Définitions	46
6.2. Situation actuelle et projets en cours	48
6.3. Recommandations	49
6.3.1 Identifier les prestations facturables à l'assurance-maladie	49
6.3.2 Viser la création d'au moins 280 places en structures de soins de jour	50
6.3.3 Revoir le financement cantonal	50
7. Etablissements médico-sociaux (EMS) : lits de court séjour	52
7.1. Définition	52
7.2. Situation actuelle	53
7.3. Recommandations	54
7.3.1 Adopter une norme de 5 à 10 lits de court séjour pour 1'000 habitants de 80 ans et plus	54
7.3.2 Favoriser les projets intégrant des lits de court séjour et assurer leur financement	55
8. Etablissements médico-sociaux (EMS) : nombre de lits de long séjour	56
8.1. Définitions	56
8.2. Situation actuelle	56
8.2.1 Bref historique	56
8.2.2 Caractéristiques de la population prise en charge en EMS	57
8.2.3 Evolution du nombre de lits planifiés	59
8.3. Recommandations	60
8.3.1 Adopter une norme de 200 lits de long séjour au maximum pour 1'000 habitants de 80 ans et plus	60
8.3.2 Mettre à disposition de nouveaux lits	62
9. Etablissements médico-sociaux (EMS) : répartition des lits de long séjour	64
9.1. Répartition actuelle	64
9.2. Explications des écarts	65
9.3. Recommandations	65
9.3.1 Répartir de manière équitable les nouveaux lits entre les régions	65
9.3.2 Favoriser la création d'unités d'EMS décentralisées	66
10. Coordination interinstitutionnelle	67
10.1. Les structures de coordination actuelle	67
10.1.1 Coordination de l'offre	67
10.1.2 Coordination des flux de patients	68
10.2. Difficultés actuelles	68
10.2.1 Engagement inégal des communes	68
10.2.2 Un besoin accru en coordination	69
10.3. Recommandations	69
11. Qualité des soins et formation du personnel	69
11.1. Pénurie de personnel soignant	69
11.2. Besoins spécifiques liés aux démences	70
11.3. Recommandations	71
11.3.1 Encourager et développer les formations aux professions de la santé	71
11.3.2 Améliorer les prestations en faveur des personnes atteintes de démence	72

12.	<i>Incidences financières</i>	74
12.1.	Centres médico-sociaux	74
12.2.	Appartements à encadrement médico-social	75
12.3.	Structures de soins de jour ou de nuit	75
12.4.	Lits d'EMS de court et de long séjours	77
13.	<i>Conclusion</i>	80

0. Synthèse

La prise en charge des personnes âgées dépendantes constitue le défi majeur de santé publique auquel sera confrontée notre société ces prochaines décennies. Les prévisions démographiques montrent un fort accroissement de la population âgée de plus de 80 ans jusqu'à l'horizon 2050. Cette augmentation est plus importante que celle qui était prévue lors de l'élaboration de la planification arrêtée par le Conseil d'Etat en 2005. Elle tient compte des nouvelles données issues du dernier recensement fédéral. Pour faire face aux importants besoins qui en découlent, il est indispensable de revoir la planification des soins de longue durée en faveur des personnes âgées dépendantes de façon à mettre en place une offre de prestations adéquate et financièrement supportable.

0.1. Evolution des besoins et structures de prise en charge

Le vieillissement : le défi majeur de santé publique

L'espérance de vie à la naissance a progressé de manière significative ces 50 dernières années en raison notamment des progrès médicaux. Elle se situe actuellement à 84 ans pour les femmes et 79 ans pour les hommes, ce qui représente 13 années de plus qu'en 1950.

Les prévisions à long terme montrent que la population valaisanne continuera de vieillir. Selon les derniers scénarios démographiques de l'Office fédéral de la statistique (OFS), le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus en Valais passera de 13'000 en 2010 à 27'500 en 2030 et 44'000 en 2050. Cette tranche d'âge, qui représente actuellement 4% du total de notre population, en constituera le 8% en 2030 et le 13% en 2050. Par conséquent, le nombre de personnes âgées dépendantes, c'est-à-dire nécessitant une aide pour l'accomplissement des actes de la vie quotidienne, augmentera aussi.

Parallèlement, le nombre d'années de vie en mauvaise santé tend à baisser. Entre 1980 et 2000, la période marquée par des problèmes de dépendance s'est raccourcie de 2 ans chez les femmes et de 6 mois chez les hommes. Cette tendance pourrait se poursuivre, du moins à court terme, grâce aux progrès médicaux, aux mesures de réadaptation et à la réduction des infirmités dues aux activités professionnelles. On estime à 20% l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes entre 2000 et 2020. Cette évolution est cependant incertaine et dépendra aussi des comportements de la population face aux facteurs de risque (mauvaise alimentation, activité physique insuffisante, consommation de tabac et autres substances nocives, etc.). Les actions de promotion de la santé et de prévention en faveur de l'ensemble de la population, mais également celles visant spécifiquement les personnes âgées, joueront un rôle indéniable sur cette évolution.

Les démences : une problématique particulière touchant plus de la moitié des personnes âgées nécessitant des soins de longue durée

Diverses pathologies conduisent un certain nombre de personnes âgées à devenir dépendantes de l'aide d'autrui. Parmi ces pathologies figurent les démences, ou pathologies démentielles, comme par exemple la maladie d'Alzheimer qui en constitue la forme la plus fréquente (50% des démences). On estime qu'un tiers de la population de plus de 80 ans est atteinte de démences et que plus de la moitié des personnes âgées nécessitant des soins de longue durée sont atteintes d'une pathologie démentielle. Ces chiffres sous-estiment peut-être l'ampleur du problème, au vu de la non-détection des démences, même au stade intermédiaire de l'évolution de la maladie.

De par leur nature, les démences nécessitent une offre en soins spécifique. En effet, la personne atteinte de pathologie démentielle présente des troubles cognitifs (diminution des performances intellectuelles) et un changement de personnalité avec des troubles du comportement qui conduisent à une dépendance progressive. Il est donc indispensable que le personnel qui en a la charge dispose d'une formation adéquate. Il s'agit d'offrir une prise en charge adaptée permettant notamment de prévenir les risques de maltraitance par méconnaissance ou épuisement et de soutenir et conseiller au mieux les familles.

Les structures de prise en charge des personnes âgées dépendantes

Que la dépendance soit causée par une démence ou par d'autres pathologies, la prise en charge doit évoluer au fur et à mesure de l'accroissement du degré de dépendance. Elle repose tout d'abord sur l'aide informelle dispensée par les proches ou le voisinage, mais aussi par des bénévoles, avec le soutien des milieux associatifs comme Pro Senectute ou l'association Alzheimer par exemple. Puis, plus le besoin en soins augmente, plus le recours aux structures formelles d'aide et de soins devient nécessaire.

Les prestations offertes par les structures formelles sont :

- l'aide et les soins à domicile dispensés principalement par les centres médico-sociaux (CMS), mais aussi par des infirmières indépendantes et des organisations privées ;
- les foyers de jour ou structures de soins de jour selon la nouvelle terminologie de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) ;
- l'hébergement de court séjour en établissement médico-social (EMS) ;
- l'hébergement de long séjour en EMS.

A ces prestations s'ajoutent encore celles des hôpitaux, en particulier les services de gériatrie et de psychogériatrie. L'offre hospitalière n'est pas analysée dans le présent rapport, celui-ci se concentrant sur la planification des structures médico-sociales fournissant des soins de longue durée.

Les prestations énumérées ci-dessus sont complémentaires. Le type de prestations à offrir dépend du besoin en soins et d'assistance de la personne âgée et du soutien que peut apporter son entourage. Chaque situation est différente et évolue avec le temps.

La prise en charge à domicile présente divers avantages. Jusqu'à un certain degré de dépendance, elle est moins coûteuse que la prise en charge en EMS, tant pour le système de santé que pour la personne âgée. Cela s'explique en grande partie par le soutien important apporté par les proches. De plus, elle correspond aux attentes des personnes âgées : diverses études ont montré qu'entre 65 et 70% des personnes âgées dépendantes préfèrent rester à domicile.

Les possibilités de maintien à domicile dépendent souvent de l'aide pouvant être apportée par les proches et le voisinage. Or, les proches qui soignent (l'épouse dans la majorité des cas) sont de plus en plus âgés. La moitié d'entre eux ont plus de 60 ans. Dans 2/3 des situations, ils présentent eux-mêmes des problèmes de santé causés ou aggravés par les tâches qu'ils assument. C'est souvent l'épuisement des proches qui conduit à une entrée prématurée de la personne âgée en EMS. Les structures de soins de jour et l'hébergement de court séjour en EMS permettent d'éviter l'épuisement des proches et de prolonger les possibilités de maintien à domicile.

Lorsque la prise en charge devient complexe ou lorsque l'entourage n'est plus en mesure d'apporter l'aide requise, l'entrée en EMS est inévitable et s'avère plus adéquate tant pour la personne âgée que pour ses proches.

0.2. Situation et recommandations

La politique valaisanne de prise en charge des personnes âgées dépendantes favorise le maintien à domicile tant que le degré de dépendance le permet. Le Valais figure ainsi parmi les cantons qui ont le moins recours au placement en EMS. Les recommandations formulées dans le présent rapport et résumées ci-après ont pour objectif de poursuivre et renforcer la politique en faveur du maintien à domicile développée en Valais jusqu'à aujourd'hui.

Centres médico-sociaux

La politique valaisanne en faveur du maintien à domicile repose sur le développement des prestations des CMS. L'offre valaisanne se situe relativement proche de la moyenne nationale. A l'intérieur du canton, d'importants écarts sont constatés entre les régions, surtout au niveau de l'aide à domicile. Certaines prestations faisant partie du nouveau mandat des CMS peinent à se mettre en place, notamment l'identification des situations à risque, l'aide aux proches qui soignent ainsi que la promotion de la santé et la prévention. Ces actions sont indispensables pour maintenir les personnes âgées dépendantes le plus longtemps possible à domicile et pour réduire l'incidence du vieillissement de la population sur la demande en soins et en aide.

Le financement actuel des CMS basé sur la couverture du déficit par les pouvoirs publics fait obstacle au développement de ces prestations. Afin de favoriser leur développement, le département des finances, des institutions et de la santé (ci-après le département) recommande de revoir leurs modalités de financement, par exemple par l'introduction d'un financement lié à la prestation. De plus, une évaluation de la mise en œuvre du nouveau mandat de prestations des CMS devrait être effectuée et des objectifs devraient être fixés, par exemple en visant dans chaque région une offre équivalant à au moins une heure de soins et une heure d'aide par habitant (la moyenne cantonale 2008 se situant à 0.83 heure de soins et 0.66 heure d'aide par habitant).

Appartements à encadrement médico-social

Les appartements à encadrement médico-social s'adressent à des personnes relativement autonomes. Ils ont pour mission de leur offrir un environnement architectural et social (par la colocation) favorisant la poursuite d'une vie autonome. En cas de besoin, comme pour tout domicile privé, l'aide et les soins à domicile sont dispensés par le CMS. En complément des prestations d'aide et de soins à domicile, les CMS sont chargés de développer, dans leur région, des appartements à encadrement médico-social, en vertu de leur nouveau mandat de prestations de 2007. Le département recommande de poursuivre la création de ces structures.

Le Valais compte actuellement 13 appartements reconnus par le canton. Certains d'entre eux ne correspondent cependant pas à la définition ci-dessus puisqu'ils prennent en charge des personnes âgées fortement dépendantes avec un personnel présent 24h/24. Leurs prestations correspondent à celles d'un EMS sans pour autant être reconnues et financées comme telles. Du fait d'un mode de financement différencié via les CMS, cette prise en charge coûte plus cher qu'en EMS. Le département recommande de transformer ces établissements en appartement à encadrement médico-social sans présence permanente de personnel ou d'en faire des unités d'EMS décentralisées.

Structures d'accueil de jour ou de nuit

Le Valais dispose à l'heure actuelle de 13 structures d'accueil à la journée. Certaines offrent un encadrement spécialisé pour personnes âgées dépendantes. Elles correspondent à la

nouvelle notion de structures de soins de jour introduite dans la législation fédérale sur l'assurance-maladie. D'autres ont une vocation socioculturelle (centres de jour). Le subventionnement est cependant le même pour ces deux types d'offre (Fr. 45.- par jour et par personne financés à raison de 2/3 par le canton et 1/3 par les communes). La planification de 2005 visait la mise à disposition d'au moins 90 places. Actuellement, une centaine de places sont disponibles dans ces structures.

L'offre en structures de soins de jour devrait être considérablement accrue. On estime qu'il y a en Valais au moins 1'400 personnes atteintes d'une pathologie démentielle à un stade intermédiaire ou avancé et qui sont prises en charge à domicile. Pour accorder une journée de répit par semaine aux proches qui prennent en charge ces personnes, il faudrait disposer à l'heure actuelle de 280 places. Il y a également lieu de mettre à disposition des structures de soins de nuit, offre qui n'existe pas encore dans notre canton.

Avec l'entrée en vigueur du nouveau régime fédéral sur le financement des soins au 1^{er} janvier 2011, une distinction devra être opérée parmi les structures d'accueil à la journée existantes en Valais. Celles correspondant à la notion de structures de soins de jour ou de nuit au sens de la LAMal pourront bénéficier du nouveau financement prévu à cet effet. De plus, le département préconise de prévoir dans la législation cantonale sur la santé un financement complémentaire afin d'assurer la pérennité et le développement de ce type de prestations.

EMS : lits de court séjour

La planification de 2005 prévoyait la mise à disposition d'au moins 24 lits de court séjour¹ en EMS afin de décharger les proches soignants ou permettre une transition entre l'hôpital et le domicile. En comparaison intercantonale, le Valais offre très peu de lits de court séjour (1.5 lits pour 1'000 habitants en Valais en 2008 contre 5.1 en moyenne nationale).

Pour offrir 3 semaines de répit par année aux proches qui prennent en charge à domicile les quelque 1'400 personnes atteintes d'une pathologie démentielle à un stade intermédiaire ou avancé, notre canton devrait disposer à l'heure actuelle d'au moins 80 lits de court séjour. A cela s'ajoutent les besoins des personnes âgées souffrant d'autres pathologies.

Le département recommande la mise à disposition de 5 à 10 lits de court séjour pour 1'000 habitants de 80 ans et plus dans chaque région sanitaire. Chaque EMS devrait mettre à disposition un certain pourcentage de lits pour les courts séjours. Le nombre exact de lits de court séjour sera défini chaque année sur la base des dernières prévisions démographiques disponibles. Il sera soumis au Conseil d'Etat et au Grand Conseil dans le cadre du processus budgétaire. Selon les prévisions actuelles, il conviendrait donc de disposer entre 83 et 166 lits de court séjour sur l'ensemble du canton en 2015. A l'heure actuelle, il n'en existe que 21. Divers projets sont déjà en cours de réalisation.

La mise à disposition de ces lits se heurte à un problème de financement. Bien que le canton subventionne leur exploitation à hauteur de 30% tout au long de l'année indépendamment du taux d'occupation, les recettes provenant de l'assurance-maladie et des personnes hébergées ne peuvent pas être encaissées lorsque ces lits ne sont pas occupés. Or, le taux d'occupation des lits de court séjour est nécessairement plus bas que celui des lits de long séjour puisqu'ils impliquent une disponibilité pour les situations non prévisibles (dont les urgences médico-sociales). De plus, la personne hébergée est confrontée à une double charge : le prix de pension couvrant le frais de l'hébergement temporaire en EMS et le loyer de son propre domicile. Le mode et le niveau de financement des lits de court séjour

¹ Il est proposé de remplacer la notion actuelle de lits UAT (unité d'accueil temporaire) par celle de lits de court séjour (voir point 3.2.4. du rapport)

devraient donc être revus de manière à favoriser le développement et l'accessibilité à cette prestation.

EMS : lits de long séjour

La planification établie en 2005 prévoyait la mise à disposition de 2'890 lits de long séjour en EMS pour 2013. Les nouvelles prévisions démographiques de l'OFS, élaborées sur la base du dernier recensement de la population, indiquent que le Valais comptera, en 2013, 15'512 personnes âgées de 80 ans et plus. Cela représente 1'390 personnes de plus que ce que prévoient les prévisions disponibles lors de l'élaboration de la planification de 2005.

Par conséquent, avec 2'890 lits d'EMS en 2013, la proportion chutera à 186 lits pour 1'000 habitants de 80 ans et plus, alors que la planification de 2005 visait une norme de 204 lits pour 1'000 habitants de 80 ans et plus.

Le département recommande une adaptation partielle du nombre de lits aux nouvelles prévisions démographiques en visant une norme maximale de 200 lits pour 1'000 habitants de 80 ans et plus. Cette norme est plus faible que celle visée dans la planification de 2005. Par conséquent, les prestations en faveur du maintien à domicile devront être renforcées (aide et soins à domicile, structures de soins de jour et de nuit, lits de court séjour en EMS).

Cette norme de 200 lits pour 1'000 habitants de 80 ans et plus constitue un maximum. Elle correspond à la situation prévalant en 2008. Le nombre de nouveaux lits sera défini chaque année sur la base des dernières prévisions démographiques disponibles. Il sera soumis annuellement au Conseil d'Etat et au Grand Conseil dans le cadre des budgets et de la planification intégrée pluriannuelle. Selon les prévisions actuelles, au maximum 415 nouveaux lits pourraient ainsi être mis à disposition d'ici à 2015 sur l'ensemble du canton, en plus des 87 lits issus du solde de la planification de 2005. La répartition entre les régions se fera proportionnellement à leur population de 80 ans et plus.

La priorité doit être donnée aux projets présentant une offre globale de prestations, à savoir ceux intégrant notamment des lits de court séjour et une structure de soins de jour et de nuit. Il est également proposé de favoriser la création d'unités d'EMS décentralisées de 18 à 22 lits pour une meilleure répartition géographique des lits au sein des régions. Ces unités devront être rattachées à un EMS au niveau administratif, logistique et organisationnel afin de rationaliser les coûts. De manière plus générale, le rattachement des petites aux grandes structures devrait être encouragé, sous forme d'établissements multi-sites, afin de rationaliser les coûts.

Renforcer la coordination

Afin de coordonner l'offre et les flux de patients, le Conseil d'Etat a décidé en 1995 la mise en place des réseaux régionaux de santé et de commissions régionales de santé regroupant l'ensemble des partenaires. Les régions ont ensuite créé des instances de coordination des flux de patients regroupées depuis le début 2009 au sein d'une structure cantonale de liaison interinstitutionnelle. Ces efforts visant la mise à disposition d'une offre de prestations complète en suffisance dans chaque région se heurtent encore à un certain nombre de problèmes. Certains districts sont moins bien dotés que d'autres. Les personnes âgées provenant de communes n'ayant pas contribué à la création d'EMS rencontrent des difficultés d'admission même en cas de besoins en soins et d'assistance avérés. L'offre en structures de soins de jour et en lits de court séjour est encore mal connue et insuffisamment développée.

Le département propose d'étudier, dans le cadre de la future législation sur les soins de longue durée, les possibilités de renforcer la coordination entre les structures offrant des soins de longue durée.

Qualité des soins et formation du personnel

Les institutions sanitaires valaisannes sont de plus en plus confrontées à la problématique du manque de personnel soignant. Le vieillissement de la population et les difficultés grandissantes de recrutement de personnel de soins étranger vont aggraver cette situation. Pour y faire face, le département propose d'initier, en collaboration avec le département de l'éducation, de la culture et du sport et les milieux concernés, des campagnes visant à renforcer l'attrait des formations aux professions de la santé et d'offrir des formations spécifiques pour les adultes désireux de reprendre ou débiter une activité professionnelle dans ce domaine.

Un accent particulier doit également être mis sur la formation continue du personnel soignant. En effet, les soins et l'assistance à fournir sont de plus en plus complexes, notamment pour les personnes atteintes d'une pathologie démentielle.

1. Introduction

La politique valaisanne de prise en charge des personnes âgées s'est développée à partir des années 1960, s'appuyant sur la loi sur la santé de 1961 qui posait les bases de la planification sanitaire. Les travaux de planification menés dans les années 1960 ont mis en évidence la vétusté et l'inadéquation des institutions de l'époque. Dans les décennies suivantes, les adaptations législatives et les planifications établies ont permis le développement des structures de prise en charge des personnes âgées dépendantes, avec le soutien financier des pouvoirs publics.

La législation actuelle demande au Conseil d'Etat de définir périodiquement, par la planification, sa politique sanitaire. La planification doit être établie conformément à la législation fédérale, de façon à répondre aux besoins, en garantissant la qualité et l'économicité des prestations. La reconnaissance des hôpitaux et des établissements médico-sociaux (EMS) dans la planification cantonale constitue l'une des conditions à remplir pour avoir droit au financement par l'assurance-maladie. Le subventionnement cantonal est également conditionné au respect de la planification, et ce pour toutes les institutions sanitaires.

La planification est un processus évolutif et doit être régulièrement adaptée en fonction des changements et des besoins de la population. La dernière planification arrêtée par le Conseil d'Etat en matière de prise en charge des personnes âgées dépendantes date d'août 2005. Plus de quatre années se sont écoulées depuis. Le temps est venu de dresser un bilan de cette planification et de l'adapter en fonction de l'évolution des besoins. Il y a lieu de tenir compte en particulier des nouvelles prévisions démographiques ainsi que de la prévalence grandissante des pathologies démentielles. L'offre doit être conçue de manière à répondre aux besoins croissants à un coût supportable.

La planification requiert également de l'anticipation. Il faut en effet compter plusieurs années pour concrétiser un projet d'agrandissement ou de construction d'une structure médico-sociale. Tout projet doit d'abord être conçu de manière adéquate, en tenant compte des exigences cantonales ainsi que des besoins et attentes de la population. Il doit ensuite être soumis à la commission régionale de santé concernée, puis au département en charge de la santé afin d'entrer dans la planification arrêtée par le Conseil d'Etat. Selon l'importance du subventionnement cantonal, le projet doit être soumis à l'approbation du Grand Conseil. Suivent ensuite le concours d'architecture et la construction qui doivent s'effectuer dans le respect de la législation sur les marchés publics. Ces délais doivent être pris en considération.

Le présent rapport vise l'adoption par le Conseil d'Etat d'une nouvelle planification des structures médico-sociales offrant des soins de longue durée aux personnes âgées dépendantes. Les soins de longue durée sont définis² comme les prestations procurées pour maintenir ou restaurer un niveau de qualité de vie optimal compte tenu de l'état de santé et de dépendance fonctionnelle du patient. Il s'agit de soins médicaux, paramédicaux, d'assistance aux activités de la vie quotidienne (s'habiller, se laver, se lever du lit, aller aux toilettes, se nourrir). La notion de soins de longue durée englobe aussi l'assistance aux activités instrumentales de la vie quotidienne (payer les factures, faire les courses, préparer les repas, prendre des médicaments, faire le ménage). Il importe également de relever que les institutions offrant des soins de longue durée sont des lieux de vie et de ce fait doivent offrir des activités sociales et une animation adaptées.

² WEAVER F., JACCARD-RUEDIN H., et al., *Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse*, Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé, avril 2008.

Le présent rapport fait tout d'abord état des besoins en soins de longue durée et de leur évolution ainsi que des diverses prestations offertes en comparaison intercantonale. Il établit ensuite, pour chaque type de prestations, un point de situation et des recommandations. Deux chapitres sont consacrés à la coordination des structures ainsi qu'à la qualité des soins et la formation. Une évaluation des incidences financières est présentée en fin de document.

2. Les besoins et leur évolution

2.1. Vieillesse de la population plus important que prévu

2.1.1 Révision des prévisions démographiques

Depuis 1984, l'Office fédéral de la statistique (OFS) établit régulièrement des scénarios démographiques pour déterminer la croissance ainsi que l'évolution de la structure par âge de la population suisse. Sur le plan méthodologique, le terme « scénario démographique » désigne des projections réalisées en se basant sur des observations passées et en élaborant des hypothèses sur l'évolution future des facteurs démographiques les plus importants, tels que la durée moyenne de vie, le nombre moyen d'enfants par femme, etc.

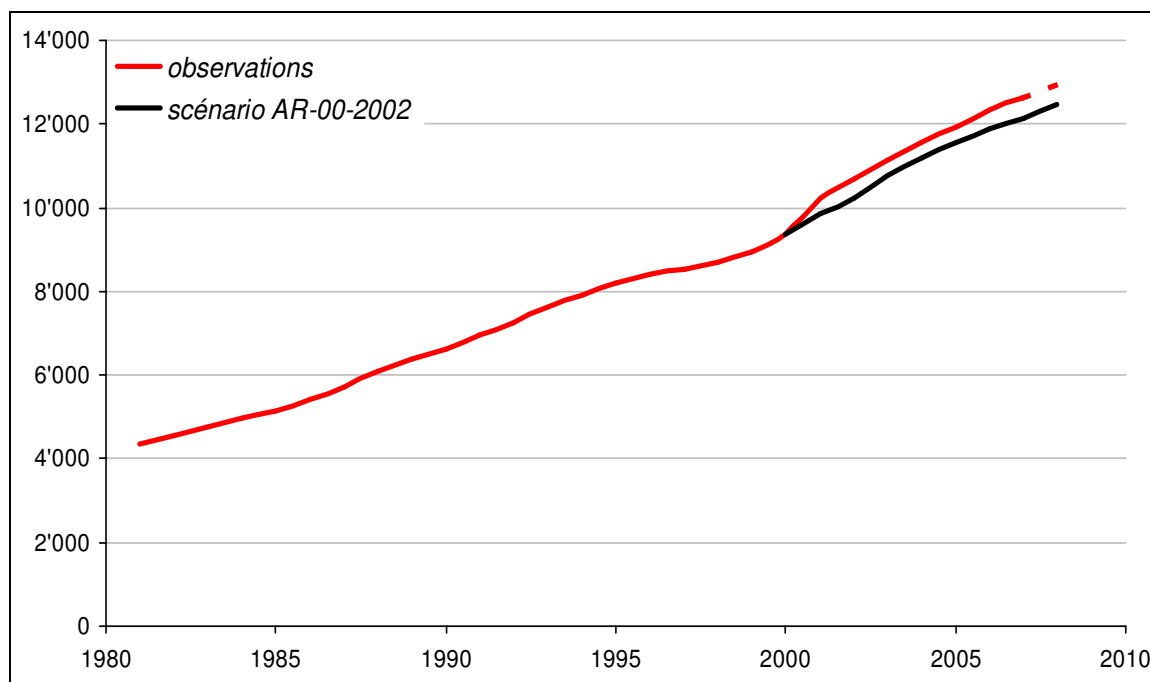
Nouvelles projections

Suite à la mise à disposition des données du recensement fédéral de 2000, les scénarios démographiques ont été revus à la hausse. A l'heure actuelle, l'OFS prévoit que le Valais comptera en 2013 15'512 personnes âgées de 80 ans et plus, soit 1'390 personnes de plus que dans le scénario démographique de 2002 qui se basait encore sur le recensement fédéral de 1990. Or, la planification arrêtée par le Conseil d'Etat en août 2005 se basait encore sur les anciennes prévisions de l'OFS, les nouvelles projections par canton n'étant disponibles que depuis 2008.

Explication des écarts

Afin de bien comprendre les raisons expliquant cet écart, le Service de la santé publique a rencontré, le 1^{er} avril 2009, les responsables de la section Démographie et Migration de l'OFS. La principale explication réside dans l'intégration des données issues du recensement fédéral de 2000. Selon ce recensement, le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus est supérieur à ce qu'indiquaient les estimations établies à partir du recensement de 1990. La figure suivante, présentant l'évolution de la population de 80 ans et plus en Valais, illustre cette situation.

Figure 1 **Evolution de la population de 80 ans et plus dans le canton du Valais selon le scénario de l'OFS et les observations réelles, 2000-2008**



Source : OFS, 2009

Les données de 1990 et de 2000 sont des données réelles basées sur les recensements fédéraux. Entre deux recensements, l'OFS établit des bilans démographiques annuels (statistique ESPOP). Ainsi, les données relatives aux années 1991 à 1999 sont des données basées sur le recensement fédéral de 1990, les données annuelles du mouvement naturel de la population et la statistique des migrations. Pour les années 2001 à 2008, la courbe inférieure (en noir) correspond aux projections établies à partir du recensement de 1990, alors que la courbe supérieure (en rouge) représente les prévisions issues du recensement de 2000.

La statistique ESPOP établie pour les années 1991 à 1999 a sous-évalué le nombre de personnes de 80 ans et plus. L'espérance de vie à 80 ans a augmenté plus rapidement que prévu. Les développements démographiques récents révèlent même que, depuis la fin des années 1990, ce sont surtout les personnes âgées, voire très âgées, qui bénéficient le plus de l'augmentation de l'espérance de vie. Ainsi, l'espérance de vie à 80 ans est passée de 8.0 à 8.3 ans pour les hommes et de 10.0 à 10.4 ans pour les femmes.

La statistique ESPOP établie pour les années 2001 et suivantes tient compte de ces éléments. Le taux de croissance a été revu à la hausse. L'écart entre les deux courbes est dû aux sous-évaluations des données des années 1991 à 1999.

Lors de la rencontre avec l'OFS, il a également été précisé que l'écart entre les scénarios ne s'explique pas par une sous-évaluation du nombre de personnes âgées venues s'installer en Valais. En effet, ces dernières arrivent dans notre canton généralement vers l'âge de 65 ans. Par conséquent, elles sont prises en compte dans les projections démographiques de la population âgées de 80 ans et plus.

Recommandations de l'OFS

Il est important de garder à l'esprit que les scénarios de l'OFS sont des projections et qu'aucun modèle, aussi élaboré soit-il, ne permet de prédire l'avenir avec exactitude. C'est pourquoi l'OFS calcule toujours plusieurs scénarios afin de disposer d'une fourchette plausible des évolutions démographiques futures de notre société. Le scénario dit « de référence » ou « moyen » reflète l'évolution la plus probable ou la tendance actuelle. C'est celui qui est retenu dans les données présentées dans le présent rapport.

L'OFS établit également un scénario dit « haut » et un scénario « bas », basés sur des hypothèses différentes. Si la planification médico-sociale de 2005 avait retenu le scénario élevé au lieu du scénario moyen, le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus prévu pour 2013 n'aurait pas été sous-évalué. Par conséquent, il est conseillé pour les futures décisions de planification de prendre en considération les scénarios « bas » et « élevé » afin de disposer de données comprises dans une fourchette de chiffres.

L'OFS préconise également de consulter régulièrement ses derniers scénarios démographiques qui sont désormais publiés chaque année. Cela permettra de planifier au plus près la politique médico-sociale cantonale.

2.1.2 Espérance de vie

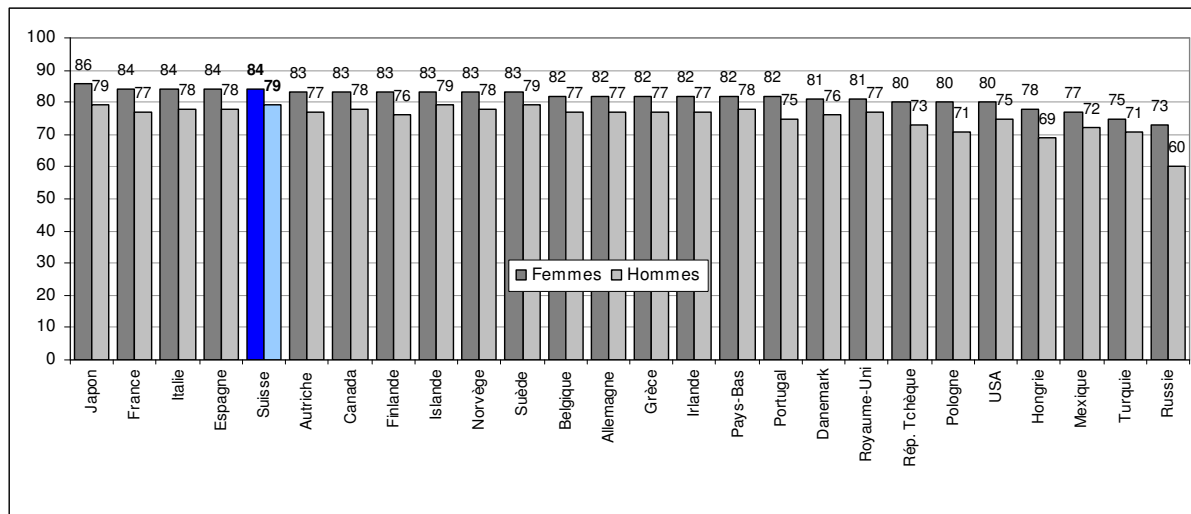
L'espérance de vie à la naissance³ a progressé de manière significative ces 50 dernières années en raison notamment des progrès médicaux réalisés. En Suisse, en 2008, elle atteignait 79.5 ans pour les hommes et 84.2 ans pour les femmes, soit une progression de 13 ans pour les hommes et de 13.3 ans pour les femmes depuis les années 1950. Cette tendance laisse présager une croissance continue du nombre de personnes âgées au cours des prochaines années, et cela principalement pour les personnes du 4^e âge (personnes de 80 et plus)⁴.

La Suisse figure parmi les pays où l'espérance de vie à la naissance est la plus élevée, comme le montre la figure suivante.

³ L'espérance de vie à la naissance représente la durée de vie moyenne d'une génération fictive qui serait soumise, à chaque âge, aux conditions de mortalité de l'année considérée.

⁴ WANDERS A.-C.; VUILLE A.; CALOT G. et al., *Scénarios de l'évolution démographique de la Suisse 2000-2060*, Bulletin d'information démographique, n° 1+2, OFS, Neuchâtel, 2001.

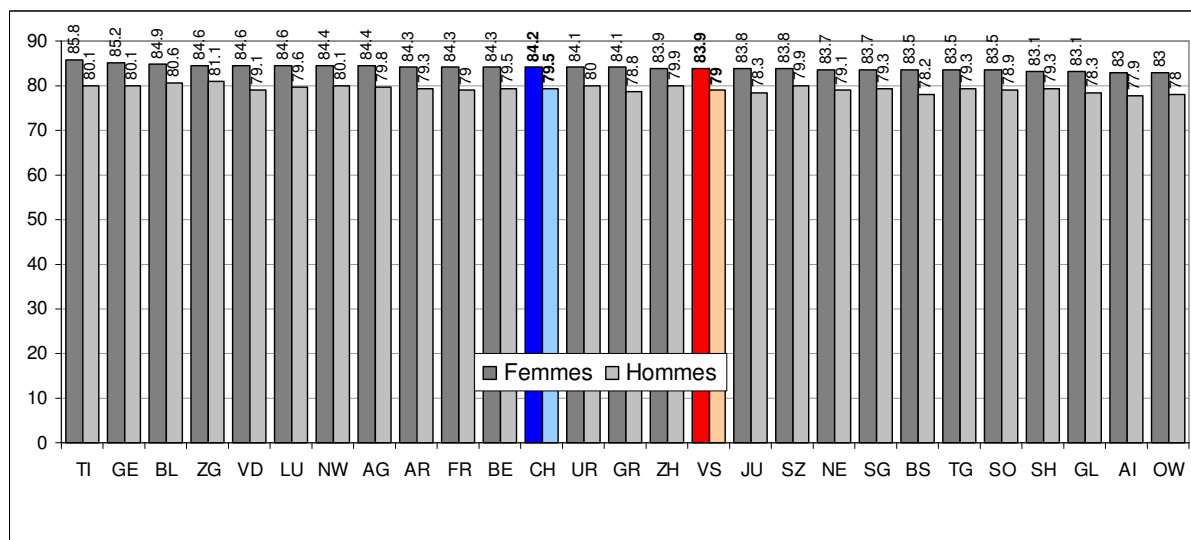
Figure 2 **Espérance de vie à la naissance, en nombre d'années, comparaisons internationales, 2006**



Source : Organisation mondiale de la santé, 2010

Avec une espérance de vie de 83.9 ans pour les femmes et de 79 ans pour les hommes, le Valais se situe légèrement au-dessous de la moyenne suisse.

Figure 3 **Espérance de vie à la naissance, en nombre d'années, comparaisons intercantionales, 2008**



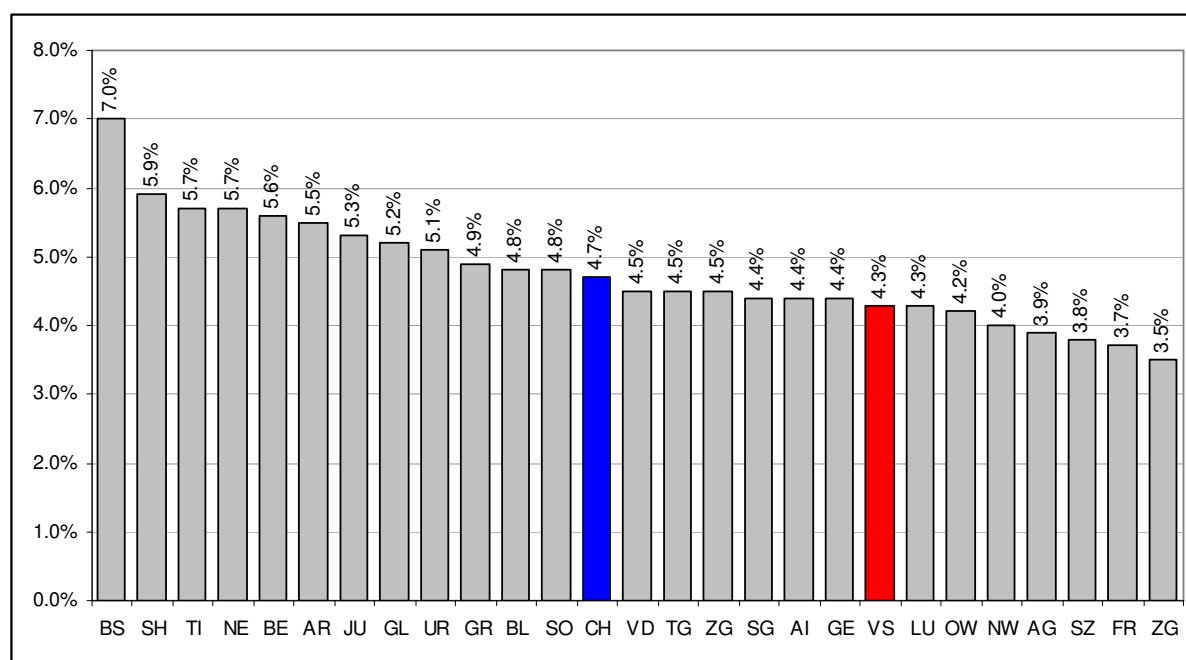
Source : OFS, 2009

2.1.3 Population âgée de 80 ans et plus

Le Valais au-dessous de la moyenne suisse

Le Valais comptait en 2008 13'047 personnes âgées de 80 ans et plus, soit 4.3% de la population cantonale. C'est moins que la moyenne suisse qui se situait à 4.7%. Le canton de Bâle-Ville se caractérise par la proportion la plus élevée d'habitants se situant dans cette tranche d'âge.

Figure 4 **Personnes âgées de 80 ans et plus en pour-cent de la population, par canton, 2008**



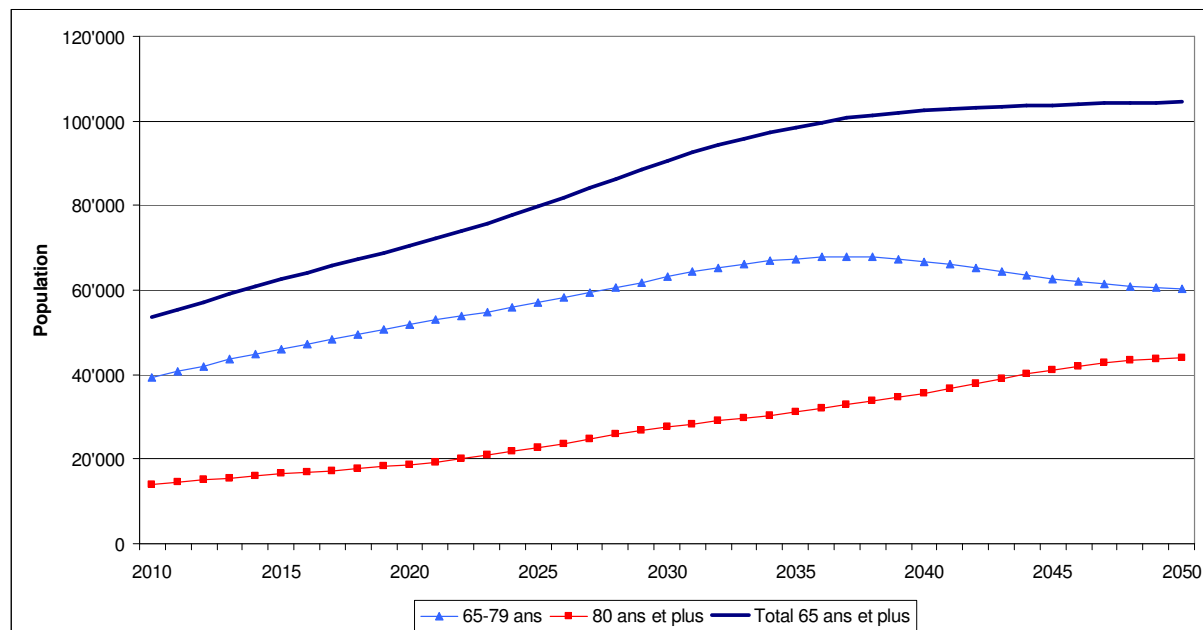
Source : OFS, 2009

En 2050, plus de 44'000 personnes seront âgées de 80 ans et plus en Valais

Les prévisions à long terme montrent que la population valaisanne continuera de vieillir. D'ici à 2035, la génération très nombreuse du baby-boom atteindra l'âge de la retraite et devrait bénéficier encore d'une espérance de vie élevée. Selon les dernières prévisions de l'OFS (avril 2009), en 2050, la population des 80 ans et plus devrait plus que tripler dans notre canton et dépasser la barre des 44'000 personnes.

L'augmentation de la population âgée de 65 à 79 ans devrait se poursuivre jusque dans la deuxième moitié des années 2030 pour ensuite subir une tendance inverse. La population des personnes âgées de 80 ans et plus devrait, quant à elle, continuer d'augmenter.

Figure 5 **Prévisions démographiques pour les 65-79 ans et les 80 ans et plus, Valais, 2010-2050**



Source : OFS, selon scénario AR-00-2005/09

2.2. La dépendance fonctionnelle

Le vieillissement de la population est un véritable problème de santé publique, car il fait naître de nouveaux besoins auxquels le système de santé doit s'adapter. Il bouscule les équilibres démographiques et épidémiologiques et représente un défi majeur pour la politique sanitaire valaisanne.

2.2.1 Définition et situation actuelle

La dépendance ou limitation fonctionnelle⁵ est définie comme une incapacité à accomplir certaines tâches de la vie quotidienne, comme par exemple faire ses achats ou sa toilette, sans recourir à l'aide d'une tierce personne. Elle résulte de l'apparition d'une ou plusieurs pathologies telles que la cardiopathie ischémique, l'insuffisance cardiaque, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète, la malvoyance, la cécité, l'arthrose, la broncho-pneumopathie chronique obstructive, les troubles cognitifs, la démence ou encore la dépression. Les personnes âgées ne vieillissent pas de manière uniforme. Certaines garderont un bon état de santé jusqu'à un âge très avancé, alors que d'autres subiront l'effet de maladies chroniques et évolueront vers la dépendance fonctionnelle ou le décès plus rapidement.

Selon l'étude des experts Höpflinger et Hugentobler⁶, le taux de besoin en soins pour l'ensemble des personnes de 65 ans et plus en Suisse est actuellement situé entre 10 et

⁵ MONOD-ZORZI S. et al., *Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées*, Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel, Novembre 2007.

⁶ HÖPFLINGER F. et HUGENTOBLE V., *Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse. Observations et perspectives*, Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé, Ed. Médecines et hygiène, 2006.

11.5 %. Entre 65 et 79 ans, moins de 10% des personnes requièrent des soins, entre 80 et 84 ans au moins 20% et à partir de 85 ans plus de 33%. Appliquées à la population valaisanne, ces proportions montrent qu'il y aurait en 2008 dans notre canton entre 5'000 et 7'000 personnes âgées nécessitant des soins de longue durée.

2.2.2 Evolution de la dépendance fonctionnelle

L'impact du vieillissement de la population sur l'évolution des besoins en soins de longue durée va dépendre de l'évolution du taux de dépendance fonctionnelle, lui-même influencé par les progrès médicaux, l'évolution des modes de vie ainsi que les mesures de promotion de la santé, de prévention et de réadaptation.

Facteurs favorisant la réduction des années de vie en mauvaise santé

Au cours des années 1980 à 2000, notre société a enregistré un allongement des années de vie en bonne santé de 5 ans pour les femmes et de 4 ans chez les hommes. En même temps, la période marquée par des problèmes de santé entraînant une dépendance fonctionnelle s'est raccourcie de 2 ans chez les femmes et de 6 mois chez les hommes⁷.

Si cette tendance se stabilise, on peut s'attendre à une augmentation du nombre de personnes âgées touchées par une dépendance d'un tiers entre 2000 et 2020. Cependant, selon les experts qui ont analysé ces données, le nombre d'années de vie en mauvaise santé devrait encore diminuer grâce aux progrès médicaux, aux progrès en matière de réadaptation et à la réduction des infirmités dues à des activités professionnelles. Ils estiment ainsi que l'augmentation du nombre de personnes atteintes de limitations fonctionnelles devrait se limiter à 20% entre 2000 et 2020.

Une évolution incertaine

Cette évolution reste cependant incertaine. Comme le relève l'OFS dans un récent rapport⁸, il n'existe qu'un faible consensus sur l'évolution future. Selon les observations faites sur des cohortes plus jeunes, le nombre d'années de vie en mauvaise santé pourrait encore diminuer jusqu'en 2015, avant de se stabiliser et finir par augmenter en raison de l'augmentation de la prévalence de l'obésité. Les conséquences de l'obésité pourraient correspondre à une perte de 2.8 années de vie en bonne santé.

Accroissement des multi-morbidités

Diverses études⁹ font état de la perspective d'accroissement de la prévalence des multi-morbidités. L'utilisation de technologies médicales de pointe permet de diagnostiquer très tôt certaines maladies et de les traiter en conséquence. De mortelles, certaines maladies deviennent ainsi chroniques (p.ex. diabète, glaucome, hypertension, rhumatisme, etc.). L'âge avançant, les personnes souffrant de maladies chroniques vont souvent être confrontées de manière concomitante à d'autres problèmes de santé. Le cumul de plusieurs maladies restreint l'autonomie des personnes concernées et augmente considérablement le risque de dépendance fonctionnelle en cas d'aggravation de leur état de santé.

⁷ HÖPFLINGER F. et HUGENTOBLE V., *Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse. Prévisions et scénarios pour le 21^{ème} siècle*, Observatoire suisse de la santé, 2003.

⁸ SEEMATTER-BAGNOUD L. et al., *Le futur de la longévité en Suisse*, Office fédéral de la statistique, 2009.

⁹ WEAVER F. et al., *Les coûts des soins de longue durée d'ici 2030 en Suisse*, Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel, 2008. / Rapport du Conseil fédéral, *Stratégie en matière de politique de la vieillesse*, 29 août 2007.

2.2.3 Importance des mesures de promotion de la santé et de prévention

Les travaux réalisés en Suisse¹⁰ montrent qu'il existe un potentiel d'amélioration de la prise en charge des patients âgés, que ce soit par une meilleure détection des facteurs de risque ou par une amélioration de la prise en charge des maladies productrices de dépendance fonctionnelle. Il s'agit notamment de renforcer les mesures préventives et de promotion de la santé visant à adopter des comportements favorables, plus particulièrement dans les domaines de l'alimentation, du mouvement et de la consommation de tabac. Des interventions ciblées sur les personnes âgées, adaptées à leurs profils fonctionnels, ainsi qu'une prise en charge médicale intégrée, permettent de ralentir ou éviter les conséquences à long terme des maladies chroniques présentes. Et de ce fait, ces mesures sont indispensables pour éviter une explosion des besoins. Cela implique le développement d'une véritable politique de promotion de santé et de prévention, adaptée aux profils fonctionnels des personnes âgées et intégrée dans la pratique médicale.

Visites préventives à domicile

Il a été démontré que les visites préventives à domicile, chez des personnes âgées de plus de 80 ans, ont permis un gain d'indépendance de deux mois sur une période de trois ans, soit le double du gain observé en dix ans dans la population féminine helvétique¹¹. Il s'agit non seulement de promouvoir les comportements favorables à la santé, mais aussi de dépister les facteurs de risque médicaux, comme l'hypertension artérielle et le diabète, ainsi que les difficultés économiques et sociales (isolement).

Prise en charge intégrée

Les personnes souffrant de plusieurs maladies chroniques mais encore autonomes doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge intégrée visant à dépister l'ensemble des différents risques et à prendre en charge de manière individualisée les différentes maladies sous-jacentes. Ce sont des approches complexes qui requièrent une évaluation de la situation globale de chaque patient et l'élaboration d'une prise en charge coordonnée et adaptée aux besoins.

Les personnes polymorbides avec des problèmes de dépendance fonctionnelle doivent quant à elles pouvoir bénéficier de soins de réadaptation visant à ralentir la progression de la dépendance fonctionnelle. Pour cela, il importe d'augmenter et de diversifier l'offre en soins de réadaptation en développant des formes de réadaptation ambulatoire qui permettent une prise en charge plus adaptée à la vie quotidienne des personnes âgées. Les spécialistes en gériatrie¹² préconisent une prise en charge multidimensionnelle des patients âgés dans tous les services hospitaliers ainsi que l'amélioration de la coordination des soins, en particulier entre le secteur hospitalier et les autres structures de prise en charge, par exemple sous forme de réseau.

¹⁰ MONOD-ZORZI S. et al., *Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées*, Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel, Novembre 2007.

¹¹ BÜLA C., MICHEL J.-P., *Edito: Entre bonne nouvelle et inquiétude: comment faire face au vieillissement démographique*, Revue Médicale Suisse, Nr.-3085, November 2006.

¹² BÜLA C., MICHEL J.-P., *Edito: Entre bonne nouvelle et inquiétude: comment faire face au vieillissement démographique*, Revue Médicale Suisse, Nr.-3085, November 2006.

2.3. La problématique des démences

Les démences font partie des pathologies conduisant à la dépendance fonctionnelle. On estime que plus de la moitié des personnes âgées en situation de dépendance fonctionnelle sont atteintes de démence¹³. Ces pathologies se rencontrent surtout à l'âge avancé et nécessitent une prise en charge spécifique. Elles méritent une attention toute particulière dans ce rapport.

2.3.1 Définition et prévalence

Symptômes

On parle de démence lorsque les déficits cognitifs perturbent de manière significative les activités de la vie quotidienne de la personne atteinte¹⁴. Aux troubles de la mémoire sont associés un ou plusieurs autres déficits, tels que difficultés de langage et de compréhension, difficultés à reconnaître des personnes, à s'orienter dans le temps et l'espace, à manipuler des objets, à planifier ou à organiser ses activités courantes. Le jugement et la résolution de problèmes sont souvent perturbés. La personne atteinte ne se rend en général pas compte de ses difficultés, ce qui complique sa prise en charge. Aux déficits cognitifs, s'ajoutent des modifications de personnalité et des troubles du comportement, tels que : agitation, agressivité, démotivation, apathie, méfiance, hallucinations ou encore idées délirantes.

Types de démences

Parmi les pathologies démentielles, la plus fréquente est la maladie d'Alzheimer (environ 50% des démences), suivie des démences vasculaires (environ 20%) et des formes mixtes (Alzheimer et vasculaire). Viennent ensuite les différents types de démences fronto-temporales, la démence à corps de Lewy et des formes plus rares de pathologies démentielles¹⁵. Ces différents types de démences se présentent par des symptômes cliniques et par des approches thérapeutiques spécifiques.

Une évolution progressive

Malgré des différences dans leur présentation clinique, l'évolution des pathologies démentielles est toujours caractérisée par une progression des difficultés cognitives, des troubles du comportement et de la dépendance fonctionnelle. Les symptômes varient aussi d'une personne à l'autre, en fonction de son état prémorbide, de son âge et également de son état de santé en général.

L'évolution de la maladie d'Alzheimer s'étend en moyenne sur une dizaine d'années. Au début, la personne atteinte n'a besoin d'aide que d'une manière ponctuelle, pour l'accomplissement d'activités complexes. Elle oublie ses rendez-vous et les nouvelles informations. Puis, de plus en plus de tâches quotidiennes commencent à poser problème. Elle est désorientée dans le temps et oublie ce qu'elle a fait le matin même. Au stade intermédiaire de la maladie, la personne ne peut plus accomplir les actes de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, manger, etc.) qu'en présence et grâce aux indications d'une personne de son entourage. La désorientation peut se manifester même dans un environnement familier et les troubles de la compréhension sont manifestes. A des stades

¹³ HÖPFLINGER F. et HUGENTOBLE V., *Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse. Prévisions et scénarios pour le 21^{ème} siècle*, Observatoire suisse de la santé, 2003.

¹⁴ Association Alzheimer Suisse, *Alzheimer et autres formes de démences. Diagnostic. Traitement. Prise en charge. Recommandations des spécialistes suisses*, 2008.

¹⁵ Source : Association Alzheimer Suisse, www.alz.ch

plus avancés, le malade peut ne plus reconnaître ses proches et devenir incapable de s'exprimer. Il est souvent incontinent, devient totalement dépendant et parfois grabataire. Il est sujet à diverses infections qui souvent causent le décès.

La statistique de la mortalité et des causes de décès de l'OFS montre que le nombre de décès pour 100'000 habitants liés aux démences est passé, entre 2000 et 2007, de 18.9 à 22.8 pour les hommes et de 19.4 à 26.4 pour les femmes.

Plus de 100'000 personnes atteintes de démences en Suisse

On estime que plus de 100'000 personnes sont atteintes de démences en Suisse et 24'700 nouveaux cas apparaissent chaque année¹⁶. La pathogenèse précise des démences n'est pas connue avec exactitude. Les scientifiques supposent une interaction de plusieurs facteurs, dont l'un important est l'âge. Le risque de développer une démence est faible en-dessous de 60 ans, mais il double ensuite tous les cinq ans¹⁷. Du fait du vieillissement démographique, les projections sur le nombre de personnes qui seront atteintes par cette affection ces prochaines années sont très alarmantes.

4'000 personnes atteintes de démences en Valais

Selon l'enquête menée en 2004 par l'Association Alzheimer Suisse¹⁸, 2/3 des personnes atteintes de démence vivent à domicile. Plus de la moitié de ces personnes sont atteintes d'une démence à un stade intermédiaire ou avancé et nécessitent une aide chaque jour ou 24 heures sur 24.

L'Association Alzheimer Suisse a procédé à une actualisation de ces données pour l'année 2008. La figure ci-dessous rapporte les résultats de cette étude à la population valaisanne. Il y aurait ainsi en 2008 en Valais quelque 4'000 personnes atteintes de démences, dont environ 1'600 nécessiteraient un placement en institution. Sur les 2'400 pouvant être prises en charge à domicile, 1'400 auraient besoin de soins quotidiens ou permanents.

Figure 6 **Nombre de personnes atteintes de démence et type de prise en charge, Suisse et Valais, 2008**

	Suisse	Valais
Population résidante permanente	7'701'856	303'241
Personnes atteintes de démence	102'560	4'038
Personnes prises en charge en institution	41'024	1'615
Personnes prises en charge à domicile	61'536	2'423
A domicile avec soins quotidiens	28'922	1'139
A domicile avec soins 24h/24	6'154	242

Source : SSP selon données de l'Association Alzheimer Suisse, 2009

¹⁶ Source : Association Alzheimer Suisse, www.alz.ch

¹⁷ Association Alzheimer Suisse, *Alzheimer et autres formes de démences. Diagnostic. Traitement. Prise en charge. Recommandations des spécialistes suisses*, 2008.

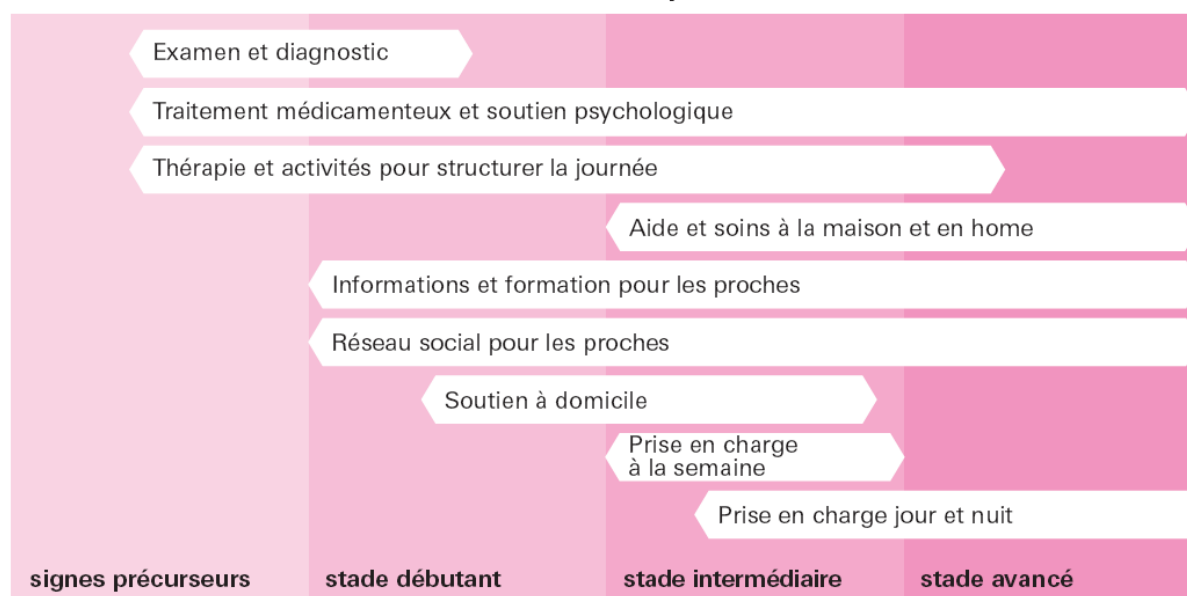
¹⁸ Association Alzheimer Suisse, *Vivre avec la maladie d'Alzheimer. Les chiffres-clés 2. La prise en charge actuelle*, 2004.

2.3.2 Spécificités de la prise en charge des démences

L'évolutivité des pathologies démentielles implique une prise en charge spécifique qui vise différentes cibles, à savoir : les troubles cognitifs, la perte fonctionnelle, les symptômes comportementaux et psychologiques, les comorbidités, les besoins psychosociaux et les besoins des proches. La prise en charge est donc multidisciplinaire et doit être ajustée constamment. L'offre est à envisager de façon globale, avec pour objectif l'optimisation de la qualité de vie des patients et des proches qui soignent.

Figure 7 **Besoins des malades Alzheimer et de leurs proches en fonction de l'évolution de la maladie**

Besoins des malades Alzheimer et de leurs proches



Evolution de la maladie d'Alzheimer

Source : Association Alzheimer Suisse, *Offres de répit pour les proches qui soignent*, avril 2009

Le rôle des traitements médicamenteux et des mesures psychosociales

En l'état actuel des connaissances, on ne peut ni stopper ni guérir les pathologies démentielles. Certains médicaments permettent toutefois de ralentir le déclin cognitif et la perte fonctionnelle, ainsi que d'améliorer les troubles du comportement de manière significative. Un diagnostic précis permet d'initier le bon traitement médicamenteux et d'offrir des soins et un accompagnement spécifiques aux besoins de la personne.

Les mesures de prise en charge psychosociale sont nombreuses et importantes. On peut citer, par exemple, l'aide aux activités quotidiennes, l'adaptation de l'espace intérieur et extérieur, l'offre de soutien et de répit, les groupes de proches, les thérapies familiales ou individuelles. Elles jouent un rôle central dans l'optimisation de la qualité de vie des patients et de leurs proches : elles permettent, en complément des traitements médicamenteux, de prévenir ou traiter les troubles psychiques associés à la démence (dépression, anxiété, hallucinations, troubles du comportement). Le bien-être des personnes concernées et de leur entourage s'en trouve considérablement amélioré et le maintien à domicile peut s'envisager.

sur une plus longue durée. Ce type de mesures doivent être mises en place sous la responsabilité d'une équipe pluridisciplinaire.

Importance du dépistage précoce

Les spécialistes insistent sur la nécessité du dépistage précoce, afin de pouvoir débiter un traitement adéquat avant que les symptômes ne soient trop prononcés. Mais ce qui rend important le dépistage précoce, c'est l'identification du processus démentiel, afin qu'il soit expliqué à l'entourage et que des mesures puissent être prises en conséquence. Ceci d'autant plus que les symptômes débutent insidieusement et que le patient ne se rend en général pas compte de ses troubles. Expliquer que les changements de comportement font partie de la maladie permet à la famille de mieux faire face aux difficultés. Un accompagnement spécifique peut être organisé, pour le patient et pour son entourage. Des mesures de sécurité peuvent par exemple être mises en place et le patient peut prendre des dispositions personnelles, à un stade où il est encore capable de décider. Malheureusement, à l'heure actuelle, seul un tiers des cas de démence est diagnostiqué¹⁹.

Formation des professionnels et des proches

Les problèmes comportementaux liés à la démence (comportements dérangeants, difficultés à exprimer ses besoins, troubles de l'orientation dans le temps et l'espace, anxiété, agitation, agressivité, etc.) impliquent des soins complexes nécessitant des compétences spécifiques afin d'assurer une prise en charge adéquate. Les professionnels en charge de personnes âgées atteintes de démence doivent donc bénéficier de possibilités de formation continue spécifique leur permettant d'offrir des soins appropriés, ajustés à l'ensemble des besoins particuliers de chaque patient.

Les proches qui soignent doivent quant à eux pouvoir compter sur les conseils de professionnels spécifiquement formés. Notre capacité à mieux former, soutenir et encadrer les proches de personnes âgées sera déterminante pour l'avenir. En effet, les proches sont déjà amenés à fournir une part importante de soins informels qui souvent complètent et parfois se substituent aux soins formels, en particulier à domicile.

Nécessité d'offrir des possibilités de répit aux proches qui soignent

Selon les enquêtes menées par l'Association Alzheimer Suisse citées précédemment, 2/3 des personnes atteintes de démence vivent à domicile grâce au soutien de leurs proches. Plus de la moitié de ces personnes sont atteintes d'une démence à un stade intermédiaire ou avancé et nécessitent une aide chaque jour ou 24 heures sur 24. A ce stade, la prise en charge à domicile par les proches n'est possible que si le proche est relayé régulièrement auprès du malade, à la journée et à la semaine.

En effet, les proches qui soignent des personnes atteintes de démence disposent de moins en moins de répit au fur et à mesure que la maladie progresse. Ils ne passent plus de nuit sans interruptions, ce qui les conduit à l'épuisement pouvant provoquer leur hospitalisation et le placement de la personne démente dont ils ont la charge. Les enquêtes de l'Association Alzheimer Suisse ont montré que 2/3 des proches qui soignent souffrent eux-mêmes de problèmes de santé.

Il est donc capital de pouvoir offrir des possibilités de répit aux proches afin d'éviter un placement précoce de la personne atteinte de démence en EMS. Il s'agit aussi de prévenir les problèmes de santé des proches.

¹⁹ Association Alzheimer Suisse, *Vivre avec la maladie d'Alzheimer. Les chiffres-clés 2. La prise en charge actuelle*, 2004.

Mesures de prévention

Dans l'état actuel des connaissances, les possibilités de prévention primaire sont limitées. Un mode de vie favorable du point de vue de la santé est parfois mentionné dans la littérature. Son impact résiderait dans une réduction des facteurs de risque cardio-vasculaires, plus particulièrement impliqués dans certaines formes de démence²⁰.

Activité physique

Selon une autre étude²¹, les personnes pratiquant une activité physique (marcher, faire du vélo, de la gymnastique, ou un autre sport durant au moins 15 minutes) au moins trois fois par semaine présentaient un risque réduit de presque 40% de développer une démence. Il n'est cependant pas exclu que les personnes physiquement actives présentent globalement des comportements plus sains et que l'activité physique ne soit pas la seule explication.

Programmes d'entraînement de la mémoire

Les programmes d'entraînement de la mémoire permettent une amélioration des performances cognitives (mémoire, raisonnement) persistant deux ans après l'intervention chez des adultes âgés sans troubles cognitifs ni fonctionnels²².

Activités de loisirs

Une récente étude²³ menée par l'Inserm²⁴ a montré que les personnes âgées pratiquant régulièrement des activités de loisirs intellectuellement stimulantes présentent une réduction de 50% du risque de survenue de démence. Faire des mots croisés, jouer aux cartes, s'impliquer dans la vie associative, aller au cinéma ou au théâtre, pratiquer une activité artistique sont des activités de loisirs intellectuellement stimulantes. L'étude montre également que les personnes pratiquant ces activités au moins deux fois par semaine sont deux fois moins susceptibles de développer une démence que les personnes ne les pratiquant qu'une fois par semaine.

3. La prise en charge : définitions et comparaisons intercantionales

La complexité de la prise en charge des personnes âgées évolue au fur et à mesure de l'accroissement du degré de dépendance. Elle repose tout d'abord sur l'aide informelle dispensée par les proches ou le voisinage, mais aussi par des bénévoles, avec le soutien des milieux associatifs comme l'association Alzheimer ou Pro Senectute par exemple. Plus le degré de dépendance augmente, plus le recours aux structures formelles d'aide et de soins devient nécessaire. Parmi ces structures formelles, on distingue divers types de prestations allant de la prise en charge à domicile à l'hébergement en EMS.

3.1. Aide informelle : caractéristiques et évolution

L'aide informelle constitue l'ensemble des soutiens fournis par l'entourage de la personne âgée (conjoint, famille, amis, voisins, etc.) afin de permettre son maintien à domicile. Son

²⁰ MONOD-ZORZI S. et al., *Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées*, Observatoire suisse de la santé, novembre 2007.

²¹ LARSON E.B. et al. *Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older*. *Annals of Internal Medicine*, 17. January 2006, 144(2), S. 73-81.

²² Bail K., 2002.

²³ AKBARALY T.N. et al., *Leisure activities and the risk of dementia in the elderly: Results from the Three-City Study*, *Neurology*, 2009, 73, S.854-861.

²⁴ Inserm : Institut national français de la santé et de la recherche médicale

importance est souvent sous-estimée alors qu'elle constitue la première forme de prise en charge lorsque la dépendance fonctionnelle survient. Elle permet également de retarder le recours aux structures formelles (EMS, CMS, etc.), ce qui constitue une économie substantielle pour le système sanitaire.

Importance de l'aide informelle

Les experts²⁵ ont montré l'importance de l'aide informelle. En Suisse, 8% des personnes âgées de 75 à 79 ans en bénéficient. Cette proportion passe à 14% pour la tranche d'âge allant de 80 à 84 ans et à 23% pour les personnes de 85 ans et plus.

L'aide informelle se combine souvent avec l'aide formelle. Plus de 69% des personnes ayant recours aux prestations des organisations d'aide et de soins à domicile reçoivent également une aide informelle fournie par leur réseau social (membres de la famille, connaissances, voisins).

Qui fournit l'aide informelle ?

L'aide informelle est principalement procurée par les conjoints et les filles des bénéficiaires. Dans la tranche d'âge allant de 65 à 79 ans, l'aide vient en grande partie des conjoints (43%), puis des filles (35%). La situation s'inverse pour les 80 ans et plus (41% de l'aide informelle apportée par les filles, 28% par les conjoints), car à cet âge la probabilité d'être veuve ou veuf devient plus élevée.

Les aidants informels sont donc souvent des personnes âgées (conjoints). On estime que 50% d'entre eux ont plus de 60 ans et 36% plus de 70 ans²⁶. En raison de leur âge, ils sont susceptibles d'être eux-mêmes sujets à des problèmes de santé.

Une économie pour le système sanitaire

L'aide informelle correspondrait à une masse salariale de quelque 1.7 milliards de francs si elle était procurée par du personnel qualifié (données 2000)²⁷. D'autres études montrent que l'aide informelle peut représenter jusqu'à 70% du coût du maintien d'une personne à domicile²⁸. Ainsi, l'aide informelle constitue une source d'économie importante pour le système sanitaire.

Evolution difficile à prévoir

Pour l'avenir, les experts précités estiment que l'offre potentielle d'aide informelle de la part des conjoints pourrait augmenter, alors que l'offre potentielle de la part des filles diminuerait. L'augmentation de l'espérance de vie des hommes pourrait engendrer une augmentation de l'aide informelle fournie par ces derniers. Par contre, l'offre de la part des filles devrait diminuer en raison des facteurs suivants :

- le nombre d'enfants par famille est en baisse ;
- la distance entre le lieu de résidence des enfants et des parents a tendance à s'accroître ;

²⁵ HÖPFLINGER F. et HUGENTOBLE R., *Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse. Observations et perspectives*, Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé, Ed. Médecines et hygiène, 2006.

²⁶ Association Alzheimer Suisse.

²⁷ SCHIESS U. et SCHÖN-BÜHLMAN J., *Compte satellite de production des ménages. Projet pilote pour la Suisse*. Office fédéral de la statistique, Neuchâtel, 2004.

²⁸ VOLZ A., MONSCH A.U., ZAHNO A., WETTSTEIN A., et al., *Was kostete die Schweiz die Alzheimer-Krankheit 1998? Eine präliminäre Analyse*, Praxis 2000, Nr 89:803-12.

- le taux de participation des femmes sur le marché du travail augmente ce qui les rend moins disponibles pour la prise en charge de leurs parents.

L'évolution du nombre de divorces et de séparations, l'implication des fils dans la fourniture de soins et la tendance à avoir des enfants plus tardivement rendent difficile les prévisions de l'évolution de l'offre globale de l'aide informelle au cours des prochaines décennies.

3.2. Structures d'aide formelle : définitions

3.2.1 Fournisseurs de soins au sens de la législation fédérale sur l'assurance-maladie

La législation fédérale sur l'assurance-maladie, plus précisément l'ordonnance fédérale sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS, art. 7), définit comme suit les soins pouvant être fournis à la charge de cette assurance sur prescription médicale ou sur mandat médical :

- l'évaluation des besoins du patient et les conseils au patient ;
- les examens et les traitements ;
- les soins de base, à savoir :
 - les soins de base généraux pour les patients dépendants (soins corporels, mobilité, hygiène, s'habiller, se nourrir, etc.) ;
 - les mesures destinées à surveiller et à soutenir les malades psychiques pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

Sont habilités à fournir ces prestations :

- a) les établissements médico-sociaux (EMS) ;
- b) les organisations d'aide et de soins à domicile ;
- c) les infirmiers et infirmières exerçant à titre indépendant.

3.2.2 Fournisseurs de prestations médico-sociales définis dans les statistiques fédérales

Statistique de l'aide et des soins à domicile

La statistique de l'aide et des soins à domicile de l'OFS considère comme organisations d'aide et de soins à domicile les organisations qui encouragent, soutiennent et permettent, par leurs prestations de services, le maintien et la vie à domicile de personnes de tous les groupes d'âge qui ont besoin d'aide, de soins, d'encadrement, d'accompagnement et de conseils.

Les prestations se subdivisent en offres remboursées par l'assurance obligatoire des soins (voir ci-dessus) et en offres non remboursées. Les prestations non remboursées sont les prestations d'aide à domicile (ménage, lessive, courses, etc.) dont les tarifs sont fixés par les organisations.

Cette statistique comprend les organisations de droit privé à but non lucratif et celles relevant du droit public. Les organisations à but lucratif ne sont pas prises en compte faute de base légale. Pour le Valais, participent à cette statistique tous les CMS ainsi que le Kinderspitex. Le Centre François-Xavier Bagnoud de soins palliatifs à domicile y est également inclus, jusqu'à fin 2009 ; depuis le 1^{er} janvier 2010, il est intégré au Réseau Santé Valais (RSV).

Statistique des institutions médico-sociales

La statistique de l'OFS sur les institutions médico-sociales comprend les maisons pour personnes âgées, les homes médicalisés (ou établissements médico-sociaux), les institutions pour handicapés, les institutions pour personnes toxico-dépendantes et les établissements pour personnes présentant des troubles médico-sociaux. Nous ne retenons ici que les deux premiers types de structures définis comme suit dans la statistique de l'OFS :

- Les maisons pour personnes âgées : institutions qui s'occupent de personnes âgées nécessitant une surveillance ou une assistance, voire des soins. Ces institutions ne sont pas admises à fournir et à facturer des prestations LAMal (art. 39 al. 3). Il n'existe plus d'institutions de ce type en Valais.
- Les homes médicalisés ou établissements médico-sociaux (EMS) : institutions qui soignent des personnes âgées nécessitant des soins et/ou des malades chroniques. Ces institutions sont admises à fournir des prestations LAMal à des patients pour une longue durée. Ce groupe ne comprend pas les activités des cliniques gériatriques.

La statistique de l'OFS distingue aussi les places d'hébergement long séjour des places d'hébergement court séjour.

3.2.3 Fournisseurs de prestations médico-sociales en Valais

Le Valais comptait en 2009 :

- 6 centres médico-sociaux régionaux (CMSR) regroupant 19 centres médico-sociaux (CMS) ;
- une organisation privée d'aide et de soins à domicile pour enfants dans le Haut-Valais (Kinderspitex) ;
- un centre de soins palliatifs dans le Valais Central (centre François-Xavier Bagnoud de soins palliatifs à domicile) ;
- 60 infirmières et infirmiers indépendants ;
- 13 structures de jour, dont 7 intégrées à un EMS, 1 gérée par un CMS et 5 indépendantes ;
- 43 EMS offrant 2'639 lits de long séjour et 21 lits de court séjour.

Figure 8 Fournisseurs de prestations médico-sociales en Valais en 2009

PRESTATIONS	PRESTATAIRES			EMS
	Infirmières et infirmiers	Organisations de soins et d'aide à domicile		
		CMS	Autres	
Soins à domicile	60 infirmiers indépendants	6 CMSR	Kinderspitex, CFXB	
Aide à domicile				
Accueil de jour		1 structure	5 structures	7 structures
Lits court séjour				21 lits
Lits long séjour				2'639 lits

Source : SSP

3.2.4 Terminologie utilisée dans le rapport

Les terminologies diffèrent d'un canton à l'autre et souvent également à l'intérieur d'un même canton. Elles évoluent avec le temps. Dans le cadre du présent rapport, nous proposons d'utiliser les notions suivantes :

- Soins à domicile : prestations de soins au sens de l'article 7 de l'ordonnance fédérale sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS, voir point 3.2.1 ci-dessus).
- Aide à domicile : aide à la famille, aide à la gestion complète du ménage, hygiène, soutien dans les actes de la vie quotidienne.
- Accueil de jour : accueil à la journée dans un EMS, un CMS ou une structure de jour indépendante. On parle également de foyers ou de centres de jour. La nouvelle législation fédérale sur le financement des soins parle de structure de soins de jour. Ces deux notions ne sont pas toujours utilisées de la même façon. Elles seront précisées plus loin dans ce rapport.
- Lits de court séjour : places d'accueil en EMS pour l'hébergement de court séjour. On parle actuellement en Valais d'unité d'accueil temporaire (UAT). Selon les directives cantonales de 2003, l'unité d'accueil temporaire est composée de plusieurs lits de court séjour. Dans la perspective de la révision de ces directives et afin d'éviter une confusion avec les cantons comme celui de Vaud où la notion d'unité d'accueil temporaire désigne l'accueil de jour, nous parlerons dans ce rapport de lits de court séjour.
- Lits de long séjour : places d'accueil en EMS pour l'hébergement de long séjour.

3.3. Structures d'aide formelle : comparaisons intercantionales

Les diverses structures de prise en charge médico-sociale sont complémentaires. Le choix entre domicile et institution dépend du degré de dépendance de la personne âgée et des possibilités d'aide informelle. Il n'existe cependant pas de recommandations sur le taux idéal de répartition de la prise en charge entre les différentes structures d'aide formelle. Les situations diffèrent d'un canton à l'autre, ainsi qu'à l'intérieur des cantons. Les comparaisons intercantionales permettent de situer l'offre valaisanne et de montrer quelles autres répartitions entre les fournisseurs de prestations médico-sociales sont possibles.

Sont présentées ci-après les structures médico-sociales pour personnes âgées selon les définitions données par les statistiques fédérales. Les structures d'accueil de jour ne font pas partie des statistiques fédérales pour l'instant et ne sont donc pas prises en compte dans ces comparaisons. Les structures hospitalières ne sont pas analysées dans le présent rapport. Des travaux spécifiques sont en cours à l'heure actuelle dans le cadre de la révision de la planification hospitalière.

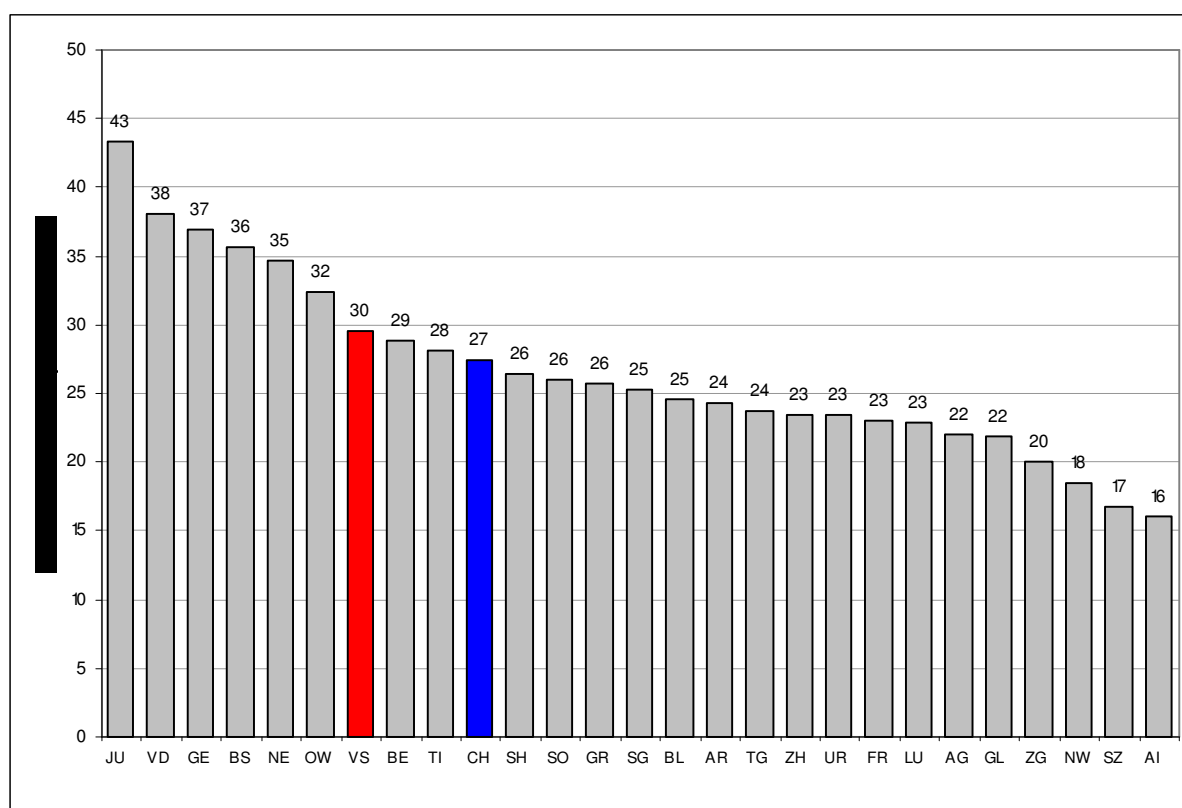
Les comparaisons intercantionales montrent que le degré de recours aux divers types de structures varie considérablement d'un canton à l'autre. Cela s'explique par la diversité des politiques mises en œuvre. Certains cantons ont développé davantage l'aide et les soins à domicile, ce qui permet de n'avoir recours au placement en EMS que pour les situations présentant une charge en soins élevée.

3.3.1 Aide et soins à domicile

Un nombre de bénéficiaires proche de la moyenne nationale

En Valais, le nombre de bénéficiaires de prestations à domicile pour 1'000 habitants se situe juste au-dessus de la moyenne suisse. Il est supérieur aux cantons alémaniques qui ont davantage recours à la prise en charge en EMS (voir point 3.3.3.). Par contre, ce nombre est nettement inférieur aux cantons ayant une proportion en lits de long séjour en EMS plus faible (VD et GE) ou comparable (JU) à celle du Valais.

Figure 9 **Nombre de bénéficiaires de l'aide et des soins à domicile, pour 1'000 habitants, par canton, 2008**

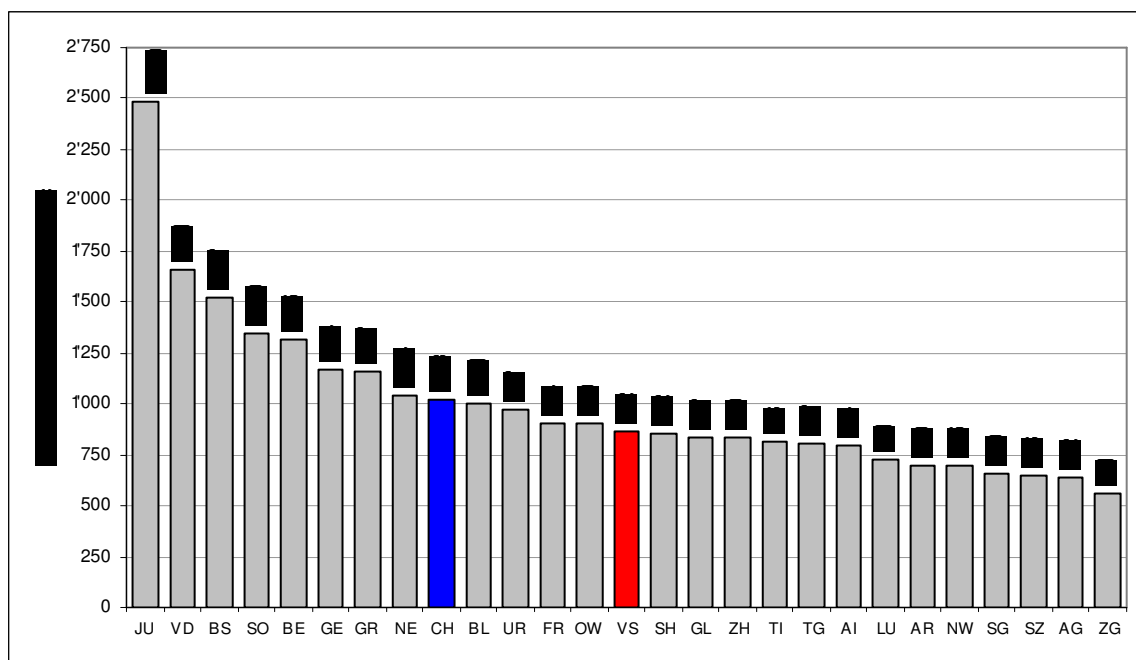


Source : établi par SSP selon statistique OFS de l'aide et des soins à domicile (Spitex) 2008 et selon statistique OFS population résidente permanente 2008

Une intensité de l'aide et des soins dans la moyenne nationale

L'intensité des prestations se situe également dans la moyenne nationale. Ainsi, le nombre d'heures de soins pour 1'000 habitants était en 2008 de 862 en Valais, soit un peu moins de la moyenne suisse qui se chiffrait à 1'018 heures. Le nombre d'heures de soins dans le canton du Jura est nettement le plus élevé avec 2'489 heures pour 1'000 habitants, suivi par Vaud avec 1'661 et Bâle-Ville 1'527.

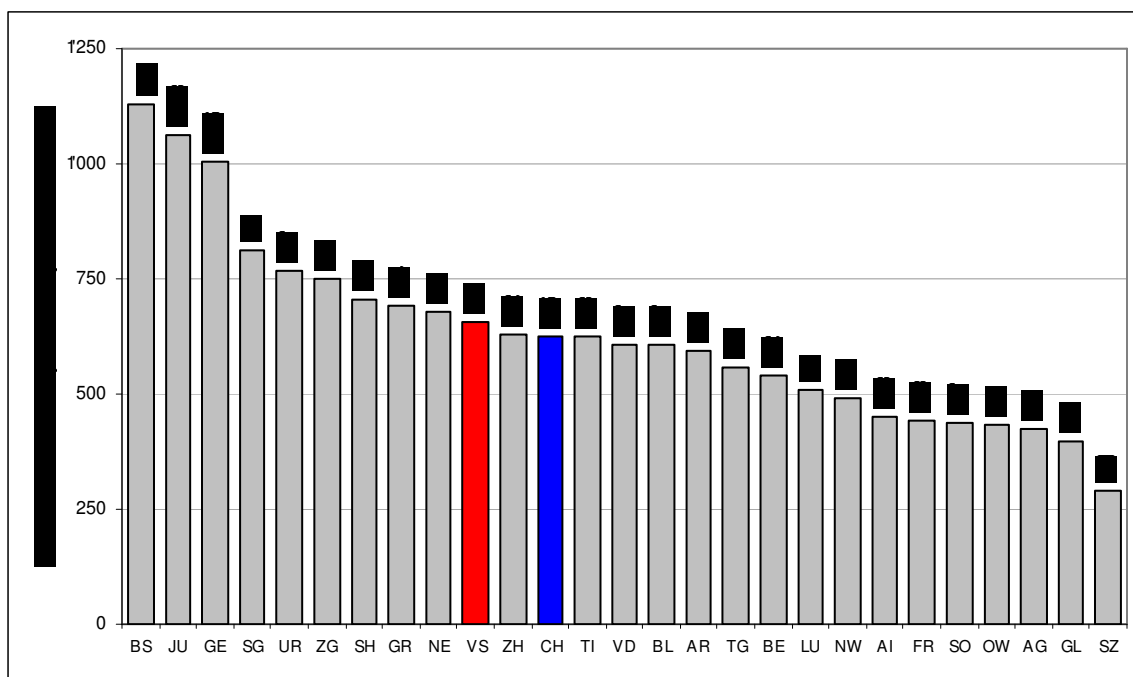
Figure 10 **Nombre d'heures de soins à domicile pour 1'000 habitants, par canton, 2008**



Source : statistique OFS de l'aide et des soins à domicile (Spitex) 2008 et selon statistique OFS population résidente permanente 2008

En ce qui concerne le nombre d'heures d'aide à domicile et autres prestations (services sociaux, conseils aux parents, prestations thérapeutiques, transports, etc.) pour 1'000 habitants, avec 656 heures en 2008, le Valais se situe légèrement au-dessus de la moyenne nationale (625 heures), mais bien après les cantons de Bâle-Ville (1'131 heures), du Jura (1'063 heures) et de Genève (1'005 heures).

Figure 11 **Nombre d'heures d'aide et autres prestations à domicile pour 1'000 habitants, par canton, 2008**



Source : statistique OFS de l'aide et des soins à domicile (Spitex) 2008 et selon statistique OFS population résidente permanente 2008

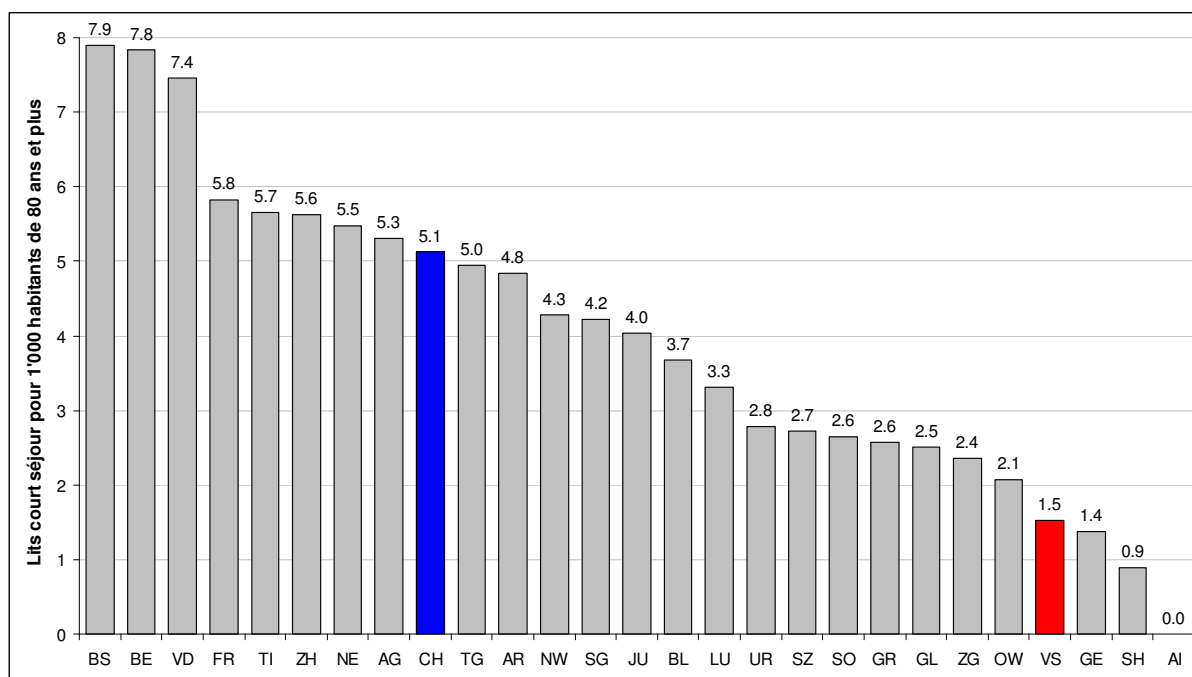
3.3.2 Lits de court séjour

Offre peu développée en Valais

En comparaison nationale, le canton du Valais ne dispose que de très peu de lits de court séjour dans ses établissements. En 2008, le Valais comptait 20 lits de court séjour, soit 1.5 pour 1'000 habitants de 80 ans et plus, contre 5.1 en moyenne suisse.

Cette offre est relativement nouvelle en Valais et les taux d'occupation des lits de court séjour sont actuellement de l'ordre de 60 à 70% (estimation). L'occupation devrait cependant augmenter à l'avenir grâce à une meilleure information des professionnels, des personnes âgées et de leur entourage et grâce aussi à une meilleure coordination des placements. Un travail important reste donc à faire dans ce domaine.

Figure 12 **Lits de court séjour (en institutions pour personnes âgées et en homes médicalisés) pour 1'000 habitants de 80 ans et plus, par canton, en 2008**



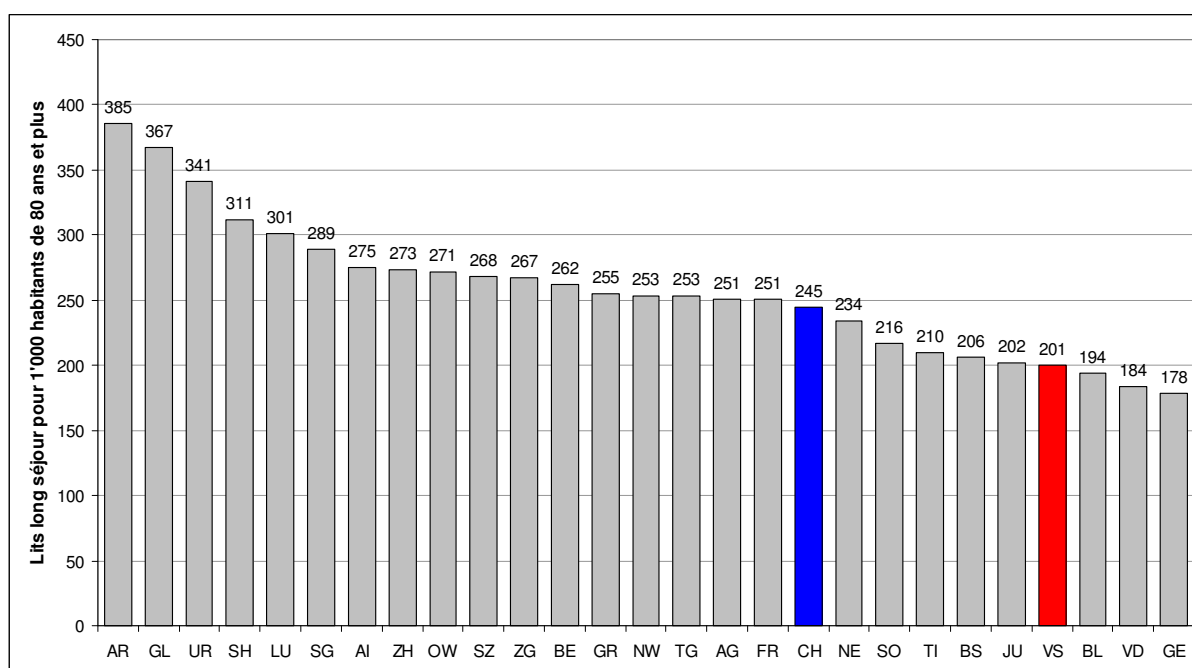
Source : établi par SSP selon statistique OFS des institutions médico-sociales 2008 et selon statistique OFS population résidante permanente 2008

3.3.3 Lits de long séjour

Une norme en lits de long séjour parmi les plus basses de Suisse

La norme du canton du Valais en lits de long séjour figure parmi les plus basses de Suisse. En effet, comme le montre le graphique suivant, le nombre de lits de long séjour pour 1'000 habitants de 80 ans et plus était de 201 en Valais en 2008, alors que la moyenne nationale se situait à 245. Le Valais est le canton recourant le moins à ce type de prise en charge, après Genève, Vaud et Bâle Campagne.

Figure 13 **Lits de long séjour (en institutions pour personnes âgées et en homes médicalisés) pour 1'000 habitants de 80 ans et plus, par canton, en 2008**



Source : établi par SSP selon statistique OFS des institutions médico-sociales 2008 et selon statistique OFS population résidante permanente 2008

3.3.4 Explication des écarts

Une étude portant sur les comparaisons intercantionales du recours aux soins de longue durée²⁹ explique ces écarts par une perception différente de l'hébergement. En Suisse orientale, on a davantage affaire à des homes accueillant proportionnellement plus de personnes âgées relativement autonomes. En Suisse occidentale (y compris Berne et les deux Bâle), l'hébergement se fait en établissement médico-social (EMS), lieu hautement médicalisé.

Toujours selon cette étude, cette situation est liée au développement de l'aide et des soins à domicile. Les cantons qui offrent un grand nombre de lits long séjour (Suisse orientale) sont

²⁹ JACCARD RUEDIN H, WEBER A., PELLEGRINI S., JEANRENAUD C., *Comparaison intercantonale du recours aux soins de longue durée en Suisse*, Observatoire suisse de la santé, mai 2006.

également ceux où le niveau général de développement des services d'aide et de soins à domicile est inférieur à la moyenne nationale.

L'étude met en évidence les phénomènes suivants en matière de potentiel de substitution entre la prise en charge à domicile, en EMS ou en établissement hospitalier :

- Pour la classe d'âge 65-79 ans, on ne note pas de relation de substitution. Les personnes de cet âge placées en EMS le sont en raison de maladies invalidantes qui ne permettent plus le maintien à domicile (p. ex. démences, maladie de Parkinson, troubles psychiques). Quant à celles qui ont recours à l'aide et aux soins à domicile, elles souffrent d'incapacités fonctionnelles légères.
- Par contre, au-delà de 80 ans, les phénomènes de substitution apparaissent. Dans les cantons où le recours à l'aide et aux soins à domicile est plus intense, le placement en EMS est relativement plus faible. Toutefois, l'aide et les soins à domicile ne constituent une alternative à l'EMS que pour une frange limitée des patients. L'étude note également que les hospitalisations de moyenne durée (11 à 90 jours) sont moins nombreuses lorsque le taux de placement en EMS est plus important.

Ainsi, le recours limité à l'hébergement de long séjour en Valais s'explique par une intervention plus importante de l'aide et des soins à domicile, ce qui correspond à la volonté politique de favoriser autant que possible le maintien à domicile.

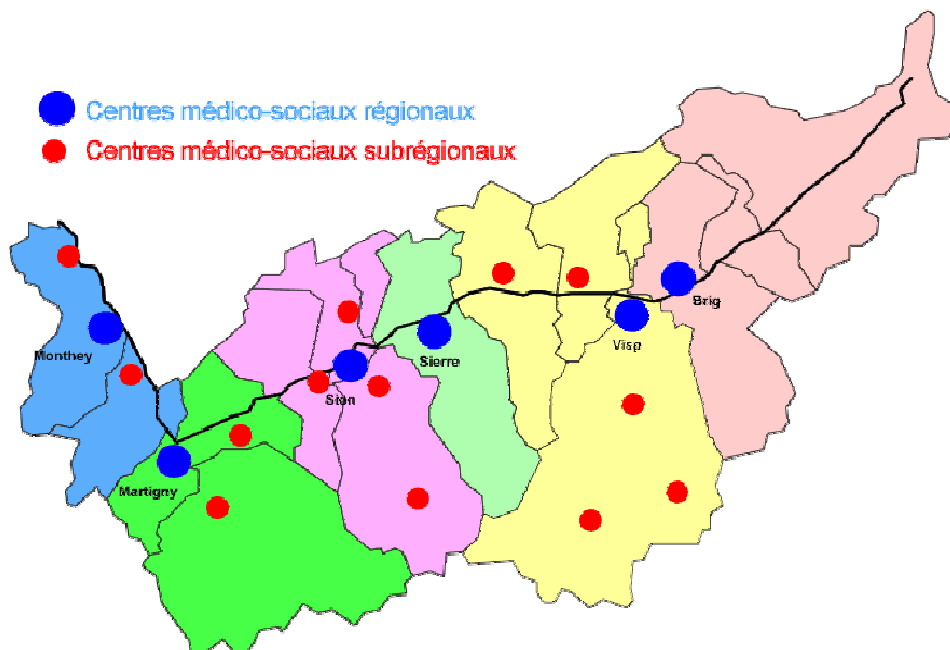
4. Aide et soins à domicile : centres médico-sociaux (CMS)

4.1. Définition et prestations

Forme juridique et organisation

Les CMS ont été mis en place à partir des années 1970 par les communes. Ils revêtent actuellement la forme d'associations de droit privé reconnues d'intérêt public dans lesquelles sont représentées les communes. Depuis 1997, ils sont organisés en 6 centres médico-sociaux régionaux (CMSR) devant fournir leurs prestations sur l'ensemble du territoire cantonal. Les CMSR ont établi des conventions de collaboration avec des centres médico-sociaux subrégionaux dans toutes les régions à l'exception de Sierre et de Brigue où le CMSR assure directement les prestations.

Figure 14 **Centres médico-sociaux en Valais : localisation et secteurs d'intervention**



Source : SSP

Mandat de prestations

Lors de l'adoption de la planification de 2005, le Conseil d'Etat décidait d'actualiser le mandat de prestations des centres médico-sociaux régionaux (CMSR) datant de 1997. Le nouveau mandat de prestations est entré en vigueur le 1^{er} septembre 2007. Il attribue aux CMSR la mission d'encourager, de faciliter et de permettre la vie à domicile des personnes de tous les groupes d'âges, qui nécessitent de l'aide, des soins, une prise en charge et un accompagnement.

Le mandat couvre un large éventail de prestations. Celles-ci concernent non seulement les soins au sens de la LAMal, mais également l'aide au sens large incluant notamment l'aide aux proches, la promotion de la santé et les visites préventives. Les CMSR sont ainsi responsables de la fourniture des prestations suivantes :

- les soins à domicile : soins définis à l'article 7 de l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) et dispensés par du personnel infirmier ; ces soins sont planifiés et prodigués 7 jours sur 7 et 24h/24 ; ils comprennent également les soins palliatifs à domicile (traitements médicaux, actes de soins et mesures de soutien psychique, social et mental en faveur de personnes souffrant d'une maladie progressive et incurable) ;
- l'aide à domicile : aide à la famille, aide à la gestion complète du ménage, hygiène, soutien dans les actes de la vie quotidienne ; les prestations de soutien dans les actes de la vie quotidienne incluent des présences de jour ou de nuit, la mobilisation physique et psychique, la suppléance et le soutien des familles et de l'entourage

dans l'accompagnement de personnes en perte d'autonomie ; ces prestations sont planifiées 7 jours sur 7 et 24h/24 ;

- la sécurité à domicile : toutes mesures visant à réduire l'insécurité à domicile, notamment la prévention des accidents domestiques, l'adaptation du logement, le soutien et le suivi professionnel en cas d'anxiété des personnes ou de leur entourage, l'activation de réseaux de proximité, les permanences téléphoniques en cas de soins continus ou en lien avec des systèmes d'alarme 7 jours sur 7 et 24h/24 ;
- le soutien social : prestations dispensées par des assistants sociaux dans les situations de maintien à domicile aux personnes en perte d'autonomie, à savoir l'aide et les conseils notamment lors de problèmes familiaux, juridiques, financiers, psychologiques, d'assurances, de logement ou de placement ;
- l'aide sociale, selon la loi sur l'intégration et l'aide sociale ;
- l'ergothérapie : évaluation et adaptation de l'environnement physique de la personne en perte d'autonomie, traitements de maintien ou de réhabilitation ;
- le service de repas à domicile ;
- le prêt et la location de matériel ;
- les appartements à encadrement médico-social : à développer par les CMSR qui interviennent comme intermédiaires pour la location et la mise à disposition des appartements ;
- les conseils à la petite enfance : consultations pour nourrissons et consultations pré-scolaires ;
- la santé scolaire ;
- la promotion de la santé : information et formation du patient et de son entourage portant sur les aspects sanitaires (prévention des maladies, prévention des accidents), sociaux (prévention de l'isolement), structurels et organisationnels des lieux de vie ;
- développer l'aide aux proches qui soignent : offrir des plages de répit aux proches qui soignent (foyer de jour, lits EMS court séjour) et répondre à leurs questions (prise en charge, possibilité d'aide, droits des patients, etc.) ;
- développer les visites préventives auprès des personnes âgées : maintenir le potentiel d'autonomie maximal des personnes âgées, prévenir et freiner les processus pathologiques.

Les CMSR doivent également organiser et coordonner le travail des services spécifiques publics ou privés, développer et coordonner les services bénévoles et assurer la responsabilité des tâches déléguées à des institutions spécialisées. Ils sont également tenus d'informer la population sur les prestations offertes et de promouvoir l'aide et les soins à domicile.

4.2. Situation actuelle

4.2.1 Les prestations actuelles et leur financement

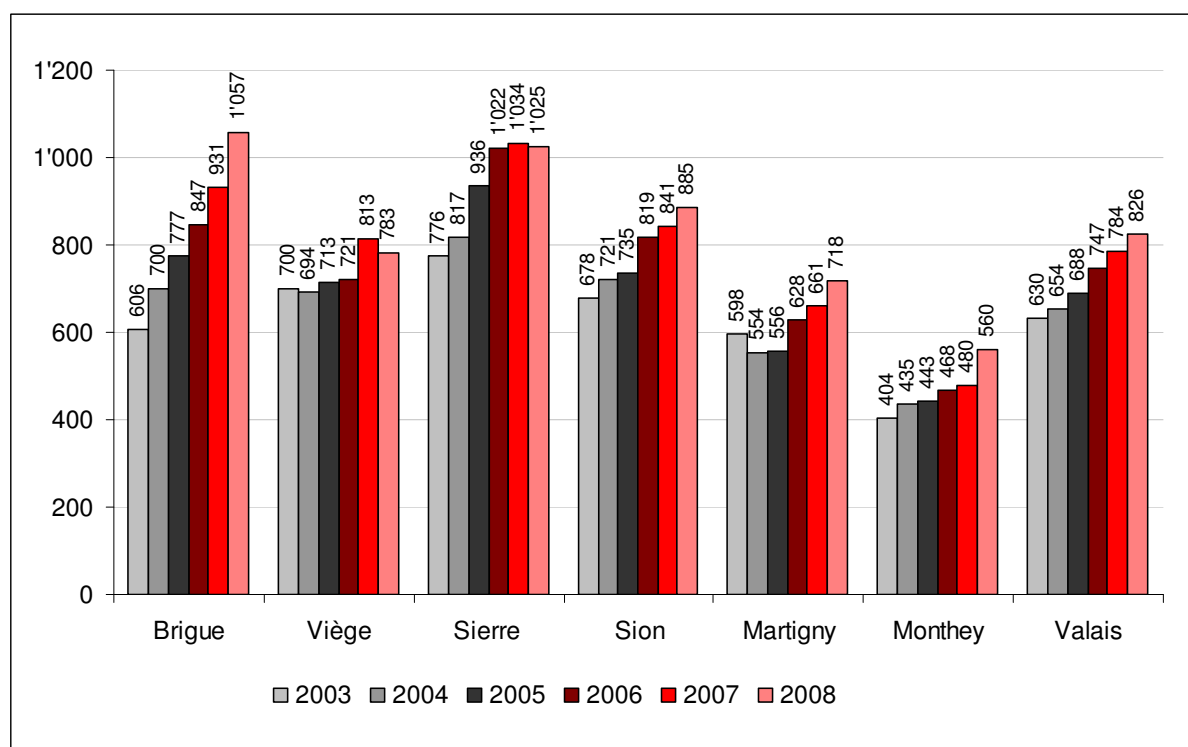
La grande partie des bénéficiaires d'aide et de soins à domicile dispensés par les CMS sont des personnes âgées. Les personnes de 65 ans et plus représentent 72.5% du total des bénéficiaires, celles de 80 ans et plus 42.6%. 79.3% des bénéficiaires de prestations de soins ont plus de 65 ans, 48.4% ont plus de 80 ans. Pour les prestations d'aide, ces proportions sont respectivement de 64.1% et 35.6%.

Actuellement, l'activité des CMS diffère selon les régions. Malgré quelques biais statistiques dus à la différence de saisie des données d'un CMS à l'autre et d'une année à l'autre, les figures présentées ci-dessous permettent de dessiner une tendance³⁰.

Soins à domicile en augmentation

Le nombre d'heures consacrées aux prestations de soins pour 1'000 habitants est en augmentation, malgré une légère baisse dans certaines régions en 2008. Brigue et Sierre sont les régions allouant le plus d'heures de soins pour 1'000 habitants. Les régions de Viège et de Sion se situent légèrement au-dessus de la moyenne cantonale. Celles de Martigny et de Monthey se retrouvent au-dessous de cette moyenne. Les écarts vont du simple au double.

Figure 15 **Nombre d'heures pour les prestations de soins dans les CMSR pour 1'000 habitants, 2003-2008**



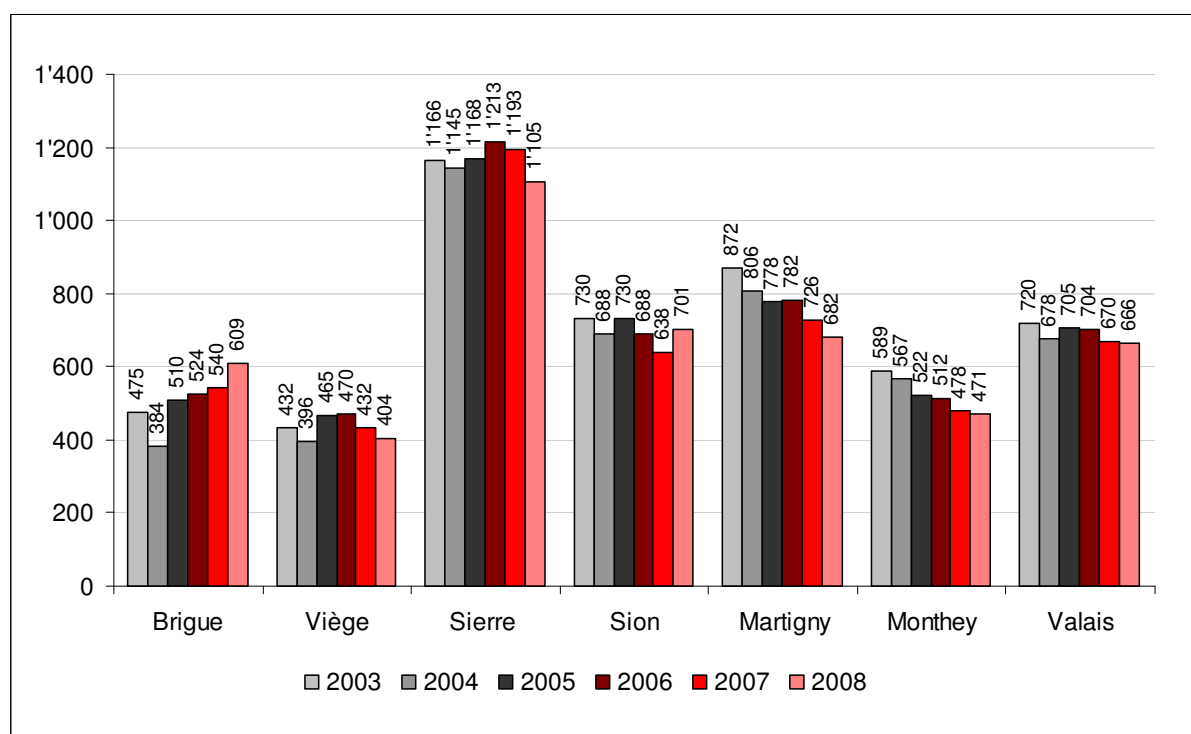
Source : SSP

³⁰ Ces biais statistiques devraient disparaître, dès 2009, avec l'introduction d'un système informatique uniforme dans les CMS du canton.

Aide à domicile en baisse

Les prestations d'aide à domicile sont indispensables au maintien à domicile et pour le prolonger le plus longtemps possible. La région de Sierre a développé une politique fortement axée sur le maintien à domicile, ce qui se traduit par un nombre d'heures d'aide à domicile pour 1'000 habitants nettement supérieur aux autres régions. Cependant, sur l'ensemble de la période considérée, le nombre d'heures d'aide à domicile pour 1'000 habitants baisse, sauf dans la région de Brigue.

Figure 16 **Nombre d'heures pour les prestations d'aide à domicile dans les CMSR pour 1'000 habitants, 2003-2008**

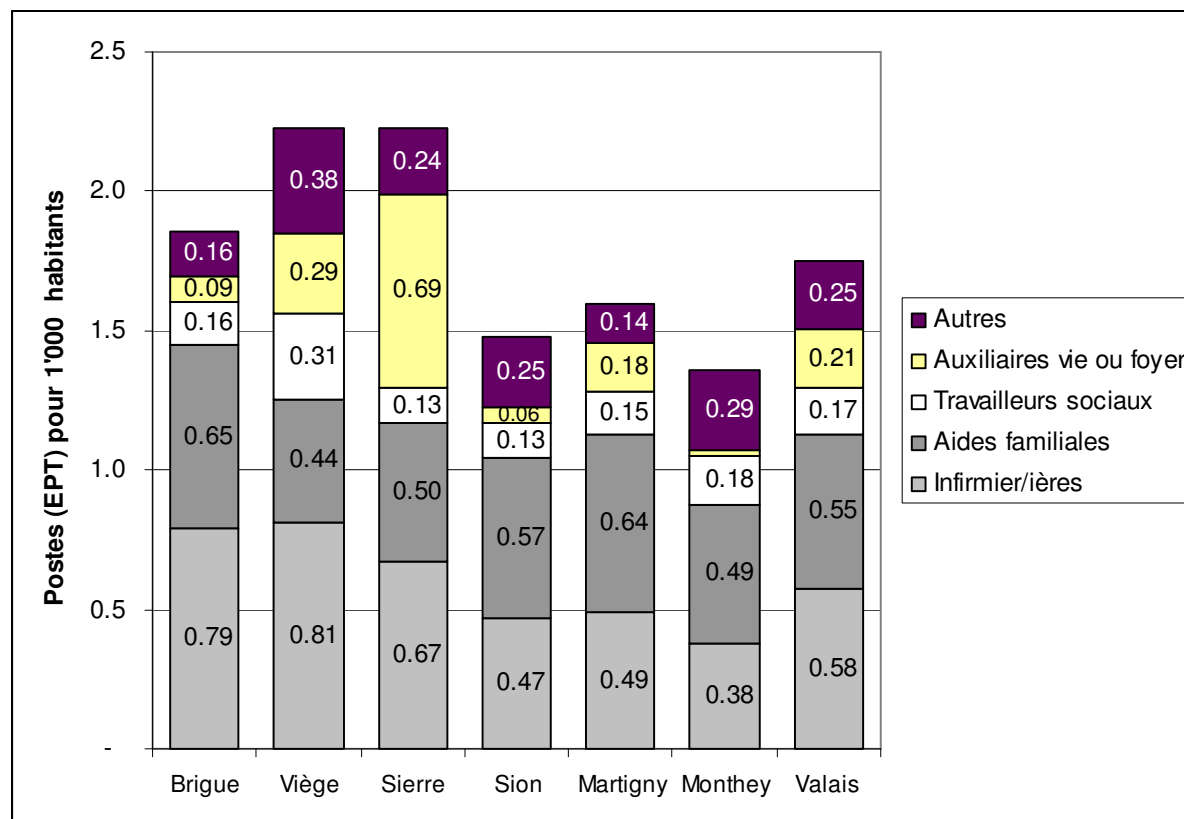


Source : SSP

Écarts dans les dotations en personnel

On constate également des écarts au niveau des dotations en personnel. Le Haut-Valais et Sierre ont proportionnellement plus de personnel et sont notamment mieux dotés en personnel infirmier. Le CMSR de Sierre dispose d'une dotation élevée en auxiliaires de vie, ce qui explique le développement de l'aide à domicile dans cette région.

Figure 17 **Personnel des CMSR en équivalent plein temps (EPT) pour 1'000 habitants, en 2008**



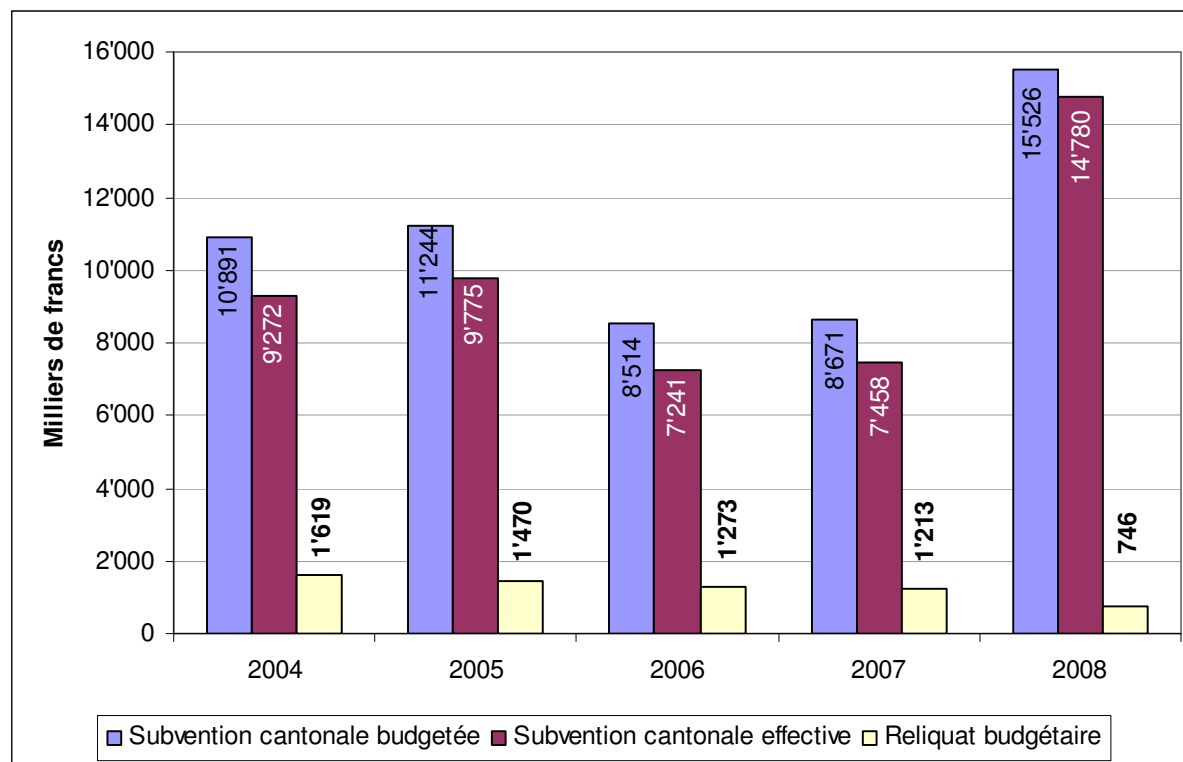
Source : SSP

Financement

Les prestations des CMS sont financées par les contributions de l'assurance-maladie pour les soins et les contributions des bénéficiaires pour l'aide. L'excédent des dépenses relevant du mandat de prestations est pris en charge à hauteur de 62.5% par le canton et 37.5% par les communes.

La figure suivante présente l'évolution de la subvention cantonale aux CMS ainsi que l'écart entre la part budgétée et le montant effectivement versé. La forte augmentation enregistrée en 2008 s'explique par l'entrée en vigueur de la nouvelle répartition des tâches et de la péréquation financière entre la Confédération et les cantons. Le désengagement financier de la Confédération (OFAS) a été reporté sur les pouvoirs publics cantonaux. La répartition entre canton et communes a été revue, la part à charge du canton ayant passé de 50% à 62.5%.

Figure 18 **Evolution de la subvention cantonale budgétée et effective aux CMS 2004-2008, en milliers de francs**



Source : SSP

On constate que les CMS n'utilisent pas l'entier des montants prévus par le canton dans son budget. Cette situation est liée au développement encore insuffisant dans certaines régions de prestations découlant du nouveau mandat attribué aux CMS.

4.2.2 Prestations insuffisamment développées

L'identification des situations à risque, l'aide aux proches et les actions de promotion de la santé et de prévention font partie du nouveau mandat de prestations attribué aux CMS mais sont encore insuffisamment développées dans notre canton.

Mieux identifier les situations à risque

Une étude³¹ qualitative réalisée sur la base de situations de démence prises en charge à domicile en Valais a mis en évidence les difficultés à repérer suffisamment tôt ces situations. L'aide intervient souvent trop tardivement ou de façon trop ponctuelle. Il s'ensuit un épuisement des proches qui soignent entraînant une institutionnalisation prématurée du malade. Cette situation s'explique par le fait que les démences sont des maladies mal connues. De plus, les proches n'ont souvent pas connaissance des offres de prise en charge et des soutiens financiers possibles (allocations d'impotence, bonification pour tâches d'assistance).

³¹ ANCHISI A., BIGONI C., *Mise en œuvre du maintien à domicile des personnes en âge AVS dans le contexte de la 2^{ème} révision de la LAMal : l'exemple du Valais*, Sion, mai 2008.

L'étude conclut à la nécessité de mieux identifier les situations, de bien évaluer les cas complexes (par du personnel infirmier), de tenir compte de l'épuisement des proches qui soignent (et pas uniquement du désir de la personne de rester à domicile) et de faire valoir le plus tôt possible le droit à l'allocation pour impotence et aux bonifications pour tâches d'assistance afin de pouvoir financer des offres de répit aux proches qui soignent.

Aider les proches qui soignent

Le réseau informel, composé de membres de la famille, de voisins et/ou d'amis, est précieux, et ce aussi bien sous l'angle du social que de l'économie de la santé. Il contribue de manière déterminante à maintenir plus longtemps à leur domicile les personnes âgées tributaires de soins et de prestations d'encadrement. Il doit donc être reconnu comme partie intégrante de l'aide et des soins, afin d'assurer le maintien à domicile du plus grand nombre possible de personnes âgées. Les CMS ont reçu la mission de développer, en collaboration avec les divers partenaires, un système d'aide destiné aux proches qui dispensent des soins. Une réflexion devrait également être menée afin d'offrir les mêmes possibilités de remboursement des frais de soins et d'assistance à domicile que les personnes en âge AI (RMPC³²).

Renforcer la promotion de la santé et la prévention

Les études mentionnées au point 2.2 mettent en évidence l'importance des mesures de promotion de la santé et de prévention afin de ralentir ou éviter le déclin fonctionnel des personnes âgées, voire même de retrouver une certaine autonomie.

Les CMS sont chargés de développer la promotion de la santé en collaboration avec les divers partenaires. Il s'agit d'informer et de former les patients et leur entourage aux mesures de promotion de la santé et de prévention touchant autant les aspects sanitaires (prévention des maladies, prévention des accidents), sociaux (prévention de l'isolement) que structurels et organisationnels des lieux de vie.

Les CMS ont aussi pour mission de développer les visites préventives visant à maintenir le potentiel d'autonomie maximal des personnes âgées. Ces visites s'adressent à des personnes âgées volontaires ne présentant pas encore de problèmes de santé, afin de prévenir ou freiner les processus pathologiques qui pourraient survenir, de réduire les risques physiques, biologiques, économiques ou provenant de l'environnement social. Elles peuvent être faites par du personnel infirmier ayant une solide base de gériatrie, avec la collaboration d'un médecin gériatre référent, ainsi que celle des médecins traitants en général.

4.3. Recommandations

4.3.1 Instaurer un système de financement incitatif

Le développement insuffisant de certaines prestations semble, du moins en partie, lié aux modalités actuelles de financement. L'identification des situations à risque, la promotion de la santé et les visites préventives ne font pas l'objet d'une rémunération spécifique. Leur financement est cependant garanti par la prise en charge de l'excédent de dépenses (déficit) par le canton et les communes. Soucieux de ne pas présenter un déficit trop important, il semble que certains CMS peinent à développer ces prestations, quand bien même celles-ci font partie du mandat de prestations et sont reconnues dans la prise en charge de l'excédent de dépenses. L'introduction d'un financement lié à la prestation devrait permettre de surmonter cette difficulté et de jouer un rôle incitatif au développement des prestations.

³² Règlement relatif au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité. art. 15, al. 2.

4.3.2 Evaluer les prestations et fixer des objectifs

La mise en œuvre du nouveau mandat de prestations des CMS devrait faire l'objet d'une évaluation approfondie. Cette évaluation devrait notamment permettre d'identifier les manques et de fixer des objectifs.

Il serait notamment utile de fixer des objectifs chiffrés. Sur la base des comparaisons intra- et inter-cantoniales présentées précédemment, les objectifs suivants pourraient être arrêtés. Ceux-ci devraient être par la suite actualisés et complétés sur la base de l'évaluation à mener.

Soins à domicile : au moins 1 heure par habitant

En 2008, le nombre d'heures de soins à domicile pour 1'000 habitants en Valais se situait entre 560 et 1'057 heures selon les régions. Il était de 1'018 heures en moyenne nationale. Le Valais pourrait se fixer pour objectif d'atteindre la moyenne nationale, donc d'offrir dans chaque région du canton au moins l'équivalent d'une heure de soins à domicile par habitant sur l'année.

Aide à domicile : au moins 1 heure par habitant

Le nombre d'heures d'aide à domicile pour 1'000 habitants en 2008 en Valais varie entre 404 et 1'105 selon les régions. La moyenne nationale atteignait 625 heures. Compte tenu de l'importance de l'aide à domicile (y compris l'aide aux proches, la promotion de la santé et la prévention), il conviendrait de viser un objectif bien supérieur à la moyenne nationale, par exemple l'équivalent d'au moins une heure d'aide à domicile par habitant sur l'année.

Améliorer le niveau d'information de la population et renforcer ses compétences en matière de promotion de la santé

Qu'il s'agisse d'adopter des habitudes de vie favorables à la santé ou, pour certaines pathologies aiguës, d'en reconnaître les signes précurseurs et de demander de l'aide à temps, les personnes âgées semblent peu informées de l'impact qu'un comportement favorable pourrait avoir, indépendamment de leur âge. La population âgée doit aussi être encouragée à solliciter du corps médical les mesures préventives utiles³³.

³³ MONOD-ZORZI S. et al., *Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées*, Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel, Novembre 2007.

5. Appartements à encadrement médico-social

5.1. Définition

Solution pour les personnes âgées encore relativement autonomes

En juin 2006, le département a édicté des directives fixant les conditions à remplir pour l'exploitation d'un appartement à encadrement médico-social. Selon ces directives, l'appartement à encadrement médico-social s'inscrit dans la politique de maintien à domicile. Il s'adresse à des personnes autonomes dans la gestion des activités de leur vie courante, mais présentant un besoin en soins et en aide croissant. Il s'agit de personnes qui ne nécessitent pas des soins et une surveillance en continu relevant de la prise en charge en EMS.

Encadrement sécurisant et adapté aux besoins des personnes âgées

L'appartement à encadrement médico-social offre un cadre social sécurisant par la présence de colocataires et la proximité avec les lieux de services (commerces, loisirs, transports publics). Il doit également être doté d'une infrastructure tenant compte de la mobilité réduite des personnes âgées et comporte tous les aménagements permettant la poursuite des gestes de la vie quotidienne. En cas de besoin, comme pour tout domicile privé, l'aide et les soins à domicile sont dispensés par le centre médico-social. Une convention de collaboration doit être conclue avec ce dernier.

Cette solution s'adresse donc à des personnes âgées encore autonomes, mais qui recherchent un environnement sécurisé et/ou un lien social, ou qui souhaitent quitter leur domicile actuel trop grand, éloigné ou peu fonctionnel, sans pour autant intégrer un établissement médico-social et sans investir dans un nouveau logement.

5.2. Situation actuelle et projet en cours

Développement prévu dans le mandat de prestations des CMS

Le premier appartement à encadrement médico-social créé dans notre canton a vu le jour à Sierre en 1998. Il s'agit d'un appartement appelé DOMINO, « Domicile nouvelle option », qui a été mis en place par le CMS de Sierre.

Dans sa décision de planification du 10 août 2005, le Conseil d'Etat demandait d'actualiser le mandat de prestations des CMS en y intégrant notamment le développement des appartements à encadrement médico-social sur la base du modèle sierrois. En application de cette décision, le nouveau mandat de prestations de septembre 2007 demande aux CMS de développer dans leur région et en complément des prestations d'aide et de soins à domicile des appartements à encadrement médico-social.

Transformation des anciens AIPA (autres institutions pour personnes âgées)

Dans la deuxième moitié des années 1990, des structures dénommées *AIPA – autres institutions pour personnes âgées* se sont développées, principalement dans le Haut-Valais. Il s'agit d'institutions de plus petite taille que les EMS, généralement pour les populations de montagne. En 2001, on en recensait 5 (Loèche-les-Bains, Visperterminen, Mörel, Guttet et Ardon), toutes subventionnées sauf celle d'Ardon.

Le statut de ces AIPA a été abandonné entre 2002 et 2005, de même que leur subventionnement. Une d'entre elle a été transformée en EMS (Guttet). A Ardon, une

collaboration avec des infirmières indépendantes a été mise en place. Les 4 autres structures du Haut-Valais (Mörel, Vispeterminen, Viège et Loèche-les-Bains) sont exploitées sous forme d'appartement et financées par les CMS (62.5% canton, solde commune).

Ces 4 structures ne correspondent pas à la définition de l'appartement à encadrement médico-social, car la prise en charge s'adresse à des personnes âgées déjà fortement dépendantes et nécessitant la présence du personnel d'aide en permanence. Le coût par personne est généralement supérieur à celui des EMS.

Offre actuelle

A ce jour, il existe 13 appartements reconnus par le canton (dont 4 en ville de Sierre). Les 4 appartements dans le Haut-Valais offrent une prise en charge de type résidentiel (personnel présent 24h/24). Les autres s'inscrivent dans l'optique de maintien à domicile selon la définition donnée dans les directives du département. La figure suivante présente l'offre actuelle ainsi que les projets en cours de reconnaissance.

Figure 19 **Appartements à encadrement médico-social reconnus par le canton**

District	Localité	Soins	Prise en charge	Nbre places	
				2009	Projets
Conches					
Brigue					
Viège	Visperterminen	CMS	Résidentielle	8	8
	Viège	CMS	Résidentielle	9	
	Täsch	CMS	Domicile	5	
Rarogne	Mörel	CMS	Résidentielle	11	
Loèche	Loèche-les Bains	CMS	Résidentielle	10	
Sierre	Sierre (4 app.)	CMS	Domicile	20	
	Miège	CMS	Domicile	4	
Sion	Sion	CMS	Domicile	6	7
Hérens					
Conthey					
Martigny	Fully	CMS	Domicile	6	
	Martigny	CMS	Domicile	8	9
Entremont					
St-Maurice					
Monthey					

Source : SSP

A cela s'ajoute divers appartements non reconnus par le canton ainsi qu'un certain nombre de projets annoncés ou non auprès du département.

Financement

Le canton ne subventionne pas la construction d'appartements à encadrement médico-social. Les loyers encaissés doivent servir à financer les investissements. Par contre, le canton et les communes participent au financement de l'aide et des soins à domicile dispensés en faveur des locataires de ces appartements de la même manière que pour les personnes se trouvant dans un domicile standard.

5.3. Recommandations

5.3.1 Poursuivre la mise à disposition d'appartements à encadrement médico-social

Les appartements à encadrement médico-social permettent de répondre aux besoins des personnes âgées qui nécessitent un encadrement social et architectural adapté de façon à pouvoir continuer à vivre de manière autonome. Ces appartements doivent être réservés et conçus pour ce profil. Ils ne sont par contre pas prévus pour les personnes dont le besoin d'aide et d'assistance ne correspond plus à la mission du CMS. Ces personnes requièrent une prise en charge plus appropriée telle qu'offerte en EMS.

Selon leur nouveau mandat de prestations, les CMS ont pour mission de mettre en place des appartements à encadrement médico-social. Au vu du vieillissement de la population et du nombre de places limité en EMS, le développement de ce type de structure doit se poursuivre sous l'égide ou en collaboration avec les CMS.

5.3.2 Revoir le statut des appartements offrant une prise en charge 24h/24

Il convient de revoir le statut des appartements disposant d'un personnel d'encadrement 24h/24 et prenant en charge des situations présentant un besoin en soins élevé relevant normalement de l'EMS. Ces appartements correspondent en quelque sorte à des petits EMS, sans en avoir le statut ni le financement, avec des coûts généralement supérieurs à la prise en charge en EMS. Un d'entre eux a d'ailleurs déjà été transformé en EMS (Guttet).

L'alternative suivante devrait être proposée à ces structures :

- soit s'orienter vers une prise en charge de type domicile conformément à la mission des CMS, c'est-à-dire sans la présence permanente du personnel d'encadrement, l'aide et les soins étant assurés par le CMS durant certaines heures de la journée ou de la nuit, mais pas 24h/24 ;
- soit revêtir la forme d'une unité d'EMS décentralisée afin de pouvoir prendre en charge les situations présentant un besoin en soins élevé ; il s'agirait alors d'atteindre une taille de 18 à 22 lits correspondant à une unité de soins ; le rattachement à un EMS permettrait de réduire les coûts de prise en charge par rapport à la situation actuelle ; ces structures pourraient dès lors aussi bénéficier du financement prévu pour les EMS.

6. Structures d'accueil de jour ou de nuit

6.1. Définitions

Parmi les structures offrant un accueil de jour à l'heure actuelle dans notre canton, il y a lieu de distinguer entre celles à dominante sanitaire et celles relevant davantage du champ social. Le rapport accompagnant la décision du Conseil d'Etat du 17 janvier 1996 sur le financement de ces structures établit une distinction entre les notions de *centre de jour* et de *foyer de jour*. Les nouvelles dispositions de la LAMal sur le financement des soins, qui entreront en vigueur au 1^{er} janvier 2011, font désormais référence à la notion de *structures de soins de jour ou de nuit*.

Centre de jour : prise en charge socioculturelle et préventive

Selon le rapport précité, le centre de jour relève du domaine socioculturel et est une structure d'accueil à la journée orientée sur l'animation, les loisirs, les contacts et la stimulation physique et mentale. Il ne saurait se prévaloir d'une fonction thérapeutique.

Foyer de jour : encadrement spécialisé pour personnes âgées dépendantes

Un foyer de jour est une structure médico-sociale orientée vers le maintien à domicile. Il offre un accueil de jour, occasionnel ou régulier. Il s'adresse à des personnes âgées fragilisées, atteintes dans leur santé physique et/ou psychique et dont l'autonomie est menacée. Ces personnes nécessitent un encadrement médico-social spécialisé adapté à leurs besoins, afin d'améliorer la qualité et la sécurité de leur existence à domicile. De par son offre spécifique ainsi que par le soutien physique et moral qu'il apporte aux proches, notamment en leur permettant de s'accorder un peu de répit pour rester aptes et prêts à s'occuper des leurs, le foyer de jour permet d'anticiper les crises médico-psycho-sociales.

Structures de soins de jour ou de nuit selon la LAMal

Les nouvelles dispositions de la LAMal relatives au financement des soins, qui entreront en vigueur au 1^{er} janvier 2011, introduisent une nouvelle notion, à savoir celle de structures de soins de jour ou de nuit. L'article 25a, al. 1, de la LAMal indique que « *l'assurance obligatoire des soins fournit une contribution aux soins qui sont dispensés sur la base d'une prescription médicale et d'un besoin en soins avéré, sous forme ambulatoire, notamment dans des structures de soins de jour ou de nuit, ou dans des établissements médico-sociaux* ».

L'ordonnance fédérale sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) précise que les prestations de soins peuvent être fournies de manière ambulatoire ou dans un établissement médico-social, et qu'elles peuvent également être fournies exclusivement pendant le jour ou exclusivement pendant la nuit (OPAS, art. 7, al. 2^{ter}). On parle ainsi de structure de soins de nuit lorsque la personne prise en charge passe la nuit dans l'établissement, mais pas la journée. L'assurance-maladie prend en charge les soins dispensés dans les structures de soins de jour ou de nuit, selon les montants prévus pour les EMS, sur la base des 12 niveaux de soins requis, par jour ou par nuit (OPAS, art. 7a, al. 4).

Selon les précisions apportées par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)³⁴, en introduisant la notion de structures de soins de jour ou de nuit, le législateur a voulu assurer que les prestations de soins puissent être fournies également dans des situations particulières comme par exemple pour les patients atteints de démence qui ne nécessitent des soins que durant une certaine période de la journée, étant, pour le reste, pris en charge par les proches.

L'OFSP précise également que les structures de soins de jour ou de nuit ne constituent pas une nouvelle catégorie de fournisseurs de prestations et ne doivent donc pas entrer dans la planification cantonale en tant que telle. Par conséquent, contrairement aux EMS, ces structures n'ont pas besoin de figurer sur une liste cantonale pour avoir droit à la contribution prévue par l'assurance-maladie. De plus, si elles ne constituent pas une nouvelle catégorie de fournisseurs de soins, leurs prestations ne peuvent être fournies que par l'un des prestataires prévus par la législation fédérale, à savoir (OPAS, art. 7, al. 1) :

- les infirmières et infirmiers indépendants ;
- les organisations d'aide et de soins à domicile ;
- les établissements médico-sociaux.

³⁴ Courrier de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) du 27 août 2009 en réponse au courrier du Service de la santé publique du 17 juillet 2009.

6.2. Situation actuelle et projets en cours

La décision du Conseil d'Etat du 10 août 2005 donne mandat aux EMS « d'ouvrir des foyers de jour, voire de nuit, afin de favoriser le maintien à domicile des personnes peu dépendantes, en collaboration avec les CMS ». Le rapport accompagnant cette décision préconisait la mise à disposition d'au moins 15 places en foyers de jour pour les 6 régions sanitaires, soit un minimum de 90 places.

Le tableau ci-dessous présente les structures d'accueil de jour actives en Valais à l'heure actuelle ainsi que les projets en cours (à l'exception des projets en discussion informelle). Elle indique également le type de prestataire offrant l'accueil de jour (EMS, CMS ou foyer indépendant).

Figure 20 **Structures d'accueil de jour en Valais. Situation 2009 et projets.**

District	Localité	Prestataire	Nombre de places
Brigue	Brigue	EMS Englischgruss	1 à 2 (dès 2009)
	Naters	EMS Naters	en projet
Conches			
Loèche			
Rarogne			
Viège	Viège	EMS Martinsheim	en projet
		EMS Paulusheim	1 à 2 (dès 2010)
Sierre	Sierre	EMS Beaulieu	12 à 15
Sion	Sion	EMS Le Glarier	1 à 2
	Grimisuat	EMS Les Crêtes	1 à 2
	Savièse	EMS Zambotte	6 à 8
	Sion	Le Temps Présent	12 à 15 (dès mi-2008)
Hérens			
Conthey	Vétroz	Foyer Haut-de-Cry	1 à 2
	Chamoson	EMS Pierre-Olivier	6 à 8
Martigny	Martigny	Foyer Chantovernt	25
	Martigny	Foyer Les Acacias	9
	Fully	EMS Fully	en projet
Entremont	Sembrancher	CMS	1 à 2
St-Maurice	St-Maurice	EMS St-Jacques	1 à 2
Monthey	Vouvry	Foyer Ruby	20
	Monthey	CMS	en projet
Total			96 à 113

Source : SSP

Une centaine de places disponibles

La capacité d'accueil totale actuelle est de l'ordre d'une centaine de places. Les structures les plus grandes sont Chantovernt à Martigny et Le Ruby à Vouvry qui représentent à elles seules 45 places. Initialement, leurs prestations relevaient davantage du champ social (notion de centre de jour). Cependant, de plus en plus de personnes atteintes de démence fréquentent désormais ces structures, ce qui nécessite une redéfinition du nombre de places et du type d'encadrement.

L'offre des autres structures correspond à environ 55 places. Certaines accueillent entre 6 et 15 personnes dans une structure spécialisée. Dans les autres situations, il s'agit d'EMS prenant en charge à la journée 1 à 2 personnes extérieures à l'établissement.

Environ 20'000 journées ont été enregistrées en 2009, ce qui représente une activité équivalente à quelque 80 places³⁵. Cette activité inférieure à la capacité d'accueil s'explique par le fait que certains foyers ne sont pas ouverts tous les jours de la semaine. La localisation, le manque d'information sur les offres existantes et les possibilités de soutien financier ainsi que les lacunes en matière de coordination contribuent à expliquer cette situation.

En ce qui concerne la répartition de l'offre, on constate que le Haut-Valais a pour l'instant encore très peu recours à ce type de prise en charge. Un certain nombre de districts ne disposent pas de foyer de jour, et ce également dans le Valais romand. Aucune structure de nuit n'existe à l'heure actuelle en Valais.

Trois types de prestataires

Parmi les 18 structures et projets présentés ci-dessus, on distingue trois types de prestataires correspondant à une organisation et une facturation différentes :

- 11 EMS offrent ou projettent d'offrir un accueil de jour. Les prestations sont dispensées par le personnel de l'EMS sans facturation spécifique à l'assurance-maladie.
- 2 CMS offrent ou vont offrir un accueil de jour, avec facturation des prestations de soins à l'assurance-maladie sous forme de soins à domicile par le personnel du CMS.
- 5 foyers indépendants des EMS et des CMS offrent un accueil de jour, avec, pour certains d'entre eux, une intervention du personnel de soins des CMS facturée à l'assurance-maladie.

6.3. Recommandations

6.3.1 Identifier les prestations facturables à l'assurance-maladie

En vue de l'entrée en vigueur de la nouvelle législation fédérale sur le financement des soins au 1^{er} janvier 2011, une clarification de la nature des prestations offertes dans les diverses structures de jour que compte le canton devra être effectuée. Il conviendra de distinguer entre :

- les structures offrant des prestations de type centre de jour, à savoir une prise en charge socioculturelle non facturable à l'assurance-maladie ;
- les structures offrant des prestations de type foyer de jour, c'est-à-dire des prestations spécialisées s'adressant à des personnes âgées atteintes dans leur santé physique ou psychique avec un haut risque ou une dépendance fonctionnelle ; elles devraient correspondre à la nouvelle notion de structures de soins de jour introduite dans la LAMal.

Les soins dispensés dans les structures de soins de jour ou de nuit pourront être facturés à l'assurance-maladie, à condition de correspondre à la définition donnée à l'article 7 de l'ordonnance fédérale sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS). Une évaluation des soins requis devra être effectuée pour chaque personne accueillie, sur la base des 12 niveaux définis par l'OPAS pour les soins en EMS.

³⁵ 20'000 journées / 250 jours ouvrables.

Le fournisseur de soins devra quant à lui être reconnu comme prestataire de soins au sens de la législation fédérale sur l'assurance-maladie. Il devra donc être au bénéfice d'une autorisation d'exploiter délivrée par le canton. La mission des structures de soins de jour ou de nuit et les conditions d'autorisation devront être clairement définies.

A ce sujet, il y a lieu de relever que la prise en charge de personnes âgées atteintes dans leur santé physique et/ou psychique, avec un haut risque ou une dépendance fonctionnelle, implique une organisation et un fonctionnement spécifiques, notamment en ce qui concerne la taille des groupes et la composition multidisciplinaire des équipes. Le travail en réseau avec les autres fournisseurs de soins est également de première importance.

6.3.2 Viser la création d'au moins 280 places en structures de soins de jour

Les données présentées au point 2.3.1. indiquent que notre canton compte actuellement quelque 1'400 personnes atteintes d'une pathologie démentielle à un stade intermédiaire ou avancé vivant à domicile. Pour offrir un jour de répit par semaine aux proches qui s'en occupent, il faudrait disposer de 280 places (1'400 places par semaine divisées par 5 jours) dans des structures de soins de jour spécialisées. A cela s'ajoutent les besoins des personnes âgées atteintes d'une ou plusieurs maladies chroniques et présentant un risque ou une dépendance fonctionnelle. L'offre actuelle est donc nettement insuffisante en Valais, puisqu'on ne compte qu'une centaine de places dont une partie ne correspondent pas à la notion de structure de soins de jour.

Il importe de renforcer rapidement l'aide aux proches qui prennent en charge des personnes âgées dépendantes de l'aide d'autrui afin d'éviter l'épuisement des aidants et un placement prématuré en EMS. Le département propose de porter à 280 le nombre minimum de places en structures de soins de jour à mettre à disposition dans le canton pour la prise en charge de ces personnes. Parallèlement, la création de structures de soins de nuit dans les EMS doit être lancée. Une analyse plus précise des besoins en structures de soins de jour et de nuit devra être menée, sur la base d'études spécifiques et de données statistiques.

Les structures de soins de jour ou de nuit devraient se développer dans les EMS. Cette solution présente l'avantage de familiariser les personnes concernées avec l'EMS, sachant qu'une partie d'entre elles y seront hébergées lorsque leur état de santé le nécessitera ou pour un placement en lit de court séjour. La continuité de la prise en charge s'en trouverait également facilitée. Le rattachement à un EMS permet aussi de créer des synergies et de faciliter le travail administratif.

6.3.3 Revoir le financement cantonal

Actuellement, en Valais, les structures d'accueil à la journée, qu'il s'agisse d'une prise en charge de type foyer de jour ou de type centre de jour, touchent un montant forfaitaire de Fr. 45.- par jour et par personne, financé à hauteur de 63% par le canton et 37% par les communes.

Les modalités de financement de ces structures seront modifiées avec le nouveau régime de financement des soins. Celles reconnues en tant que structures de soins de jour bénéficieront d'une contribution de l'assurance-maladie. Un financement complémentaire par le canton et les communes devrait être envisagé, afin d'assurer la pérennité et le développement de ce type de prestations. Ces dernières ne seront en effet pas intégralement financées par l'assurance-maladie.

En ce qui concerne les prestations du type centre de jour (prise en charge socioculturelle et préventive), la question se pose de savoir si la législation sur la santé peut constituer la base

légale de leur financement, dans la mesure où il ne s'agit pas de structures de soins au sens de la LAMal.

7. Etablissements médico-sociaux (EMS) : lits de court séjour

7.1. Définition

Unités d'accueil temporaire (UAT) selon les directives de 2003

Les directives cantonales d'août 2003 concernant les conditions à remplir par les établissements médico-sociaux pour personnes âgées en vue de l'exploitation et du subventionnement d'une unité d'accueil temporaire (UAT) donnent la définition suivante :

Une unité d'accueil temporaire est composée de plusieurs lits de court séjour. Elle permet en principe l'accueil passager pendant une période maximale de 4 semaines d'une personne vivant à domicile, en vue de décharger la famille qui s'en occupe et de lui permettre du répit. Cette unité peut aussi servir à l'accueil temporaire maximal de 4 semaines d'une personne âgée sortant de l'hôpital qui n'est pas en mesure de prendre soins d'elle-même et pour laquelle la prise en charge par les services de soins à domicile (CMS) n'est pas possible.

Cette définition mérite d'être actualisée. Les lits de court séjour d'un établissement ne doivent pas nécessairement être regroupés au sein d'une même unité. Dans la pratique, ils sont généralement répartis dans les diverses unités de soins de l'établissement, ce qui permet notamment de faciliter la gestion du personnel. Il est dès lors plus adéquat de parler de lits de court séjour en EMS et d'abandonner la notion d'UAT qui dans d'autres cantons désigne l'accueil de jour (foyer de jour) et non pas les lits de court séjour. De plus, la durée et le nombre de placements d'une même personne sur l'année sont à revoir à la hausse pour être en adéquation avec les besoins actuels et futurs de la population.

Lits de court séjour en EMS : nouvelle définition envisagée

L'actualisation de la définition figurant dans les directives de 2003 pourrait prendre la forme suivante :

Les lits de court séjour sont des places d'accueil temporaire pour personnes âgées intégrées dans des EMS. Ils se définissent comme un dispositif d'appui au maintien à domicile et visent le retour de la personne âgée dans son domicile. Ils constituent une structure intermédiaire entre le domicile, l'EMS et l'hôpital.

Les lits de court séjour ont pour missions :

- *d'éviter ou de retarder une hospitalisation ou un hébergement ;*
- *d'offrir un accueil post-hospitalier suite à une maladie ou à un accident, une fois réglés les problèmes aigus et lorsque la prise en charge par les services de soins à domicile (CMS) n'est pas encore possible.*

Les lits de court séjour permettent notamment:

- *l'accueil planifié, par exemple pour offrir à l'entourage d'une personne âgée vivant à domicile et aux services qui en ont la charge des possibilités régulières d'allègement et de soutien ;*
- *l'accueil d'urgence, qui répond à une situation de crise, par exemple lorsque le conjoint soignant se trouve temporairement dans l'incapacité d'apporter son soutien habituel (hospitalisation non planifiée, épuisement, etc.) et peut être organisé dans un délai de 24 à 48 heures.*

La durée du séjour devrait en principe être limitée à 5 semaines consécutives et aboutir au retour à domicile de la personne. Un prolongement dûment justifié pourrait être envisagé de cas en cas. Quant aux séjours planifiés, il devrait être possible d'en envisager plusieurs dans l'année, avec une durée annuelle maximale à définir (par exemple 10 à 12 semaines au total sur l'année).

7.2. Situation actuelle

Décision du Conseil d'Etat du 10 août 2005 : au moins 24 lits de court séjour

La décision du Conseil d'Etat du 10 août 2005 donne mandat aux EMS « d'augmenter le nombre de lieux d'accueil de court séjour pour décharger les proches soignants ou permettre une transition entre l'hôpital et le domicile ». Le rapport accompagnant cette décision prévoyait la mise à disposition d'au moins 24 lits de court séjour, 4 pour chacune des 6 régions sanitaires que comptait alors le canton (avant la fusion des deux régions du Haut-Valais en une seule région).

Situation 2009 : 21 lits de court séjour exploités, 48 en projet

Le tableau suivant présente la répartition, par région et district, des lits de court séjour existants en 2009 ainsi que des projets en cours. Il indique également la proportion de lits de court séjour qui seront disponibles en 2013 pour 1'000 habitants de 80 ans et plus, si tous les projets se concrétisent.

Figure 21 Lits de court séjour – Situation 2009 et projets en cours

	Situation	Projets					Total	% pop.
	2009	2010	2011	2012	2013	2013	80+ 2013	
District Brigue	6					6	4.6	
District Conches								
District Loèche			3			3	4.1	
District Rarogne	1					1	1.6	
District Viège	9		4			13	9.7	
Total Région Oberwallis	16					23	5.4	
District Sierre	4					4	1.6	
Total région Sierre	4					4	1.6	
District Sion			4			4	2.0	
District Hérens								
District Conthey	1					1	0.9	
Total région Sion	1					5	1.4	
District Martigny			5	5		10	5.0	
District Entremont		7				7	9.5	
Total région Martigny						17	6.2	
District St-Maurice		6				6	9.8	
District Monthey					14	14	8.6	
Total région Monthey et env.						20	8.9	
TOTAL canton	21					69	4.4	

Source : établi par SSP selon données OFS 2009 (scénario AR-00-2005/09)

Le Valais devrait ainsi disposer en 2013 de 4.4 lits de court séjour pour 1'000 habitants de 80 ans et plus. Cette proportion varie de 1.4 à 8.9 lits selon les régions. A noter que, dans certains districts, aucun lit de court séjour n'est prévu à l'heure actuelle.

L'objectif minimal de 4 lits de court séjour par région sanitaire défini par la planification de 2005 devrait donc être atteint d'ici à 2013. Cependant, cet objectif est à reformuler à la hausse si l'on entend renforcer le maintien à domicile en offrant davantage de plages de répit aux proches.

7.3. Recommandations

7.3.1 Adopter une norme de 5 à 10 lits de court séjour pour 1'000 habitants de 80 ans et plus

Peu de lits de court séjour en comparaison intercantonale

En comparaison intercantonale, le Valais offre très peu de lits de court séjour. En 2008, on recensait 1.5 lits de court séjour pour 1'000 habitants de 80 ans et plus en Valais, contre 5.1 en moyenne suisse et respectivement 7.4, 7.8 et 7.9 dans les cantons de Vaud, de Berne et de Bâle-Ville. Notre canton, qui figure parmi ceux qui offrent le moins de lits de long séjour, devrait fournir davantage de lits de court séjour pour soulager les proches.

Au minimum 80 lits de court séjour nécessaires pour les situations de démence

Comme indiqué précédemment (point 2.3.1.), on estime à l'heure actuelle que 1'400 personnes atteintes d'une pathologie démentielle à un stade intermédiaire ou avancé sont prises en charge à domicile, en grande partie grâce à l'aide des proches. Ces derniers ont besoin de pouvoir disposer de quelques semaines entières de répit durant l'année, que ce soit pour des vacances ou s'ils doivent être hospitalisés par exemple.

Pour offrir 3 semaines de répit par année pour ces 1'400 situations, notre canton devrait disposer à l'heure actuelle d'au moins 80 lits de court séjour³⁶. Ce chiffre est même sous-évalué puisqu'il suppose un taux d'occupation de 100% et qu'il ne tient pas compte des besoins découlant d'autres pathologies.

5 à 10 lits de court séjour pour 1'000 habitants de 80 ans et plus

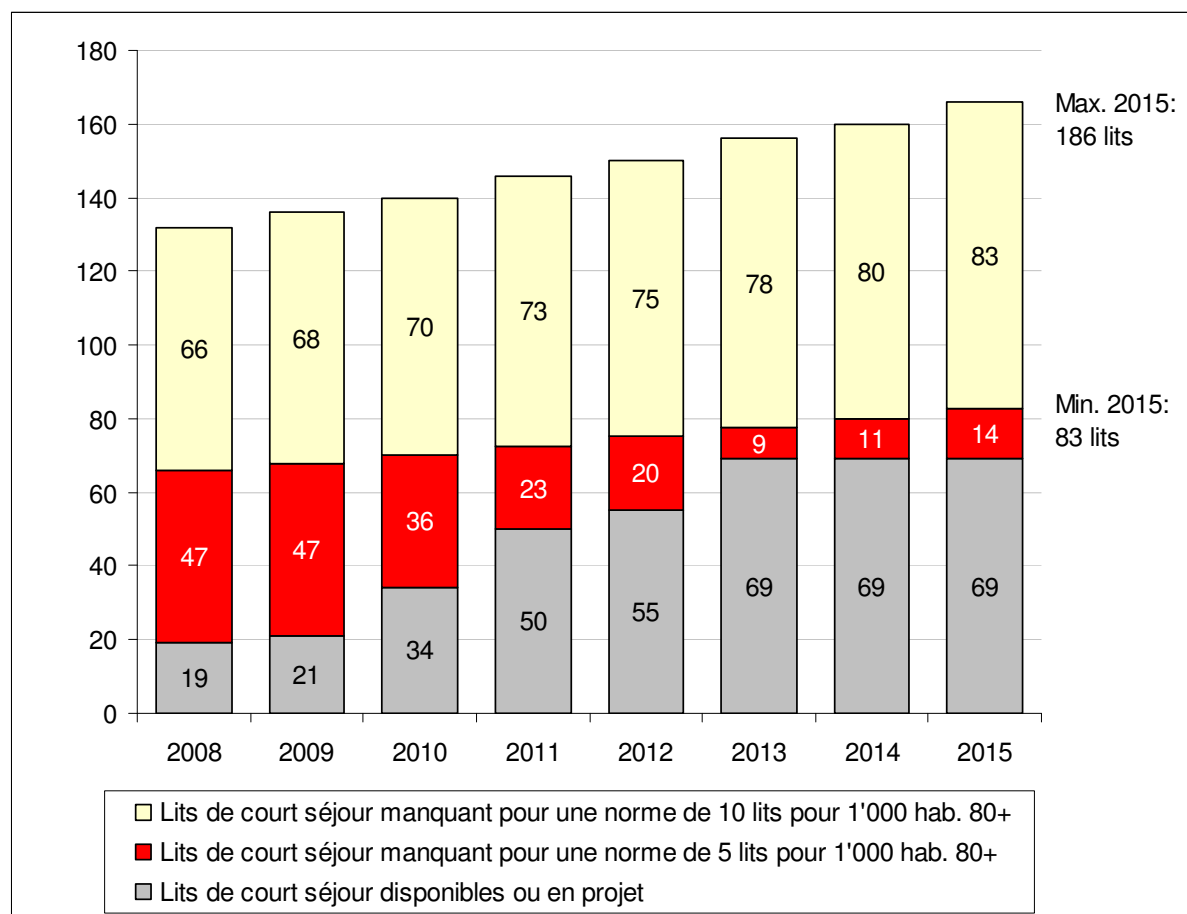
Afin de permettre le maintien à domicile le plus longtemps possible et de faciliter les sorties d'hôpital, le canton devrait se fixer pour objectif la mise à disposition de 5 à 10 lits de court séjour pour 1'000 habitants de 80 ans et plus, ce qui représenterait pour 2015 un total de 83 lits au minimum et de 166 lits au maximum sur l'ensemble du canton.

Le graphique ci-dessous présente :

- le nombre de lits de court séjour disponibles ou en projet (situation au 31.12.2009) (en gris) ;
- le nombre de lits de court séjour manquant pour une norme de 5 lits pour 1'000 habitants de 80 ans et plus (en rouge) ;
- le nombre de lits de court séjour manquant pour une norme de 10 lits pour 1'000 habitants de 80 ans et plus (en jaune) ;

³⁶ 1'400 personnes x 21 jours = 29'400 journées, soient env. 80 lits (80 lits x 365 jours = 29'200 journées)

Figure 22 **Nombre de lits de court séjour disponibles ou en projet et nombre de lits de court séjour manquant pour atteindre 5 à 10 lits de court séjour pour 1'000 habitants de 80 ans et plus, Valais, 2008-2015**



Source : établi par SSP selon données OFS 2009 (scénario AR-00-2005/09)

7.3.2 Favoriser les projets intégrant des lits de court séjour et assurer leur financement

Afin de donner une impulsion claire à la création de lits de court séjour, le département recommande de favoriser les projets d'agrandissement et de construction d'EMS prévoyant la création de ce type de lits. Il propose également d'introduire, dans la future législation sur les soins de longue durée, l'obligation pour chaque EMS de mettre à disposition un certain pourcentage (à définir) de lits pour les courts séjours.

Actuellement, les lits de court séjour sont financés comme les lits de long séjour, à savoir par un subventionnement de 30% des dépenses d'exploitation et d'investissement retenues, et ce indépendamment du taux d'occupation de ces lits. Cependant, les recettes provenant de l'assurance-maladie et des personnes hébergées (prix de pension) ne peuvent pas être encaissées durant les périodes où ces lits ne sont pas occupés, ce qui explique les difficultés et blocages rencontrés dans la mise à disposition de cette offre. Or, le taux d'occupation de ces lits est nécessairement plus bas que celui des lits long séjour puisqu'ils impliquent une disponibilité pour des situations non prévisibles dont les urgences médico-sociales. De plus, la personne hébergée est confrontée à une double charge : le prix de pension couvrant le frais de l'hébergement temporaire en EMS et le loyer de son propre domicile.

Afin de favoriser la création de lits de court séjour et leur accessibilité pour tous, il conviendrait d'ajuster leur mode et leur niveau de financement de manière à favoriser le développement et l'accessibilité à cette prestation, comme cela se fait dans d'autres cantons. Parallèlement, la coordination et la communication relatives à la mise à disposition de ces lits devront être améliorées afin d'accroître leur taux d'occupation.

8. Etablissements médico-sociaux (EMS) : nombre de lits de long séjour

8.1. Définitions

Au sens de l'article 39, al. 3, de la LAMal, l'établissement médico-social est un établissement, une institution ou une division d'établissement ou d'institution qui prodigue des soins, une assistance médicale et des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée.

Les directives cantonales concernant les conditions à remplir par les établissements médico-sociaux pour personnes âgées en vue de l'obtention d'une autorisation d'exploiter du 22 avril 2005 donnent la définition suivante :

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

Dans le cadre de l'avant-projet de loi cantonale sur les soins de longue durée, en cours d'élaboration, la définition suivante est envisagée : « Les EMS accueillent, sur un ou plusieurs sites de proximité, pour des courts et longs séjours, des personnes âgées dont l'état de santé, physique ou psychique, sans justifier un traitement hospitalier, exige des soins, selon la LAMal et ses dispositions d'application, pour accomplir les activités de la vie quotidienne. »

8.2. Situation actuelle

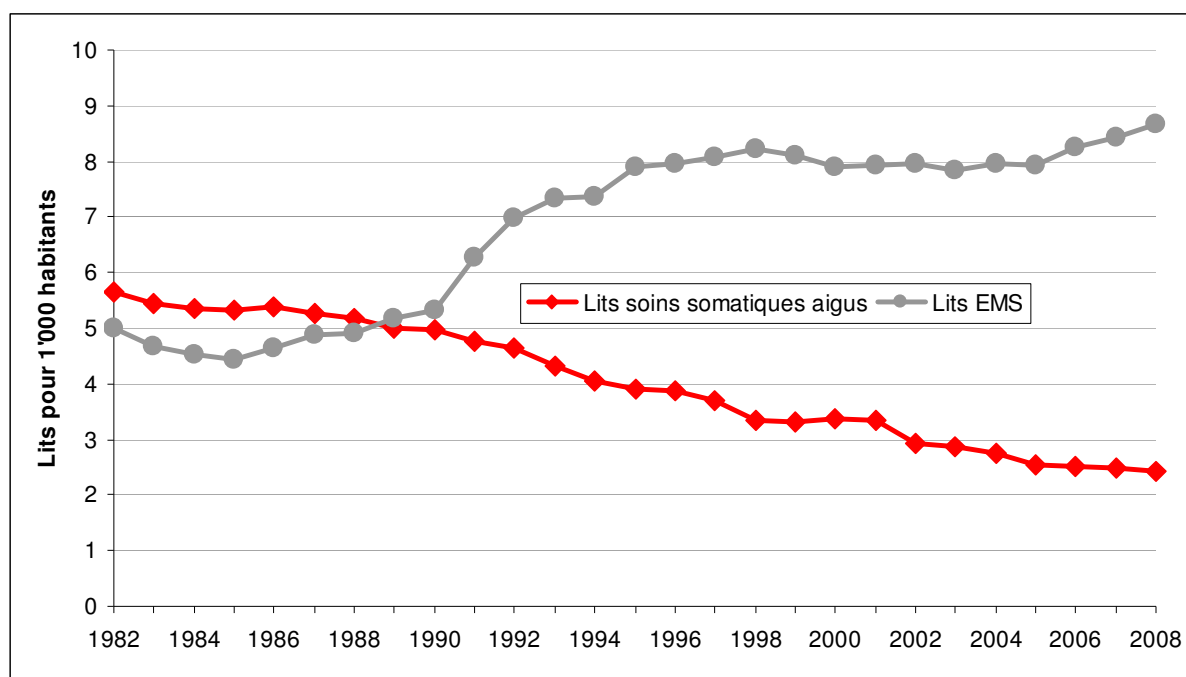
8.2.1 Bref historique

Le nombre de lits d'EMS a connu un essor important dans les années 1980 grâce au soutien financier apporté par la Confédération (30% des dépenses d'investissement de 1980 à 1987) et le canton (subventions pouvant aller jusqu'à 30% des dépenses d'investissement). Parallèlement, le nombre de lits en soins somatiques aigus dans les hôpitaux a été progressivement réduit du fait du raccourcissement des durées de séjour et de la réduction des hospitalisations inadéquates. Cette évolution a pu se concrétiser grâce à la mise à

disposition de nouveaux lits d'EMS offrant une prise en charge de plus en plus médicalisée, ainsi qu'au développement de l'aide et des soins à domicile.

Comme le montre la figure ci-dessous, le nombre de lits de soins somatiques aigus dans les hôpitaux valaisans a diminué, passant de 5 lits pour 1'000 habitants en 1990 à 2.4 lits en 2008. A l'inverse, le nombre de lits d'EMS pour 1'000 habitants a augmenté de 5.3 lits en 1990 à 8.7 en 2008.

Figure 23 **Evolution du nombre de lits hospitaliers de soins somatiques aigus (RSV et Clinique de Valère) et de lits d'EMS pour 1'000 habitants, Valais, 1982-2008**



Source : SSP

Ces dernières années, le gouvernement valaisan a adopté plusieurs mesures pour répondre à une demande toujours plus grande en lits d'EMS et éviter une prolongation inutile de l'hospitalisation des personnes âgées. Ainsi, il décidait, en 2001, parallèlement au renforcement de l'aide et des soins à domicile, de créer 200 nouveaux lits d'EMS, soit 100 dans la région sanitaire de Brigue, 70 dans le Valais central et 30 dans le Bas-Valais, et d'en reconnaître 144 déjà existants. En 2003, le Conseil d'Etat approuvait la création de 32 lits supplémentaires pour le Haut-Valais qui disposait à cette date d'une dotation plus faible en lits d'EMS. Enfin, le 10 août 2005, le gouvernement décidait la mise à disposition de 390 nouveaux lits.

8.2.2 Caractéristiques de la population prise en charge en EMS

Âge moyen d'entrée en augmentation

L'âge moyen des résidents lors de leur entrée en EMS a considérablement augmenté durant les dernières décennies. Il est actuellement de 84 ans, alors qu'il était de l'ordre de 70 ans dans les années 1980 et de moins de 70 ans auparavant.

Plus de 70 résidents de moins de 65 ans

Les EMS valaisans hébergent non seulement des personnes âgées, mais également plus de 70 personnes de moins de 65 ans.

Figure 24 **Nombre de résidents dans les EMS valaisans par classe d'âge, 2000-2008**

Classe d'âge	Année								
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
- de 65 ans	88	83	70	123	79	64	79	74	77
65 - 69 ans	101	88	101	88	78	84	83	80	81
70 - 74 ans	164	159	142	146	161	154	154	160	164
75 - 79 ans	310	298	285	273	266	270	282	307	303
80 - 84 ans	460	493	521	529	538	530	541	557	571
85 - 89 ans	587	572	591	582	588	617	614	678	733
90 ans et +	438	464	500	514	561	584	536	531	552
TOTAL	2'148	2'157	2'210	2'255	2'271	2'303	2'289	2'387	2'481

Source : Observatoire valaisan de la santé

Pour un certain nombre de ces personnes de moins de 65 ans, le placement en EMS ne constitue pas une solution adéquate. En effet, il s'agit souvent de personnes présentant des difficultés nécessitant en premier lieu un encadrement social, éducatif, voire thérapeutique, dans un environnement adapté. Ces prestations demandent des compétences spécifiques qui n'entrent pas dans le cadre de la mission des EMS.

Afin d'éviter de priver la population âgée dépendante de lits qui lui sont destinés, une coordination entre la planification des soins de longue durée et la planification des institutions sociales et pour personnes invalides est à établir. Des institutions spécifiques pourraient être créées pour ces catégories de personnes et des critères d'admission devraient être définis.

Durée moyenne de séjour en diminution

La durée moyenne de séjour est en diminution. Elle se situait aux alentours de 3.5 ans dans la deuxième moitié des années 1990. Elle était encore de trois ans et quatre mois en 2007, mais a chuté à 2 ans et 10 mois en 2008. Cette évolution s'explique par le fait que les personnes entrent en EMS à un âge de plus en plus avancé et avec un besoin en soins très élevé. Elles décèdent souvent dans le courant de la première année.

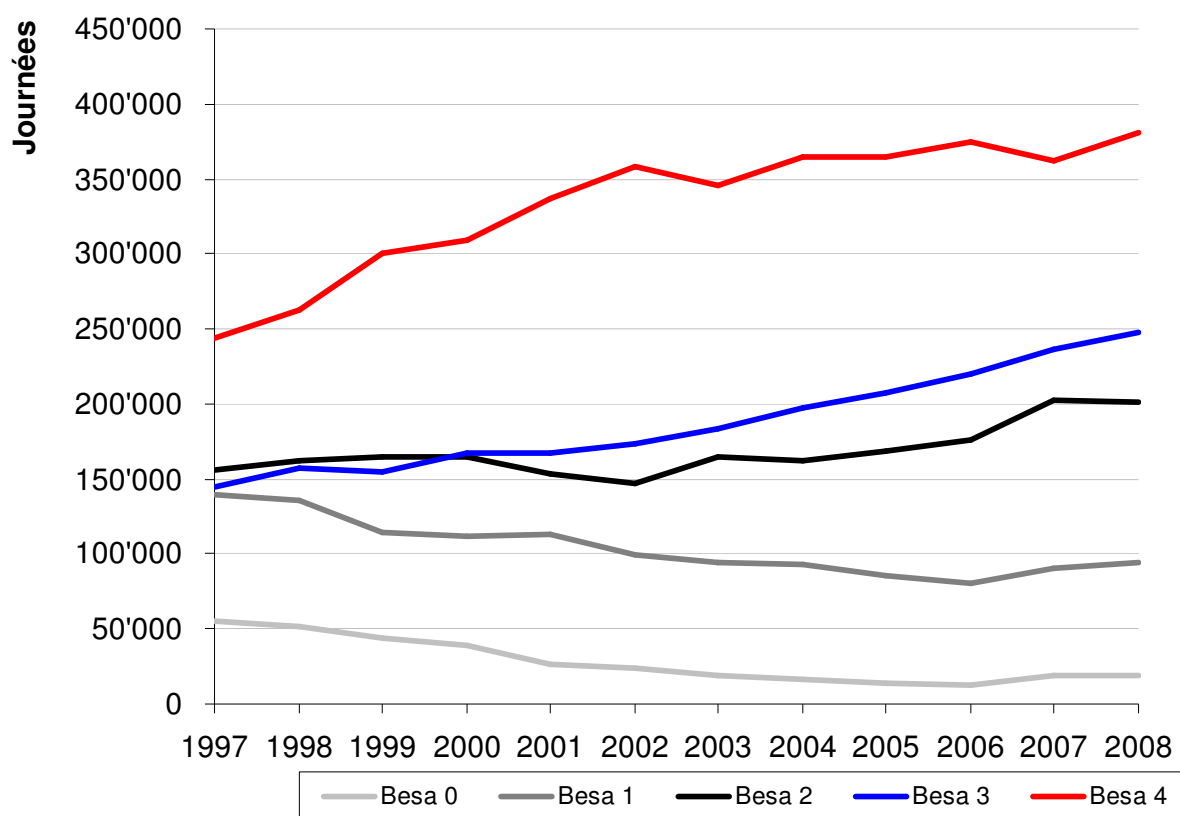
Charge en soins en augmentation

Grâce au progrès médical et au développement des aides et soins à domicile, les personnes âgées peuvent vivre plus longtemps chez elles. Leur entrée dans un EMS se fait de plus en plus tard, généralement lorsque leur degré d'autonomie est très affecté, avec souvent des troubles liés aux démences. Les besoins en soins se sont ainsi graduellement élevés dans nos EMS.

En 1997, le système de facturation et d'évaluation des résidents BESA a été introduit dans tous les EMS valaisans. Il fournit une classification selon la charge en soins reposant sur divers niveaux allant de BESA 0 (aucune prestation de soins) à BESA 4 (plus de trois heures de soins par jour).

Comme le montre la figure ci-dessous, les résidents classés dans les catégories de soins les plus élevées – BESA 3 et 4 – ne cessent d’augmenter et représentent la grande majorité, tandis que les patients classés dans les catégories les plus basses – BESA 0 et 1 – ont tendance à diminuer. En 2008, 66.7% des personnes prises en charge en EMS présentaient des besoins en soins conséquents (BESA 3 ou 4), contre 52% en 1997. Les résidents évalués dans la catégorie BESA 4 représentaient à eux seuls 40.4% de la population en EMS (contre 33% en 1997).

Figure 25 **Evolution du nombre de journées selon la charge en soins des résidents (système BESA), Valais, 1997-2008**



Source : SSP

8.2.3 Evolution du nombre de lits planifiés

Dans le cadre de la planification médico-sociale adoptée le 10 août 2005, le Conseil d’Etat du Valais décidait la mise à disposition de 390 nouveaux lits afin d’augmenter la capacité d’accueil des EMS à 2’890 unités. Le rapport³⁷ sur lequel s’appuie cette décision précise que cet objectif est à atteindre pour 2013 de façon à disposer à cette date de 204 lits pour 1’000 habitants de 80 ans et plus, ce qui équivalait à la situation de fin 2004.

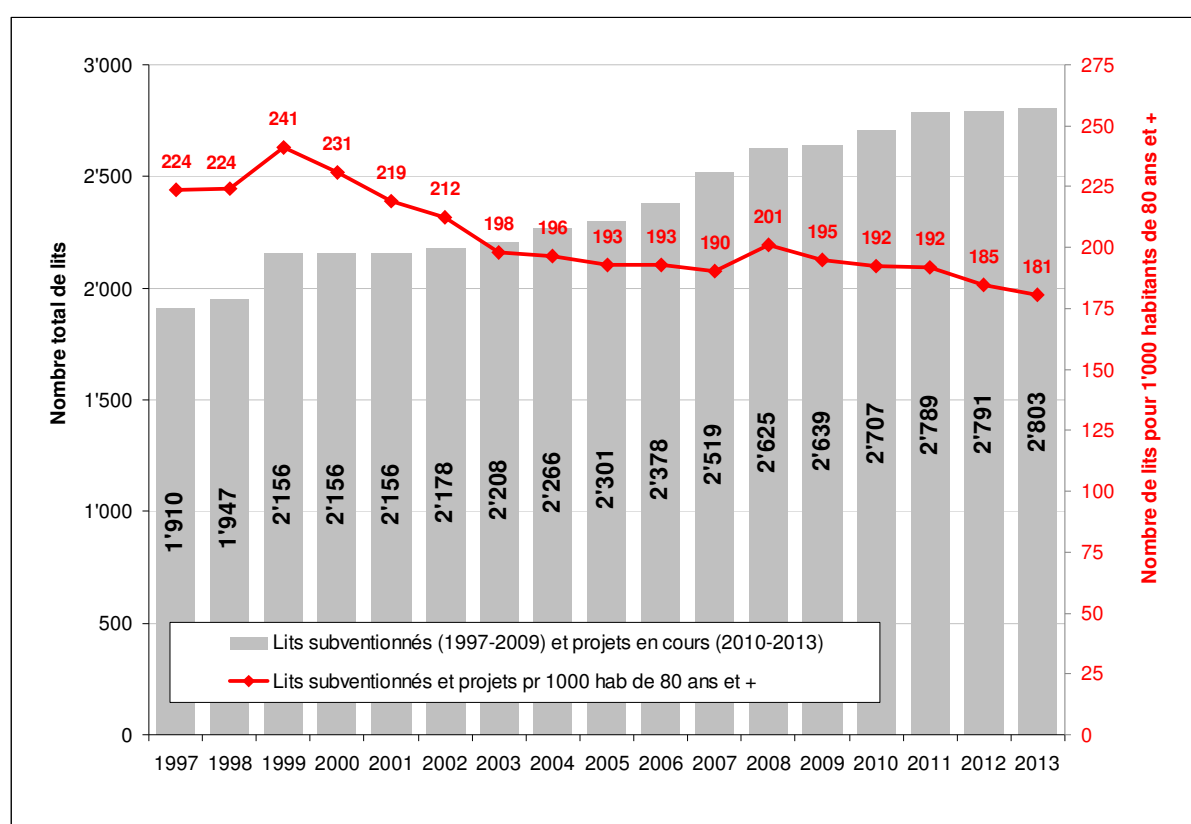
Le chiffre de 2’890 lits a été calculé à partir des projections démographiques publiées en 2002 par l’OFS. Ces projections se basaient encore sur le recensement fédéral de 1990. Comme indiqué au point 2.1.1 ci-devant, suite à la mise à disposition des données du recensement fédéral de 2000, les scénarios démographiques ont été revus à la hausse. A

³⁷ Département de la santé, des affaires sociales et de l’énergie, *La prise en charge des personnes âgées dépendantes*, août 2005, p. 9.

l'heure actuelle, l'OFS prévoit pour le Valais 15'512 personnes âgées de 80 ans et plus en 2013, soit 1'390 personnes de plus que dans le scénario démographique de 2002. Par conséquent, avec 2'890 lits en 2013, la norme de 204 lits pour 1'000 habitants de 80 ans et plus ne sera pas atteinte : elle serait de 186 lits au vu des nouvelles prévisions démographiques.

De plus, les régions de Sierre et de Sion n'ont pour l'instant pas utilisé tous les lits qui leur ont été attribués par la planification de 2005, si bien que le total des lits disponibles en 2013 sera, compte tenu des projets en cours, de 2'803, ce qui représente l'équivalent de 181 lits pour 1'000 habitants de 80 ans et plus.

Figure 26 **Evolution du nombre de lits d'EMS reconnus au subventionnement, 1997-2013**



Source : établi par SSP selon données OFS 2009 (scénario AR-00-2005/09)

8.3. Recommandations

8.3.1 Adopter une norme de 200 lits de long séjour au maximum pour 1'000 habitants de 80 ans et plus

Compte tenu des perspectives sur l'évolution du nombre de personnes dépendantes, de la charge en soins actuelle dans les EMS, des avantages de la prise en charge à domicile et des comparaisons intercantionales, le département recommande de fixer, dans le cadre de la présente planification, une norme maximale de 200 lits de long séjour pour 1'000 habitants de 80 ans et plus. Cette norme correspond à la situation prévalant en 2008 dans notre

canton. Elle est quelque peu inférieure à celle prévue dans la planification de 2005 (204 lits de long séjour pour 1'000 habitants de 80 ans et plus). Elle nécessitera donc un renforcement de l'aide et des soins à domicile et une importante augmentation des lits de court séjour et des places en structures de soins de jour.

Evolution du nombre de personnes dépendantes

Comme indiqué au point 2.2., le nombre d'années de vie en mauvaise santé a diminué entre 1980 et 2000. Si cette évolution se stabilise, le nombre de personnes âgées dépendantes devrait augmenter d'un tiers entre 2000 et 2020. Les experts s'attendent cependant à ce que la réduction du nombre d'années de vie en mauvaise santé se poursuive, du moins à court terme. De ce fait, ils estiment que le nombre de personnes âgées nécessitant des soins de longue durée devrait augmenter de 20% entre 2000 et 2020. L'évolution à long terme est quant à elle incertaine et dépendra de l'incidence des problématiques de santé actuelles, notamment l'obésité et la consommation de tabac.

Besoin en soins

Bien que les EMS valaisans accueillent de plus en plus de résidents présentant un besoin en soins élevé, on compte encore en 2008 en moyenne 1/3 des résidents classés dans les catégories de soins les plus basses (BESA 0, 1, 2). Une partie d'entre eux pourrait être pris en charge à domicile. De plus, la mise en œuvre des mesures de prévention citées au point 2.2.3 ci-devant et un renforcement de la prise en charge à domicile pourraient déjà à l'heure actuelle retarder l'entrée en EMS.

Avantages de la prise en charge à domicile

La prise en charge à domicile présente divers avantages. Elle est moins coûteuse que la prise en charge en EMS, tant pour le système de santé que pour la personne âgée. Cela s'explique en grande partie par l'aide informelle. De plus, elle correspond aux attentes des personnes âgées. Diverses études ont montré qu'entre 65 et 70% des personnes âgées dépendantes préfèrent rester à domicile.

Il faut cependant tenir compte du fait que lorsque le degré de dépendance devient trop important ou lorsque l'entourage n'est plus en mesure d'apporter une aide suffisante, le placement en EMS devient inévitable et s'avère plus adéquat tant pour la personne âgée que pour ses proches.

Comparaisons intercantionales

Le Valais figure parmi les cantons qui recourent le moins à la prise en charge de long séjour en EMS proportionnellement à la population de 80 ans et plus. Par contre, l'offre en lits de court séjour est très faible et les prestations de soins et d'aide à domicile se situent dans la moyenne nationale.

Seuls trois cantons présentent une proportion en lits de long séjour inférieure à celle du Valais, à savoir Genève, Vaud et Bâle-Campagne avec en 2008 respectivement 178, 184 et 194 lits pour 1'000 habitants de 80 ans et plus, contre 201 lits pour le Valais. Ces cantons offrent davantage de prestations de soins à domicile que le Valais. A l'exception de Genève, ils disposent également d'un nombre de lits de court séjour plus élevé. Vaud a récemment révisé sa planification en décidant la construction d'une centaine de lits de long séjour par année. Il devrait ainsi atteindre une proportion de 200 lits pour 1'000 habitants de 80 ans et plus.

Avec respectivement 202 et 206 lits de long séjour pour 1'000 habitants de 80 ans et plus en 2008, les cantons du Jura et de Bâle-Ville disposent d'une proportion comparable à celle du Valais. Cependant, les lits de court séjour et les prestations de soins et d'aide à domicile y sont nettement plus élevés. Le canton de Berne compte, quant à lui, proportionnellement plus de lits d'EMS de long séjour (262 lits pour 1'000 habitants de 80 ans et plus) ; il a également davantage de lits de court séjour et les soins à domicile y sont plus développés. Dans sa nouvelle planification, le canton de Berne vise aussi, à terme, une offre correspondant à 200 lits pour 1'000 habitants de 80 ans et plus.

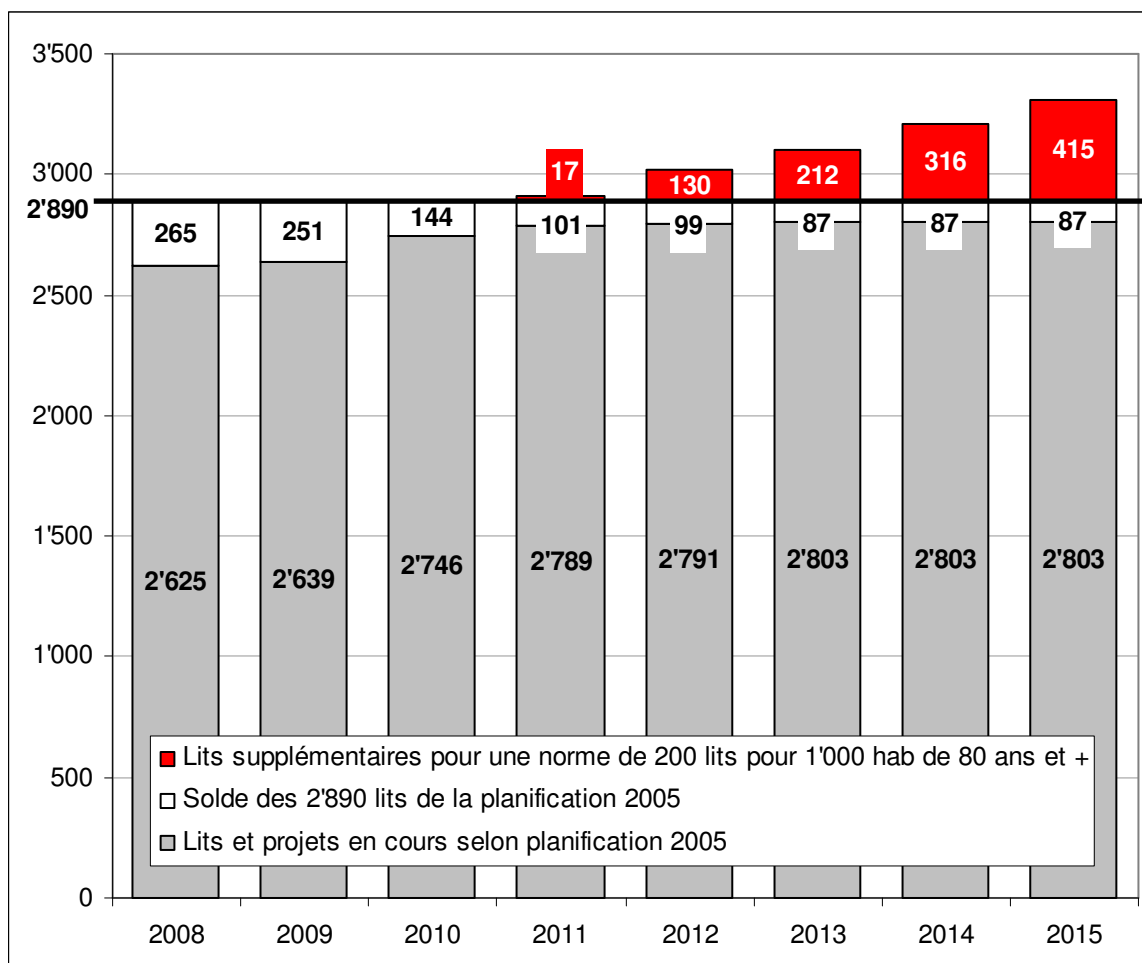
8.3.2 Mettre à disposition de nouveaux lits

Bien que la norme préconisée ci-devant soit inférieure à celle visée par la planification de 2005, elle nécessitera la création de nouveaux lits en raison de l'accroissement du nombre de personnes âgées de 80 ans et plus.

Le graphique ci-après présente :

- les lits existants et les projets en cours (en gris),
- le solde des 2'890 lits prévus par la planification de 2005 (en blanc) et
- le nombre de lits supplémentaires (en rouge) pour une norme maximale de 200 lits pour 1'000 habitants de 80 ans et plus, compte tenu des prévisions démographiques actuelles (scénario OFS 2009).

Figure 27 **Evolution du nombre de lits d'EMS en Valais selon la planification de 2005 et nombre de lits supplémentaires pour une norme maximale de 200 lits pour 1'000 habitants de 80 ans et plus, 2008-2015**



Source : établi par SSP selon données OFS 2009 (scénario AR-00-2005/09)

Ainsi, selon les prévisions démographiques actuelles, au maximum 415 lits supplémentaires devraient être mis à disposition d'ici à 2015, en plus des lits prévus par la planification de 2005.

Ces données sont présentées à titre indicatif. Le nombre de lits d'EMS nécessaires devra être défini périodiquement sur la base des dernières prévisions démographiques de l'OFS disponibles. Le Conseil d'Etat et le Grand Conseil décideront chaque année, dans le cadre des budgets et de la planification intégrée pluriannuelle, des montants mis à disposition pour financer la construction de nouveaux lits.

9. Etablissements médico-sociaux (EMS) : répartition des lits de long séjour

9.1. Répartition actuelle

En 2008, le Valais comptait 43 EMS ayant exploité en moyenne 2'606 lits de long séjour répartis de la manière suivante entre les régions sanitaires et les districts :

Figure 28 **Lits d'EMS exploités (reconnus ou non dans la planification) et pourcentage des résidents classés en BESA 3 et 4 par région sanitaire et district, moyenne 2008**

	Lits exploités	Pop 80+	Lits pour 1'000 hab. 80+	% résidents BESA 3-4
District Brigue	250	1'027	243	48.1%
District Conches	73	249	293	68.1%
District Loèche	116	594	194	72.4%
District Rarogne	76	488	157	59.2%
District Viège	265	991	267	71.0%
Total région Haut-Valais	779	3'350	233	61.9%
District Sierre	344	2'234	154	74.9%
Total région Sierre	344	2'234	154	74.9%
District Sion	435	1'676	260	66.7%
District Hérens	59	490	121	68.3%
District Conthey	174	957	182	81.5%
Total région Sion	668	3'123	214	70.7%
District Martigny	335	1'793	187	70.2%
District Entremont	102	641	159	80.8%
Total région Martigny	437	2'434	180	72.7%
District St-Maurice	61	526	116	64.4%
District Monthey	316	1'381	229	71.3%
Total région Monthey et env.	377	1'907	198	70.2%
TOTAL canton	2'606	13'047	200	68.8%

Source : Etabli par le SSP selon données de l'Observatoire valaisan de la santé

Proportion de lits : importants écarts entre les régions et au sein des régions

On constate une grande diversité entre les régions sanitaires et aussi à l'intérieur de ces régions. La région de Sierre est celle qui utilise le moins de lits d'EMS avec 154 lits pour 1'000 habitants de 80 ans et plus contre 233 pour la région du Haut-Valais. La variation entre les districts va de 116 lits (St-Maurice) à 293 lits (Conches) pour 1'000 habitants de 80 ans et plus, avec de forts écarts au sein même des régions. La situation évolue au fur et à mesure de la mise à disposition de nouveaux lits dans le cadre des constructions et agrandissements en cours.

Un autre constat ne ressortant pas directement de ce tableau est celui de la concentration des lits d'EMS en plaine. Au 31 décembre 2008, on dénombrait 1'938 lits en plaine et seulement 689 dans les vallées. Un certain nombre de personnes âgées doivent donc quitter

leur commune pour s'installer dans un EMS, alors que la proximité de l'ancien lieu d'habitation est le critère le plus important dans le choix d'une institution³⁸. De plus, ces personnes se retrouvent parfois coupées de leur réseau social du fait de l'éloignement.

Charge en soins variable selon les régions et les districts

Le pourcentage de résidents classés dans les catégories de soins les plus élevées (BESA 3 et 4) varie également entre les régions et à l'intérieur de celles-ci. Les EMS du Haut-Valais, à l'exception des districts de Loèche et de Viège, présentent un pourcentage inférieur à la moyenne cantonale.

La situation du district de Brigue où la charge en soins est la moins élevée s'explique, du moins en partie, par le fait que les EMS Sancta-Maria et St. Michael à Naters disposent de 30 lits non reconnus dans la planification. Ces lits sont utilisés pour l'hébergement de personnes ne nécessitant pas ou peu de soins (BESA 0 et 1).

9.2. Explications des écarts

Deux éléments peuvent être avancés pour tenter d'expliquer ces écarts entre régions et districts.

Différentes politiques

Premièrement, les régions ont mené des politiques différentes dans le choix des structures d'aide. Sierre a fortement axé la prise en charge des personnes âgées sur le maintien à domicile. Inversement, le Haut-Valais se caractérise par une proportion en lits d'EMS plus élevée et une conception moins médicalisée de l'EMS, situation prédominante en Suisse alémanique.

Difficultés à concrétiser les projets

Deuxièmement, les difficultés à faire démarrer un projet d'agrandissement ou de construction peuvent également expliquer ces écarts. Le canton subventionne les investissements à hauteur de 30%. Pour le solde, d'autres fonds sont à trouver, souvent avec le soutien des communes (subvention ou cautionnement d'emprunt). Il semble qu'il soit plus difficile de trouver les financements nécessaires dans les petites communes, notamment celles de montagne, et que celles-ci peinent à se regrouper pour élaborer des projets en commun.

9.3. Recommandations

9.3.1 Répartir de manière équitable les nouveaux lits entre les régions

Le département propose de répartir les nouveaux lits de façon à atteindre, dans chaque région, une norme maximale de 200 lits pour 1'000 habitants de 80 ans et plus. Pour des raisons d'égalité de traitement, il est en effet difficilement concevable de fixer des conditions différentes entre les régions. Ces dernières pourront par contre décider d'axer davantage leur politique sur la prise en charge à domicile, puisque la norme fixée au niveau cantonal constitue un maximum.

Le tableau ci-dessous présente la répartition à établir à cette fin, compte tenu des lits en projet, c'est-à-dire des lits ayant fait l'objet d'un préavis des commissions régionales de santé et d'une approbation par le département dans le cadre de la planification de 2005. Le

³⁸ CASMAN M.T., LENOIR V., *Vieillir en maison de repos. Quiétude ou Inquiétude?* Liège: Université de Liège, 1998.

tableau indique également les lits attribués aux diverses régions par la planification de 2005 mais n'ayant pas encore fait l'objet d'un préavis des commissions ni d'une décision du département (solde de la planification 2005). Ces données ont été calculées à partir des prévisions démographiques de l'OFS de 2009. Elles sont présentées à titre indicatif et seront affinées au fur et à mesure de la mise à disposition de nouvelles prévisions démographiques.

Figure 29 **Répartition des lits pour atteindre dans chaque région sanitaire une norme maximale de 200 lits pour 1'000 habitants de 80 ans et plus en 2015.**

	Total	Ht-Valais	Sierre	Sion	Martigny	Monthey
A. Lits exploités ou en projet au 31.12.2009 reconnus dans la planification 2005	2'803	831	348	699	511	414
B. Solde de la planification 2005	87	3	24	61	0	-1
C. Nbre maximal de nouveaux lits pour 2015	415	82	163	30	71	69
D. Nouveau solde (B+C)	502	85	187	91	71	68
E. Total maximal pour 2015 (A+B+C)	3'305	916	535	790	582	482

Source : établi par SSP selon données OFS 2009 (scénario AR-00-2005/09)

La ligne D du tableau indique le nombre maximal de lits attribués aux régions d'ici à 2015, compte tenu des prévisions démographiques actuelles, à savoir 85 pour le Haut-Valais, 187 pour Sierre, 91 pour Sion, 71 pour Martigny et 68 pour Monthey. Chaque région sera appelée à définir ses besoins et soumettre des projets à l'approbation du canton. Le nombre maximal de lits sera revu en cas de changements dans les prévisions démographiques de l'OFS.

9.3.2 Favoriser la création d'unités d'EMS décentralisées

Plusieurs études³⁹ ont démontré qu'une personne âgée devenue trop dépendante de l'aide d'autrui pour continuer à habiter chez elle souhaite pouvoir être hébergée le plus près possible de son ancien domicile. Ces études ont mis en évidence le fait que les personnes âgées ont besoin de garder contact avec leurs proches, leurs amis et leur milieu. Les EMS devraient donc idéalement se situer le plus près possible de l'ancien domicile de leurs résidents.

Cette volonté s'avère cependant difficile à prendre en compte dans les régions les moins peuplées de notre canton en raison de la taille requise pour respecter l'économicité des prestations. En effet, il est recommandé de disposer d'une soixantaine de lits au moins pour un établissement géré de manière autonome.

Afin de pouvoir satisfaire les attentes de la population âgée en matière de proximité tout en respectant le principe d'économicité des prestations, le département propose de mettre à disposition de la population valaisanne des unités d'EMS décentralisées, composées de 18 à

³⁹ Service cantonal de recherche et d'information statistique du canton de Vaud (SCRIS) 1986.
LALIVE D'EPINAY C, BRAUN U. et al. Altern in der Schweiz : Bilanz und Perspektiven : [Bericht der eidg. Kommission "Neuer Altersbericht", Bern, 1995.
CASMAN M.T., LENOIR V., *Vieillir en maison de repos. Quiétude ou Inquiétude?* Liège: Université de Liège, 1998.
VERCAUTEREN R. (Hrsg.), *Lieux et des modes de vie pour les personnes âgées -Des-Expériences et analyses pluridisciplinaires internationales*, 2000.
WANNER P. et al. Eidgenössische Volkszählung 2000: Alter und Generationen: Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren, Office fédéral de la statistique, 2005.

22 lits, rattachées à un EMS qui en assumerait la direction et la gestion (administration, personnel, logistique, etc.). Ces unités et l'EMS auquel elles sont rattachées constitueraient un seul établissement multi-site. Elles pourraient être insérées à des bâtiments existants ou construites dans des bâtiments hébergeant d'autres prestations (structures d'accueil de jour, autres prestations médico-sociales, crèches, etc.) afin de répartir au mieux les frais d'entretien.

Ces unités d'EMS décentralisées auraient comme avantage de :

- répondre aux attentes de la population âgée ;
- encourager les initiatives locales ;
- mieux répartir les lits d'EMS sur l'ensemble du canton en développant l'offre résidentielle dans des régions où le bassin de population n'est pas suffisant pour justifier la création d'un EMS de plus d'une vingtaine de lits ;
- faciliter le passage du domicile privé à l'institutionnalisation.

De manière plus générale, le département propose d'encourager le rattachement des petites aux grandes structures, sous forme d'établissements multi-site, afin de rationaliser les coûts.

10. Coordination interinstitutionnelle

La prise en charge de la personne âgée dépendante repose sur les divers types de structures décrits ci-devant parmi lesquelles le patient évolue selon le degré de besoin en soins. La coordination entre ces institutions joue un rôle essentiel. Il s'agit d'une part de coordonner l'offre de façon à disposer dans chaque région du canton de l'ensemble des prestations nécessaires. D'autre part, le parcours du patient doit être organisé afin d'utiliser la bonne structure au bon moment, selon le besoin en soins et la situation.

10.1. Les structures de coordination actuelle

A partir de la deuxième moitié des années 1990, des réseaux régionaux de santé ont été constitués avec pour mission de veiller à la mise en place d'une offre complète de prestations et d'instaurer une coordination des flux de patients.

10.1.1 Coordination de l'offre

Réseaux régionaux de santé

Le 29 novembre 1995, le Conseil d'Etat décidait la mise en place de réseaux régionaux de santé. Conformément à cette décision, chacune des 6 régions sanitaires (Brigue, Viège/Loèche, Sierre, Sion, Martigny, Monthey/St-Maurice) doit disposer d'un réseau régional de santé composé des divers intervenants du secteur de la santé (hôpitaux, EMS, CMS, médecins en pratique privée et organismes responsables du financement). Ces réseaux ont notamment pour objectif de garantir la continuité des traitements et des soins en améliorant la coordination entre les divers intervenants.

Commissions régionales de santé

La décision du 29 novembre 1995 prévoit également la constitution d'une commission régionale de santé dans chaque région sanitaire, composée de représentants des divers partenaires du système sanitaire. La mission de ces commissions consiste à veiller au niveau régional au développement adéquat du secteur sanitaire. Pour cela, elles doivent

notamment évaluer les besoins, définir des objectifs sanitaires régionaux, définir des priorités d'actions, coordonner l'activité sanitaire et contribuer au développement de structures de santé (développement de modèles alternatifs concernant la prise en charge des personnes âgées, foyers de jour, appartements avec encadrement médico-social etc.). Elles préavisent à l'intention du département en charge de la santé la répartition des lits planifiés entre les différents projets émanant de la région.

Conformément à cette décision, les six commissions régionales de santé ont été mises en place en 1996. En 2006, les commissions régionales de santé du Haut-Valais ont fusionné si bien que le canton compte désormais cinq commissions régionales de santé (Haut-Valais, Sierre, Sion, Martigny, Monthey).

10.1.2 Coordination des flux de patients

Instances régionales de coordination

La coordination des flux de patients s'est mise progressivement en place dans le cadre des réseaux régionaux de santé par la constitution d'instances régionales chargées de l'orientation et du placement des patients. En 1997, un premier projet pilote d'instances de coordination a vu le jour dans la région de Sierre, avec l'appui financier du canton, projet nommé CORIF (Coordination régionale inter-institutions pour une gestion optimale des flux de patients). En automne 2000, un bureau régional d'information et d'orientation des patients (BRIO) a été constitué dans le Chablais, sur la base du modèle vaudois. Cette instance de coordination a été créée par le réseau régional de santé de Monthey/St-Maurice en collaboration avec la fédération de soins du Chablais (Vaud). En 2003, les régions de Brigue et de Viège ont mis en place conjointement une instance de coordination nommée SOMEKO (CORIF Oberwallis). Pour les régions de Sion et de Martigny, la fonction d'instance de coordination a été assumée par des infirmières de liaison basées à l'hôpital.

Structure cantonale de liaison interinstitutionnelle (SCLII)

Ces instances régionales de coordination sont depuis début 2009 regroupées au sein de la structure cantonale de liaison interinstitutionnelle (SCLII). Cette structure, constituée sur l'impulsion du Service de la santé publique, est rattachée au groupement valaisan des CMS. Elle regroupe toutes les infirmières de liaison sous la responsabilité de deux coordinatrices, l'une pour le Haut-Valais, l'autre pour le Valais romand. Ses objectifs principaux sont l'amélioration de la coordination au sein des structures socio-sanitaires valaisannes et l'harmonisation des pratiques en ce qui concerne l'orientation des patients dans le réseau médico-social.

10.2. Difficultés actuelles

Malgré la mise en place des réseaux régionaux de santé, il existe encore un certain nombre de problèmes et difficultés à résoudre afin de disposer d'une offre complète de prestations répondant aux besoins de chaque région et de permettre une utilisation rationnelle et adéquate des diverses structures de prise en charge.

10.2.1 Engagement inégal des communes

Actuellement, les EMS bénéficient d'un subventionnement cantonal s'élevant à 30% des dépenses d'investissement retenues. Font partie des dépenses retenues les infrastructures liées à l'hébergement, tant pour les longs séjours que pour les courts séjours, ainsi que celles utilisées pour l'accueil à la journée ou à la nuit (structures de soins de jour ou de nuit).

Les communes ne sont pas contraintes de contribuer au financement des EMS. Certaines d'entre elles ont investi dans la construction d'EMS sur une base volontaire (finançant parfois des surfaces allant au-delà des exigences cantonales), d'autres pas du tout. L'engagement des communes est pourtant souvent indispensable à la réalisation d'un projet. Ainsi, 2/3 des EMS valaisans sont détenus par des communes.

L'engagement inégal des communes et le manque de coopération intercommunale expliquent, du moins en partie, le blocage de certains projets ainsi que la répartition inégale des lits sur le territoire cantonal mise en évidence au chapitre 9. Cette situation est également à l'origine des difficultés d'admission rencontrées par certaines personnes âgées. Souvent, le critère de la provenance du futur résidant prime sur celui du besoin en soins. Les EMS pour lesquels une commune a contribué aux investissements sont généralement amenés à privilégier l'admission des citoyens de la commune en question.

10.2.2 Un besoin accru en coordination

Le développement des nouvelles prestations, notamment les structures de soins de jour ou de nuit et les lits de court séjour en EMS, fait naître un besoin accru en information et en coordination des prises en charge. L'offre disponible doit être mieux communiquée auprès de la population. Les proches doivent être informés des offres de répit existantes et de leur droit à y recourir. Une coordination plus intense est également requise afin d'atteindre un meilleur taux d'occupation des lits de court séjour et des structures de soins de jour ou de nuit. Il s'agit aussi de mieux répondre aux besoins en offrant la prestation appropriée à la personne et des possibilités de soutien de la famille.

10.3. Recommandations

Afin d'offrir une gamme complète de prestations qui correspondent aux besoins et qui soient réparties équitablement sur l'ensemble du territoire cantonal, il importe désormais de favoriser les projets présentant une offre globale de prestations (lits long et court séjours, structure de soins de jour ou de nuit, unités décentralisées). Des adaptations d'ordre structurel sont également à envisager pour permettre une meilleure coordination. Le département propose d'étudier, dans le cadre de la future législation sur les soins de longue durée, les possibilités de renforcer la coordination entre les structures offrant des soins de longue durée.

11. Qualité des soins et formation du personnel

La qualité des soins constitue l'objectif prioritaire fixé par la législation cantonale. Elle dépend en grande partie de la formation du personnel. Sont abordées ici les questions de la pénurie du personnel soignant et de la particularité de la prise en charge des démences.

11.1. Pénurie de personnel soignant

Nombre de nouveaux diplômés insuffisant

Selon un récent rapport⁴⁰ commandé par la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et l'organisation faîtière de la branche pour la formation professionnelle (OdASanté), le nombre de nouveaux diplômés dans les professions de santé non universitaires arrivant sur le marché est inférieur aux besoins : les besoins annuels de

⁴⁰ CDS, OdASanté, *Rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de la santé 2009*, Berne, 2009.

relève sont estimés à 14'414 personnes alors que les diplômes décernés en moyenne annuelle sont de 9'806 sur la période 2000-2009.

Le manque de personnel formé en Suisse est compensé par le recours à la main-d'œuvre étrangère. Un tiers du personnel de santé requis dans le secteur hospitalier en Suisse provient de l'étranger. Pour les EMS et les soins à domicile, les statistiques ne relèvent pas la proportion de personnel étranger. Celle-ci est évaluée à quelque 22% dans les EMS et 13% dans le secteur ambulatoire.

Des besoins accrus en personnel soignant

Le vieillissement de la population comporte une double conséquence sur l'évolution du personnel soignant :

- il entraîne une demande croissante en soins de longue durée ;
- il provoquera une pénurie encore plus marquée du personnel soignant, la proportion de personnes actives diminuant.

Tous les secteurs de la santé sont concernés par cette problématique. Les soins de longue durée risquent d'être davantage touchés que les soins somatiques aigus par cette pénurie, car ils requièrent une main-d'œuvre importante et leur pénibilité les rend moins attractifs⁴¹.

Recours au personnel soignant étranger de plus en plus difficile

Le recours au personnel soignant provenant des pays voisins pour compenser cette pénurie deviendra de plus en plus difficile. En effet, ces pays doivent également faire face à un déficit démographique et font en sorte d'améliorer les conditions de travail afin de conserver leur personnel. A moyen terme, l'Afrique du Nord devrait devenir la principale origine de l'immigration en Europe. Outre un problème éthique, ce changement de provenance posera notamment le problème de la formation de ce personnel et donc de la qualité de ses prestations.

11.2. Besoins spécifiques liés aux démences

Les particularités de la prise en charge des personnes atteintes de démences ont été présentées au point 2.3.2. En raison des spécificités liées à ces maladies (troubles cognitifs, changement de personnalité, troubles du comportement), il est indispensable que le personnel en charge de ces personnes disposent d'une formation adéquate. Il s'agit d'offrir une prise en charge adaptée aux besoins spécifiques et au profil de chaque personne afin de diminuer les conséquences des pathologies, de maintenir les capacités restantes, de prévenir les risques de maltraitance par méconnaissance ou épuisement et d'accompagner adéquatement les familles. L'adaptation architecturale joue également un rôle important dans la prise en charge.

Ces éléments ont été analysés dans une récente étude menée sous l'égide de l'Association Valaisanne des EMS (AVALEMS)⁴². Cette étude a été réalisée par une commission composée de directeurs et d'infirmiers chefs d'EMS valaisans. Elle repose notamment sur un questionnaire adressé à tous les EMS du canton. Ses principaux résultats sont résumés ci-après :

- 48.7% des personnes hébergées dans les EMS valaisans sont atteintes de démence, soit 1'052 personnes, avec de grandes différences régionales (43.3% pour le Haut-Valais, 45.8% pour le Valais central et 61.2% pour le Bas-Valais) et une variabilité très

⁴¹ IUMSP, *Vieillesse : éléments pour une politique de santé publique*, Rapport préparé pour le Service de la santé publique vaudois, Lausanne, décembre 2006.

⁴² AVALEMS, *Psychogériatrie dans les institutions de longue durée*, 2009.

forte d'un EMS à l'autre (de 24.6% à 81.6%). Ces écarts d'évaluation pourraient s'expliquer par l'absence de critères uniformes définissant les démences.

- La plupart des EMS valaisans se caractérisent par la mixité de prise en charge : les résidents sont soignés et hébergés dans les mêmes unités, qu'ils soient atteints de démence ou non. Seuls quelques établissements ont réservé une unité ou un étage pour les personnes démentes. L'analyse de la littérature menée par la commission n'a pas permis de conclure qu'une forme de prise en charge serait meilleure que l'autre. Chacune comprend ses avantages et inconvénients. La mixité a pour avantages d'éviter le sentiment d'exclusion, d'avoir un impact positif sur les résidents atteints de démence et de mieux répartir la charge entre les collaborateurs. La structure spécialisée permet quant à elle d'offrir un cadre architectural adapté et sécurisé, le soutien d'intervenants spécialisés et le regroupement de personnes présentant les mêmes symptômes.
- La commission recommande de renforcer la formation continue pour tout le personnel en contact avec les résidents, avec le soutien des Institutions psychiatriques du Valais Romand (IPVR) et du Haut-Valais (PZO). Le personnel devrait également pouvoir bénéficier du soutien de professionnels spécialistes.
- La commission met en avant la nécessité de trouver des moyens financiers supplémentaires pour financer les modifications architecturales et les systèmes de sécurité requis, ainsi que la formation du personnel et l'augmentation des effectifs.
- L'outil de mesure de la charge en soins (BESA) utilisé actuellement en Valais sous-estime l'accompagnement nécessaire des personnes atteintes de démence ainsi que le suivi des problèmes psychiques.

Concernant ce dernier point, il y a lieu de relever qu'une révision de cet outil est en cours afin de correspondre aux exigences de la nouvelle législation fédérale sur le financement des soins. Dès que ces travaux auront abouti, il s'agira de mener une réflexion en profondeur sur les avantages et inconvénients des différents outils disponibles.

11.3. Recommandations

Pour faire face aux défis démographiques, il devient urgent de définir des actions pour garantir la relève des professionnels de la santé et d'améliorer les prestations en faveur des personnes atteintes d'une pathologie démentielle.

11.3.1 Encourager et développer les formations aux professions de la santé

Les effectifs et les qualifications du personnel sont primordiaux pour assurer la qualité et sécurité des soins dans le secteur de la santé. Lorsque le nombre d'interventions de soins jugé nécessaire pour le bénéficiaire des soins ne peut être réalisé par manque de ressources en temps, en personnel ou en savoir, la qualité des soins en est directement affectée (mise en danger de la vie des patients : erreurs médicamenteuses, chutes, etc.), de même que la satisfaction au travail (épuisement professionnel, accidents de travail, mobilité accentuée, etc.).

La qualité des soins dépend donc en grande partie de l'engagement d'un personnel soignant en nombre suffisant et au bénéfice d'une bonne formation. Les structures médico-sociales sont des employeurs importants de ce type de personnel. La pénurie de personnel soignant qui menace les pays occidentaux risque donc d'avoir des répercussions considérables sur les soins de longue durée.

Le rapport⁴³ de la CDS et de l'OdASanté cité précédemment conclut à la nécessité de renforcer les mesures en place et d'en prendre de nouvelles. Les principales recommandations formulées dans ce rapport sont les suivantes :

- communiquer sur les professions de façon active et attrayante ;
- faciliter le retour à la vie professionnelle par des offres de réinsertion appropriées ;
- offrir des possibilités de qualification professionnelle aux personnes n'ayant pas de formation reconnue, mais qui sont déjà actives dans l'accompagnement et les soins ;
- offrir des formations spécifiques de reconversion pour les adultes désireux de débiter une activité professionnelle dans le domaine de la santé ;
- soutenir ces mesures par une information ciblée auprès des personnes potentiellement concernées ;
- accroître l'offre de formation pratique dans les établissements et en assurer le financement ;
- adapter la composition des équipes aux nouvelles formations offertes ;
- mieux répartir les rôles, les tâches et les responsabilités dans les institutions ;
- instaurer des modèles de travail permettant de mieux concilier vie de famille et vie professionnelle ;
- élaborer un instrument fiable destiné à piloter et planifier la couverture en effectifs de professionnels de la santé.

Les actions sont à mener dans le cadre de l'Organisation du monde du travail du domaine de la santé et du social Valais (OrTra SSV), en collaboration avec le Département de l'éducation, de la culture et du sport (DECS). Depuis 2002, le DECS a repris la responsabilité de la formation aux professions de la santé. Ce transfert de compétence des départements de la santé aux départements de l'éducation s'est opéré dans l'ensemble des cantons parallèlement à la mise en œuvre de la nouvelle législation fédérale sur la formation professionnelle.

11.3.2 Améliorer les prestations en faveur des personnes atteintes de démence

Diverses mesures sont à mettre en œuvre afin d'améliorer les prestations en faveur des personnes atteintes de démence. Les principales sont énoncées ci-après. Cette liste sera précisée et complétée dans le cadre des travaux faisant suite à l'adoption du postulat n° 2.141 concernant la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres démences. Ces travaux seront menés par des spécialistes du domaine avec pour objectifs d'identifier les problèmes et les manques, puis de formuler des propositions d'amélioration.

Formation continue, adaptations architecturales et systèmes de sécurité

Comme l'a montré le rapport de l'AVALEMS mentionné précédemment, l'amélioration des prestations en faveur des personnes atteintes de démence passe par une formation de base et continue adéquate du personnel en contact avec ces personnes. La prise en charge de ces personnes nécessite aussi des adaptations architecturales et le recours à des systèmes de sécurité.

⁴³ CDS, OdASanté, *Rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de la santé 2009*, Berne, 2009.

Ces constats valent également pour les structures de soins de jour ou de nuit ainsi que les CMS. Le développement des formations continues devra se poursuivre en collaboration avec les IPVR et le PZO, ainsi qu'avec les centres de formation. Le financement de ces diverses mesures devra être étudié dans le cadre de la future législation sur les soins de longue durée.

Dépistage précoce et prévention

L'importance du dépistage précoce a été mise en évidence au point 2.3.2. Il s'agit d'identifier la maladie, d'initier les traitements médicamenteux et d'offrir les mesures psychosociales adéquates. Le développement de centres de la mémoire est à encourager afin de mieux dépister les pathologies démentielles. La population devrait également être mieux informée et sensibilisée.

Les récentes découvertes en matière de prévention des démences doivent déboucher sur des actions concrètes dans notre canton. Les recherches ont prouvé le rôle préventif exercé par les activités de loisirs, physiques et les programmes d'entraînement de la mémoire. Les CMS ont un rôle important à jouer pour la sensibilisation de la population à ces aspects, notamment au travers des visites préventives.

Mesure de la charge en soins

Comme l'a montré le rapport de l'AVALEMS cité ci-devant, l'outil actuel de mesure de la charge en soins dans les EMS sous-évalue le travail découlant de la prise en charge des personnes atteintes de démence. Cet outil devra être revu dans la perspective de l'introduction du nouveau régime de financement des soins qui entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2011. Ce même outil servira également à déterminer la rémunération des structures de soins de jour ou de nuit. Il est indispensable que le nouvel outil mesure mieux la charge en soins liée aux démences.

Outils statistiques

L'avance en âge se caractérise par une augmentation de l'hétérogénéité de la population en ce qui concerne son état de santé et ses capacités fonctionnelles. Cette hétérogénéité nécessite impérativement d'adapter les réponses préventives, de prise en charge et de soins. Méconnaître cette caractéristique essentielle de la population âgée aurait inévitablement comme conséquence de ne pas atteindre la population ciblée en offrant des prestations inadaptées.

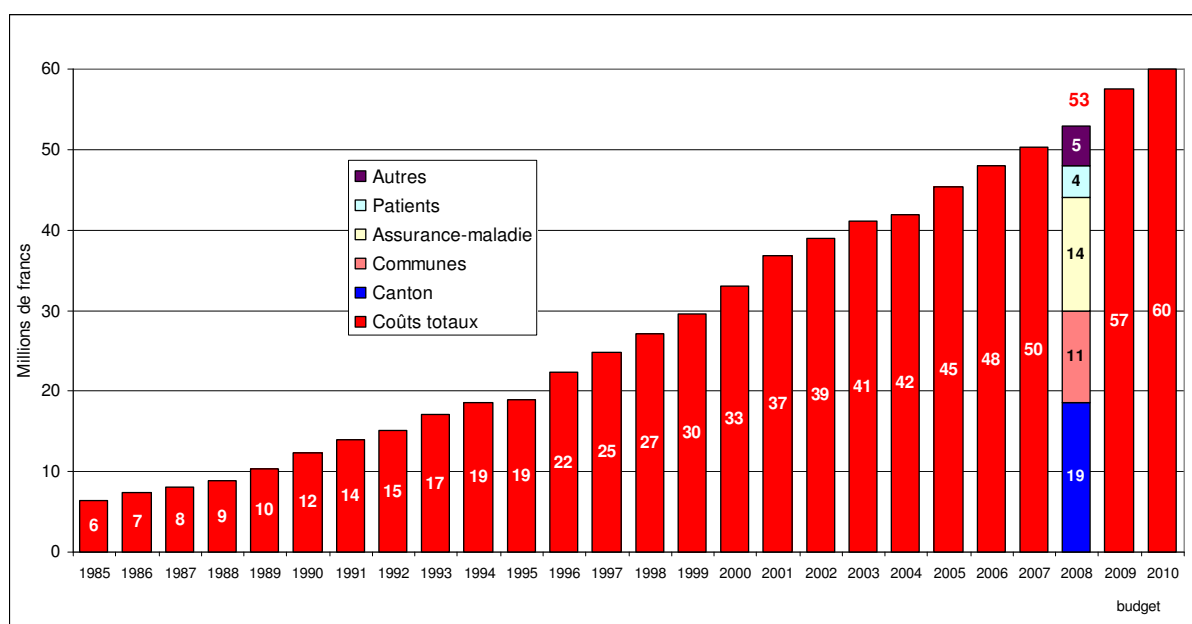
De même, la prévalence grandissante des démences provoquée par le vieillissement démographique nécessite la mise en place d'outils statistiques spécifiques, ce qui est prévu dans le cadre de la réorientation des missions du registre cantonal des tumeurs. A l'avenir, ce registre recueillera, intégrera et diffusera les données disponibles dans le canton relatives non seulement aux cancers, mais également aux maladies cardio-vasculaires et aux démences.

12. Incidences financières

12.1. Centres médico-sociaux

La figure suivante présente l'évolution des dépenses d'exploitation des CMS de 1985 à 2010, ainsi que la répartition de leur financement pour l'année 2008.

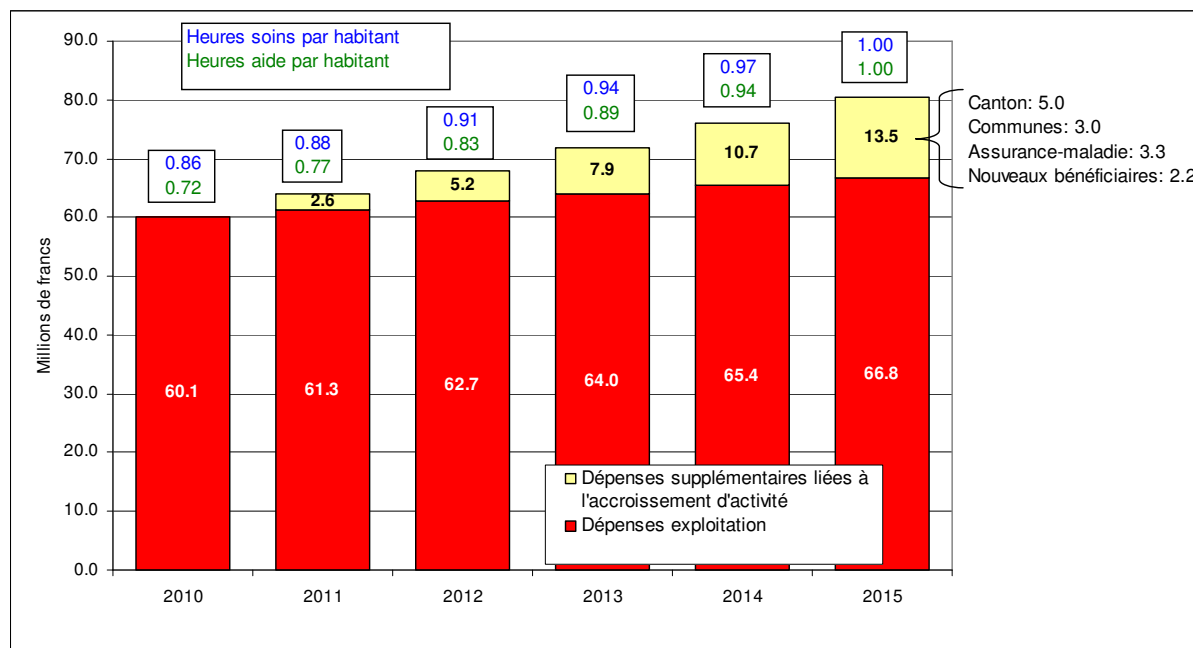
Figure 30 **Evolution des dépenses d'exploitation des CMS, 1985-2010, en millions de francs**



Source : SSP

Les incidences financières peuvent être évaluées sur la base des objectifs envisagés pour les CMS, en partant de la situation actuelle, sans tenir compte de l'impact du nouveau régime de financement des soins. En 2008, les CMS valaisans ont offert en moyenne l'équivalent de 0.826 heure de soins et 0.666 heure d'aide par habitant. Si les prestations se développent de façon à atteindre en 2015 une heure de soins et une heure d'aide par habitant, l'augmentation des dépenses des CMS y relatives est estimée à 13.5 millions de francs. Si l'on ne tient pas compte du nouveau financement des soins, ce montant supplémentaire, lié à l'accroissement de l'activité, serait financé à raison de 5 millions par le canton, 3 millions par les communes, 3.3 millions par l'assurance-maladie et 2.2 millions par les nouveaux bénéficiaires.

Figure 31 **Evolution des dépenses d'exploitation des CMS, budgets, 2010-2015, en millions de francs**



Source : SSP

12.2. Appartements à encadrement médico-social

Les recommandations portant sur la poursuite de la mise à disposition d'appartements à encadrement médico-social n'occasionnent aucune incidence financière spécifique. L'aide et les soins à domicile doivent être fournis aux personnes âgées qui en ont besoin, qu'elles soient à domicile ou en appartement à encadrement médico-social. Ces derniers permettent cependant de renforcer l'autonomie de ces personnes.

De même, la transformation des appartements offrant une prise en charge 24h/24 en appartement à encadrement médico-social sans présence permanente de personnel n'a pas d'incidence financière spécifique. Les incidences liées à leur éventuelle transformation en unité d'EMS décentralisée est prise en compte dans le cadre des nouveaux lits d'EMS prévus (voir ci-devant).

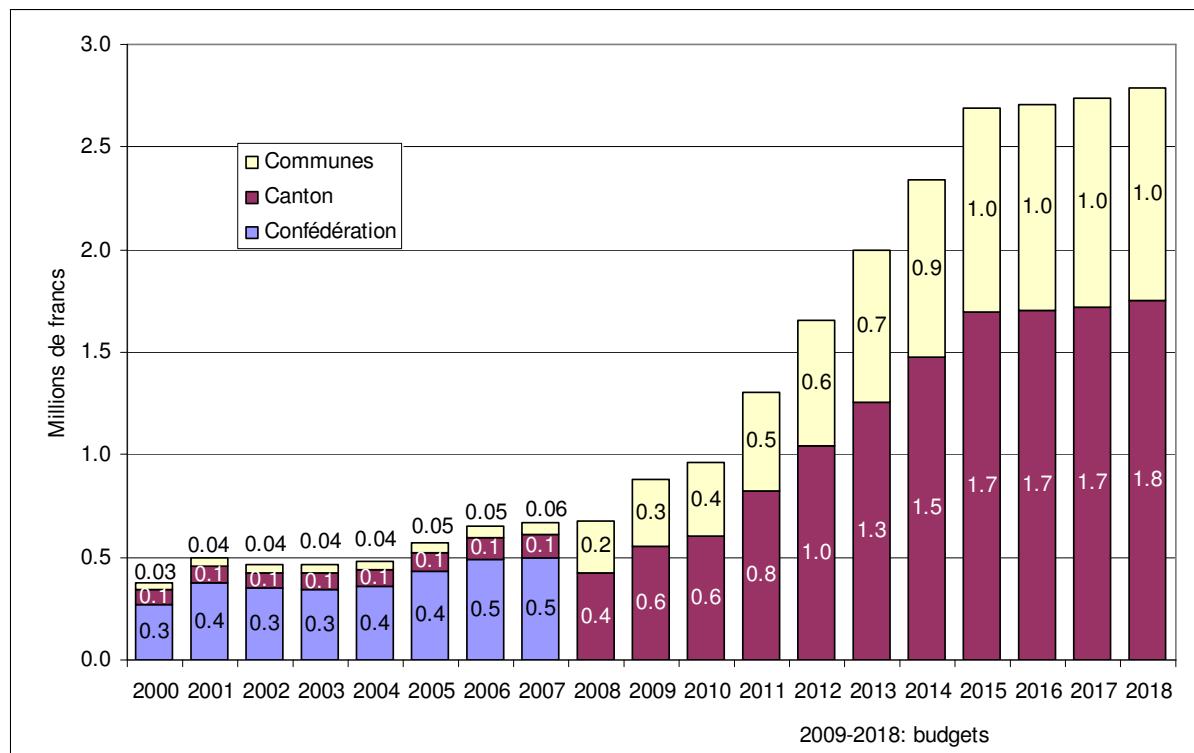
12.3. Structures de soins de jour ou de nuit

Il n'est en l'état pas possible de déterminer les incidences financières liées à la mise à disposition d'au moins 280 places en structures de soins de jour. Celles-ci dépendront du nombre de foyers de jour actuels qui pourront être reconnus en tant que structure de soins de jour au sens de la LAMal, de la contribution résiduelle que devront apporter le canton et les communes conformément à la LAMal et du subventionnement complémentaire envisagé sur la base de la future législation cantonale.

Actuellement, un forfait journalier de Fr. 45.- par personne est accordé aux foyers de jour, indifféremment du type de prestations (encadrement spécialisé pour personnes âgées dépendantes ou prise en charge socioculturelle). Ce montant est pris en charge à raison de 2/3 par le canton et 1/3 par les communes. En 2009, le canton a versé Fr. 535'500.- et les

communes Fr. 314'500.- pour la centaine de places disponibles en foyer de jour. Les incidences financières de la mise à disposition de quelque 200 places supplémentaires peuvent être estimées en multipliant ces montants par deux, toutes choses égales par ailleurs. Cela représenterait un supplément d'environ 1.1 million à charge du canton et 0.7 million à charge des communes en 2015. Cette croissance s'explique par l'effet de rattrapage nécessaire pour adapter l'offre aux besoins. Pour les années suivantes, l'augmentation serait uniquement liée à l'évolution des coûts.

Figure 32 **Evolution des subventions d'exploitation aux structures de soins de jour, 2000-2018, en millions de francs**

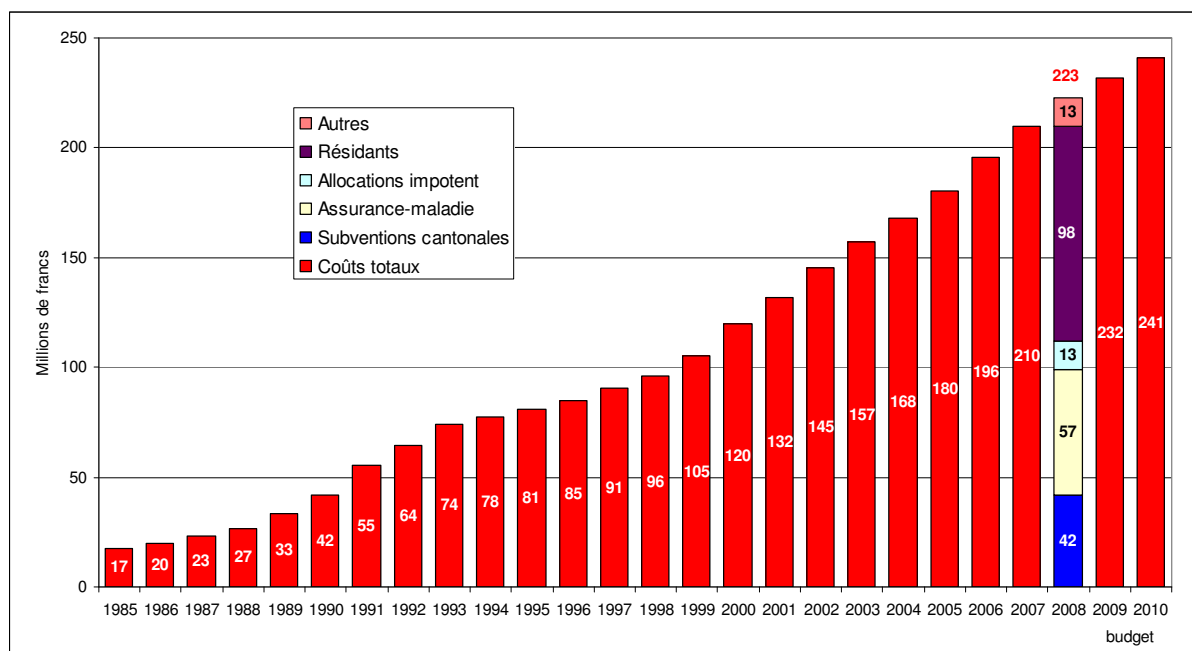


Source : SSP

12.4. Lits d'EMS de court et de long séjours

La figure suivante présente l'évolution des dépenses d'exploitation des EMS de 1985 à 2010, ainsi que la répartition de leur financement pour l'année 2008.

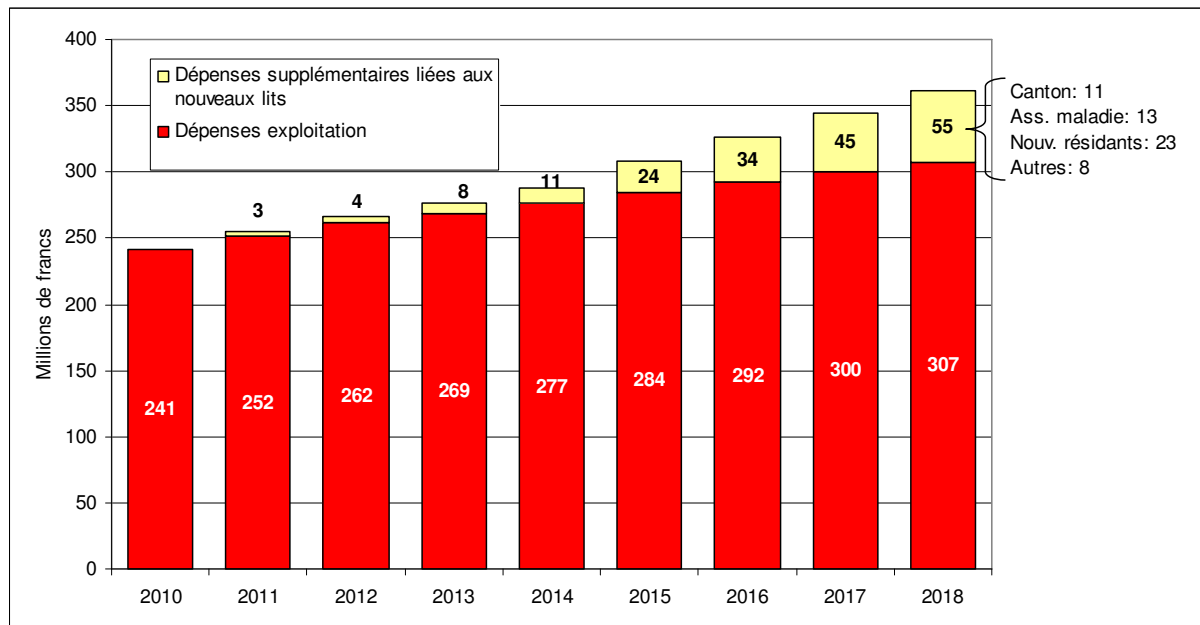
Figure 33 **Evolution des dépenses d'exploitation des EMS, 1985-2010, en millions de francs**



Source : SSP

Compte tenu des prévisions démographiques actuelles, l'application des normes préconisées dans le présent rapport implique d'ici à 2015 la création d'au maximum 415 lits de long séjour et entre 14 et 97 lits de court séjour, en plus des projets en cours. Si tous ces lits sont mis à disposition et sans tenir compte du nouveau régime de financement des soins entrant en vigueur le 1^{er} janvier 2011, l'incidence financière de ces nouveaux lits sur les dépenses d'exploitation des EMS est estimée à 55 millions de francs en 2018. Ce montant serait financé à hauteur de 11 millions par le canton, 13 millions par l'assurance-maladie, 23 millions par les nouveaux résidants et 8 millions par les autres recettes des EMS.

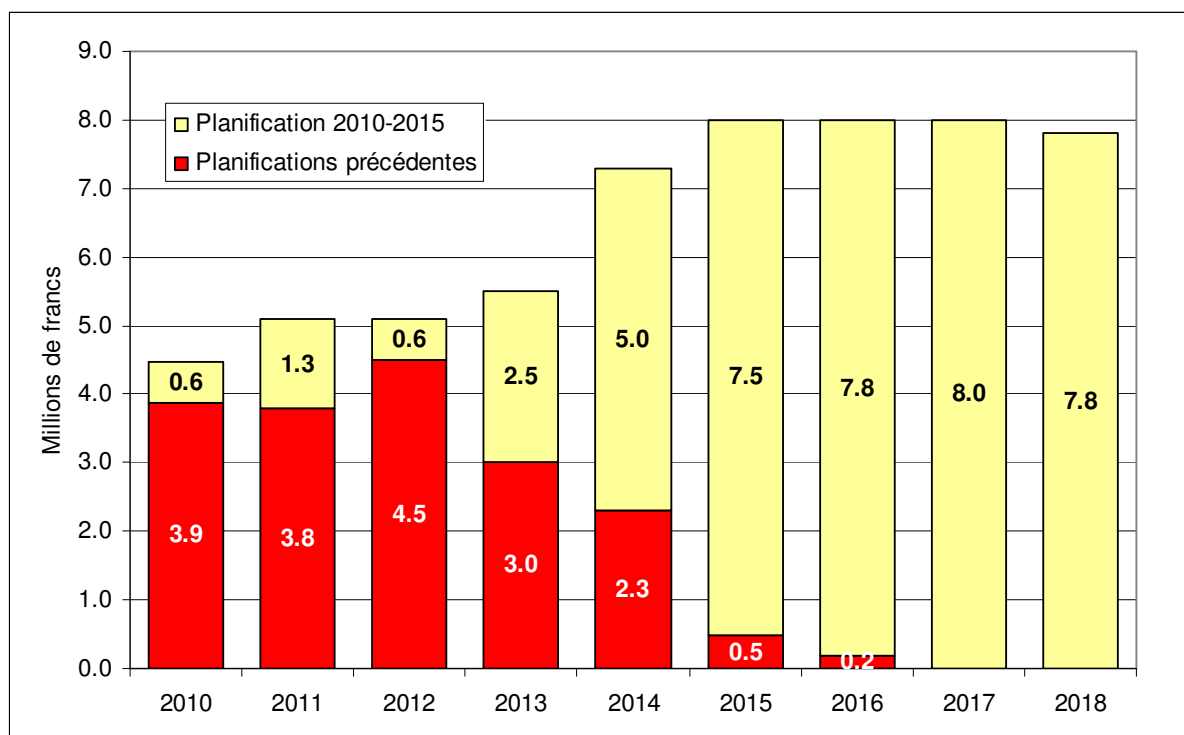
Figure 34 **Evolution des dépenses d'exploitation des EMS, budgets, 2010-2018, en millions de francs**



Source : SSP

La figure suivante montre l'évolution des subventions cantonales d'investissement (30%) aux EMS, en distinguant les lits issus du solde de la planification de 2005 et ceux découlant de la planification 2010-2015.

Figure 35 **Evolution des subventions cantonales d'investissement aux EMS, budgets, 2010-2018, en millions de francs**



Source : SSP

13. Conclusion

Le gouvernement valaisan a toujours attaché une importance particulière au développement d'une politique des soins de longue durée qui soit en phase avec les besoins et attentes des personnes âgées, ainsi qu'avec les réalités économiques.

Considérant que la grande majorité des personnes âgées souhaitent vivre le plus longtemps possible chez elles, leur prise en charge doit se faire en priorité par les structures soutenant le maintien à domicile et l'aide aux proches, à savoir les CMS, les appartements à encadrement médico-social, les structures de soins de jour ou de nuit et les lits de court séjour en EMS.

Lorsque le maintien à domicile n'est plus possible en raison d'un besoin en soins trop élevé, la prise en charge doit se faire en EMS (lits de long séjour). Dans ces situations, le recours à l'EMS s'avère plus adéquat et plus confortable tant pour la personne âgée que pour son entourage.

Au vu du vieillissement de la population de notre canton, de l'évolution des besoins en soins et des comparaisons intercantionales, le département propose au Conseil d'Etat d'adopter les recommandations de planification figurant dans le présent rapport. Celles-ci visent un accroissement modéré du nombre de lits de long séjour en EMS de façon à réserver ce type de prise en charge aux situations présentant un besoin en soins élevé. Cet accroissement modéré des lits d'EMS nécessite un renforcement de la prise en charge à domicile par les CMS, avec l'appui des structures de soins de jour ou de nuit et des lits de court séjour en EMS.

Le département propose également au Conseil d'Etat d'étudier la possibilité d'intégrer dans la future législation sur les soins de longue durée les autres recommandations émanant du présent rapport, notamment celles concernant la coordination de l'offre et le financement des prestations.

Bibliographie

ANCHISI A., BIGONI C., *Mise en œuvre du maintien à domicile des personnes en âge AVS dans le contexte de la 2^{ème} révision de la LAMal : l'exemple du Valais*, Sion, mai 2008.

AKBARALY T.N., PORTET F., FUSTINONI S., DARTIGUES J.-F., ARTERO S., ROUAUD O., TOUCHON J., RITCHIE K., BERR C., *Leisure activities and the risk of dementia in the elderly: Results from the Three-City Study*, Neurology, 2009, Nr.73, S.854-861.

Association Alzheimer Suisse, *Vivre avec la maladie d'Alzheimer. Les chiffres-clés 2. La prise en charge actuelle*, 2004.

Association Alzheimer Suisse, *Alzheimer et autres formes de démences. Diagnostic. Traitement. Prise en charge. Recommandations des spécialistes suisses*, 2008.

AVALEMS, *Psychogériatrie dans les institutions de longue durée*, 2009.

BÜLA C., MICHEL J.-P., *Edito: Entre bonne nouvelle et inquiétude: comment faire face au vieillissement démographique*, Revue Médicale Suisse, Nr.-3085, November 2006.

Canton de Berne, Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale, *Politique du 3^{ème} âge dans le canton de Berne*, Rapport intermédiaire avril 2007

Canton de Berne, Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale, *Foyers de jour pour personnes âgées. Modèle de financement et de pilotage des prestations semi-résidentielles à partir de 2008*, juillet 2007

Canton de Vaud, *Exposé des motifs et préavis du Conseil d'Etat sur l'initiative législative et constitutionnelle Philippe Vuillemin et consorts demandant la modification de l'art. 65, al. 2, de la Constitution vaudoise du 14 avril 2003 pour y inscrire une référence précise instituant l'hébergement médico-social*, 2009.

Canton du Valais, Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie, *La prise en charge des personnes âgées dépendantes*, août 2005.

Canton du Valais, Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie, *Politique cantonale de prise en charge des personnes âgées*, avril 2008.

Canton du Valais, Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie, *Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur sa politique sanitaire 1999-2008*, janvier 2009.

CASMAN M.T., LENOIR V., *Vieillir en maison de repos. Quiétude ou Inquiétude?* Liège: Université de Liège, 1998.

CDS, OdASanté, *Rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de la santé 2009*, Berne, 2009.

Conseil fédéral, *Stratégie en matière de politique de la vieillesse*, août 2007.

HÖPFLINGER F. et HUGENTOBLE V., *Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse. Prévisions et scénarios pour le 21^{ème} siècle*, Observatoire suisse de la santé, 2003.

HÖPFLINGER F. et HUGENTOBLE V., *Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse. Observations et perspectives*, Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé, Ed. Médecines et hygiène, 2006.

IUMSP, *Vieillessement : éléments pour une politique de santé publique*, Rapport préparé pour le Service de la santé publique vaudois, Lausanne, décembre 2006.

JACCARD RUEDIN H., WEBER A., PELLEGRINI S., JEANRENAUD C., *Comparaison intercantonale du recours aux soins de longue durée en Suisse*, Observatoire suisse de la santé, mai 2006.

LALIVE D'EPINAY C., BRAUN U. et al. *Altern in der Schweiz : Bilanz und Perspektiven : Bericht der eidg. Kommission "Neuer Altersbericht"*, Bern, 1995.

LARSON E.B., WANG L., BOWEN J.D., McCORMICK W.C., TERI L., CRANE P., KUKULL W., *Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older*. Annals of Internal Medicine, 17. Januar 2006, 144(2), S. 73-81.

MONOD-ZORZI S., SEEMATTER-BAGNOUD L., BÜLA C., PELLEGRINI S. JACCARD RUEDIN H., *Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées*, Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel, Novembre 2007.

SCHIESS U. et SCHÖN-BÜHLMAN J., *Compte satellite de production des ménages. Projet pilote pour la Suisse*. Office fédéral de la statistique, Neuchâtel, 2004.

SEEMATTER-BAGNOUD L. et al., *Le futur de la longévité en Suisse*, Office fédéral de la statistique, 2009.

VERCAUTEREN R. (Hrsg.), *Lieux et des modes de vie pour les personnes âgées : Des expériences et analyses pluridisciplinaires internationales*, 2000.

VOLZ A., MONSCH A.U., ZAHNO A., WETTSTEIN A., et al., *Was kostete die Schweiz die Alzheimer-Krankheit 1998? Eine präliminäre Analyse*, Praxis 2000, Nr 89:803-12.

WANDERS A.-C.; VUILLE A.; CALOT G. et al., *Scénarios de l'évolution démographique de la Suisse 2000-2060*, Bulletin d'information démographique, n° 1+2, OFS, Neuchâtel, 2001.

WANNER P. et al. *Eidgenössische Volkszählung 2000: Alter und Generationen: Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren*, Bundesamt für Statistik, 2005.

WEAVER F., JACCARD-RUEDIN H., et al., *Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse*, Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé, avril 2008.