



 **Rapport explicatif à l'appui de l'avant-projet de loi sur les soins de longue durée**

Novembre 2010

Table des matières

1.	Vue d'ensemble du projet	4
2.	Historique	5
2.1.	Le développement de la politique de prise en charge des personnes âgées	5
2.2.	Loi sur la santé de 1996.....	5
2.3.	Avant-projet de loi sur les établissements et institutions sanitaires de 2005	6
2.4.	Division de la législation valaisanne sur la santé en trois lois distinctes (2005)	6
2.5.	Décret RPT I du 13 septembre 2007	6
2.6.	Loi sur la santé du 14 février 2008.....	6
2.7.	Avant-projet de loi sur les soins de longue durée de 2008.....	7
2.8.	Décret urgent concernant le financement des soins de longue durée du 5 mai 2010.....	7
2.9.	Avant-projet de loi sur les soins de longue durée	7
3.	Planification des soins de longue durée 2010-2015	7
3.1.	Le vieillissement de la population : enjeux démographiques et de santé publique....	7
3.2.	La chaîne des soins de longue durée	8
3.3.	Objectifs fixés par la planification 2010-2015	9
4.	Problèmes actuels auxquels la nouvelle loi sur les soins de longue durée doit apporter une réponse	13
4.1.	Répartition inadéquate des compétences et du financement	13
4.2.	Manque de prestations de soutien à la poursuite de la vie à domicile	13
4.3.	Développement inégal de l'offre selon les régions	13
4.4.	Absence de critères uniformes d'admission en EMS	15
4.5.	Coordination à renforcer	15
5.	Principes généraux de l'avant-projet de loi sur les soins de longue durée.....	15
5.1.	Complémentarité de l'avant-projet de loi sur les soins de longue durée avec la loi sur la santé et la loi sur les établissements et institutions sanitaires	15
5.2.	But et principes généraux	16
6.	Offre en soins de longue durée : définitions	16
6.1.	Etablissements médico-sociaux (EMS).....	16
6.2.	Organisations de soins et d'aide à domicile	17
6.3.	Infirmières et infirmiers admis	17
6.4.	Structures de soins de jour ou de nuit	17
6.5.	Appartements à encadrement médico-social.....	18
6.6.	Lits d'attente hospitaliers	18
7.	Répartition des tâches entre canton et communes.....	18
7.1.	Tâches cantonales.....	18
7.2.	Tâches communales	20
8.	Dispositions financières	22
8.1.	Les régimes de financement	22
8.2.	Le financement des soins selon l'article 25a LAMal	23
8.3.	Le financement des soins aigus et de transition selon l'article 25a alinéa 2 LAMal.....	24
8.4.	Le financement des soins selon les articles 49 alinéa 4 et 50 LAMal (lits d'attente hospitaliers).....	24
8.5.	Subventions aux établissements et institutions de soins de longue durée fondées sur la législation cantonale	25
8.6.	Répartition du financement entre le canton et les communes	27
8.7.	Aide financière aux proches qui soignent une personne dépendante.....	28
9.	Coordination entre institutions	29
9.1.	Coordination entre fournisseurs de soins	29

9.2. Organisations faîtières.....	29
10. Conclusion.....	30

1. Vue d'ensemble du projet

A ce jour, le canton du Valais ne dispose pas encore d'une loi spécifiquement consacrée aux soins de longue durée, alors même que la prise en charge des personnes âgées dépendantes représente une partie importante de notre système de santé, et que cette part est appelée à croître encore dans les années à venir. Le vieillissement de la population constitue l'un des défis majeurs de santé publique de ces prochaines décennies si bien que l'élaboration d'une législation spécifique devient impérative.

Les avant-projets élaborés en 2005 puis en 2008 ont dû être reportés en raison du calendrier législatif fédéral. L'adoption du nouveau régime de financement des soins par le parlement fédéral en juin 2008 et de ses dispositions d'application en juin 2009 a nécessité l'élaboration d'un décret cantonal urgent portant uniquement sur le financement des soins de longue durée. Ce décret a été adopté par le Grand Conseil le 5 mai 2010. Il entre en vigueur au 1^{er} janvier 2011, avec effet jusqu'à l'entrée en vigueur d'une législation spécifique sur les soins de longue durée, au plus tard au 31 décembre 2013.

Le présent avant-projet de loi doit ainsi prendre le relais du décret du 5 mai 2010. Il intègre non seulement les adaptations requises par le droit fédéral en matière de financement, mais également diverses dispositions visant à optimiser l'offre en soins de longue durée dans notre canton. Les recommandations du rapport du département des finances, des institutions et de la santé (DFIS) de mars 2010 concernant la planification des soins de longue durée 2010-2015¹ ont également été intégrées à l'avant-projet.

La future législation doit permettre à chaque personne âgée qui en a besoin de pouvoir bénéficier en tout temps des soins et de l'encadrement les mieux adaptés, et ce de façon égale à travers l'ensemble du canton. Les valeurs de liberté, de dignité, d'intégrité et d'égalité sur lesquelles la loi cantonale sur la santé est basée ont servi de fondements aux travaux préparatifs de l'avant-projet de loi sur les soins de longue durée.

Les objectifs et les points forts de cet avant-projet de loi sont, en résumé, les suivants :

- Adapter la législation cantonale à la législation fédérale, sur la base du décret sur le financement des soins de longue durée du 5 mai 2010.
- Préciser les dispositions spécifiques concernant la planification et le financement des soins de longue durée, en complément à la loi sur la santé du 14 février 2008 et à la loi sur les établissements et institutions sanitaires du 12 octobre 2006 dont la révision en cours doit entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2012.
- Définir des objectifs prioritaires, à savoir favoriser autant que possible la poursuite de la vie à domicile et mettre à disposition une offre de prestations de qualité, complète et coordonnée dans chaque région.
- Définir les dispositions applicables aux fournisseurs de soins de longue durée, à savoir notamment les établissements médico-sociaux (EMS), les organisations de soins et d'aide à domicile, les infirmières et infirmiers admis au sens de la LAMal, les lits d'attente hospitaliers, les structures de soins de jour ou de nuit et les appartements à encadrement médico-social.

¹ Ce rapport est disponible sur le site Internet de l'Etat du Valais à l'adresse www.vs.ch/sante.

- Renforcer les instances de coordination entre les fournisseurs de soins de longue durée.
- Préciser la répartition des tâches entre le canton et les communes en matière de soins de longue durée, sur la base de la situation actuelle, soit une planification définie au niveau cantonal et mise en œuvre par les communes.
- Revoir la répartition du financement entre le canton et les communes en matière de soins de longue durée de façon à financer de manière uniforme l'ensemble des prestations constituant la chaîne des soins de longue durée et à garantir un développement adéquat de toutes ces prestations.
- Fixer les participations des assurés aux coûts des soins, en application de la législation fédérale.

Le rapport explicatif à l'appui de l'avant-projet de loi présente, dans ses premiers chapitres, un état des lieux en matière de soins de longue durée, en particulier les objectifs fixés par la planification des soins de longue durée 2010-2015 ainsi que les problèmes découlant du système actuel et auxquels la future loi doit apporter une réponse. Les chapitres suivants sont consacrés à la présentation de l'avant-projet de loi.

2. Historique

2.1. Le développement de la politique de prise en charge des personnes âgées

La politique de prise en charge des personnes âgées commence à se développer dans les années 60 suite à l'adoption de la loi valaisanne sur la santé de 1961. Jusque là, les personnes âgées ne disposaient pas d'institutions spécifiques, mais étaient prises en charge au même titre que des personnes souffrant de handicap, de maladies mentales ou de dépendance à l'alcool dans des établissements appelés asiles.

Il faut attendre les années 70 et 80 pour voir se développer des structures adaptées à la population âgée et dotées de personnel qualifié, avec l'appui de subventions cantonales (jusqu'à 30% des coûts de construction d'un EMS) et fédérales (prise en charge d'un tiers des dépenses d'investissements en EMS jusqu'en 1987), ainsi que de contributions d'un certain nombre de communes allouées sur une base volontaire.

Parallèlement au développement des EMS, on assiste dès les années 70 à une institutionnalisation de l'aide et des soins à domicile avec la création des centres médico-sociaux (CMS) sous l'égide des communes, avec notamment une participation financière du canton. Dans les années 90, les CMS reçoivent des subventions de l'Office fédéral des assurances sociales couvrant 30% des dépenses salariales.

2.2. Loi sur la santé de 1996

Avec l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) en 1996, les soins dispensés en EMS sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS) au même titre que les soins dispensés sous forme ambulatoire ou à domicile. La loi valaisanne sur la santé de 1996 intègre ces changements dans la législation cantonale. Elle fixe la participation financière du canton aux EMS à 30% des dépenses retenues pour l'exploitation et les

investissements. Elle ne prévoit en revanche pas d'obligation de financement de la part des communes en ce qui concerne les EMS.

Pour les CMS, cette loi fixe la participation du canton à 50% de l'excédent des dépenses d'investissements et d'exploitation retenues. Le solde est à la charge des communes.

2.3. Avant-projet de loi sur les établissements et institutions sanitaires de 2005

L'avant-projet de loi sur les établissements et institutions sanitaires mis en consultation en 2005 prévoyait d'intégrer, dans une loi distincte de la loi sur la santé, l'ensemble des questions touchant à l'organisation, au fonctionnement et au financement des hôpitaux, mais aussi des EMS et des CMS.

Cet avant-projet proposait la mise en place d'associations régionales de communes pour répondre aux besoins de la population en matière de structures d'accueil médico-sociales, dans le cadre de la planification établie par le Conseil d'Etat. S'agissant des aspects financiers, il prévoyait une participation des communes au financement des EMS avec des subventions à l'exploitation (canton 20%, communes 10%) et aux investissements (canton 30%, communes 30%). En revanche, le canton devait reprendre à sa charge 100% de l'excédent de dépenses d'exploitation et d'investissements des CMS.

La procédure de consultation a rencontré l'opposition des communes et des régions qui craignaient que les CMS ne perdent leur caractère de proximité.

2.4. Division de la législation valaisanne sur la santé en trois lois distinctes (2005)

Suite à l'échec de la deuxième révision de la LAMal en 2004, le Conseil fédéral a décidé de soumettre ses projets de réformes au Parlement en plusieurs étapes, échelonnées dans le temps. Compte tenu de la stratégie arrêtée au niveau fédéral et en raison de la nécessité de remplacer le décret sur le Réseau Santé Valais (RSV) par une loi au plus tard le 1^{er} février 2007, la législation valaisanne sur la santé a été scindée en trois :

- loi sur les établissements et institutions sanitaires adoptée le 12 octobre 2006, sans les dispositions spécifiques aux EMS et CMS ;
- loi sur la santé révisée le 14 février 2008 ;
- loi sur les soins de longue durée (à réaliser).

2.5. Décret RPT I du 13 septembre 2007

Ce décret fixe la participation du canton à l'excédent des dépenses d'exploitation des CMS à 62.5% au lieu de 50% auparavant, afin de compenser le désengagement de la Confédération.

2.6. Loi sur la santé du 14 février 2008

Les dispositions sur le financement des EMS et des CMS sont intégrées aux dispositions transitoires de la nouvelle loi sur la santé dans l'attente d'une législation spécifique.

2.7. Avant-projet de loi sur les soins de longue durée de 2008

Cet avant-projet visait à ancrer dans la loi la définition, les modalités de planification et les conditions spécifiques de financement des diverses structures offrant des soins de longue durée. Il précisait également le rôle et la composition des commissions régionales de santé, de la structure cantonale de liaison interinstitutionnelle et des organisations faîtières des EMS et des CMS. Cet avant-projet ne prévoyait pas de modification dans la répartition des tâches et du financement entre le canton et les communes.

Il a été soumis au Conseil d'Etat le 3 juin 2008 avec proposition d'en prendre acte et d'autoriser le département en charge de la santé à procéder à la mise en consultation. Le Conseil d'Etat a alors demandé de soumettre l'avant-projet au comité de pilotage RPT II avant la mise en consultation. Le 18 juin 2008, ce comité a demandé une relecture de l'avant-projet à la lumière des principes généraux du projet RPT II.

Les travaux ont ensuite été interrompus dans l'attente de l'élaboration des ordonnances fédérales relatives au nouveau régime de financement des soins (publiées en juin 2009). La priorité a dû être donnée ensuite à l'élaboration des dispositions cantonales d'application.

2.8. Décret urgent concernant le financement des soins de longue durée du 5 mai 2010

Ces dispositions cantonales d'application font l'objet du décret sur le financement des soins de longue durée adopté par le Grand Conseil le 5 mai 2010. Ce décret vise uniquement à conformer les dispositions légales cantonales actuelles au nouveau droit fédéral qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2011. Compte tenu de la brièveté de ce délai, il s'est avéré impossible de préparer directement une loi cantonale. Celle-ci est toutefois indispensable puisque la validité du décret est limitée dans le temps.

2.9. Avant-projet de loi sur les soins de longue durée

L'avant-projet faisant l'objet de la présente consultation constitue le troisième volet de la législation cantonale sur la santé. Pour assurer la cohésion de cette dernière, la nouvelle loi sur les soins de longue durée devra remplacer le décret dès le 1^{er} janvier 2012 afin d'entrer en vigueur en même temps que la nouvelle loi sur les établissements et institutions sanitaires (adaptation à la révision de la LAMal sur le financement hospitalier).

3. Planification des soins de longue durée 2010-2015

Le rapport du Département des finances, des institutions et de la santé (DFIS) « Planification des soins de longue durée 2010-2015 », approuvé par le Conseil d'Etat le 24 mars 2010, fait état des enjeux liés au vieillissement de la population, des besoins qui en découlent et des adaptations devant être apportées pour y faire face.

3.1. Le vieillissement de la population : enjeux démographiques et de santé publique

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 à long terme montrent que la population valaisanne continuera de vieillir. Selon les derniers scénarios démographiques de l'Office fédéral de la statistique, 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.

Cette évolution s'accompagne de mutations réjouissantes d'un point de vue de santé publique comme l'amélioration du capital de formation et de santé des personnes âgées, ce qui les rend plus sensibles à la prévention et aux comportements adéquats en matière de santé. De plus, les possibilités nouvelles offertes par la science et la médecine permettent de maintenir en bonne santé des personnes vieillissantes et d'allonger leur durée de vie. Mais le vieillissement démographique a également pour corollaire une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes, c'est-à-dire nécessitant une aide pour l'accomplissement des actes de la vie quotidienne.

En termes de besoins en soins, cela se traduit par :

- une augmentation des maladies somatiques liées à l'âge (maladies cardio-vasculaires, accidents vasculaires cérébraux, diabète, diverses formes de cancer, ostéoporose, etc.) ;
- une augmentation des troubles psychiques et des pathologies démentielles ;
- une forte augmentation du nombre de personnes nécessitant une prise en charge.

3.2. La chaîne des soins de longue durée

La prise en charge évolue au fur et à mesure de l'accroissement du degré de dépendance des personnes âgées. 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 les infirmières admis au sens de la LAMal et les organisations privées ;
- les foyers de jour, qu'il convient désormais de dénommer structures de soins de jour conformément à 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.

Ces prestations sont complémentaires et constituent un tout. Elles forment la chaîne des soins de longue durée. Le type de prestations à offrir à un moment donné dépend du besoin en soins et en 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 globalement moins coûteuse que la prise en charge en EMS. 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 poursuivre la vie 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 poursuivre la vie 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.

3.3. Objectifs fixés par la planification 2010-2015

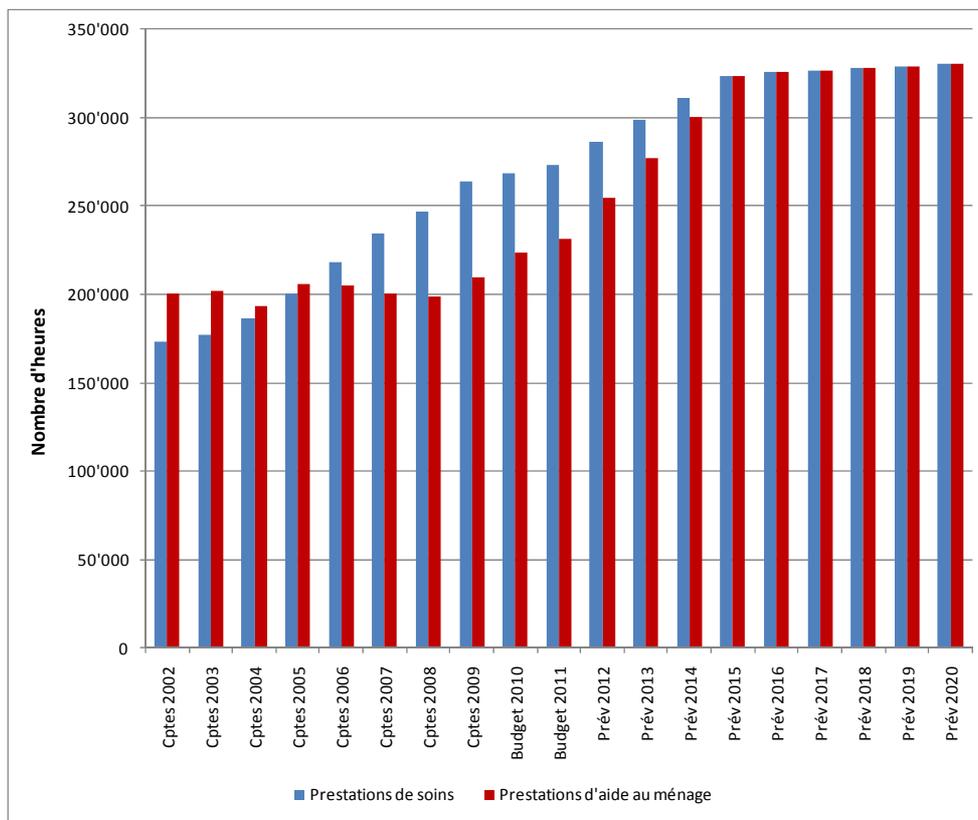
La planification des soins de longue durée 2010-2015 vise prioritairement :

- un fort développement des diverses formes d'aide à la poursuite de la vie à domicile et de soutien aux proches qui soignent ;
- une adaptation du nombre de lits de long séjour en EMS au vieillissement de la population.

Soins et aide à domicile

La planification 2010-2015 fixe comme objectif un développement des prestations de façon à atteindre dans chaque région sanitaire une offre équivalant à une heure de soins et à une heure d'aide à domicile par habitant. Le tableau suivant présente l'évolution de ces prestations, compte tenu de cet objectif. Il montre la nécessité de poursuivre l'accroissement des prestations de soins et d'augmenter fortement les prestations d'aide qui ont eu tendance à baisser ces dernières années.

**Evolution du nombre d'heures de soins à domicile et du nombre d'heures d'aide à domicile
2002-2020**



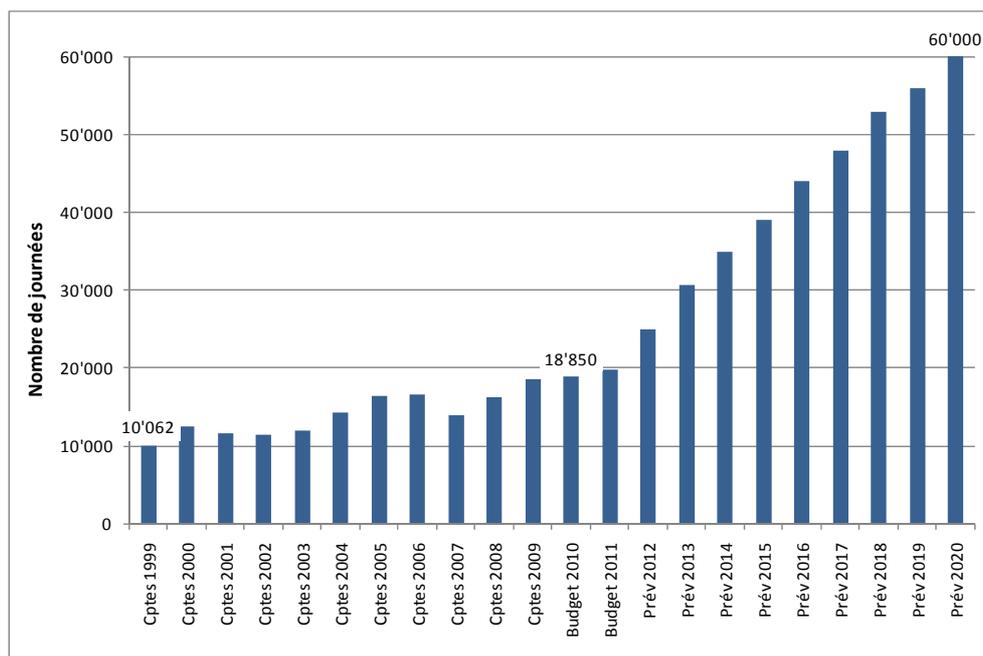
Structures de soins de jour

Le Valais dispose à l'heure actuelle de 13 foyers de jour subventionnés pouvant accueillir une centaine de personnes par jour. La majeure partie d'entre eux offre un encadrement spécialisé pour personnes âgées dépendantes. Ils 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).

La planification 2010-2015 vise la mise à disposition d'ici à 2015 d'au moins 280 places en structures de soins de jour. Il s'agit d'offrir au minimum l'équivalent d'une journée de répit par semaine aux proches s'occupant des quelques 1'400 personnes atteintes d'une pathologie démentielle à un stade intermédiaire ou avancé en Valais.

Le tableau suivant montre l'évolution passée et prévue du nombre de journées dans les foyers de jour, ainsi que le nombre de journées supplémentaires à offrir pour atteindre l'objectif fixé par la planification. Un effort important est attendu pour développer ce type de prise en charge afin de répondre aux besoins des proches qui soignent et de rattraper le retard pris en la matière.

**Evolution du nombre de journées en foyers de jour
1999-2020**

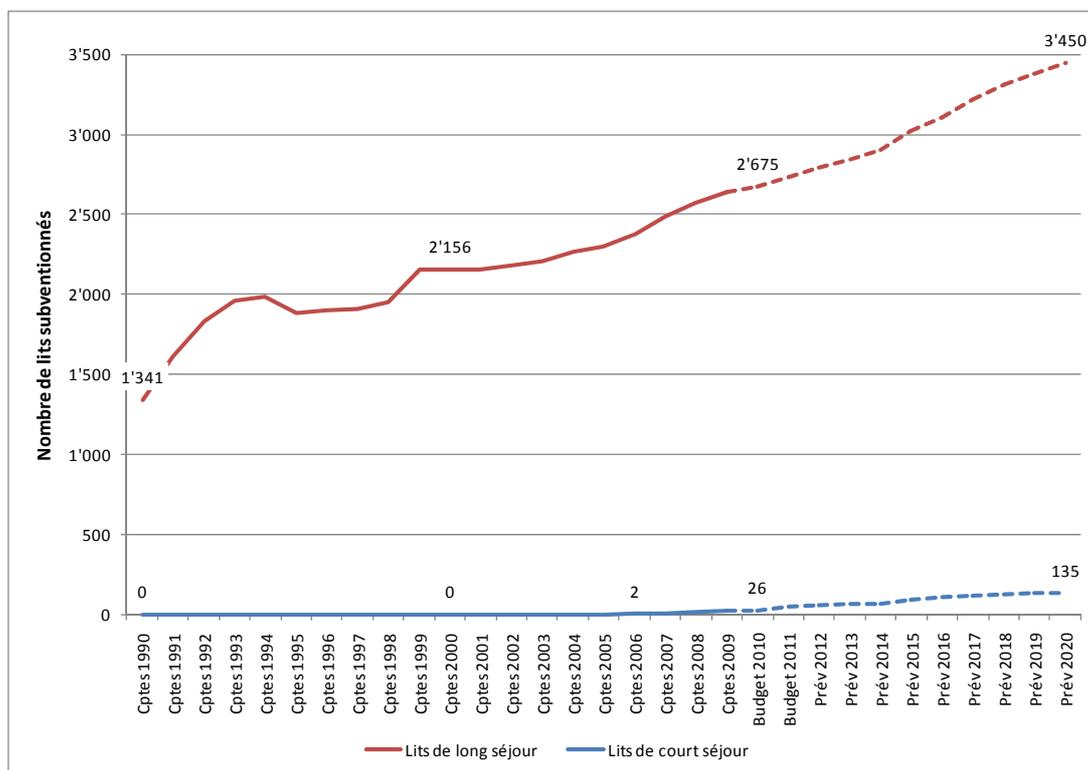


EMS

Pour les EMS, la planification 2010-2015 fixe une norme de 5 à 10 lits de court séjour (appelés auparavant unités d'accueil temporaire – UAT) pour 1'000 habitants de 80 ans et plus et une norme maximale de 200 lits de long séjour pour 1'000 habitants de 80 ans et plus. Ces normes ont été arrêtées sur la base de l'analyse des besoins en Valais et des comparaisons établies avec les autres cantons. Avec 200 lits de long séjour pour 1'000 habitants de 80 ans et plus, le Valais figurera parmi les cantons comptant le moins de lits de ce type. Cet objectif ambitieux a pour corollaire la nécessité de développer les prestations permettant la poursuite de la vie à domicile (soins et aide à domicile, structures de soins de jour ou de nuit, lits de court séjour en EMS).

Le tableau ci-après illustre le développement des lits de court séjour et de long séjour, compte tenu des normes arrêtées par la planification. Avec le vieillissement de la population, l'accroissement du nombre de lits d'EMS devra se poursuivre.

**Evolution du nombre de lits de court séjour et de long séjour en EMS
1990-2020**



Il faut noter que malgré les augmentations illustrées dans ce graphique, le nombre de lits de long séjour en EMS pour 1'000 habitants de 80 ans et plus est en baisse. Alors qu'on comptait encore quelque 230 lits pour 1'000 habitants de 80 ans et plus en 2000, ce chiffre est tombé à 192 en 2010. Parallèlement, la charge en soins s'est graduellement accrue, la part des résidents classés dans les deux catégories de soins les plus élevées ayant passé de 52% en 1997 à 67% en 2008, avec de plus en plus de personnes atteintes d'une pathologie démentielle.

Autres recommandations

En complément aux objectifs mentionnés ci-dessus, le rapport sur la planification des soins de longue durée 2010-2015 présente les recommandations suivantes :

- améliorer la prise en charge des troubles de la santé mentale (pathologies démentielles) des personnes âgées dans les structures médico-sociales en renforçant notamment les compétences du personnel soignant, en développant la psychiatrie de liaison médico-sociale et en offrant de nouvelles structures ;
- renforcer la prévention pour diminuer l'incidence des maladies liées à l'âge et mieux repérer les situations à risque ;
- améliorer la coordination du parcours des patients entre les institutions ;
- pallier la pénurie de personnel qualifié.

4. Problèmes actuels auxquels la nouvelle loi sur les soins de longue durée doit apporter une réponse

Les objectifs fixés dans la planification des soins de longue durée 2010-2015 sont ambitieux. Leur mise en œuvre ne pourra se concrétiser pleinement sans une adaptation du cadre légal. Ainsi, le rapport accompagnant cette planification met en évidence divers problèmes et obstacles devant trouver une solution au niveau de la future loi sur les soins de longue durée.

4.1. Répartition inadéquate des compétences et du financement

Actuellement, le canton finance la plus grande partie du déficit des CMS (62.5%, soit 20.5 millions de francs selon le budget 2011) alors que ces derniers sont gérés par les communes qui financent le solde des dépenses (12 millions de francs selon le budget 2011).

Le canton finance également 30% des dépenses d'exploitation retenues des EMS (58.3 millions de francs selon le budget 2011), ainsi que 30% de leurs dépenses d'investissements (5 millions de francs selon le budget 2011). Les communes ne sont quant à elles pas tenues de contribuer au financement des EMS.

Cette répartition du financement ne favorise pas le développement de l'aide et des soins à domicile. On constate en effet, dans certaines régions, une offre insuffisante de prestations à domicile provoquant des placements prématurés en EMS, alors que la prise en charge à domicile pourrait être prolongée.

4.2. Manque de prestations de soutien à la poursuite de la vie à domicile

La planification a mis en évidence la nécessité de développer davantage les diverses formes d'aide à la poursuite de la vie à domicile et de soutien aux proches qui soignent une personne devenue dépendante. Il s'agit de développer les prestations des CMS, mais aussi d'accroître les possibilités d'accueil temporaire, en augmentant le nombre de places en structures de soins de jour ou de nuit et le nombre de lits de court séjour en EMS. Permettre aux proches de s'appuyer sur de telles structures, c'est en effet leur offrir des plages de répit et éviter un épuisement débouchant sur un placement prématuré de la personne dont ils s'occupent.

Comme le montrent les comparaisons intercantionales et l'analyse des besoins, ces offres sont encore insuffisantes dans notre canton, alors que la grande majorité des personnes âgées souhaitent vivre le plus longtemps possible chez elles. En effet, pour atteindre les objectifs fixés, il faudrait au moins 280 places en structures de soins de jour (alors que nous n'en disposons que d'une centaine) et jusqu'à 160 lits de court séjour (alors que l'on en compte seulement une vingtaine dans l'ensemble du canton).

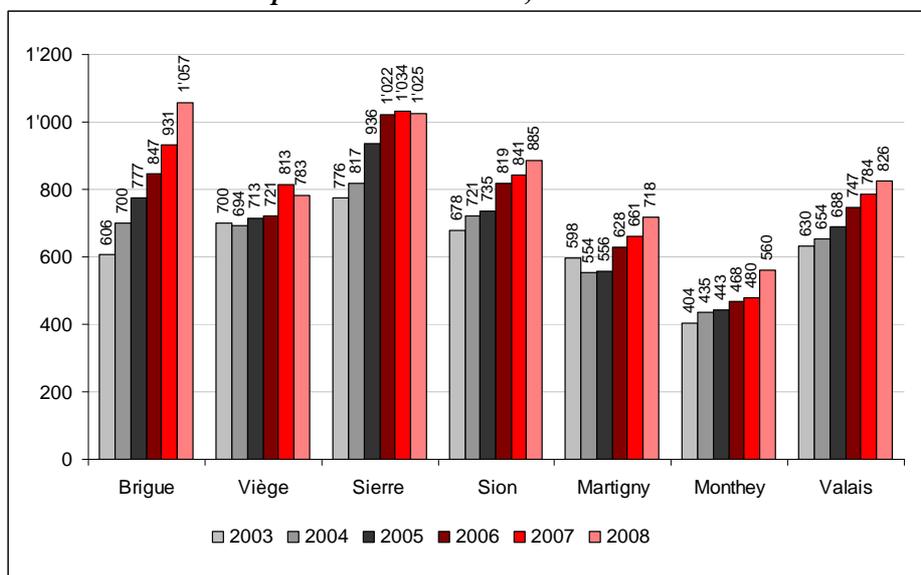
4.3. Développement inégal de l'offre selon les régions

Les statistiques montrent que l'offre est répartie de manière inégale selon les régions. En ce qui concerne les soins et l'aide à domicile, on constate d'importants écarts entre les régions sanitaires, comme le montrent les tableaux ci-dessous². Les prestations de soins augmentent, mais des efforts doivent encore être faits dans les régions les moins bien dotées. Les prestations d'aide ont par contre tendance à diminuer dans certaines régions et les écarts sont

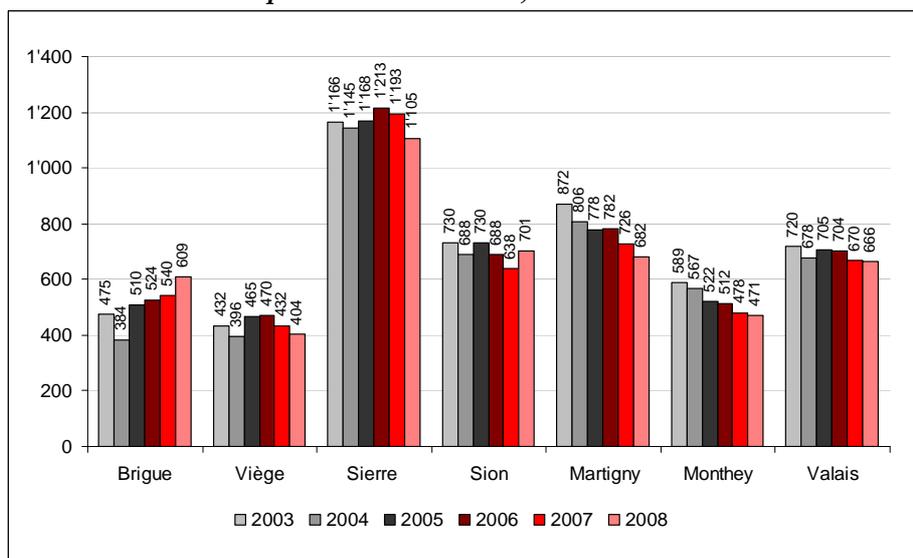
² Ces tableaux sont tirés du rapport susmentionné de planification des soins de longue durée 2010-2015.

plus importants. Cette évolution est inquiétante puisque l'aide est indispensable à la poursuite de la vie à domicile, les soins ne pouvant à eux seuls suffire.

Nombre d'heures pour les prestations de soins dispensées par les CMS pour 1'000 habitants, 2003-2008



Nombre d'heures pour les prestations d'aide à domicile dispensées par les CMS pour 1'000 habitants, 2003-2008



Les régions présentent aussi d'importants écarts en ce qui concerne les structures de soins de jour : on ne comptait à fin 2009 que deux places pour tout le Haut-Valais, contre une centaine dans le reste du canton. Il en va de même en ce qui concerne les lits de court séjour : on en disposait, à fin 2009, de 16 dans le Haut-Valais, 4 dans la région de Sierre, 1 pour toute la région de Sion et aucun dans les régions de Martigny et de Monthey. Divers projets de lits de court séjour sont en cours de concrétisation dans le Valais romand, mais l'offre reste encore insuffisante.

Enfin, ces disparités régionales se reflètent également au niveau des lits de long séjour en EMS, où la dotation moyenne en 2008 pour 1'000 habitants de 80 ans et plus était de 233 lits

dans le Haut-Valais, 154 lits dans la région de Sierre, 214 lits dans la région de Sion, 180 lits dans la région de Martigny et 198 lits dans la région de Monthey.

4.4. Absence de critères uniformes d'admission en EMS

Actuellement, les EMS bénéficient d'un subventionnement cantonal s'élevant à 30% des dépenses d'investissements retenues. Les communes ne sont en revanche pas contraintes de contribuer au financement des EMS. Deux tiers d'entre elles ont participé de façon volontaire au financement des coûts de construction ou de rénovation d'un ou de plusieurs EMS de leur région. Un tiers des communes valaisannes n'a toutefois apporté aucune contribution. Dès lors, certains EMS ont tendance à accueillir en priorité des ressortissants de communes ayant contribué à leur financement et refusent ainsi parfois des personnes provenant d'autres communes quand bien même celles-ci se trouveraient dans une situation de placement plus urgente.

4.5. Coordination à renforcer

Des instances de coordination ont déjà été mises en place. Il s'agit par exemple des commissions régionales de santé, dont la mission consiste à veiller au niveau régional au développement adéquat du secteur sanitaire, ainsi que de la structure cantonale de liaison interinstitutionnelle, composée de deux coordinatrices et d'infirmières de liaison, dont la tâche consiste à coordonner le parcours des patients entre les institutions de soins. Ces instances, créées sur décisions du Conseil d'Etat, n'ont à l'heure actuelle pas d'ancrage direct au niveau de la loi. Pour parvenir à une harmonisation des prestations et des pratiques sur l'ensemble du canton, ces instances de coordination doivent être renforcées.

5. Principes généraux de l'avant-projet de loi sur les soins de longue durée

5.1. Complémentarité de l'avant-projet de loi sur les soins de longue durée avec la loi sur la santé et la loi sur les établissements et institutions sanitaires

A l'heure actuelle, la législation valaisanne sur la santé repose sur deux lois : la loi sur la santé du 14 février 2008 (LS) et la loi sur les établissements et institutions sanitaires du 12 octobre 2006 (LEIS) dont la révision devra entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2012.

La loi sur la santé règle notamment les questions d'autorisations d'exploiter ou de pratiquer, ainsi que les exigences en matière de qualité des prestations. Ces éléments s'appliquent aussi aux fournisseurs de soins de longue durée.

La LEIS contient, quant à elle, les dispositions cantonales générales en matière de planification sanitaire et de conditions de subventionnement, applicables à tous les établissements et institutions sanitaires. Elle attribue la compétence au Conseil d'Etat d'établir la planification sanitaire. Elle précise les dispositions spécifiquement applicables au secteur hospitalier, mais pas celles concernant spécifiquement les soins de longue durée.

L'avant-projet de loi sur les soins de longue durée doit donc préciser les dispositions spécifiques concernant la planification et le financement des soins de longue durée, dans le respect de la législation fédérale. Il est conçu de manière à compléter les dispositions des lois

cantoniales sur la santé et sur les établissements et institutions sanitaires. Une fois les trois lois en vigueur, le canton du Valais disposera d'une législation complète sur la santé.

5.2. But et principes généraux

Le but général de l'avant-projet de loi consiste à favoriser la mise à disposition d'une offre complète et coordonnée de prestations de soins de longue durée répondant aux besoins de la population et répartie équitablement sur l'ensemble du territoire cantonal. L'avant-projet vise ainsi à répondre aux problèmes mentionnés précédemment afin de garantir l'accès, dans chaque région sanitaire, à tous les types de prestations constituant la chaîne des soins de longue durée.

L'avant-projet définit également les principes généraux devant guider l'action des autorités et des institutions, à savoir les principes de dignité et d'égalité de traitement et d'accès. Les prestations doivent permettre d'assurer la qualité de vie des personnes âgées et éviter la maltraitance. Une place particulière est attribuée à la promotion de la santé et aux liens socio-culturels des personnes âgées. Les possibilités de poursuivre la vie à domicile doivent être favorisées, alors que l'hébergement de long séjour en EMS n'est à envisager que lorsque la vie à domicile n'est plus possible. La complémentarité des prestations doit être encouragée tout en visant le meilleur rapport entre les prestations et leur coût.

6. Offre en soins de longue durée : définitions

L'avant-projet de loi définit l'offre en soins de longue durée, ce qui permet de clarifier les caractéristiques et les missions de chaque intervenant et de leur donner une base légale.

6.1. Etablissements médico-sociaux (EMS)

Les EMS accueillent, sur un ou plusieurs sites de proximité, pour des longs et courts 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, ainsi que de l'aide pour accomplir les activités de la vie quotidienne. Ils offrent des prestations médicales, paramédicales, thérapeutiques, de surveillance, hôtelières et d'animation.

En mentionnant la possibilité d'offrir des prestations sur un ou plusieurs sites de proximité, l'avant-projet s'inspire du modèle d'EMS multisite, où un EMS s'agrandit par la construction d'unités décentralisées, afin de se rapprocher de la population éloignée de la commune siège et de lui garantir une prise en charge plus proche de son lieu de vie habituel.

L'avant-projet définit également les notions de lits de long séjour et de court séjour. Par lits de long séjour, on entend les lits destinés à des personnes pour qui il n'est durablement plus envisageable de poursuivre la vie à domicile. Quant aux lits de court séjour, il s'agit de places d'accueil temporaire intégrées dans des EMS. Ils constituent une possibilité de soutien pour la personne âgée et son entourage et visent le retour de la personne âgée à son domicile.

La notion d'unité d'accueil temporaire (UAT) est abandonnée au profit de celle de lits de court séjour. Il s'agit de se conformer à la terminologie utilisée dans la statistique fédérale et d'éviter les confusions avec les cantons où la notion d'accueil temporaire fait référence à l'accueil de jour. De plus, l'idée de regrouper les lits de court séjour d'un EMS dans une

même unité n'est plus d'actualité, la pratique ayant montré qu'il est plus adéquat de répartir ces lits dans les diverses unités de soins de l'EMS, afin notamment de faciliter la gestion du personnel au vu du taux d'occupation nécessairement plus fluctuant de ces lits.

6.2. Organisations de soins et d'aide à domicile

Les organisations de soins et d'aide à domicile fournissent des prestations de soins et d'aide afin de permettre la poursuite de la vie à domicile dans le respect du choix des personnes.

Il s'agit notamment des centres médico-sociaux (CMS). L'avant-projet de loi fixe les missions principales que doivent exercer ces derniers dans le domaine des soins de longue durée, à savoir : organiser et promouvoir des prestations de prévention, de soins et d'aide à domicile pour les personnes de tous âges qui nécessitent des thérapies, des traitements et des soins curatifs et palliatifs, des examens, des prestations médico-sociales, de l'aide pour gérer les tâches de la vie quotidienne et participer à la vie sociale ainsi qu'un accompagnement sécuritaire à domicile.

Les autres tâches des CMS, à savoir en particulier les tâches d'assistance sociale, ne relèvent pas de la législation sur les soins de longue durée.

6.3. Infirmières et infirmiers admis

Les infirmières et infirmiers admis au sens de l'article 38 de la LAMal dispensent des soins. Les conditions de leur admission sont fixées à l'article 49 de l'ordonnance fédérale sur l'assurance-maladie (OAMal). Ils doivent être titulaires du diplôme de soins infirmiers et avoir exercé pendant deux ans leur activité auprès d'une infirmière ou d'un infirmier admis ou dans un hôpital ou dans une organisation de soins et d'aide à domicile sous la direction d'une infirmière ou d'un infirmier.

6.4. Structures de soins de jour ou de nuit

La notion de structures de soins de jour ou de nuit a été intégrée à la LAMal dans le cadre du nouveau régime de financement des soins qui entrera en vigueur en janvier 2011.

L'avant-projet précise cette notion de la façon suivante. Les structures de soins de jour ou de nuit offrent aux personnes âgées des soins et un encadrement médico-social de jour ou de nuit, occasionnel ou régulier, permettant la poursuite de la vie à domicile tout en soulageant les proches et la famille. Il s'agit de structures dans lesquelles des soins au sens de la LAMal sont fournis.

Le canton du Valais compte déjà un certain nombre de structures appelées communément foyers de jour qui dispensent des soins à leurs usagers et qui correspondent donc à cette définition. Le département en charge de la santé délivrera une autorisation d'exploiter en tant que structure de soins de jour, dans la mesure où les exigences requises sont respectées. Ces structures se distinguent des centres de jour offrant des prestations uniquement socio-éducatives et préventives.

6.5. Appartements à encadrement médico-social

Les appartements à encadrement médico-social regroupent un ou plusieurs appartements et se situent à proximité des lieux de services. Ils offrent une infrastructure et un aménagement sécuritaire adaptés aux besoins spécifiques de la population âgée. Ils préviennent l'isolement social et favorisent l'autonomie de personnes âgées dont le degré de dépendance ne nécessite pas une prise en charge en continu.

Cela signifie qu'ils s'adressent à des personnes dont le degré de dépendance ne nécessite pas un placement en EMS, mais dont les conditions de vie à domicile ne sont plus suffisamment sûres (logement éloigné des lieux de services, isolement social, obstacles architecturaux, etc.). Les soins et l'aide dans les appartements à encadrement médico-social ne doivent pas être fournis 24 heures sur 24. Ils y sont dispensés comme dans tout domicile, de façon ponctuelle, par un fournisseur de soins au bénéfice d'une autorisation.

Le développement de tels appartements est inscrit dans le mandat de prestations des CMS. L'avant-projet prévoit que la dénomination « appartement à encadrement médico-social » soit réservée aux titulaires d'une reconnaissance du département en charge de la santé. Avec le développement d'offres immobilières ciblées sur la population âgée, il est en effet important de permettre aux personnes intéressées de distinguer clairement entre les appartements offrant un réel encadrement médico-social répondant aux exigences fixées par le canton (contrat avec un CMS, adaptations architecturales, ...) et d'autres offres.

6.6. Lits d'attente hospitaliers

Les lits d'attente hospitaliers sont destinés aux patients qui attendent une place en EMS après un séjour hospitalier. Ils font partie de la planification hospitalière.

Suite à la mise à disposition de nouveaux lits d'EMS, le nombre de lits d'attente hospitaliers a pu être progressivement réduit. A l'heure actuelle, on compte un à deux lits d'attente hospitaliers pour chacun des sites suivants de l'Hôpital du Valais : Brigue, Sierre, Martigny et St-Maurice.

7. Répartition des tâches entre canton et communes

La loi sur la santé et la loi sur les établissements et institutions sanitaires définissent les tâches du canton en matière de surveillance et de planification. Les tâches communales relatives aux soins de longue durée ne sont par contre pas mentionnées dans la législation sur la santé. L'avant-projet de loi de loi sur les soins de longue durée précise à la fois les tâches cantonales et les tâches communales pour ce domaine, sans modifier fondamentalement la pratique en vigueur à l'heure actuelle.

7.1. Tâches cantonales

Autorisations

L'avant-projet de loi rappelle que, conformément à la loi sur la santé, le département en charge de la santé délivre les autorisations d'exploiter aux EMS, aux organisations de soins et

d'aide à domicile ainsi qu'aux structures de soins de jour ou de nuit. Il délivre également des autorisations de pratiquer aux infirmières et infirmiers admis au sens de la LAMal.

Les appartements à encadrement médico-social ne sont pas soumis au régime d'autorisation découlant de la loi sur la santé, car ils ne constituent pas un établissement sanitaire. En effet, les soins y sont dispensés comme dans tout domicile par un fournisseur de soins autorisé. Par contre, comme mentionné précédemment, le département en charge de la santé peut leur délivrer une reconnaissance au sens de la loi sur les soins de longue durée pour les distinguer d'autres offres ne correspondant pas aux exigences requises.

Planification

Conformément à l'article 39 de la LAMal, comme les hôpitaux, les EMS doivent, pour être admis, correspondre à la planification établie par le canton afin de couvrir les besoins et figurer sur la liste cantonale. La jurisprudence fédérale (TAF 2009/48 ; C-5733/2007) précise que le canton reste responsable de la couverture en soins de l'ensemble de son territoire, et ce même s'il délègue des compétences de planification aux communes.

L'article 3 de la loi sur les établissements et institutions sanitaires du 12 octobre 2006 (LEIS) confie au Conseil d'Etat la tâche d'établir la planification sanitaire. Cette dernière doit porter sur la coordination de l'action des différents partenaires de la santé dans le cadre d'une conception globale du système de santé intégrant les hôpitaux, les EMS, les CMS, les autres établissements et institutions sanitaires, les urgences pré-hospitalières et les partenaires du secteur ambulatoire.

Conformément aux dispositions de la LAMal et de la LEIS, l'avant-projet de loi sur les soins de longue durée confie l'ensemble des compétences en matière de planification des soins de longue durée au canton. Dans un souci d'uniformité de l'offre, il est indispensable que la planification soit effectuée à l'échelle du canton. Le Conseil d'Etat est chargé d'établir la planification des soins de longue durée et de délimiter les régions sanitaires.

L'avant-projet précise que la planification doit se faire conformément au but fixé par la loi. Ainsi, la planification doit favoriser la mise à disposition dans chaque région sanitaire d'une offre complète et coordonnée de prestations de soins de longue durée répondant aux besoins de la population et répartie équitablement sur l'ensemble du territoire cantonal.

Par offre complète, on entend l'ensemble des prestations constituant la chaîne des soins de longue durée, à savoir les soins et l'aide à domicile (y compris dans les appartements à encadrement médico-social), les structures de soins de jour ou de nuit, les lits de court séjour et long séjour en EMS ainsi que des mesures de prévention. La mise à disposition de ces prestations se doit d'être coordonnée, ce qui signifie que la bonne prestation doit être offerte au bon endroit et au bon moment selon le degré de dépendance de la personne et les possibilités de soutien de son entourage. Une telle offre doit être disponible en suffisance dans chacune des régions sanitaires. Le volume de prestations doit y être adapté aux besoins et accessible pour tous.

Compétences du département en charge de la santé

La compétence d'attribuer les nouveaux lits d'EMS aux divers projets est confiée au département en charge de la santé, dans le cadre de la planification arrêtée par le Conseil d'Etat, comme c'est le cas actuellement.

De plus, afin de garantir l'égalité de traitement entre tous les citoyens, l'avant-projet charge le département de déterminer, par voie de directives, les critères portant sur l'accès de tous les patients à des soins appropriés et de qualité. La décision de placement en EMS doit se baser sur le besoin en soins et en encadrement, compte tenu des possibilités de soutien de l'entourage. Le département est également chargé de fixer la proportion de lits de court séjour devant être mise à disposition dans chaque EMS.

EMS : liste cantonale et mandats de prestations

En application de l'article 39 de la LAMal, le Conseil d'Etat établit la liste cantonale des EMS, qui découle des besoins mis en évidence par la planification. Les EMS figurant sur la liste reçoivent un mandat de prestations. Ce mandat est en principe identique pour l'ensemble des EMS.

Pour être admis sur la liste cantonale, les conditions fixées dans la LEIS concernant l'inscription sur la liste hospitalière cantonale et pour l'octroi d'un mandat de prestations s'appliquent par analogie aux EMS, conformément à la LAMal. De plus, les EMS doivent respecter des normes de qualité fixées dans les directives du département en charge de la santé, intégrer dans leurs instances dirigeantes au minimum un représentant de la commune siège et respecter les critères d'accès ainsi que la proportion de lits de court séjour.

Mandats de prestations pour les autres établissements ou institutions de soins de longue durée

Contrairement aux hôpitaux et aux EMS, les organisations de soins et d'aide à domicile, les structures de soins de jour ou de nuit et les infirmières et infirmiers admis n'ont pas besoin d'être reconnus dans la planification cantonale pour pouvoir pratiquer à charge de la LAMal. Pour avoir droit au financement découlant de la LAMal, ils doivent uniquement obtenir une autorisation d'exploiter basée sur les articles 49 et 51 de l'ordonnance fédérale sur l'assurance-maladie (OAMal) et sur les dispositions de la législation cantonale en la matière.

L'avant-projet de loi prévoit la possibilité pour le Conseil d'Etat d'attribuer des mandats de prestations aux organisations de soins et d'aide à domicile, notamment aux CMS afin que ces derniers garantissent la couverture de l'ensemble du territoire cantonal. L'octroi de mandats de prestations est également possible pour les structures de soins de jour ou de nuit, ainsi que pour d'autres types d'établissements ou institutions de soins de longue durée. Cette dernière catégorie est prévue afin de tenir compte des nouvelles formes d'offres de soins de longue durée qui n'existent pas encore mais qui pourraient se développer à l'avenir.

7.2. Tâches communales

Mise en œuvre de la planification

Historiquement, la prise en charge des personnes âgées incombe aux communes. En effet, jusqu'au XX^e siècle, les personnes âgées dépendantes étaient prises en charge par les

hôpitaux-asiles. Cette mission d'aide aux personnes âgées relevait de la compétence des bourgeoisies. Dans la 2^{ème} moitié du XX^e siècle, les communes ont développé les EMS et les CMS, dans le cadre de la planification cantonale, avec l'appui des subventions fédérales et cantonales.

L'avant-projet de loi s'inscrit dans la continuité de cette politique de proximité. Ainsi, il confie aux communes la responsabilité de la mise en œuvre de la planification des soins de longue durée définie par le canton. Il précise que chaque commune doit veiller à ce que ses ressortissants aient accès à tous les types de prestations de soins de longue durée dont ils ont besoin (soins et aide à domicile, y compris en appartement à encadrement médico-social, structures de soins de jour ou de nuit, lits de court séjour et de long séjour en EMS) et à ce que chacun d'entre eux puisse bénéficier en tout temps de la prise en charge la mieux adaptée à ses besoins.

Commissions régionales de santé

Des commissions régionales de santé regroupant les principaux partenaires du système sanitaire ont été mises en place dès 1996, sur décision du Conseil d'Etat, dans chaque région sanitaire. L'avant-projet propose de les ancrer dans la loi en tant qu'organe consultatif du département en charge de la santé. Comme à l'heure actuelle, leur mission consiste :

- à favoriser la coordination entre le canton et les communes, ainsi qu'entre communes d'une même région sanitaire ;
- à veiller à la mise à disposition d'infrastructures et d'une offre de prestations médico-sociales adaptées aux besoins spécifiques de la population dans chaque région sanitaire ;
- à donner leur préavis sur les divers projets d'agrandissement et de construction d'EMS à l'intention du département en charge de la santé.

Les commissions régionales de santé ont ainsi un rôle d'intermédiaire entre le canton et les communes et de coordination au niveau des régions sanitaires. La composition, la procédure de nomination et les attributions des commissions régionales de santé seront fixées par le Conseil d'Etat par voie d'ordonnance.

Rattachement des communes aux EMS et organisations de soins et d'aide à domicile

L'avant-projet de loi sur les soins de longue durée prévoit que chaque commune se rattache à un ou plusieurs EMS figurant sur la liste cantonale, ainsi qu'à une ou plusieurs organisations de soins et d'aide à domicile reconnue d'utilité publique. Au minimum, l'avant-projet exige que chaque commune soit rattachée à un EMS ainsi qu'à un CMS.

Ces dispositions visent à garantir l'accès de tous les patients aux prestations de soins de longue durée, quelle que soit leur commune de domicile, et à concrétiser la mise en œuvre de la planification.

Les communes sont libres d'opérer seules ces rattachements ou de se regrouper. Les modalités de rattachement sont définies librement par les communes, en concertation avec les commissions régionales de santé. Elles peuvent par exemple conclure des conventions avec les prestataires ou se regrouper en association. Dans les faits, les communes sont déjà toutes rattachées à un CMS et une partie d'entre elles également à un ou plusieurs EMS.

S'il se trouve qu'une commune n'est rattachée ni à un EMS, ni à un CMS, l'avant-projet prévoit une intervention du Conseil d'Etat, sur préavis de la commission régionale de santé, pour fixer les modalités d'adhésion.

8. Dispositions financières

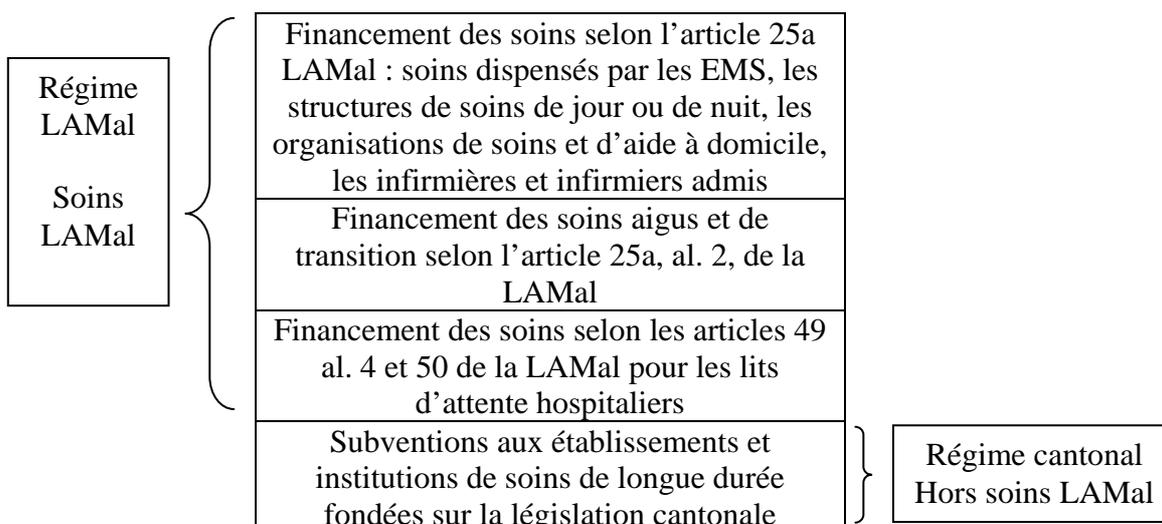
8.1. Les régimes de financement

La LAMal (art. 25a) régit le financement des soins dispensés par les EMS, les structures de soins de jour ou de nuit, les organisations de soins et d'aide à domicile et les infirmières ou infirmiers admis. La LAMal régit également le financement des soins aigus et de transition (art. 25a al. 2 LAMal), ainsi que celui des lits d'attente hospitaliers (art. 49 al. 4 et 50 LAMal). Les cantons sont chargés de définir les modalités d'application, dans le respect des dispositions fédérales.

Le régime de financement découlant de la LAMal ne porte que sur le financement des soins, sur la base d'un catalogue précis de prestations exhaustivement énumérées. Les autres prestations, notamment l'encadrement, l'hébergement, les repas et l'animation, ne sont pas prises en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS). Ainsi, en cas de séjour en EMS, l'AOS prend en charge les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire ou pour les soins à domicile. Il en découle que les prestations de soins fournies dans un EMS sont associées au domaine ambulatoire.

En complément, il est nécessaire de prévoir des subventions spécifiques pour certaines prestations qui ne sont pas ou insuffisamment financées par le régime découlant de la LAMal. Ces subventions spécifiques sont fondées uniquement sur la législation cantonale.

L'articulation entre le régime de financement découlant de la LAMal et les subventions spécifiques fondées sur la législation cantonale peut être schématisée comme suit :



L'avant-projet de loi sur les soins de longue durée reprend et adapte les dispositions du décret sur le financement des soins de longue durée du 5 mai 2010 portant sur le régime LAMal et les subventions spécifiques fondées sur la législation cantonale. L'avant-projet est subdivisé en chapitres correspondants aux divers régimes de financement, à savoir :

- le financement des soins selon l'article 25a LAMal ;
- le financement des soins aigus et de transition selon l'article 25a alinéa 2 LAMal ;
- le financement des soins selon les articles 49 alinéa 4 et 50 LAMal (lits d'attente hospitaliers) ;
- les subventions aux établissements et institutions de soins de longue durée fondées sur la législation cantonale.

8.2. Le financement des soins selon l'article 25a LAMal

Les nouvelles dispositions de la LAMal (art. 25a) sur le financement des soins, qui entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2011, prévoient un financement exclusif des soins de longue durée par :

- les assureurs-maladie (contribution aux soins), qui versent au titre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) une contribution aux soins fixée par le Conseil fédéral et uniforme au niveau national ;
- les assurés (participation des assurés aux coûts des soins), qui peuvent être appelés à participer jusqu'à hauteur de 20% de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral ;
- les pouvoirs publics (contribution résiduelle aux soins), à savoir le canton et/ou les communes qui doivent régler le financement résiduel non pris en charge par l'AOS.

La contribution aux soins versée par les assureurs-maladie étant fixée par le Conseil fédéral, il appartient au canton de déterminer la participation des assurés aux coûts des soins et les contributions résiduelles aux soins à charge des pouvoirs publics.

Participation des assurés aux coûts des soins

Sous l'ancien régime fédéral de financement des soins, la protection tarifaire excluait la participation des patients aux coûts des soins. Les nouvelles dispositions fédérales prévoient que les coûts des soins peuvent être répercutés sur la personne assurée jusqu'à hauteur de 20% de la contribution AOS maximale fixée par le Conseil fédéral, soit frs. 21.60 par jour au maximum pour les EMS et frs. 15.95 par jour pour les soins à domicile. Pour garantir l'accès aux soins, indépendamment des moyens financiers de chacun, l'introduction du nouveau régime de financement des soins a été accompagnée par des mesures touchant l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et les prestations complémentaires à l'AVS. Ainsi, une allocation pour impotent de degré faible a été introduite et les conditions ouvrant le droit aux prestations complémentaires à l'AVS ont été assouplies.

Le canton du Valais n'a aucunement l'intention de réduire les contributions cantonales au détriment des personnes âgées. C'est pourquoi, dans son ordonnance sur le financement des soins de longue durée du 1^{er} septembre 2010, le Conseil d'Etat a renoncé à exiger une participation des assurés pendant la durée de validité du décret sur le financement des soins de longue durée du 5 mai 2010. Ce dernier est en vigueur du 1^{er} janvier 2011 jusqu'à l'entrée en vigueur de la loi sur les soins de longue durée, mais au plus tard jusqu'au 31 décembre 2013.

L'état actuel des finances cantonales a permis de renoncer à exiger une participation des assurés. Cependant, au vu de l'évolution démographique, les pouvoirs publics (canton et communes) ne pourront pas supporter seuls le financement des contributions résiduelles aux soins. C'est pourquoi l'avant-projet de loi sur les soins de longue durée prévoit, dans les EMS et pour les lits d'attente hospitaliers, une participation des assurés de 10% de la contribution maximale AOS fixée par le Conseil fédéral, avec un plafond annuel fixé à 5'000 francs. Cette solution a été retenue pour pérenniser la contribution des pouvoirs publics tout en représentant une charge supportable pour les assurés. Il importe de rappeler que les prestations complémentaires seront adaptées en conséquence pour les assurés qui n'ont pas les moyens de supporter leur participation aux coûts des soins. De plus, le Conseil d'Etat peut renoncer à exiger une participation pour les assurés au bénéfice de l'aide sociale.

En se basant sur les chiffres actuels, le montant maximal annuel que représenterait une participation de l'assuré de 10% dans les EMS se monterait à 3'942 francs. Le plafond de 5'000 francs permet de garantir aux assurés que leur contribution n'ira pas au-delà, même si, à l'avenir, le Conseil fédéral n'adapte pas pleinement les contributions de l'AOS à l'évolution des coûts.

L'avant-projet de loi ne prévoit aucune participation des assurés pour les soins dispensés par les autres fournisseurs des soins. Il s'agit ainsi de ne pas dissuader le recours aux prestations permettant la poursuite de la vie à domicile, conformément aux recommandations de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) en la matière.

Contribution résiduelle aux soins

Tout comme le décret du 5 mai 2010, l'avant-projet de loi prévoit que les pouvoirs publics financent la contribution résiduelle aux soins et donne la compétence au Conseil d'Etat de déterminer les coûts facturables pour les soins, après avoir entendu les fournisseurs de soins.

8.3. Le financement des soins aigus et de transition selon l'article 25a alinéa 2 LAMal

L'article 25a alinéa 2 de la LAMal prévoit un financement particulier pour les soins aigus et de transition. Il s'agit des soins qui se révèlent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier et prescrits par un médecin de l'hôpital. Ils peuvent être dispensés par les EMS, par les organisations de soins et d'aide à domicile ou par les infirmières ou infirmiers admis.

Les soins aigus et de transition sont rémunérés durant deux semaines au plus conformément à la réglementation sur le financement hospitalier. Les assureurs et les fournisseurs de prestations doivent convenir de forfaits. La part à charge des pouvoirs publics est déterminée conformément à la LAMal (art. 49a et dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007 sur le financement hospitalier).

8.4. Le financement des soins selon les articles 49 alinéa 4 et 50 LAMal (lits d'attente hospitaliers)

Le financement des lits d'attente hospitaliers est réglé par les articles 49 alinéa 4 et 50 LAMal. Selon ces dispositions, lorsqu'il n'y a plus d'indication médicale pour la poursuite d'une hospitalisation, la rémunération se fait sur la base des tarifs applicables aux EMS. L'avant-projet de loi sur les soins de longue durée précise que les contributions aux lits

d'attente hospitaliers sont fixées par le Conseil d'Etat, selon le niveau de soins dispensés. Ces contributions sont à charge du canton.

8.5. Subventions aux établissements et institutions de soins de longue durée fondées sur la législation cantonale

Le décret sur les soins de longue durée du 5 mai 2010 précise et consolide les dispositions déjà en vigueur auparavant en ce qui concerne les subventions relevant de la seule législation cantonale. L'essentiel des dispositions de ce décret sont reprises et adaptées dans l'avant-projet de loi sur les soins de longue durée pour les inscrire à plus long terme dans la législation cantonale.

Généralités

Le Conseil d'Etat peut accorder, en plus de la contribution résiduelle aux soins relevant de la LAMal, des subventions aux dépenses d'exploitation et d'investissements retenues des divers établissements et institutions offrant des soins de longue durée (EMS, structures de soins de jour ou de nuit, organisations de soins et d'aide à domicile, autres).

Ces subventions portent notamment sur :

- le développement et l'exploitation des lits de court séjour dans les EMS,
- le développement et l'exploitation de structures de soins de jour ou de nuit,
- le développement des soins palliatifs,
- la formation continue du personnel de soins,
- la dotation en personnel qualifié,
- la mise en œuvre des outils existants ou à développer pour la qualité des soins et la sécurité des patients,
- le développement de la coordination des différentes structures de soins.

Conditions

Comme le décret, l'avant-projet conditionne l'octroi des subventions mentionnées ci-dessus au respect d'exigences spécifiques, en particulier la reconnaissance d'utilité publique. Les conditions pour obtenir la reconnaissance d'utilité publique sont fixées dans la loi sur les établissements et institutions sanitaires (LEIS) actuellement en cours de révision. Peuvent être reconnus d'utilité publique les établissements et institutions sanitaires qui, notamment, respectent la planification sanitaire cantonale et ne poursuivent pas de but lucratif.

D'autres conditions spécifiques sont prévues. Elles portent sur le respect des diverses dispositions en matière de qualité des soins (en particulier la dotation en personnel soignant qualifié), de gestion financière et l'affectation des résultats. De plus, l'octroi de subventions est conditionné :

- au respect des critères portant sur l'accès de tous les patients à des soins appropriés et de qualité,
- au respect de la proportion de lits de court séjour devant être mis à disposition dans chaque EMS,

- à l'obligation d'adhésion aux organisations faîtières cantonales et au respect de leurs statuts.

Subventions d'exploitation

L'avant-projet donne la possibilité au Conseil d'Etat de décider l'octroi de subventions des pouvoirs publics aux EMS et aux structures de soins de jour ou de nuit reconnus d'utilité publique. Comme c'est le cas à l'heure actuelle, les pouvoirs publics prennent en charge l'excédent de dépenses d'exploitation retenues des organisations de soins et d'aide à domicile reconnues d'utilité publique, à savoir les CMS.

De plus, lorsque les coûts de prestations fournies par les organisations de soins et d'aide à domicile reconnues d'utilité publique au titre d'autres assurances sociales ne sont pas entièrement couverts par ces dernières, le Conseil d'Etat peut décider dans quelle mesure la différence peut être prise en charge par les pouvoirs publics.

L'avant-projet prévoit aussi la prise en charge par le canton des frais de fonctionnement des commissions régionales de santé.

Subventions d'investissements

Le canton peut accorder des subventions d'investissements aux EMS et aux structures de soins de jour ou de nuit reconnus d'utilité publique. Ces subventions se montent à 20% des dépenses d'investissements retenues. Elles peuvent être augmentées au pro rata des subventions accordées librement par les communes aux dépenses d'investissements. La subvention totale du canton ne peut cependant excéder 30% des dépenses d'investissements retenues.

Aucune subvention d'investissements n'est prévue pour les organisations de soins et d'aide à domicile reconnues d'utilité publique puisque l'excédent de dépenses d'exploitation retenues pris en charge par les pouvoirs publics comprend les charges liées aux investissements.

Dépenses des EMS ne relevant pas des soins au sens de la LAMal et non subventionnées

Les dépenses des EMS ne relevant pas des soins au sens de la LAMal, déduction faite des subventions à l'exploitation, sont à la charge des assurés. Il s'agit notamment de l'hébergement, des repas, de l'animation et des amortissements.

L'avant-projet de loi prévoit que le montant facturé à l'assuré soit fixé d'entente entre l'EMS et la commune de domicile de l'assuré. Il prévoit une variation possible de ce montant, en fonction du degré de participation de la commune de domicile de l'assuré aux dépenses de l'EMS, notamment pour les charges liées aux investissements. Plutôt que de répercuter un supplément de tarif sur l'assuré, la commune de domicile peut choisir de verser elle-même cette contribution.

En cas de désaccord, l'avant-projet de loi prévoit que le Conseil d'Etat fixe lui-même les modalités de calcul du supplément en se fondant, notamment, sur les critères suivants :

- a) les investissements consentis par le passé par les communes ;

- b) les prestations offertes, à savoir le nombre de journées en EMS des personnes domiciliées dans la commune concernée.
- c) le préciput de la commune-siège et des communes qui retirent un avantage économique notable de l'EMS.

Ces dispositions ont pour but d'apporter une solution au problème d'admission auxquels sont parfois confrontées certaines personnes domiciliées dans des communes n'ayant pas contribué au financement de l'EMS concerné (voir point 4.4). Ainsi, l'admission en EMS pourra se faire uniquement en regard de l'état de santé du patient et des possibilités de soutien de son entourage. Les patients en provenance de communes ayant contribué par le passé au financement de la construction d'un EMS ne devraient plus être favorisés au détriment des autres.

Autres établissements ou institutions de soins de longue durée

L'avant-projet de loi donne la compétence au Conseil d'Etat d'accorder des subventions aux dépenses d'exploitation et d'investissements en faveur d'autres établissements et institutions de soins de longue durée. Cette disposition donne la possibilité de soutenir de nouvelles formes d'offres de soins de longue durée qui n'existent pas encore à l'heure actuelle et qui pourraient se développer à l'avenir.

8.6. Répartition du financement entre le canton et les communes

Au vu des problèmes exposés au point 4 du rapport, en particulier la répartition inadéquate des compétences et du financement, le manque de prestations de soutien à la poursuite de la vie à domicile et le développement inégal de l'offre selon les régions, l'avant-projet de loi propose une nouvelle répartition du financement entre le canton et les communes.

Les prestations constituant la chaîne des soins de longue durée forment un tout. Afin de garantir un développement équilibré de l'ensemble de ces prestations, il importe que la répartition du financement entre le canton et les communes porte sur tous les types de prestations et soit basée sur un taux uniforme. On évite ainsi que le canton ou les communes soient tentés, uniquement pour des raisons financières, de favoriser un type de prise en charge plutôt qu'un autre.

Actuellement, les communes contribuent au financement des CMS (37.5% de l'excédent des dépenses d'exploitation retenues) et des structures de soins de jour ou de nuit (37% du forfait journalier). Elles ne sont pas tenues de participer au financement des EMS.

Il importe donc que :

- les communes contribuent au financement de toutes les prestations de soins de longue durée, y compris dans les EMS ;
- le taux de répartition du financement entre le canton et les communes soit le même pour tous les types de prestations.

Ainsi, l'avant-projet de loi propose un taux de répartition de 85% à charge du canton et 15% à charge des communes s'appliquant aux prestations financées par les pouvoirs publics selon les divers régimes décrits précédemment. Le tableau ci-dessous illustre cette répartition.

	Contribution résiduelle aux soins, art. 25a LAMal	Soins aigus et de transition, art. 25a al. 2 LAMal	Lits d'attente hospitaliers, art. 49 al. 4 et 50 LAMal	Subventions fondées sur la législation cantonale	
				Exploitation	Investissements
EMS	Canton 85% Comm. 15%	Canton 85% Comm. 15%		Canton 85% Comm. 15%	Canton (comm. libres)
Organisations soins domicile	Canton 85% Comm. 15%	Canton 85% Comm. 15%		Canton 85% Comm. 15%	
Infirmiers admis	Canton 85% Comm. 15%	Canton 85% Comm. 15%			
Structures soins jour/nuit	Canton 85% Comm. 15%			Canton 85% Comm. 15%	Canton (comm. libres)
Hôpitaux			Canton		
Commissions régionales				Canton	
Autres				Canton	Canton

Sur la base des données 2011 et compte tenu d'une participation des assurés aux coûts des soins de 10% dans les EMS, l'application de ces taux de répartition induirait une charge supplémentaire de l'ordre de 1.2 millions de francs pour les communes, sur un total de plus de 14 millions de financement communal dans le domaine des soins de longue durée, sans tenir compte des subventions d'investissements. Cette charge supplémentaire pour les communes est compensée par la reprise par le canton du financement des soins dentaires à la jeunesse. Les incidences financières pour le canton et les communes sont développées dans le cadre du projet RPT II.

S'agissant de la répartition entre les communes, l'avant-projet de loi prévoit de la déterminer en fonction du domicile de l'assuré. Cette notion pourra être précisée dans les dispositions d'application, en concertation avec les communes. L'avant-projet de loi laisse également la liberté aux communes de prévoir d'autres critères.

8.7. Aide financière aux proches qui soignent une personne dépendante

En plus de la mise à disposition de structures d'accueil temporaire, le soutien aux proches devrait aussi passer par une aide financière. Actuellement, pour les personnes au bénéfice de prestations complémentaires et d'une allocation pour impotent de degré moyen ou grave, une assistance peut être demandée grâce au Règlement relatif au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires (RMPC). L'article 16 de ce règlement prévoit un remboursement des frais pour des soins et des tâches d'assistance à domicile dispensés par des membres de la famille si ces membres de la famille ne sont pas pris en compte dans le calcul de la PC et s'ils subissent une perte de gain notable pendant une période prolongée.

Intégrer une généralisation de cette pratique au-delà des seuls bénéficiaires de PC dans la loi sur les soins de longue durée risque d'avoir des répercussions coûteuses. Une alternative devrait être trouvée en terme de rabatement fiscal. Cela permettrait de toucher l'ensemble des personnes concernées sans trop de lourdeurs administratives. Cette question ne relève cependant pas du présent avant-projet de loi, mais sera analysée dans le cadre d'un postulat actuellement en cours de traitement³.

³ Postulat n° 1.063 du groupe PLR, par les députés (suppl.) Charles-Albert Gillioz et Gilbert Monney (suppl.) concernant l'aide aux soignants naturels, un maillon essentiel dans le maintien à domicile (17.12.2009)

9. Coordination entre institutions

La coordination entre institutions de soins de longue durée s'appuie actuellement sur les commissions régionales de santé, la structure cantonale de liaison interinstitutionnelle (SCLII) et les organisations faîtières. Leur ancrage dans la loi permettra de renforcer leur légitimité et de mieux définir leurs missions.

9.1. Coordination entre fournisseurs de soins

L'avant-projet de loi prévoit la constitution d'une instance cantonale de coordination regroupant le canton, l'Hôpital du Valais, l'organisation faîtière des EMS reconnus d'utilité publique et l'organisation faîtière des organisations de soins et d'aide à domicile reconnues d'utilité publique. Une association sera créée à cette fin. Elle aura pour mission d'assurer l'information et l'accompagnement des patients entre les institutions de soins, en garantissant la continuité de la prise en charge. Pour cela, elle s'appuiera notamment sur les critères du département en charge de la santé portant sur l'accès de tous les patients à des soins appropriés et de qualité.

La coordination entre les fournisseurs de soins est actuellement assumée par la structure cantonale de liaison interinstitutionnelle qui se trouve ainsi renforcée et ancrée dans la loi. La mission de coordination continuera comme aujourd'hui à être assurée par les infirmières de liaison dans chaque région sanitaire, sous la responsabilité de deux coordinatrices qui veillent à l'harmonisation des pratiques. Actuellement rattachée administrativement au Groupement valaisan des CMS, cette structure sera dotée d'un statut juridique propre sous la forme d'une association.

9.2. Organisations faîtières

Dans une optique d'harmonisation du rôle des prestataires de soins, deux organisations faîtières cantonales sont ancrées dans l'avant-projet de loi comme interlocuteurs privilégiés du département en charge de la santé, à savoir :

- une organisation faîtière cantonale pour les EMS reconnus d'utilité publique ;
- et une organisation faîtière cantonale pour les organisations de soins et d'aide à domicile reconnues d'utilité publique.

Il s'agit de renforcer ainsi la position des deux organisations faîtières existantes, à savoir l'Association valaisanne des établissements médico-sociaux (AVALEMS) et le Groupement valaisan des centres médico-sociaux.

Selon l'avant-projet, les EMS et les organisations de soins et d'aide à domicile reconnus d'utilité publique doivent adhérer à leur association respective. Le département en charge de la santé y est représenté à titre consultatif.

Le département en charge de la santé pourra confier des mandats aux organisations faîtières, par exemple en ce qui concerne le système d'information sanitaire, la formation du personnel ou d'autres tâches spécifiques ponctuelles. Ces mandats seront financés entièrement par le canton.

Les autres compétences de ces organisations faitières, en particulier les obligations de leurs membres, sont à fixer librement dans les statuts de ces associations. Ces statuts doivent toutefois être soumis à l'approbation du département en charge de la santé.

10. Conclusion

L'avant-projet de loi sur les soins de longue durée vise à doter le canton du Valais d'une législation moderne en termes de soins de longue durée qui :

- se conforme au droit fédéral ;
- précise les dispositions spécifiques s'appliquant aux fournisseurs de soins de longue durée en complément à la loi sur la santé et à la loi sur les établissements et institutions sanitaires ;
- précise et revoit la répartition des tâches et du financement entre le canton et les communes de façon à financer de manière uniforme l'ensemble des prestations constituant la chaîne des soins de longue durée et à garantir un développement adéquat de toutes ces prestations ;
- fixe les participations des assurés aux coûts des soins, en application de la législation fédérale ;
- soutient en priorité la poursuite de la vie à domicile le plus longtemps possible ;
- favorise la mise en place d'une offre complète et de qualité, adaptée aux besoins de chacun dans chaque région ;
- favorise l'égalité d'accès à cette offre ;
- définit l'ensemble des fournisseurs de soins de longue durée et autres structures médico-sociales que le canton se doit à l'heure actuelle de développer ;
- renforce les instances de coordination entre les prestataires.

Avec la mise en consultation de cet avant-projet, le département des finances, des institutions et de la santé vise à doter le canton du Valais, pour la première fois, d'une loi spécifiquement dédiée aux soins de longue durée. L'adoption de cette loi permettra d'optimiser le système de santé valaisan afin de répondre au mieux aux besoins liés au vieillissement de la population.