



**CANTON DU VALAIS
KANTON WALLIS**

Département de la santé, des affaires sociales et de la culture
Service de la santé publique

Departement für Gesundheit, Soziales und Kulturs
Dienststelle für Gesundheitswesen

Planification des soins de longue durée 2016-2020

**Rapport final du Département de la santé, des affaires
sociales et de la culture**

Service de la santé publique

Décembre 2015

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

Publication électronique www.vs.ch/sante

Table des matières

Résumé.....	5
1 Introduction.....	9
2 Définition des prestations.....	10
2.1 Chaîne des soins de longue durée.....	10
2.2 Soins et aide à domicile.....	11
2.3 Appartements à encadrement médico-social.....	12
2.4 Structures de soins de jour ou de nuit.....	12
2.5 Etablissements médico-sociaux.....	13
2.6 Régions sanitaires pour les soins de longue durée.....	14
3 Situation actuelle en Suisse et en Valais.....	15
3.1 Lits de long séjour en EMS.....	15
3.2 Lits d'attente en milieu hospitalier.....	16
3.3 Soins et aide à domicile.....	17
3.4 Lits de court séjour en EMS.....	20
3.5 Structures de soins de jour.....	21
3.6 Appartements à encadrement médico-social.....	21
3.7 Coûts en Valais.....	23
4 Evaluation des besoins et proposition d'adaptation de la planification des soins de longue durée.....	25
4.1 Objectifs de planification des soins de longue durée : considérations générales.....	25
4.1.1 Préférences des personnes âgées et des professionnels de la santé.....	25
4.1.2 Les raisons d'entrée en EMS.....	25
4.1.3 Coûts selon type de prise en charge (domicile versus EMS).....	26
4.1.4 Evolution de la dépendance fonctionnelle.....	27
4.1.5 Prévisions des besoins et planification des soins de longue durée dans les autres cantons.....	30
4.1.6 Situation dans d'autres pays.....	31
4.2 Evaluation des besoins.....	32
4.2.1 Projections démographiques.....	32
4.2.2 Outil d'évaluation des besoins en EMS.....	34
4.2.3 Choix du scénario d'évolution de la morbidité et de la variante de taux de recours aux soins en EMS.....	36
4.3 Adaptations de la planification des soins de longue durée.....	39
4.3.1 Lits de long séjour en EMS.....	39
4.3.2 Soins et aide à domicile.....	40
4.3.3 Lits de court séjour en EMS.....	43
4.3.4 Structures de soins de jour.....	44
4.3.5 Appartements à encadrement médico-social.....	44
4.4 Incidences de la planification des soins de longue durée.....	45
4.4.1 Incidences financières.....	45
4.4.2 Incidences sur les besoins en personnel soignant.....	47
4.4.3 Promotion de la santé des plus de 60 ans (60+).....	48
4.4.4 Qualité des soins et sécurité des patients.....	48
5 Mise en œuvre de la planification des soins de longue durée : recommandations.....	50
5.1 Coordination de l'offre.....	50
5.1.1 Répartition des tâches.....	50
5.1.2 Organe cantonal de coordination (SECOSS).....	50
5.1.3 Liste d'attente cantonale d'admission en EMS.....	51
5.1.4 Critères d'admission en EMS.....	51
5.1.5 Utilisation des lits de court séjour et des structures de soins de jour.....	52
5.1.6 Outil de coordination : dossier patient partagé.....	52
5.1.7 Intégration régionale des prestataires.....	53
5.2 Démences.....	54
5.2.1 Définition.....	54

5.2.2	Stratégie cantonale globale	55
5.2.3	Adaptation de la prise en charge en EMS	56
5.2.4	Aspects architecturaux et modèles de prise en charge.....	57
5.3	Etablissements médico-sociaux	59
5.3.1	Taille des EMS.....	59
5.3.2	Futures constructions	60
5.3.3	Programme-cadre des locaux.....	60
5.3.4	Appartements à encadrement médico-social et aménagement du domicile.....	61
5.4	Proches aidants et bénévolat	62
5.4.1	Situation	62
5.4.2	Mesures de soutien	63
6	Résultats de la procédure de consultation	65
6.1	Poursuite de la politique en faveur du maintien à domicile	65
6.2	Réduction à 5% de la proportion de lits d'EMS occupés par des personnes autonomes	65
6.3	Taux minimum de 150 lits d'EMS pour 1'000 habitants de 80 ans et plus.....	66
6.4	Recommandations de mise en œuvre et autres remarques	66
6.5	Commentaire sur les remarques formulées	67
7	Conclusion	69
	Annexes.....	73
	Bibliographie.....	81

Résumé

Les personnes âgées dépendantes représentent une population fragilisée qui nécessite des soins spécifiques ainsi qu'une attention toute particulière. Les mesures retenues dans le présent rapport tentent de répondre au mieux aux besoins et attentes de ces personnes.

Les soins de longue durée englobent l'ensemble des prestations en faveur de personnes atteintes dans leur santé ou leur autonomie, à l'exception des séjours à l'hôpital qui relèvent de la planification hospitalière. Il s'agit de prestations dispensées par les proches aidants et les bénévoles, les organisations de soins et d'aide à domicile, les infirmiers(ières) indépendants(es), les structures intermédiaires (appartements à encadrement médico-social, structures de soins de jour, lits de court séjour) et les établissements médico-sociaux (EMS).

Le type de prestations à offrir dépend du besoin en soins et aide de la personne dépendante et du soutien que peut apporter son entourage. Chaque situation est différente et évolue avec le temps. Selon le degré de dépendance et les disponibilités des proches, divers types de prise en charge peuvent se compléter ou se substituer.

La planification des soins de longue durée vise un développement optimal des prestations, en fonction de leur complémentarité et des possibilités de substitution. Elle doit répondre à l'évolution des besoins dans le respect des critères de qualité et d'économicité de la prise en charge. La planification est réévaluée périodiquement. La dernière établie dans ce domaine date de mars 2010 et portait sur les années 2010 à 2015¹.

Le présent rapport procède à la révision de la planification des soins de longue durée pour la période 2016-2020. Il comprend une évaluation des besoins, les adaptations qui en découlent et des recommandations sur la mise en œuvre de la planification des soins de longue durée. Conformément à la procédure en vigueur, il a fait l'objet d'une procédure de consultation dont les résultats sont présentés en fin de rapport.

Lits de long séjour en EMS

Les besoins futurs en lits d'EMS ont été déterminés par l'Observatoire valaisan de la santé (OVS), en tenant compte des projections démographiques de l'Office cantonal de la statistique et de la péréquation (OCSP). L'outil d'évaluation des besoins utilisé a été élaboré par l'Observatoire suisse de la santé (Obsan). Cet outil tient compte des taux de recours aux soins en EMS par groupes d'âges et par sexe. Cette méthode est plus précise que celle utilisée dans la planification des soins de longue durée précédente qui appliquait un taux unique pour 1'000 habitants de 80 ans et plus.

A l'instar d'autres cantons et de pays comparables à la Suisse, il est proposé de poursuivre une politique sanitaire favorisant le maintien de la vie à domicile le plus longtemps possible. Dans cette optique, la prise en charge en EMS sera réservée aux personnes présentant un besoin en soins important. En conséquence, la proportion de lits d'EMS occupés par des personnes nécessitant peu ou pas de soins (0 à 40 minutes de soins par jour) devra continuer à s'abaisser. Cette proportion se situe actuellement entre 5.4 et 14.1%, selon les régions sanitaires. Il est prévu que d'ici à 2025 elle ne dépasse pas 5% dans chaque région. Cela implique une augmentation des prestations de soins et d'aide à domicile et du nombre d'appartements à encadrement médico-social.

Au vu des résultats de l'évaluation des besoins, l'offre en lits de long séjour en EMS devra passer de 3'215 à l'issue de la concrétisation de la planification des soins de longue durée 2010-2015 à 3'536 en 2020 au maximum. Ainsi, 321 nouveaux lits de long séjour en EMS pourront être mis à disposition dans le cadre de la planification des soins de longue durée 2016-2020, dont 17 pour le Haut-Valais, 129 pour le district de Sierre, 88 pour Sion/Hérens/Conthey, 36 pour Martigny/Entremont et 51 pour Monthey/St-Maurice.

¹ Service de la santé publique (2014). *Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur sa politique sanitaire en 2013*.

Dans le cadre de la consultation, un certain nombre de milieux ont exprimé leur souhait de pouvoir disposer de davantage de lits d'EMS, notamment en ne limitant pas la proportion de personnes nécessitant peu ou pas de soins hébergées en EMS. Compte tenu des moyens financiers limités et des possibilités de prise en charge alternatives, notamment dans les appartements à encadrement médico-social, le nombre de lits d'EMS n'a pas été revu à la hausse par rapport au projet mis en consultation.

Les régions restent libres de mettre à disposition moins de lits à condition de développer davantage les autres prestations. Toutefois, la proportion de lits de long séjour en EMS devra au moins atteindre 150 lits pour 1'000 habitants de 80 ans et plus. L'expérience a montré qu'en-dessous de ce taux, le nombre de lits d'attente en milieu hospitalier doit être augmenté pour compenser le manque de lits d'EMS. Si l'on tient compte des projets en cours, cet objectif minimal est atteint dans toutes les régions, sauf dans le district de Sierre où il faudrait mettre à disposition au moins 87 nouveaux lits d'ici à 2020 (en plus des projets en cours). La précédente planification des soins de longue durée (2010-2015) ne prévoyait pas de nombre minimum de lits de long séjour, mais uniquement un maximum de 200 lits pour 1'000 habitants de 80 ans et plus.

Lits de long séjour en EMS, situation au 03.11.2015 et objectif 2020

	Situation 2015				Planification 2016-2020		
	Lits exploités	% hab. 80+ *	Lits en projet	Total	Nouveaux lits	Total maximum	% hab. 80+ *
Haut-Valais	916	218	0	916	0 à 17	933	193
Sierre	348	132	42	390	87 à 129	519	163
Sion/Hérens/Conthey	701	163	133	834	0 à 88	922	185
Martigny/Entremont	578	209	0	578	0 à 36	614	193
Monthey/St-Maurice	446	181	51	497	0 à 51	548	189
Total Valais	2'989	183	226	3'215	87 à 321	3'536	186

*Nombre de lits pour 1'000 habitants de 80 ans et plus

Source : SSP/OVS

Le faible nombre de lits supplémentaires pour le Haut-Valais, et dans une moindre mesure pour la région de Martigny, s'explique par les correctifs apportés aux prévisions démographiques. Celles établies au début de la période précédente (2010-2015) se sont avérées surestimées pour ces deux régions, et inversement pour les régions de Sion/Hérens/Conthey et Monthey/St-Maurice.

Soins et aide à domicile

Les soins et l'aide à domicile devront fortement s'accroître de manière à pouvoir couvrir les besoins liés au vieillissement de la population et à la diminution de la proportion de personnes en EMS nécessitant peu ou pas de soins. A cette fin, et au vu des comparaisons inter- et intracantonales, l'objectif est fixé à une heure de soins et 0.8 heure d'aide par habitant au minimum. A cela, il convient d'ajouter les besoins découlant de la planification hospitalière qui prévoit d'ici à 2020 une réduction des durées de séjours hospitaliers et un transfert de prise en charge vers l'ambulatoire.

Heures de soins et d'aide à domicile, situation 2013 et objectif 2020

	Soins à domicile		Aide à domicile	
	2013	2020	2013	2020
Heures requises selon l'objectif (1h soins et 0.8 h. aide par hab.)		353'000		283'000
Heures découlant de la planification hospitalière		93'000		32'000
Total des heures	295'380	446'000	195'564	315'000
Nombre d'habitants	327'011	353'239	327'011	353'239
Nombre d'heures par habitant	0.90	1.26	0.60	0.89

Source : SSP/OVS

Au total, l'offre minimale requise devra correspondre à 1.26 heure de soins à domicile et 0.89 heure d'aide à domicile par habitant, et cela dans chaque région sanitaire. Sur l'ensemble du canton, cela représente une augmentation d'environ 150'000 heures pour les soins et 120'000 heures pour l'aide entre 2013 et 2020. Il s'agit d'un effort important qui devra être consenti par les centres médico-sociaux (CMS), les organisations privées et les infirmiers(ières) indépendants(es).

Lits de court séjour en EMS

La planification des soins de longue durée 2010-2015 visait une norme de 5 à 10 lits de court séjour pour 1'000 habitants de 80 ans et plus. Compte tenu des divers projets réalisés ou en cours de construction, le nombre total de lits de court séjour devrait prochainement s'élever à 127. Cela représentera une proportion de 6.7 lits pour 1'000 habitants de 80 ans et plus selon les prévisions démographiques pour l'année 2020. L'offre en lits de court séjour apparaît donc suffisante à l'horizon 2020. Afin de garantir une couverture satisfaisante dans chaque région sanitaire, la planification des soins de longue durée 2010-2015 devra être pleinement appliquée. Cela implique la mise à disposition de 6 à 19 lits supplémentaires dans la région de Sierre et au maximum 20 lits supplémentaires dans celle de Sion et 4 dans celle de Martigny.

Structures de soins de jour

La planification des soins de longue durée 2010-2015 avait fixé pour objectif la mise à disposition d'au moins 280 places en structures de soins de jour. Il s'agissait notamment d'offrir un jour de répit par semaine aux proches aidants s'occupant des quelque 1'400 personnes atteintes d'une pathologie démentielle à un stade intermédiaire ou avancé qui vivent à domicile (situation en 2008). Compte tenu des prévisions sur l'évolution du nombre de personnes concernées, l'offre en structures de soins de jour devrait croître de 30% d'ici à 2020, pour atteindre un total d'au moins 364 places. Ces places sont également à disposition des personnes dépendantes de soins en raison d'autres pathologies.

Appartements à encadrement médico-social et aménagement du domicile

En réduisant la proportion de personnes hébergées en EMS qui ne nécessitent pas ou que peu de soins, plus de 150 lits ne seront plus disponibles pour ce type de situation. Les appartements à encadrement médico-social offrent une alternative à ces personnes. Le développement de ces structures devra se poursuivre, en tenant compte également du vieillissement de la population, de l'évolution de la demande et des particularités locales. Les nouvelles possibilités d'aménagement du domicile apportent aussi une solution à ces situations et, de manière générale, à toute personne âgée. Comme suggéré dans le cadre de la consultation, les EMS pourront mettre en place des appartements à encadrement médico-social. Par contre, les soins qui y sont fournis devront l'être en tant que soins à domicile.

Incidences financières de la planification des soins de longue durée 2016-2020

En 2013, le financement des pouvoirs publics (canton et communes) pour les soins de longue durée s'élevait à 97 millions de francs pour l'exploitation (contributions aux soins et subventions d'exploitation). Les coûts d'exploitation supplémentaires induits par la planification des soins de longue durée 2016-2020 pour les pouvoirs publics vont augmenter progressivement et atteindre environ 23 millions de francs par an à partir de 2020 (canton 16 millions, communes 7 millions). Cette augmentation correspond à celle de la population des personnes âgées de 65 ans et plus dans notre canton, à savoir environ 24%. Pour les investissements, les subventions des pouvoirs publics pour la planification des soins de longue durée 2016-2020 sont évaluées à 48 millions de francs répartis sur l'ensemble de la période (canton 36 millions, communes 12 millions). Ces estimations ont été établies en tenant compte du nombre maximum de lits d'EMS prévus.

Promotion de la santé des plus de 60 ans

La planification des soins de longue durée doit être complétée par des mesures de promotion de la santé des plus de 60 ans afin de réduire les besoins futurs et les coûts. Un programme spécifique a été mis sur pied afin d'améliorer la qualité de vie de ces personnes en les incitant à adopter des comportements qui favorisent l'autonomie, l'indépendance et le maintien de liens sociaux.

Mise en œuvre de la planification des soins de longue durée : recommandations

La planification des soins de longue durée 2016-2020 s'accompagne de 10 recommandations pour sa mise en œuvre, à savoir :

1. mettre en place une liste d'attente d'admission en EMS au niveau cantonal ;
2. définir des critères d'admission en EMS ;

3. améliorer l'utilisation des lits de court séjour et des structures de soins de jour ;
4. développer un modèle d'intégration régionale des prestataires permettant d'améliorer la coordination ;
5. renforcer la prise en charge spécialisée en EMS pour les personnes atteintes de démence ;
6. développer les prestations en tenant compte des aspects architecturaux et des modèles de prise en charge spécifiquement adaptés à la démence ;
7. veiller au dimensionnement optimal des EMS ;
8. promouvoir les constructions modulaires pour les EMS permettant une reconversion lorsque les besoins se stabiliseront ou baisseront à l'horizon 2050 ;
9. établir un concept cantonal de prise en charge en appartement à encadrement-médico-social et de promotion de l'aménagement du domicile ;
10. renforcer le soutien aux proches aidants et aux bénévoles.

Les travaux et réflexions liés à ces recommandations seront menés en collaboration avec les partenaires concernés et tiendront compte des remarques formulées dans le cadre de la consultation.

Mise en œuvre

Conformément à la nouvelle loi sur les soins de longue durée, la mise en œuvre de la planification des soins de longue durée 2016-2020 incombe aux communes et aux divers prestataires de soins, avec l'appui du canton et des commissions de soins de longue durée.

1 Introduction

Les soins de longue durée regroupent diverses prestations visant à maintenir ou restaurer un niveau de qualité de vie optimal compte tenu de l'état de santé et de dépendance fonctionnelle de la personne. La prise en charge repose sur les proches aidants et les bénévoles, les organisations de soins et d'aide à domicile, les infirmiers(ières) indépendants(es), les structures intermédiaires (appartements à encadrement médico-social, structures de soins de jour, lits de court séjour) et les établissements médico-sociaux (EMS). Selon le degré de dépendance et les disponibilités des proches, divers types de prise en charge peuvent se compléter ou se substituer.

Par analogie aux hôpitaux, la législation fédérale² et cantonale³ confie la tâche au Conseil d'Etat d'établir une planification visant à répondre aux besoins en soins de longue durée, tout en garantissant la qualité et l'économicité des prestations. Les besoins doivent être évalués sur la base d'une démarche vérifiable, fondée notamment sur des données statistiquement justifiées et sur des comparaisons.

La planification est un processus évolutif qui doit être régulièrement adapté en fonction des changements et des besoins de la population. La dernière planification arrêtée par le Conseil d'Etat en matière de soins de longue durée date de mars 2010 et portait sur les années 2010 à 2015.

Le présent rapport procède à la révision de la planification des soins de longue durée pour la période 2016-2020. Cette planification concerne les diverses prestations précitées. Elle n'englobe pas les séjours hospitaliers. Ces derniers relèvent de la planification hospitalière.

La révision de la planification des soins de longue durée se base sur l'évaluation des besoins conduite par l'Observatoire valaisan de la santé (OVS), en tenant compte des projections démographiques de l'Office cantonal de la statistique et de la péréquation (OCSP). Elle utilise l'outil d'évaluation des besoins élaboré par l'Observatoire suisse de la santé (Obsan).

La planification des soins de longue durée 2016-2020 doit permettre de répondre aux besoins croissants à un coût supportable. Elle vise un développement optimal des prestations, en fonction de leur complémentarité et des possibilités de substitution.

Une attention particulière est accordée à la coordination des prestations, à la prévalence grandissante des pathologies démentielles, à l'adaptation des infrastructures et à la situation des proches aidants et des bénévoles. Dix recommandations sont formulées sur ces sujets en vue de la mise en œuvre de la planification des soins de longue durée.

L'élaboration du rapport sur la planification des soins de longue durée pour la période 2016-2020 a été réalisée dans le cadre d'une étroite collaboration entre le Service de la santé publique (SSP) et l'Observatoire valaisan de la santé (OVS). Un groupe de travail a été constitué à cette fin (voir composition en annexe) et ses membres se sont rencontrés régulièrement.

² Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), art. 39. Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), art. 58a et 58b.

³ Loi sur les établissements et institutions sanitaires (LEIS) & Loi sur les soins de longue durée (LSLD).

2 Définition des prestations

Les soins de longue durée peuvent être définis comme l'ensemble des prestations procurées afin de maintenir ou restaurer un niveau de qualité de vie optimal compte tenu de l'état de santé et de dépendance fonctionnelle des personnes concernées⁴. Il s'agit non seulement de soins médicaux et paramédicaux, mais également de l'assistance aux activités de la vie quotidienne des personnes dépendantes de l'aide d'autrui. Il est notamment question de l'aide apportée pour s'habiller, se laver ou se nourrir, ainsi que pour le ménage.

2.1 Chaîne des soins de longue durée

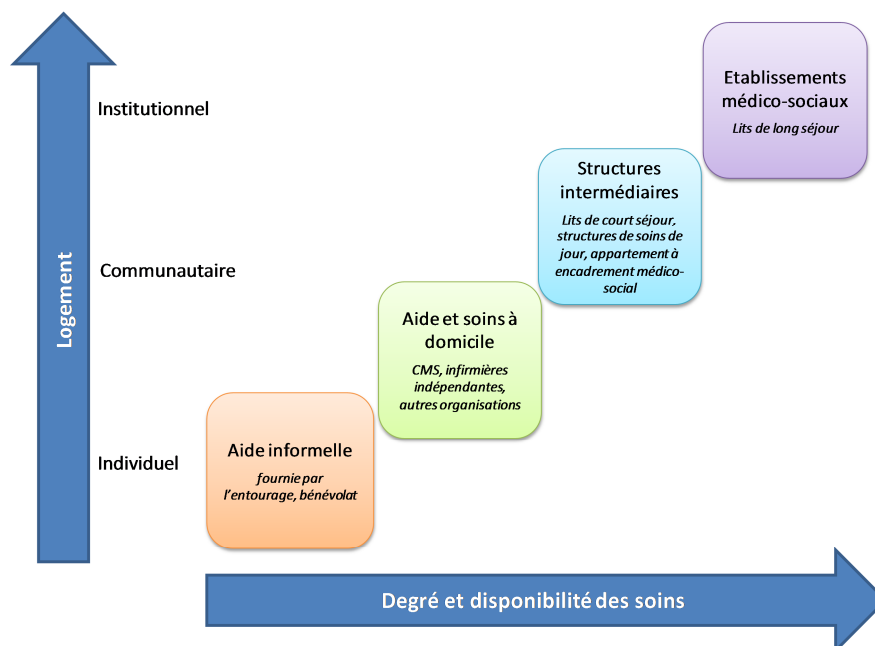
La prise en charge évolue au fur et à mesure de l'accroissement du degré de dépendance des personnes. Elle repose tout d'abord sur l'aide informelle dispensée par les proches ou le voisinage, mais également par des bénévoles, avec le soutien des milieux associatifs. Plus les besoins en soins augmentent, plus le recours aux structures formelles d'aide et de soins devient nécessaire.

On peut ainsi définir une chaîne des soins de longue durée (figure 1) se composant de :

- l'aide et les soins fournis par l'entourage des personnes âgées (aide informelle par les proches-aidants et les bénévoles) ;
- l'aide et les soins à domicile dispensés par les centres médico-sociaux (CMS), les organisations privées et les infirmiers(ières) indépendants(es) ;
- les appartements à encadrement médico-social ;
- les structures de soins de jour (foyers de jour) ;
- les lits de court et de long séjour en EMS.

Toutes ces prestations sont complémentaires et constituent un ensemble. Le type de prise en charge à fournir à un moment donné dépend du besoin en soins et en assistance de la personne ainsi que du soutien pouvant être apporté par l'entourage. Chaque situation est différente et évolue avec le temps.

Figure 1 : Chaîne des soins de longue durée



⁴ Weaver, F., Ruedin, H. J., Pellegrini, S., et Jeanrenaud, C. (2008). *Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse*. Observatoire suisse de la santé.

2.2 Soins et aide à domicile

Les prestations à domicile sont dispensées par les organisations de soins et d'aide à domicile, ainsi que par les infirmiers(ières) indépendants(es).

Les organisations de soins et d'aide à domicile fournissent des prestations visant à permettre la poursuite de la vie à domicile dans le respect du choix des personnes (loi sur les soins de longue durée – LSLD – art. 7). En Valais, cette offre émane principalement des centres médico-sociaux (CMS). D'autres organisations de soins et d'aide à domicile ont été reconnues dans le canton, à savoir :

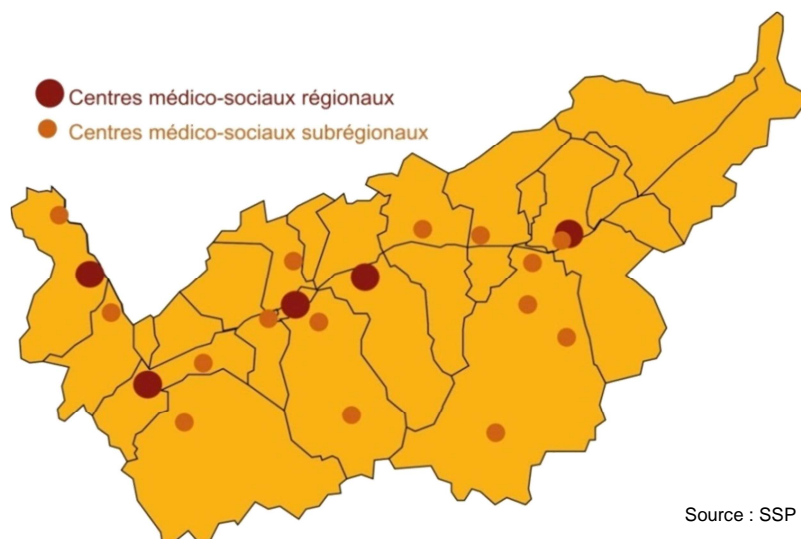
- l'Association valaisanne du diabète qui offre des soins de pieds aux personnes diabétiques ;
- la Ligue Pulmonaire Valaisanne (LPVs), secteur d'activités de Promotion Santé Valais, qui offre des prestations à domicile dans le domaine des soins pulmonaires ;
- l'organisation privée « Assistance à domicile pour la ville et la campagne » qui fournit des prestations de soins et d'aide à domicile dans les régions de Sierre, Sion et Martigny depuis mars 2015 ;
- l'organisation privée « Hestia Domicile Services » qui fournit des prestations de soins et d'aide à domicile dans les régions de Sierre, Sion, Martigny et Monthey depuis novembre 2015 ;
- l'organisation privée « IDP MEDICAL » qui fournit des prestations de soins et d'aide à domicile dans les régions de Sierre, Sion, Martigny et Monthey depuis novembre 2015 ;
- l'Hôpital du Valais, pour son service de médecine pénitentiaire qui fournit des prestations de soins à domicile pour les détenus depuis novembre 2015.

D'autres demandes ont déjà été annoncées. Le Valais peut également compter sur une septantaine d'infirmiers(ières) indépendants(es) actifs(ves) dans le canton. Toutefois, ces personnes exercent souvent à temps partiel.

Centres médico-sociaux (CMS)

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. Ils sont actuellement organisés en 5 centres médico-sociaux régionaux (CMSR) devant fournir leurs prestations sur l'ensemble du territoire cantonal.

Figure 2 : Centres médico-sociaux en Valais : localisation et secteurs d'intervention



Le mandat de prestations du 1^{er} septembre 2007 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 ainsi qu'un accompagnement.

Ce mandat, actuellement en cours de révision, 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.

Plus spécifiquement, les CMSR sont responsables de fournir les prestations suivantes :

- les soins et l'aide à domicile ;
- la sécurité à domicile ;
- le soutien social ainsi que l'aide sociale ;
- l'ergothérapie, le service de repas à domicile, le prêt et la location de matériel ;
- le développement des appartements à encadrement médico-social ;
- les conseils à la petite enfance ;
- la promotion de la santé ;
- le développement de l'aide aux proches qui soignent ;
- le développement des visites préventives auprès des personnes.

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 tenus d'informer la population sur les prestations offertes et de promouvoir l'aide et les soins à domicile.

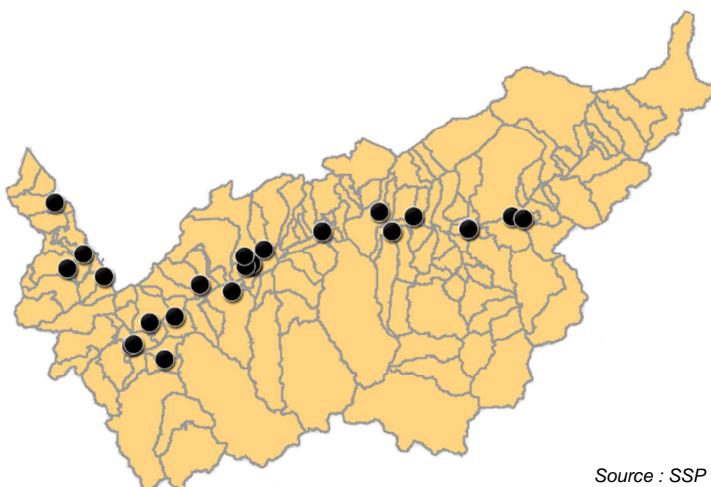
2.3 Appartements à encadrement médico-social

Les appartements à encadrement médico-social offrent une infrastructure et un aménagement sécuritaire adaptés aux besoins spécifiques de la population âgée. Ils favorisent l'autonomie des personnes âgées qui n'ont pas besoin d'une prise en charge en continu (LSLD, art. 10). Constitués d'un ou plusieurs appartements, ils se situent à proximité des lieux de services. Les soins et l'aide sont dispensés comme à domicile par les CMS ou d'autres organisations de soins et d'aide à domicile autorisées ou des infirmiers(ères) indépendants(es). Les appartements répondant à ces critères peuvent obtenir une reconnaissance du canton.

2.4 Structures de soins de jour ou de nuit

Les structures de soins de jour ou de nuit offrent aux personnes âgées des soins et un encadrement médico-social, occasionnel ou régulier, permettant la poursuite de la vie à domicile tout en soulageant les proches qui les soignent (LSLD, art. 9). Depuis 2011, les soins dispensés dans ces structures sont cofinancés par l'assurance obligatoire des soins (LAMal, art. 25a). Le Valais ne compte que des structures de soins de jour.

Figure 3 : Structures de soins de jour ou de nuit



Source : SSP

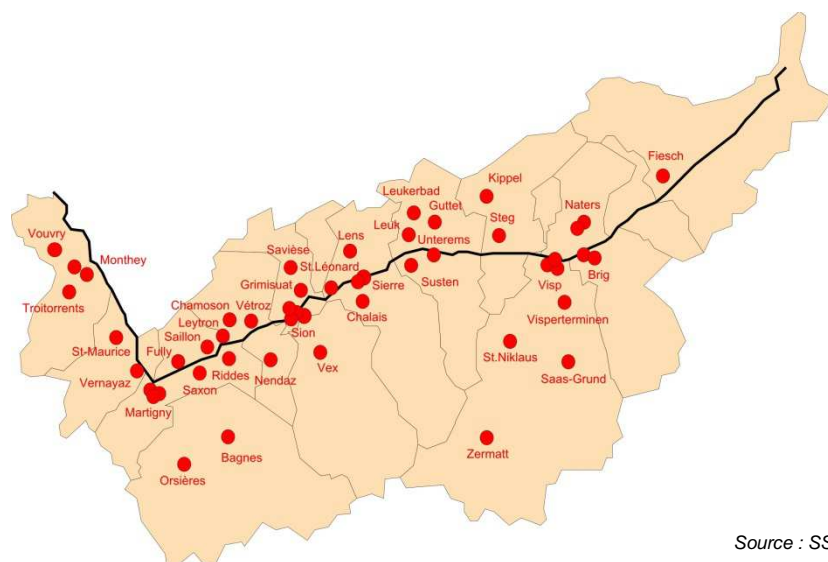
2.5 Etablissements médico-sociaux

Les établissements médico-sociaux (EMS) sont des établissements sanitaires disposant d'une dimension minimale et offrant des prestations médicales, paramédicales, thérapeutiques, de suivi, de surveillance, hôtelières et d'animation (LSLD, art. 6). Ils accueillent, sur un ou plusieurs sites de proximité, pour des longs et courts séjours, des personnes dont l'état de santé, sans justifier un traitement hospitalier, exige des soins, ainsi que de l'aide pour accomplir les activités de la vie quotidienne.

Les lits de long séjour accueillent en principe des personnes pour qui poursuivre la vie à domicile n'est durablement plus envisageable. Les lits de court séjour sont des places d'accueil temporaire intégrées dans des EMS. Ils constituent un dispositif d'appui aux personnes dépendantes et à leur entourage et visent le retour à domicile.

Actuellement, le Valais compte 39 organisations qui exploitent des EMS répartis sur 50 sites dans les différentes régions du canton.

Figure 4 : Etablissements médico-sociaux en Valais



2.6 Régions sanitaires pour les soins de longue durée

Selon l'article 5 al. 1 de la loi sur la santé, le Conseil d'Etat peut définir des régions sanitaires en fonction des types de soins. Six régions avaient été définies par décision du Conseil d'Etat en 1995. Suite à la fusion des deux régions du Haut-Valais, le canton compte désormais 5 régions sanitaires pour les soins de longue durée.

Tableau 1 : Régions sanitaires, canton du Valais

Canton du Valais	
Régions sanitaires	Districts
Haut-Valais	Brig Goms Leuk Raron Visp
Sierre	Sierre
Sion/Hérens/Conthey	Conthey Hérens Sion
Martigny/Entremont	Entremont Martigny
Monthey/St-Maurice	Monthey Saint-Maurice



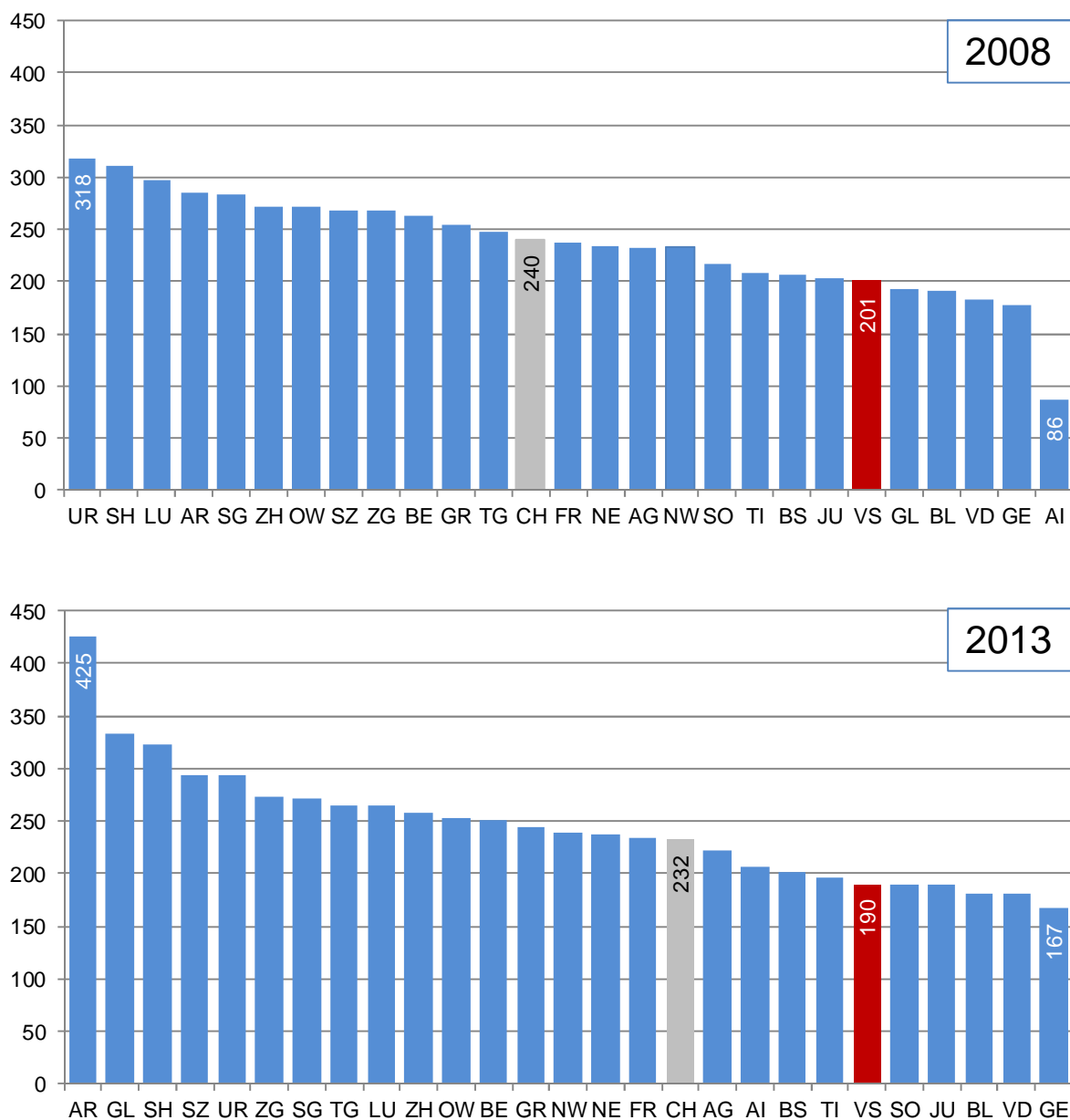
Source : SSP

3 Situation actuelle en Suisse et en Valais

3.1 Lits de long séjour en EMS

On observe en Suisse une forte différence entre les cantons quant à la proportion de personnes âgées résidant en EMS. La figure 5 présente le nombre de lits d'EMS par canton pour 1'000 habitants de 80 ans et plus, en 2008 et en 2013. La proportion de lits d'EMS est plus élevée dans les cantons de Suisse alémanique que dans les cantons de Suisse romande. Elle est plus basse en Valais qu'en moyenne suisse. Entre 2008 et 2013, elle a diminué en Suisse et en Valais.

Figure 5 : Nombre de lits de long séjour en EMS par canton pour 1'000 habitants de 80 ans et plus, en 2008 et en 2013



Source(s) : OFS/OVS, SOMED ; OFS, STATPOP

En Valais, la planification des soins de longue durée 2010-2015 a fixé une norme maximale de 200 lits de long séjour en EMS pour 1'000 habitants de 80 ans et plus. Le tableau 2 présente l'offre actuelle ainsi que les projets en cours.

Tableau 2 : Nombre de lits de long séjour en EMS (situation au 03.11.2015)

	Lits exploités en 2015	Lits en projet	Total	Total selon planification 2010-2015	Solde non utilisé
Haut-Valais	916	0	916	916	-
Sierre	348	42	390	538	148
Sion/Hérens/Conthey	701	133	834	834	-
Martigny/Entremont	578	0	578	582	4
Monthey/St-Maurice	446	51	497	497	-
Total Valais	2'989	226	3'215	3'367	152

Source : SSP

Quasiment tous les lits attribués par la planification des soins de longue durée ont été utilisés ou sont en voie de l'être, sauf dans la région de Sierre qui vise d'autres modèles de prise en charge. La planification des soins de longue durée 2010-2015 laissait la liberté aux régions de créer moins de lits d'EMS à condition de développer davantage les autres prestations de soins de longue durée. Dans le cas de Sierre, la situation devient actuellement critique, le manque de lits d'EMS provoquant un accroissement du nombre de lits d'attente en milieu hospitalier (voir point suivant).

3.2 Lits d'attente en milieu hospitalier

Les lits d'attente sont destinés aux patients en provenance des services hospitaliers qui sont en attente de placement en EMS. Il s'agit d'une solution transitoire, jusqu'à la mise à disposition de lits d'EMS en suffisance. En effet, la prise en charge en EMS est mieux adaptée pour ces personnes, tant au niveau de la qualité (les EMS étant conçus comme lieu de vie) qu'au niveau de l'économicité (encadrement en soins moins élevé qu'à l'hôpital).

Les premiers lits d'attente ont été mis à disposition au début des années 2000. La planification hospitalière de 2004 prévoyait 10 lits d'attente sur chacun des sites hospitaliers de Brigue, Viège, Sierre, Sion, Martigny et St-Maurice (Clinique St-Amé). Avec la mise à disposition de nouveaux lits d'EMS, le nombre de lits d'attente a été par la suite fortement réduit (2 par site et suppression à Sion).

Depuis 2012, on constate une augmentation des lits d'attente pour les personnes domiciliées dans les régions sanitaires de Sion/Hérens/Conthey et de Sierre comme l'indique le tableau 3.

Tableau 3 : Nombre de journées en lits d'attente hospitaliers et nombre de lits occupés (nombre de journées / 365 / 0.95) en 2012, 2013 et 2014, par région sanitaire

Régions	2012		2013		2014	
	Nombre de journées 2012	Evaluation en lits	Nombre de journée 2013	Evaluation en lits	Nombre de journée 2014	Evaluation en lits
Haut-Valais	360	1	206	1	71	0.2
Sierre	2'076	6	2'668	8	6'037	17
Sion/Hérens/Conthey	1'934	6	2'558	7	2'594	7
Martigny/Entremont	632	2	933	3	1'744	5
Monthey/St-Maurice	1'150	3	630	2	2'251	6
Suisse	25	0.1	67	0.2	0	0
Total	6'177	18	7'062	20	12'697	37

Source : SSP

Ainsi, dans le cadre de la planification hospitalière 2015, il a été décidé d'attribuer 17 lits d'attente au site hospitalier de Sierre (y compris la Clinique Sainte-Claire).

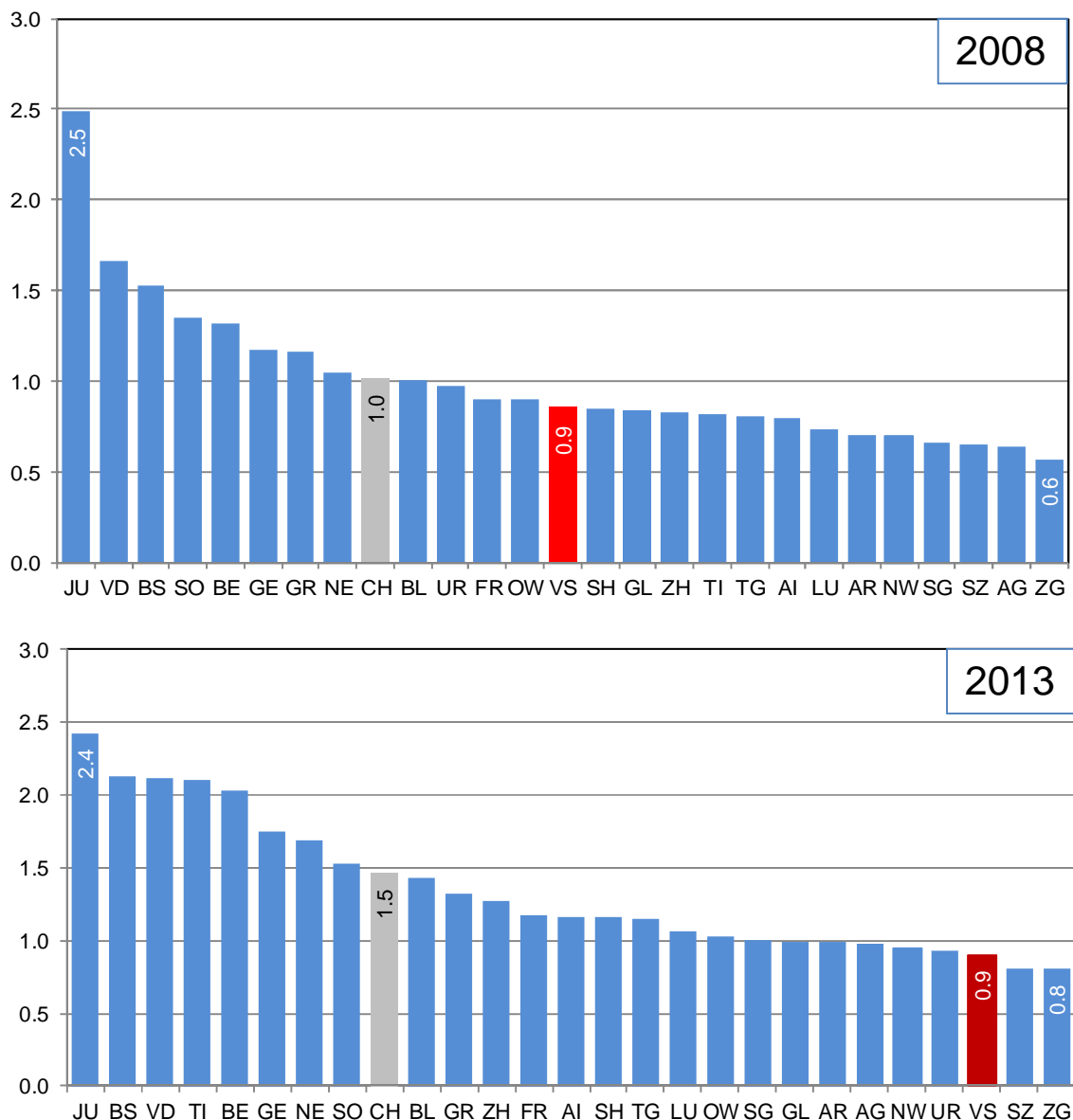
Dans sa décision du 10 décembre 2014 concernant les infrastructures hospitalières, le Conseil d'Etat a adopté la future répartition des activités au sein du Centre hospitalier du Valais romand. Dans ce cadre, il a notamment décidé l'abandon de l'activité hospitalière de la Clinique Ste-Claire. Le département de la santé est chargé de formuler des propositions en vue de la réaffectation de ce site. Sa transformation en EMS est une option en discussion avec les communes de la région.

3.3 Soins et aide à domicile

Les figures 6 et 7 présentent l'évolution du nombre d'heures de soins et d'aide à domicile par habitant selon le canton. Sont considérées les organisations de soins à domicile et les infirmiers(ères) indépendants(es) soumis à l'obligation de renseigner dans le cadre de la statistique fédérale SPITEX.

Le nombre d'heures de soins et d'aide à domicile par habitant est généralement plus élevé dans les cantons romands, ces derniers ayant une proportion en lits d'EMS moins importante (voir point 3.1 ci-devant). Toutefois, le Valais fait exception, car bien qu'il ait peu de lits d'EMS, son offre en soins et aide à domicile est plus faible que la moyenne nationale. Par ailleurs, entre 2008 et 2013, le nombre d'heures de soins à domicile par habitant en Valais n'a pas augmenté alors qu'il s'est fortement accru en moyenne nationale.

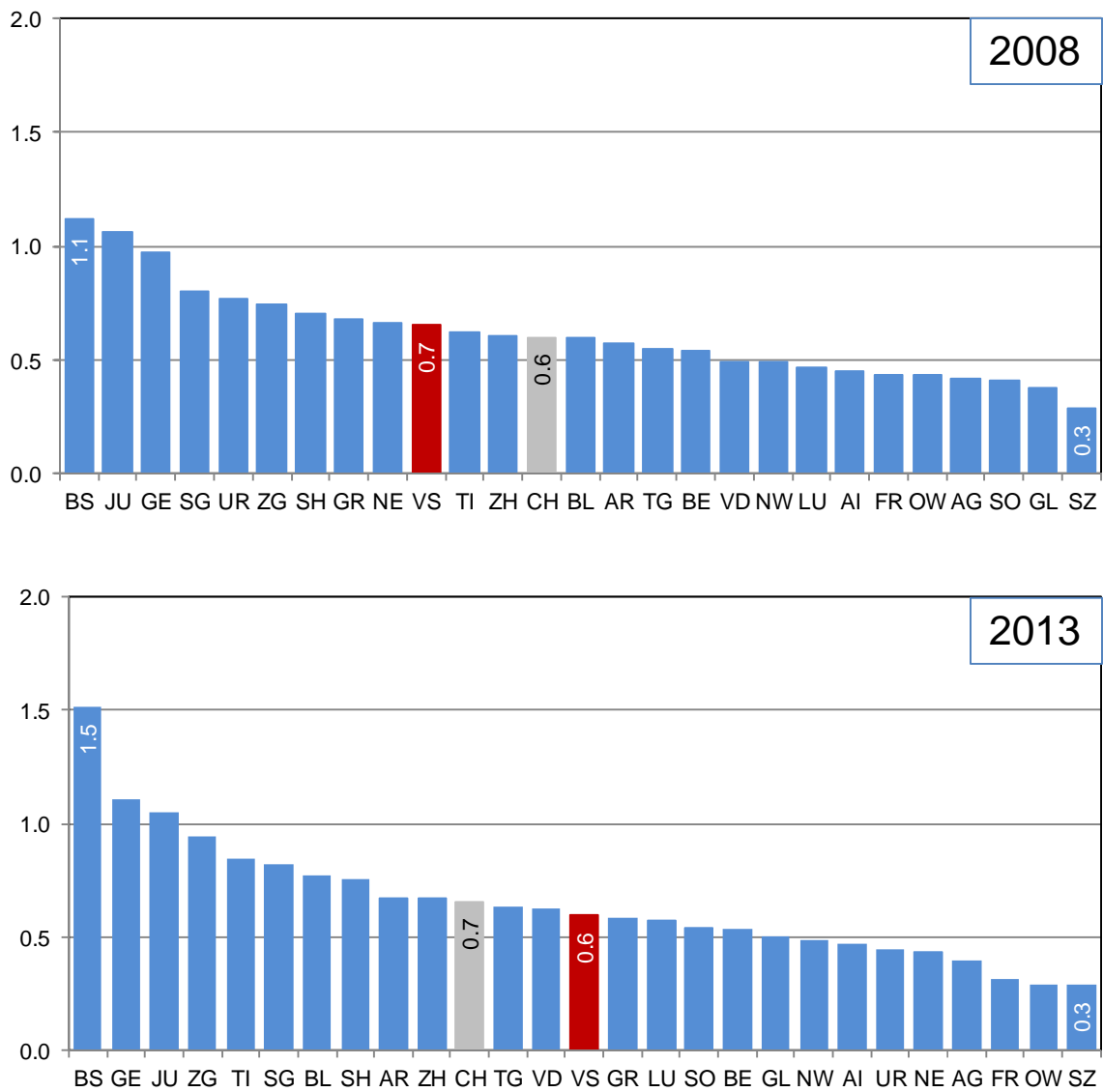
Figure 6 : Nombre d'heures de soins à domicile par habitant et par canton en 2008 et en 2013



Source(s) : OVS/OFS, SPITEX ; OFS, ESPOP

Au niveau de l'aide à domicile, le nombre d'heures par habitant baisse en Valais. Le canton est passé au-dessous de la moyenne nationale.

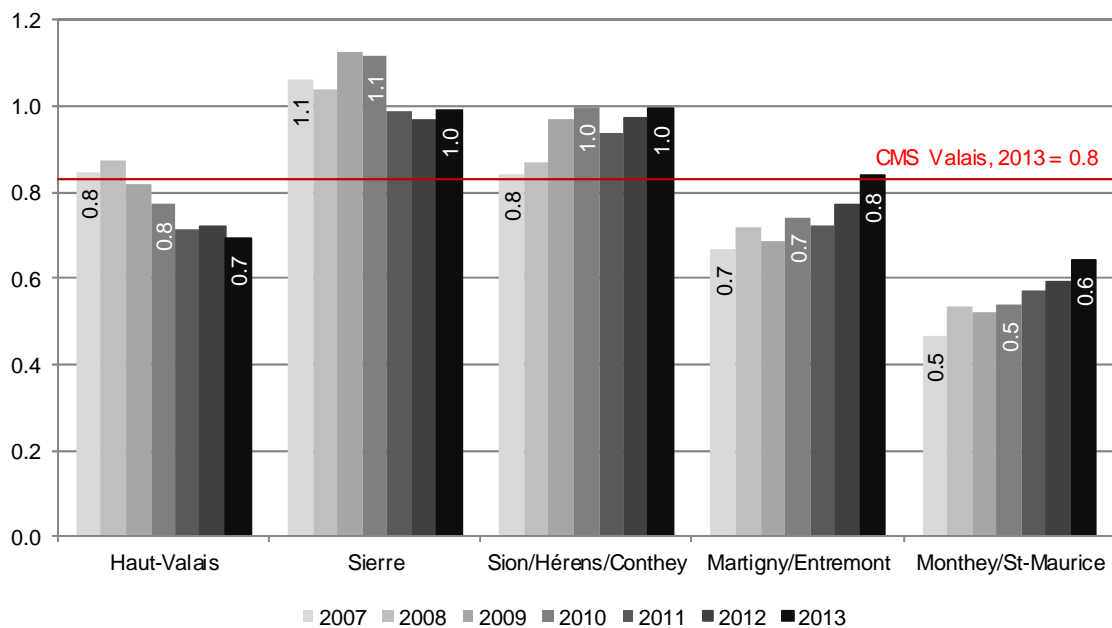
Figure 7 : Nombre d'heures d'aide à domicile par habitant et par canton en 2008 et en 2013



Source(s) : OVS/OFS, SPITEX ; OFS, ESPOP

Les figures 8 et 9 présentent l'évolution du nombre d'heures de soins et d'aide à domicile en Valais par habitant selon les régions sanitaires du canton. Pour ces comparaisons intracantonales, seules les prestations des CMS ont été prises en considération, leur rayon d'intervention correspondant aux régions sanitaires. On constate qu'en 2013, seules les régions de Sion/Hérens/Conthey et de Sierre atteignent l'objectif fixé par la planification des soins de longue durée 2010-2015 pour les soins à domicile, à savoir une heure de soins par habitant. Entre 2007 et 2013, une baisse du nombre d'heures par habitant est constatée dans le Haut-Valais et dans le district Sierre.

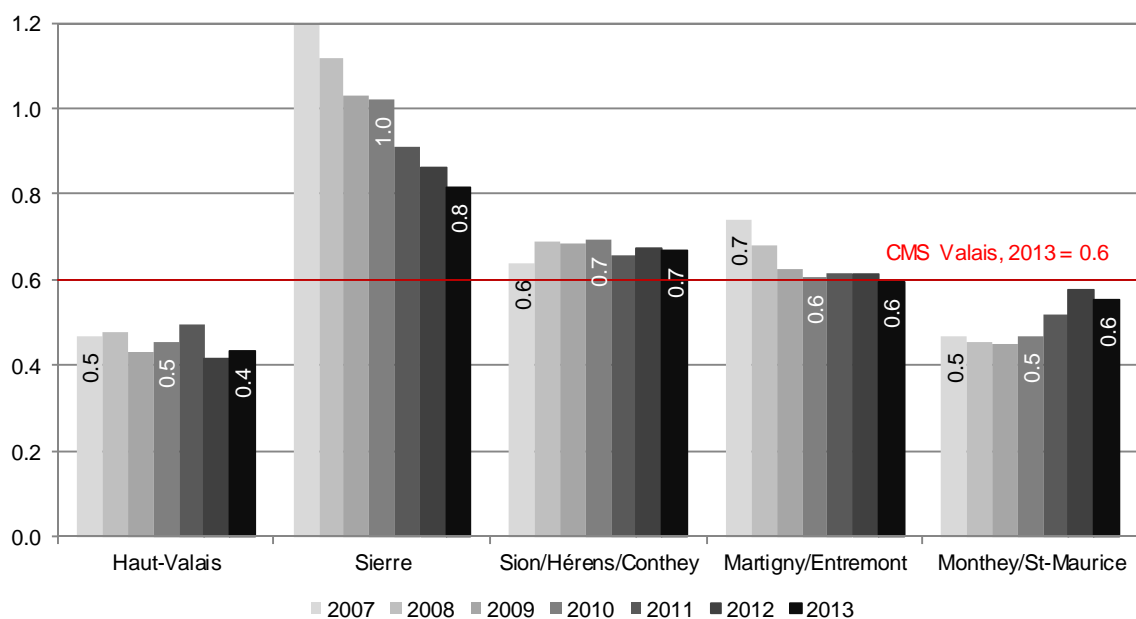
Figure 8 : Nombre d'heures de soins à domicile des CMS et taux par habitant, de 2007 à 2013



Source(s) : OVS/OFS, SPITEX; OFS, STATPOP, ESPOP
Sans les infirmiers(ières) indépendants(es)

En ce qui concerne l'aide à domicile, l'objectif de la planification des soins de longue durée 2010-2015 d'une heure d'aide par habitant n'est pas atteint.

Figure 9 : Nombre d'heures d'aide à domicile des CMS et taux par habitant, de 2007 à 2013

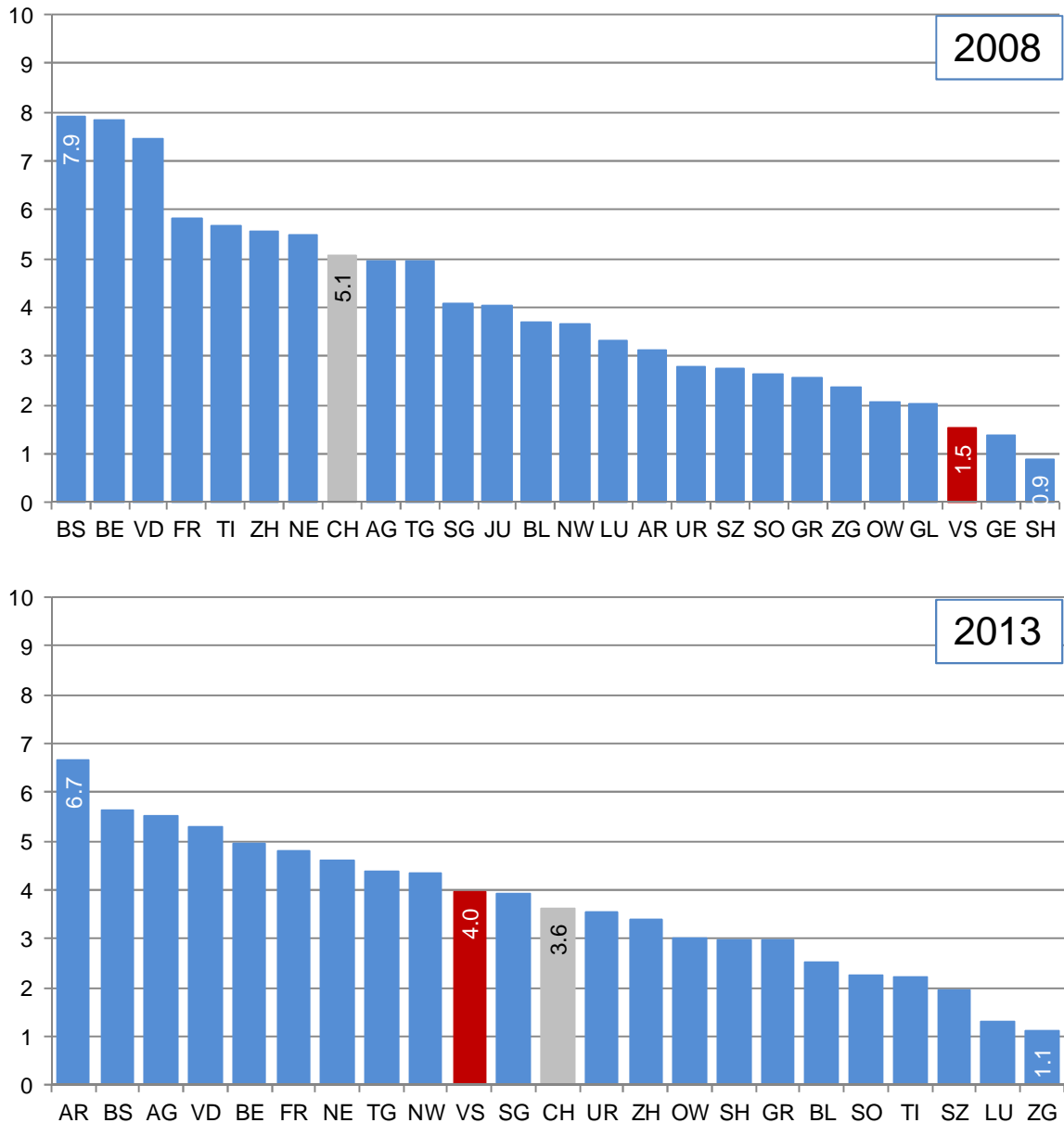


Source(s) : OVS/OFS, SPITEX; OFS, STATPOP, ESPOP

3.4 Lits de court séjour en EMS

La proportion de lits de court séjour varie de 0 à 7 lits pour 1'000 habitants de 80 ans et plus selon les cantons en 2013, sans différence nette entre la Suisse alémanique et la Suisse romande. Entre 2008 et 2013, cette proportion a baissé pour l'ensemble de la Suisse. Cependant, elle a augmenté en Valais suite à la décision de planification des soins de longue durée prise en 2010 visant la mise à disposition de 5 à 10 lits de court séjour pour 1'000 habitants de 80 ans et plus. Le Valais est actuellement légèrement au-dessus de la moyenne suisse.

Figure 10 : Nombre de lits de court séjour en EMS par canton pour 1'000 habitants de 80 ans et plus, en 2008 et en 2013



Source(s) : OFS/OVS, SOMED ; OFS, ESPOP

Le tableau 4 présente le nombre de lits de court séjour en exploitation en 2015, les projets en cours de réalisation approuvés dans le cadre de la planification des soins de longue durée 2010-2015 et le solde non utilisé. Cette offre est davantage développée dans le Haut-Valais. Elle s'est mise en place plus tardivement dans le reste du canton, dans le cadre de la planification des soins de longue durée 2010-2015. De nouveaux lits peuvent encore être mis à disposition dans les régions de Sierre, Sion/Hérens/Conthey et Martigny/Entremont.

Tableau 4 : Nombre de lits de court séjour en EMS, en exploitation et en projet, reconnus dans la planification des soins de longue durée 2010-2015 (situation au 03.11.2015)

	Lits exploités en 2015	Lits en projet	Total	Total selon planification 2010-2015		Solde non utilisé	
				min.	max.	min.	max.
Haut-Valais	42	5	47	23	46	-	-
Sierre	4	4	8	14	27	6	19
Sion/Hérens/Conthey	5	17	22	21	42	-	20
Martigny/Entremont	25	0	25	15	29	-	4
Monthey/St-Maurice	11	14	25	13	25	-	-
Total Valais	87	40	127	85	169	6	43

Source : SSP

3.5 Structures de soins de jour

La planification des soins de longue durée 2010-2015 a fixé comme objectif la mise à disposition d'au moins 280 places en structure de soins de jour dans le canton afin notamment d'offrir un jour de répit par semaine aux proches aidants s'occupant des quelque 1'400 personnes atteintes d'une pathologie démentielle à un stade intermédiaire ou avancé vivant à domicile (situation 2008).

Le tableau 5 présente le nombre de places en structures de soins de jour en exploitation et en projet, ainsi que le solde par rapport à l'objectif minimal visé.

Tableau 5 : Nombre de places en structures de soins de jour, en exploitation et en projet, reconnues dans la planification des soins de longue durée 2010-2015 (situation au 26.11.2015)

	Places exploitées	Places en projet	Total	Planification 2010-2015 (min.)	Solde non utilisé
Haut-Valais	24	47	71	78	7
Sierre	15	10	25	45	20
Sion/Hérens/Conthey	38	38	76	67	-
Martigny/Entremont	76	0	76	49	-
Monthey/St-Maurice	30	15	45	41	-
Total Valais	183	110	293	280	27

Source : SSP

L'objectif est atteint dans les régions de Sion/Hérens/Conthey, Martigny/Entremont et Monthey/St-Maurice, mais pas dans celles de Sierre et du Haut-Valais.

3.6 Appartements à encadrement médico-social

Le département de la santé peut délivrer une reconnaissance aux appartements répondant aux objectifs fixés dans la loi sur les soins de longue durée (LSLD, art. 10). A cette fin, des directives⁵ ont été édictées. Elles prévoient notamment l'adaptation architecturale de ces appartements (suppression des barrières architecturales), la collaboration avec les CMS pour fournir les soins et l'aide à domicile et l'information des bénéficiaires potentiels.

⁵ Directives du Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie concernant les conditions à remplir pour l'exploitation d'un appartement à encadrement médico-social, juin 2006

Le mandat de prestations des CMSR demande à ces derniers de développer dans leur région, en complément des prestations d'aide et de soins à domicile, des appartements à encadrement médico-social. Ils peuvent également le faire avec des partenaires privés.

Le canton ne subventionne pas la construction d'appartements à encadrement médico-social. Les loyers encaissés doivent servir à financer les investissements. 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.

Le tableau 6 présente le nombre d'appartements à encadrement médico-social en exploitation et en projet gérés par les CMS ou en collaboration avec les CMS. D'autres appartements avec adaptation architecturale pour personnes âgées existent. Ils sont issus d'initiatives privées. Faute d'information exhaustive à ce sujet, ils ne sont pas recensés dans ce tableau.

Tableau 6 : Appartements à encadrement médico-social gérés par les CMS ou en collaboration avec les CMS (situation juin 2015)

	Etablissements	Lieu	Gestion / Convention de collaboration	Nombre d'appartements	
				exploités	en projet
Sierre	Domino Maison Rouge	Sierre	CMS Sierre	4	
	Domino Centre Ville	Sierre	CMS Sierre	5	
	Domino Côté Cour	Sierre	CMS Sierre	6	
	Domino Gare	Sierre	CMS Sierre	5	
	Domino Miège	Miège	CMS Sierre	4	
	Domino Anniviers	Vissoie	CMS Sierre	4	
	Domino Av. du Marché	Sierre	CMS Sierre	5	
	Domino La Postale	Chalais	CMS Sierre	4	
	Domino Chippis	Chippis	CMS Sierre		5
Total Région de Sierre				37	5
Sion/Hérens/Conthey	Domino Sion	Sion	Convention de collaboration	6	
	Domino Sion	Sion	Convention de collaboration	7	
	Domino Sion Champsec	Sion	Convention de collaboration		5
	Résidence des Crêtes	Grimisuat	CMS Coteau	9	
	Domino Ayent	Ayent	CMS Coteau	4	
	Résidence St-Jacques	Haute-Nendaz	Convention de collaboration		9
Total Région De Sion/Hérens/Conthey				26	14
Martigny/Entremont	Appartement "Mosaïque"	Martigny	CMS Martigny	8	
	Appartement "A tout âge"	Martigny	CMS Martigny	9	
	Résidence Les Côteaux	Fully	CMS Martigny	6	
	Toral Région de Martigny/Entremont				23
Monthey/St-Maurice	Appartements Marmettes	Monthey	CMS de Monthey	6	
	Appartements M-CENTRAL	Monthey	Convention de collaboration	22	
	Appartements Les Tilleuls	Monthey	Convention de collaboration	14	
	Studios Les Dents-du-Midi	Champéry	Convention de collaboration	8	
	Appartements Riond-Vert	Vouvry	Convention de collaboration	17	
	Appartements Vionnaz	Vionnaz	Convention de collaboration	10	
	Appartements Sainte-Monique	Saint-Maurice	Convention de collaboration	2	
	Appartements Monthey	Monthey			8
	Appartements Vouvry	Vouvry			10
	Appartements Le Petit Prince	Saint-Gingolph	Convention de collaboration		10
Total Région de Monthey/St-Maurice				79	28
Total Nombre d'appartements				165	47

Source : SSP/CMS

Dans le Haut-Valais, les CMS géraient auparavant quatre appartements à encadrement médico-social (Mörel, Visperterminen, Viège, Loèche-les-Bains). Avec le temps, les personnes prises en charge dans ces structures ont présenté un besoin en soins de plus en plus élevé allant au-delà des possibilités d'encadrement à domicile. Dans le cadre de la planification des soins de longue durée 2010-2015, il a été proposé à ces structures soit de réserver leurs prestations à des personnes nécessitant moins de soins, soit de devenir des unités d'EMS décentralisées à rattacher à un EMS

principal. Les quatre structures concernées ont choisi de devenir des unités d'EMS décentralisées. L'appartement de Viège a été physiquement intégré au Martinsheim.

3.7 Coûts en Valais

Une évaluation des coûts de la prise en charge (soins et hébergement) de longue durée en Valais a été effectuée à titre indicatif. Elle se base sur l'ensemble des coûts des EMS, des structures de soins de jour, des CMS (uniquement les prestations de soins et aide à domicile) et des lits d'attente en milieu hospitalier, pour l'année 2013.

Cette évaluation n'est pas exhaustive. En effet, les coûts des infirmiers(ères) indépendants(es) n'ont pas pu être considérés. De plus, l'impact des différentes dotations en lits d'EMS sur les durées de séjour en gériatrie et en psychogériatrie n'a pas pu être pris en compte, en raison des pratiques différentes selon les régions (voir ci-après).

Tableau 7 : Prise en charge de longue durée, coûts totaux 2013 en francs

	Haut-Valais	Sierre	Sion / Hérens / Conthey	Martigny / Entremont	Monthey / St-Maurice	Valais
EMS et Structure de soins jour	84'386'199	34'777'041	72'775'874	49'838'456	42'471'704	284'249'274
CMS	9'446'630	9'628'677	13'059'010	8'807'583	6'815'366	47'757'266
lits d'attente	108'059	1'278'127	1'294'584	518'231	361'602	3'560'604
Total	93'940'887	45'683'846	87'129'468	59'164'270	49'648'672	335'567'144

Source : SSP

Tableau 8 : Prise en charge de longue durée, coûts totaux 2013 en francs par habitant de 65 ans et plus

	Haut-Valais	Sierre	Sion / Hérens / Conthey	Martigny / Entremont	Monthey / St-Maurice	Valais
Nombre d'habitants de 65 ans et plus (31.12.2013)	14'816	9'816	15'248	10'117	9'244	59'241
EMS et Structure de soins jour	5'696	3'543	4'773	4'926	4'595	4'798
CMS	638	981	856	871	737	806
lits d'attente	7	130	85	51	39	60
Total	6'341	4'654	5'714	5'848	5'371	5'664

Source : SSP

En moyenne, les coûts totaux de la prise en charge de longue durée en Valais étaient de 5'664 francs par habitant de 65 ans et plus en 2013. Les coûts totaux des régions de Sion/Hérens/Conthey, Martigny/Entremont et Monthey/St-Maurice, rapportés à la population âgée de 65 ans et plus, sont quasiment homogènes (entre 5'371 et 5'848 CHF). L'écart constaté entre ces trois régions et celles de Sierre et du Haut-Valais est beaucoup plus important. Pour la région du Haut-Valais, ces coûts sont supérieurs de CHF 677 aux coûts totaux au niveau valaisan. Ils sont inférieurs de CHF 1'010 dans la région de Sierre.

Ces écarts doivent être relativisés. En effet, il n'est pas tenu compte des coûts liés à la durée moyenne de séjour en gériatrie plus élevée dans la région de Sierre en raison du manque de lits d'EMS. Pour le Haut-Valais, il faut aussi prendre en considération les durées moyennes de séjour en gériatrie et en psychogériatrie plus faibles que dans les autres régions.

On peut toutefois conclure de cette évaluation que les coûts ont tendance à être plus élevés dans les régions où la prise en charge en EMS est proportionnellement plus importante. Des études menées en Suisse à ce sujet arrivent à la même conclusion (voir point 4.1.3).

Les tableaux 9 et 10 présentent la répartition du financement entre les agents payeurs pour la prise en charge de longue durée pour l'année 2013. La part de financement des patients représente 36%, celle des pouvoirs publics (canton et communes) 29% et celle des assureurs 25%. Le solde de 11% comprend diverses autres recettes.

Tableau 9 : Prise en charge de longue durée, financement par les agents payeurs en 2013 en francs

	Haut-Valais	Sierre	Sion / Hérens / Conthey	Martigny / Entremont	Monthey / St-Maurice	Valais
Part assureurs	23'598'890	11'058'053	21'788'297	15'451'246	12'054'657	83'951'143
Part pouvoirs publics	25'782'283	14'005'918	25'069'330	17'260'928	14'556'909	96'675'368
Part patients	35'451'394	15'566'118	31'975'137	21'776'389	17'590'393	122'359'431
Diverses recettes	9'108'319	5'053'757	8'296'704	4'675'707	5'446'713	32'581'201
Total	93'940'887	45'683'846	87'129'468	59'164'270	49'648'672	335'567'144

Source : SSP

Tableau 10 : Prise en charge de longue durée, financement par les agents payeurs en 2013 en francs par habitant de 65 ans et plus

	Haut-Valais	Sierre	Sion / Hérens / Conthey	Martigny / Entremont	Monthey / St-Maurice	Valais
Nombre d'habitants de 65 ans et plus (31.12.2013)	14'816	9'816	15'248	10'117	9'244	59'241
Part assureurs	1'593	1'127	1'429	1'527	1'304	1'417
Part pouvoirs publics	1'740	1'427	1'644	1'706	1'575	1'632
Part patients	2'393	1'586	2'097	2'152	1'903	2'065
Diverses recettes	615	515	544	462	589	550
Total	6'341	4'654	5'714	5'848	5'371	5'664

Source : SSP

En 2015, avec l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur les soins de longue durée dans le cadre de la RPT II, la répartition du financement des pouvoirs publics a été fixée à 70% à charge du canton et 30% à charge des communes pour toutes les prestations de soins de longue durée. Auparavant, le canton prenait en charge la totalité des contributions publiques au financement des soins en EMS, 62.5% pour les soins à domicile et 63% pour les soins en structures de soins de jour.

4 Evaluation des besoins et proposition d'adaptation de la planification des soins de longue durée

4.1 Objectifs de planification des soins de longue durée : considérations générales

4.1.1 Préférences des personnes âgées et des professionnels de la santé

Quitter son domicile pour intégrer un EMS peut parfois être une épreuve particulièrement difficile pour les personnes âgées. L'entrée en EMS les confronte à de nombreux changements, non seulement de lieu mais également à des modifications au niveau de la vie quotidienne, des réseaux sociaux et du soutien que la personne peut attendre de son entourage. De plus, le placement en EMS se produit habituellement lors d'une période de stress et de crise (suite à une maladie aiguë, une période d'hospitalisation ou la perte d'un conjoint).

En 2009, deux enquêtes ont été effectuées par la HES-SO Valais et la HE-Arc Santé⁶ afin d'identifier les options de soins préférées par les professionnels et les personnes âgées du canton de Neuchâtel. En cas de faible dépendance (jusqu'au profil 8 sur 13), les personnes âgées et les professionnels de la santé privilégient des options de soins permettant une prise en charge à domicile. Pour les profils comportant de nombreux critères de dépendance avec troubles cognitifs (11 à 13), les professionnels de la santé privilégient une prise en charge dans des unités spécialisées. Les personnes âgées interrogées ne retiennent majoritairement cette option que pour le profil le plus élevé (13).

Plusieurs enquêtes menées dans différents cantons montrent que plus de 80% des seniors souhaiteraient pouvoir vieillir à la maison, dans un habitat simple et adapté, mais pas en EMS (cohorte Lc65+⁷ pour Lausanne, étude Swiss Interdisciplinary Longitudinal Study on the Oldest Old à Genève et en Valais central, et enquête nationale⁸ réalisée en 2012 par la Fédération des Associations des retraités et de l'entraide en Suisse).

Concernant les personnes en institution, une vaste étude réalisée dans douze EMS vaudois et genevois, sur la base de 280 entretiens avec des professionnels, des résidents et des proches, a mis en évidence un certain nombre d'éléments de la qualité de vie évalués par les pensionnaires eux-mêmes⁹. La qualité des contacts dans l'EMS ressort comme étant de première importance pour les résidents. Les autres éléments sont le sentiment de liberté, les attitudes et ressources personnelles, la présence d'animaux de compagnie, la possibilité de sortir, la tranquillité, le confort, la qualité des traitements (ou des soins au sens strict).

4.1.2 Les raisons d'entrée en EMS

Bien que la plupart des personnes âgées souhaitent rester le plus longtemps possible à domicile, il est difficile, voire impossible, dans certaines situations, de répondre à cette attente. L'absence d'autonomie fonctionnelle et le besoin important en soins ont à la fois un impact négatif sur la qualité de vie des personnes âgées et nécessite une prise en charge en institution.

Une vaste étude britannique¹⁰ réalisée en 2003 a mis en avant deux raisons principales (90% des résidents) de placement :

- l'état dégradé de santé avec des handicaps physiques ;
- le diagnostic de démence ou de maladies dégénératives.

⁶ Barbey, V., Lambelet, C., Duc, N., Siggen, M., et Varesio, A. C. (2009). *Planification médico-sociale pour les personnes âgées dans le canton de Neuchâtel, Rapport final de synthèse.*

⁷ <http://www.lc65plus.ch>

⁸ Fédération des Associations des retraités et de l'entraide en Suisse (2012). *Habitat des seniors : Besoins et souhaits des personnes âgées.* Enquête Nationale.

⁹ Freudiger, S., Pittet, G., et Christen-Gueissaz, E. (2007). *Convergences et décalages entre la portée institutionnelle des « démarches qualité » et le bien-être des résidents d'établissements médico-sociaux certifiés.* Ethique et santé, 4(1), 4-11.

¹⁰ Bowman, C., Whistler, J., et Ellerby, M. (2004). *A national census of care home residents.* Age Ageing, 33(6), 561-566.

Une méta-analyse¹¹ portant sur les facteurs prédictifs de l'entrée en établissement pour personnes âgées aux Etats-Unis, a également mis en évidence les raisons suivantes :

- la présence d'au moins trois dépendances au niveau des activités de la vie quotidienne ;
- le fait de souffrir d'une détérioration cognitive et d'avoir déjà fait appel aux services d'un établissement pour personnes âgées.

Bien que le besoin de soins apparaisse en Suisse comme le principal facteur¹² entraînant l'entrée en EMS, des facteurs sociaux¹³ peuvent également provoquer un placement dans une structure institutionnelle. Une thèse consacrée aux trajectoires de vie dans la grande vieillesse¹⁴ (étude sur les cantons de Genève et du Valais) a permis de présenter deux ensembles de facteurs pouvant prédire l'entrée en EMS :

- l'ensemble de facteurs liés à un état de santé plus précaire de la personne âgée (raisons de santé) ;
- l'ensemble de facteurs liés à des formes d'isolement qui se traduisent en un sentiment de solitude (raisons sociales).

Certaines personnes âgées, en souhaitant décharger leurs proches de leurs tâches d'aide et de soins, peuvent considérer l'institution mieux adaptée à leurs besoins que le domicile. Ainsi, l'adaptation au nouveau cadre de vie et la qualité de vie dépendent aussi des appréciations et attitudes très subjectives des personnes âgées concernées¹⁵, ainsi que de la durée de leur séjour.

Plusieurs autres études ont également relevé que les personnes vivant en EMS n'ont pas les mêmes caractéristiques que celles ayant la possibilité de rester à domicile. En Suisse, les différences sociales qui conduiraient à entrer en institution pour personnes âgées sont d'une part, une perte de partenaire et des réseaux sociaux lacunaires et, d'autre part, un bas revenu et une formation scolaire et professionnelle de base¹⁶⁻¹⁷.

4.1.3 Coûts selon type de prise en charge (domicile versus EMS)

Plusieurs études ont été réalisées en Suisse notamment dans les cantons du Tessin¹⁸ et de Berne afin de comparer la différence de coûts qui peut exister entre une prise en charge à domicile ou en EMS.

Pour approfondir ces questions, l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile (ASSASD) a mandaté une étude sur le sujet¹⁹. Cette recherche a examiné ces questions à l'aide de modélisations pour les cantons de Zurich, Berne et Vaud. Les formes de ménage (personnes vivant seules, couples) et les revenus ont été pris en compte, cela à chaque fois pour présenter des exemples avec des degrés de soins requis différents.

Pour comparer les coûts complets entre les soins en EMS et les soins à domicile, les auteurs de l'étude ont déterminé l'ensemble des coûts pour les deux formes de soins. Ainsi, pour les soins à

¹¹ Gaugler, J. E., Duval, S., Anderson, K. A., et Kane, R. L. (2007). *Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis*. BMC Geriatrics, 7(1).

¹² Zimmermann-Sloutskis, D., Moreau-Gruet, F., et Zimmermann, E. (2012). *Comparaison de la qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile ou en institution*. Observatoire suisse de la santé.

¹³ Höpflinger, F., et Hugentobler, V. (2006). *Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse : observations et perspectives*. Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé, Médecine et Hygiène.

¹⁴ Cavalli, S. (2008). *Trajectoires de vie dans la grande vieillesse : rester chez soi ou s'installer en établissement médico-social ?* Doctoral dissertation, University of Geneva.

¹⁵ Lee, D. T., Woo, J., et Mackenzie, A. E. (2002). *A review of older people's experiences with residential care placement*. Journal of advanced nursing, 37(1), 19-27.

¹⁶ Wanner, P., Sauvain-Dugerdil, C., Guilley, E., et Hussy, C. (2005). *Âges et Générations : La vie après 50 ans en Suisse*. Office fédéral de la statistique, 118-128.

¹⁷ Höpflinger, F., et Hugentobler, V. (2006). *Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse : observations et perspectives*. Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé, Médecine et Hygiène.

¹⁸ Ruedin, H. J., et al. (2010). *Soins de longue durée – Comparaison des coûts par cas dans le canton du Tessin*. Observatoire suisse de la santé.

¹⁹ Wächter, M., et Künzi, K. (2012). *Grenzen von Spitex aus ökonomischer Perspektive*. Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale.

domicile, les dépenses pour la prise en charge, l'appartement et le budget consacré aux dépenses courantes ont été saisies, en plus du coût résultant exclusivement des soins. Concernant le secteur des EMS, le prix coûtant pour la pension, la prise en charge ainsi que les frais personnels ont été pris en compte en plus du coût des soins.

Les résultats de cette recherche démontrent notamment qu'en cas de soins requis de degré léger, la totalité des coûts est nettement inférieure lorsqu'une personne est soignée à domicile. Toutefois, en cas de soins requis élevé, la totalité des coûts est moins importante en EMS. Cette étude confirme donc les premiers résultats qui ont été relevés dans le cadre de précédentes recherches réalisées dans les cantons du Tessin²⁰ et de Berne. Elle fournit également un facteur explicatif des différences de coûts entre les régions sanitaires valaisannes présentées au point 3.7 ci-devant.

En cas de soins requis de degré moyen, les structures de coûts entre les soins en EMS et à domicile se « chevauchent ». Etant donné que les valeurs varient entre les cantons étudiés, voire même au sein d'un même canton, il n'a pas été possible de déterminer de manière absolue à quel niveau de soins une prise en charge en EMS est plus indiquée en termes de coûts. Néanmoins, les auteurs de l'étude estiment que le domaine de « chevauchement » se situe entre 60 et 120 minutes de soins par jour. Sa dimension est fortement déterminée par la forme de la prise en charge (par exemple une prise en charge bénévole ou rémunérée) et par l'implication des proches aidants.

Ces différences de coûts résultent de plusieurs facteurs. Ainsi, en analysant uniquement le coût provenant des soins, la prise en charge à domicile est plus élevée que celle en EMS. Cela s'explique notamment par le fait que les soins à domicile englobent des frais de déplacement. De plus, certains collaborateurs plus qualifiés assument souvent des travaux plus simples pour des raisons pratiques, alors qu'en EMS de telles activités peuvent être déléguées à du personnel moins qualifié. En revanche, les frais d'infrastructure et de prise en charge se chiffrent de manière plus élevée en EMS.

4.1.4 Evolution de la dépendance fonctionnelle

Les progrès de la médecine ainsi que l'amélioration des conditions de vie ont largement contribué à accroître l'espérance de vie de la population. Toutefois, cette augmentation s'accompagne, surtout chez les personnes âgées, d'une progression de la fréquence des maladies chroniques. 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, le changement des modes de vie ainsi que les mesures de promotion de la santé, de prévention et de réadaptation.

La dépendance fonctionnelle

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les maladies chroniques comme « des affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement ». Les maladies chroniques sont la source majeure de dépendance fonctionnelle chez les personnes âgées. Cette dépendance ou limitation fonctionnelle²¹ entraîne une incapacité à accomplir certaines tâches de la vie quotidienne, comme par exemple faire ses achats ou sa toilette. Elles nécessitent donc une prise en charge qui peut s'étaler sur plusieurs mois, voire des décennies. La dépendance 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 bronchopneumopathie chronique obstructive, les troubles cognitifs, la démence ou la dépression²².

Ces maladies chroniques représentent un défi important au niveau de la prévention, de la détection précoce et du traitement. Selon une étude²³ de 2011 de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) sur

²⁰ Ruedin, H. J., et al. (2010). *Soins de longue durée – Comparaison des coûts par cas dans le canton du Tessin*. Observatoire suisse de la santé.

²¹ Monod-Zorzi, S., Pellegrini, S., et Ruedin, H. J. (2007). *Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées : données épidémiologiques et économiques de la littérature*. Observatoire suisse de la santé.

²² Office fédéral de la statistique (2014). *Calcul des coûts directs et indirects des principales maladies non transmissibles*. Bulletin 27.

²³ Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L., et Zumbunn, A. (2011). *La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée*. Observatoire suisse de la santé, Hans Huber.

la dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée en 2008, le taux de besoin en soins estimé pour les personnes de 65 ans et plus s'élève à environ 9%. Pour le groupe d'âge de 75 à 79 ans, moins de 10% des personnes âgées requièrent des soins. Cette part s'élève à plus de 13% chez les 80 à 84 ans et à plus de 33% chez les 85 ans et plus.

Evolution

L'espérance de vie sans incapacité est un indicateur qui permet de mesurer le nombre d'années de vie sans limitations fonctionnelles d'activités quotidiennes. La comparaison de l'espérance de vie sans incapacité et de l'espérance de vie totale permet de vérifier s'il y a une extension relative ou, au contraire, une compression de la morbidité aux âges élevés.

Selon les données de l'Office fédéral de la statistique²⁴, entre 1981/82 et 2002, un allongement des années de vie sans incapacité à l'âge de 65 ans a été constaté. Il était de 3.1 ans chez les hommes et de 3.7 ans chez les femmes. En même temps, la période marquée par des incapacités s'est raccourcie de 1.1 an chez les femmes et de 0.2 an chez les hommes. En d'autres termes, cela signifie que les personnes de 65 ans et plus en Suisse vivent souvent longtemps sans incapacité et les limitations d'activités se manifestent fréquemment à un âge élevé.

Selon les experts qui ont analysé les données sur l'évolution de la dépendance fonctionnelle, 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.

Cette évolution reste cependant incertaine. Comme le relève l'OFS dans un rapport de 2009 sur le futur de la longévité en Suisse²⁵, il n'existe qu'un faible consensus sur l'évolution future. La généralisation des habitudes de vie nuisibles pour la santé (en particulier un mode de vie sédentaire, le manque d'exercice physique, une mauvaise alimentation) pourrait avoir une incidence sur la fréquence des incapacités.

De plus, malgré l'amélioration de la qualité de vie, les maladies chroniques augmentent avec l'avancée en âge. Il est de plus en plus fréquent qu'une personne souffre simultanément de deux ou plusieurs maladies, souvent chroniques (multimorbidité). L'âge des personnes est fortement corrélé au nombre de maladies chroniques²⁶. Les conséquences de cette hausse de la multimorbidité sont une diminution de l'autonomie des personnes âgées et un accroissement de la dépendance en soins de longue durée.

Prévalence des démences

Les démences font partie des pathologies conduisant à la dépendance fonctionnelle. Selon l'OMS, 35,6 millions de personnes seraient atteintes de démence dans le monde²⁷ dont un peu plus de la moitié (58%) vivent dans un pays à revenu faible ou intermédiaire. On estime dans l'ensemble de la population qu'entre 2 et 8% des personnes âgées de 60 ans et plus sont atteintes de démence à un moment donné. Du fait du vieillissement de la population, ce nombre pourrait doubler d'ici 2030 et même tripler d'ici 2050.

En Suisse, il n'existe pas d'étude permettant de connaître la prévalence des démences dans la population. Il est par contre possible de faire des estimations sur la base de recherches sur la prévalence des démences en Europe (Kraft et al SMW 2010)²⁸. En appliquant ces prévalences à la

²⁴ Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L., et Zumbunn, A. (2011). *La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée*. Observatoire suisse de la santé, Hans Huber.

²⁵ Seematter-Bagnoud, L., Paccaud, F., et Robine, J. M. (2009). *Le futur de la longévité en Suisse*. Office fédéral de la statistique.

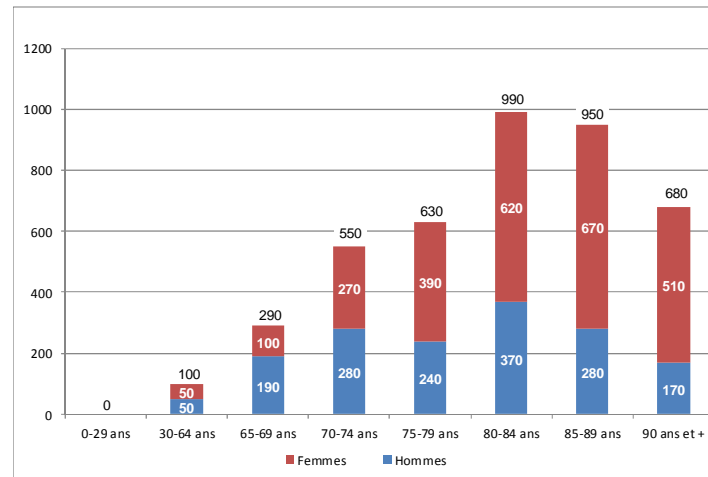
²⁶ Moreau-Gruet, F. (2013). *La multimorbidité chez les personnes de 50 ans et plus. Résultats basés sur l'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)*. Observatoire suisse de la santé, Bulletin 4.

²⁷ World Health Organization (2012). *Dementia: a public health priority*. World Health Organization.

²⁸ Kraft, E., Marti, M., Werner, S., et Sommer, H. (2010). *Cost of dementia in Switzerland*. Swiss medical weekly, 140(3), 36.

population suisse, passé 80 ans, un homme sur six et une femme sur cinq seraient atteints de démence en Suisse.

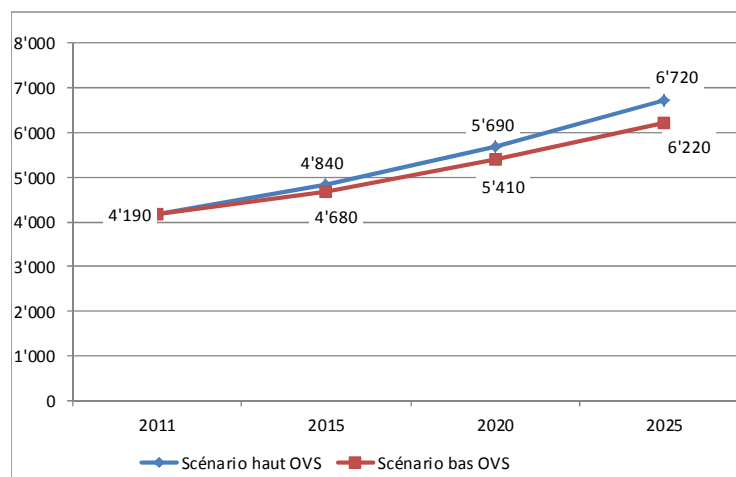
Figure 11 : Estimation du nombre de personnes atteintes de démence par classe d'âge et par sexe, Valais, 2011.



Source : Kraft 2010, OVS

Près de 4'000 personnes souffriraient de démence en Valais actuellement et plus de 6'000 personnes en seraient atteintes en 2025. Les femmes ayant une plus longue espérance de vie, elles sont plus nombreuses que les hommes à souffrir de démence. Ainsi, 2'610 femmes et 1'580 hommes seraient atteints de démence en Valais en 2011, sur la base des prévalences rapportées dans l'étude de Kraft 2010.

Figure 12 : Projection du nombre estimé de personnes atteintes de démence (selon 2 scénarios démographiques OVS), 2011-2025, Valais



Source : Kraft 2010, OVS

Ces pathologies se rencontrent surtout à un âge avancé et nécessitent une prise en charge spécifique. De ce fait, elles méritent une attention toute particulière. Le point 5.2 de ce rapport y est consacré.

4.1.5 Prévisions des besoins et planification des soins de longue durée dans les autres cantons

Suisse alémanique

Pour planifier les soins de longue durée, plusieurs cantons alémaniques se sont appuyés sur une étude de Höpflinger et Hugentobler²⁹. Cette dernière conclut que, pour un âge donné, les besoins en soins auront tendance à diminuer au cours de ces prochaines années. Ces cantons ont également pris en considération les tendances constatées ces dernières années, à savoir la réduction de la durée de séjour en EMS et le taux d'occupation relativement faible.

Sur la base de ces constats, plusieurs cantons alémaniques ont décidé de réduire leur taux de couverture en lits d'EMS par rapport à la population âgée de 80 ans et plus (voir également figure 5, point 3.1). Ainsi, dans le canton d'Argovie, le nombre de lits pour 1'000 habitant de 80 ans et plus va passer de 264 en 2007 à 197 en 2025 (réduction de 15% par décennie). Dans le canton des Grisons, ce nombre va passer de 250 lits en 2010, à 240 en 2015, 230 en 2020 et 220 en 2025. Dans le cadre de sa planification, le canton de Thurgovie a également décidé de réduire le nombre de lits pour 1'000 habitant de 80 ans et plus. Il passera de 261 lits en 2010, à 241 en 2020 et à 211 en 2030 (soit une réduction d'environ 10% par décennie). Malgré ces réductions, le nombre absolu de lits d'EMS va continuer d'augmenter en raison du vieillissement de la population.

Le canton de Berne a quant à lui décidé dans sa dernière planification (2011) de ne pas augmenter le nombre de lits d'EMS. Par conséquent, le nombre de lits pour 1'000 habitants de 80 ans et plus passera de 250 en 2013 à 170 en 2030. Il réfléchit également à distinguer les lits pour les personnes à l'AVS de ceux pour les personnes à l'AI dans sa prochaine planification (en 2011, les lits AI représentaient 4.5% des lits totaux).

Suisse romande

En Suisse romande, le canton de Vaud prévoit la mise à disposition de 100 nouveaux lits de long séjour en EMS par année, ainsi que le développement des soins et de l'aide à domicile. Sa planification a pour but de répondre à la volonté de la majorité de la population qui souhaite vivre le plus longtemps possible dans son environnement.

Dans le canton de Genève, après la mise à disposition de 359 nouveaux lits de long séjour en EMS en 2011, la planification médico-sociale et sanitaire 2012-2015 estime que les capacités resteront suffisantes jusqu'en 2015. Elle prévoit une progression des besoins en soins et aide à domicile de 4% par année et augmente l'offre en structures intermédiaires (+ 75 lits de court séjour, + 150 places en structures de soins de jour, + 50 places en structures de soins de nuit, + 60 places en appartements à encadrement médico-social).

La planification des soins de longue durée 2011-2015 du canton de Fribourg a fixé une croissance modérée du nombre de lits d'EMS avec 142 lits de long séjour supplémentaires. Elle se base notamment sur l'hypothèse que les entrées en EMS vont se faire à un âge toujours plus avancé et que les durées de séjour vont diminuer. Parallèlement, le canton de Fribourg a décidé de développer ses lits de court séjour (+ 40 lits), ses structures de soins de jour (+ 46 places) et les soins et l'aide à domicile (+ 54 EPT).

Le canton de Neuchâtel prévoit, dans sa planification médico-sociale de 2012, une diminution du nombre de lits d'EMS d'environ 400 unités sur les 2'400 que compte le canton. Une partie des lits conservés seront spécialisés en psychogériatrie. Les autres prestations de soins de longue durée seront renforcées avec la création d'ici 2022 de près de 1'000 logements adaptés, de 400 places d'accueil de jour et de nuit ainsi que d'une soixantaine de lits d'hébergement pour des courts séjours.

La planification médico-sociale 2022 du canton du Jura développe l'offre d'unité de vie de psychogériatrie avec un nombre de lits passant de 48 à 244. Elle diminue le nombre de lits d'EMS de

²⁹ Höpflinger, F., et Hugentobler, V. (2003). *Pflegebedürftigkeit in der Schweiz: Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert*. Hans Huber.

680 à 501. Les prestations visant le maintien à domicile sont renforcées (+ 41 EPT pour les soins à domicile, + 139 EPT pour l'aide à domicile, + 185 places en structures de soins de jour, + 32 lits de court séjour).

4.1.6 Situation dans d'autres pays

Les modèles en matière de soins de longue durée de six pays possédant des caractéristiques démographiques ainsi qu'un niveau de développement économique relativement proches de ceux de la Suisse sont brièvement présentés ci-après.

Tableau 11 : Comparaison de la Suisse avec six autres pays

	Suisse	Allemagne	Belgique	Canada	Danemark	France	Royaume-Uni
Espérance de vie à la naissance	82.8 ans	81.0 ans	80.5 ans	81.5 ans	80.1 ans	82.1 ans	81.0 ans
Population âgée de 65 ans et + en % de la population totale	17.30%	21.10%	17.50%	14.90%	17.60%	17.50%	17.00%
Nombre de lits de long séjour en institution pour 1'000 habitants âgés de 65 ans et +	68.5	52	71.2	55.8	48.7	56.8	49.5
Nombre de bénéficiaires de soins de longue durée en institution de 80 ans et + pour 1'000 habitants de 80 ans et +	17.7	11.3	18.4	9.3	12.6	Non disponible	Non disponible

Source : OVS, OCDE, OMS

Les principales tendances observées dans ces pays sont :

- la désinstitutionnalisation et le maintien à domicile le plus longtemps possible des personnes nécessitant des soins ou de l'aide. Ces objectifs sont cohérents avec les préférences des personnes de demeurer chez elles. Le Danemark est un exemple particulièrement abouti grâce à sa politique visant à développer l'offre de soins et d'aide à domicile (prise en charge 24h/24) ainsi que l'offre de logements adaptés. En effet, depuis 1987, aucun nouvel EMS n'a été construit ;
- l'ouverture du marché aux fournisseurs de prestations privés, en particulier dans le domaine des soins et de l'aide à domicile avec une liberté de choix pour le client. En Allemagne et au Danemark, il existe depuis de nombreuses années une multitude de fournisseurs de prestations non-détenus par des pouvoirs publics ;
- le soutien de l'offre informelle. Dans plusieurs des pays analysés, les prestations effectuées par les proches aidants peuvent être soutenues sous certaines conditions (salaire, allocation perte de gains, système de remplacement en cas de vacances, etc.).

Les différents systèmes de soins et d'aide de longue durée connaissent tous des problèmes de coordination qui dépendent de l'organisation et de la structure du système de santé propres aux pays considérés. Pour répondre aux problèmes de coordination que posent, en particulier, la multitude d'acteurs et la multitude d'institutions impliquées dans la prise en charge de longue durée, deux réponses se retrouvent dans tous les pays analysés :

- l'introduction d'une gestion de cas (case management) permettant d'assurer la coordination entre soins à domicile et aide à domicile. Chaque client bénéficie d'un gestionnaire de cas qui coordonne les prestations, les suspend en cas d'hospitalisation ou de vacances, etc. Toutefois, on note qu'un point de friction en matière de coordination peut subsister à l'interface entre l'hôpital et les services de soins de longue durée ;
- l'introduction de points d'accès uniques à la diversité des offres (information, tri, orientation des personnes).

4.2 Evaluation des besoins

L'évaluation des besoins pour la planification des soins de longue durée 2015-2020 du canton du Valais a été réalisée par l'Observatoire valaisan de la santé (OVS), sur la base des projections démographiques de l'Office cantonal de la statistique et de la péréquation (OCSP) et de l'outil d'évaluation des besoins de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan).

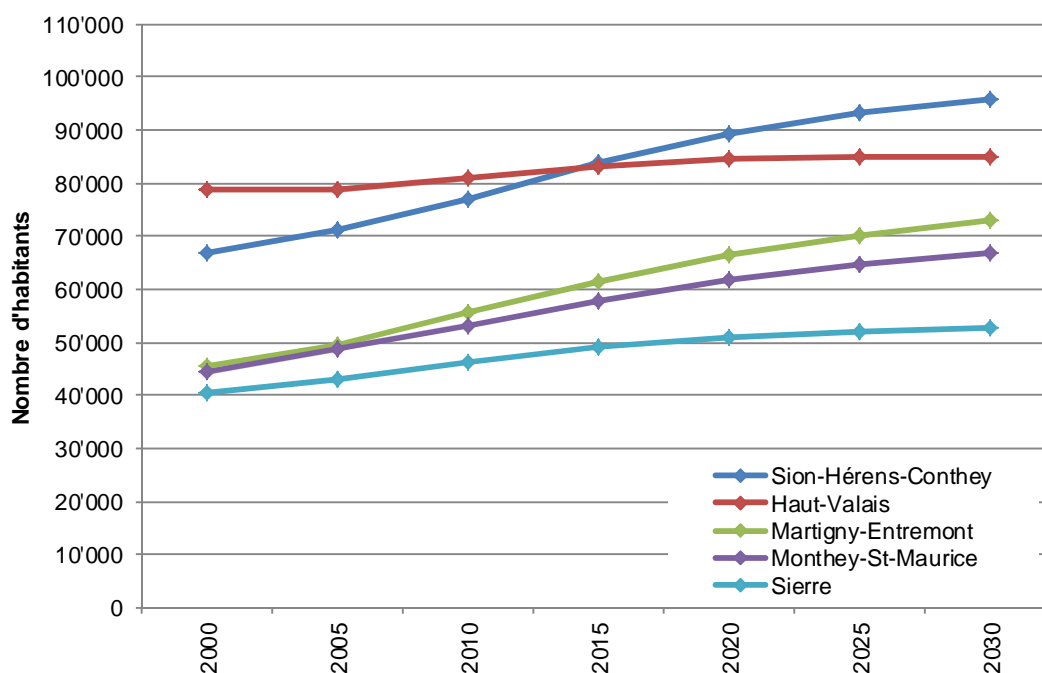
4.2.1 Projections démographiques

Les projections de l'évolution de la population valaisanne réfèrent au modèle de projection démographique cantonal 2014 établi par l'Office cantonal de la statistique et de la péréquation (OCSP)³⁰.

Ce modèle repose sur l'approche généralement retenue par composante principale. Il se fonde sur des hypothèses concernant les niveaux de fécondité, de mortalité et de migration, ainsi que sur une modélisation des profils démographiques associés (par âge, sexe et nationalité). Il intègre également une régionalisation prenant en compte les facteurs propres à chaque région du canton.

Selon les projections, la population valaisanne devrait continuer de croître jusqu'en 2030, mais de moins en moins rapidement. Au niveau des régions sanitaires, la croissance se poursuivrait dans le Valais romand, mais de manière moins marquée pour la région de Sierre. Dans le Haut-Valais, une stabilisation, voire une baisse de la population, est prévue.

Figure 13 : Evolution de la population, projections 2000-2035 par région sanitaire



Source(s) : OFS, STATPOP ; OCSP/OVS, scénario démographique moyen

³⁰ OCSP, Perspectives démographiques à horizon 2040 - Valais et ses régions, Sion, mars 2014.

Pour la population âgée, les prévisions montrent un accroissement dans toutes les régions sanitaires.

Tableau 12 : Population résidente permanente, selon le groupe d'âges et la région sanitaire, depuis 2010

		2010	2015	2020	2025	2030
Haut-Valais	0-64 ans	67'157	67'144	66'229	63'638	59'932
	65-79 ans	10'140	11'701	13'515	15'440	17'600
	80 ans et +	3'538	4'201	4'824	5'906	7'309
	Total	80'835	83'047	84'568	84'984	84'841
Sierre	0-64 ans	37'460	38'378	38'798	38'272	37'186
	65-79 ans	6'555	8'008	9'053	9'725	10'391
	80 ans et +	2'119	2'628	3'179	4'175	5'295
	Total	46'134	49'014	51'031	52'173	52'871
Sion-Hérens- Conthey	0-64 ans	63'240	67'700	71'164	72'289	71'963
	65-79 ans	10'193	11'871	13'336	14'767	16'569
	80 ans et +	3'572	4'301	4'982	6'163	7'462
	Total	77'005	83'872	89'482	93'220	95'994
Martigny- Entremont	0-64 ans	46'552	50'788	54'155	55'900	56'482
	65-79 ans	6'665	7'927	9'041	10'241	11'728
	80 ans et +	2'367	2'762	3'176	3'954	4'926
	Total	55'584	61'477	66'372	70'095	73'137
Monthey-St- Maurice	0-64 ans	44'929	48'040	49'967	50'431	49'904
	65-79 ans	6'171	7'508	8'927	10'429	12'123
	80 ans et +	2'026	2'463	2'892	3'692	4'779
	Total	53'126	58'011	61'786	64'551	66'805
Valais	0-64 ans	259'338	272'050	280'314	280'531	275'466
	65-79 ans	39'724	47'015	53'871	60'602	68'411
	80 ans et +	13'622	16'355	19'054	23'890	29'771
	Total	312'684	335'420	353'239	365'022	373'648

Source(s) : OFS, STATPOP ; OCSP/OVS, scénario démographique moyen

Tableau 13 : Population résidente permanente, selon le groupe d'âges et la région sanitaire, depuis 2010, en %

		2010	2015	2020	2025	2030
Haut-Valais	0-64 ans	83.1%	80.9%	78.3%	74.9%	70.6%
	65-79 ans	12.5%	14.1%	16.0%	18.2%	20.7%
	80 ans et +	4.4%	5.1%	5.7%	6.9%	8.6%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Sierre	0-64 ans	81.2%	78.3%	76.0%	73.4%	70.3%
	65-79 ans	14.2%	16.3%	17.7%	18.6%	19.7%
	80 ans et +	4.6%	5.4%	6.2%	8.0%	10.0%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Sion-Hérens- Conthey	0-64 ans	82.1%	80.7%	79.5%	77.5%	75.0%
	65-79 ans	13.2%	14.2%	14.9%	15.8%	17.3%
	80 ans et +	4.6%	5.1%	5.6%	6.6%	7.8%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Martigny- Entremont	0-64 ans	83.8%	82.6%	81.6%	79.7%	77.2%
	65-79 ans	12.0%	12.9%	13.6%	14.6%	16.0%
	80 ans et +	4.3%	4.5%	4.8%	5.6%	6.7%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Monthey-St- Maurice	0-64 ans	84.6%	82.8%	80.9%	78.1%	74.7%
	65-79 ans	11.6%	12.9%	14.4%	16.2%	18.1%
	80 ans et +	3.8%	4.2%	4.7%	5.7%	7.2%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Valais	0-64 ans	82.9%	81.1%	79.4%	76.9%	73.7%
	65-79 ans	12.7%	14.0%	15.3%	16.6%	18.3%
	80 ans et +	4.4%	4.9%	5.4%	6.5%	8.0%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Source(s) : OFS, STATPOP ; OCSP/OVS, scénario démographique moyen

Les taux de croissance sont de l'ordre de 15% entre 2015 et 2020 (période de planification considérée), tant pour le groupe d'âges 65-79 ans que pour celui des 80 ans et plus. Ensuite, les taux de croissance augmentent pour les 80 ans et plus et diminuent pour les 65-79 ans (voir tableau 14).

Tableau 14 : Taux de croissance de la population résidente permanente, selon le groupe d'âges et la région sanitaire, depuis 2010

		2010-2015	2015-2020	2020-2025	2025-2030	2010-2020	2010-2030
Haut-Valais	0-64 ans	0.0%	-1.4%	-3.9%	-5.8%	-1.4%	-10.8%
	65-79 ans	15.4%	15.5%	14.2%	14.0%	33.3%	73.6%
	80 ans et +	18.7%	14.8%	22.4%	23.8%	36.4%	106.6%
	Total	2.7%	1.8%	0.5%	-0.2%	4.6%	5.0%
Sierre	0-64 ans	2.5%	1.1%	-1.4%	-2.8%	3.6%	-0.7%
	65-79 ans	22.2%	13.0%	7.4%	6.8%	38.1%	58.5%
	80 ans et +	24.0%	21.0%	31.3%	26.8%	50.0%	149.9%
	Total	6.2%	4.1%	2.2%	1.3%	10.6%	14.6%
Sion-Hérens- Conthey	0-64 ans	7.1%	5.1%	1.6%	-0.5%	12.5%	13.8%
	65-79 ans	16.5%	12.3%	10.7%	12.2%	30.8%	62.6%
	80 ans et +	20.4%	15.8%	23.7%	21.1%	39.5%	108.9%
	Total	8.9%	6.7%	4.2%	3.0%	16.2%	24.7%
Martigny- Entremont	0-64 ans	9.1%	6.6%	3.2%	1.0%	16.3%	21.3%
	65-79 ans	18.9%	14.1%	13.3%	14.5%	35.6%	76.0%
	80 ans et +	16.7%	15.0%	24.5%	24.6%	34.2%	108.1%
	Total	10.6%	8.0%	5.6%	4.3%	19.4%	31.6%
Monthey-St- Maurice	0-64 ans	6.9%	4.0%	0.9%	-1.0%	11.2%	11.1%
	65-79 ans	21.7%	18.9%	16.8%	16.2%	44.7%	96.4%
	80 ans et +	21.6%	17.4%	27.6%	29.5%	42.7%	135.9%
	Total	9.2%	6.5%	4.5%	3.5%	16.3%	25.7%
Valais	0-64 ans	4.9%	3.0%	0.1%	-1.8%	8.1%	6.2%
	65-79 ans	18.4%	14.6%	12.5%	12.9%	35.6%	72.2%
	80 ans et +	20.1%	16.5%	25.4%	24.6%	39.9%	118.5%
	Total	727.1%	531.2%	333.6%	236.3%	13.0%	19.5%

Source(s) : OFS, STATPOP ; OCSP/OVS, scénario démographique moyen

4.2.2 Outil d'évaluation des besoins en EMS

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) a développé un outil d'évaluation dénommé « Bases statistiques pour la planification des EMS » permettant d'estimer les besoins en lits de long séjour pour les personnes âgées de 65 ans et plus (ci-après « modèle d'évaluation »). Cet outil permet d'obtenir des projections des besoins en lits selon différents scénarios d'évolution de la morbidité et différentes variantes d'évolution du taux de recours aux soins en EMS.

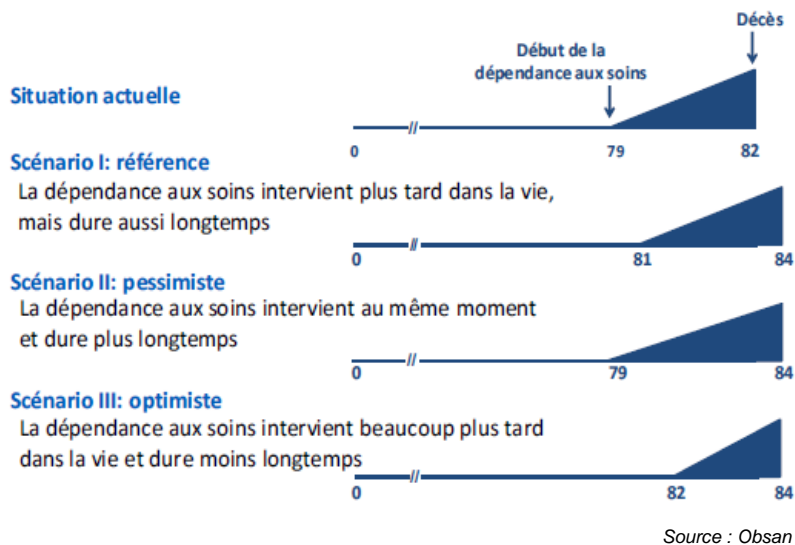
Le canton du Valais, par le Service de la santé publique, a conclu un contrat de prestations avec l'Obsan en mars 2015 portant sur la livraison du modèle « Bases statistiques pour la planification des EMS ». Ce contrat porte sur l'acquisition du droit d'utilisation du modèle par l'Observatoire valaisan de la santé (OVS), exclusivement pour les besoins du canton du Valais.

Description du modèle d'évaluation

Les projections établies par le modèle d'évaluation se basent sur l'évolution de la population (projections démographiques), l'état de santé de la population (scénarios d'évolution de la morbidité) et sur le taux de recours aux soins en EMS. Les projections démographiques retenues pour le canton du Valais sont celles présentées au point 4.2.1.

Le modèle d'évaluation propose trois scénarios d'évolution de la morbidité. Ces scénarios diffèrent selon l'âge de survenance et la durée de la dépendance aux soins (figure 14).

Figure 14 : Prévisions des besoins futurs en soins – 3 scénarios d'évolution de la morbidité



Le taux de recours aux soins en EMS correspond, par âge et sexe, au nombre de personnes dépendantes de soins en EMS rapporté au nombre de personnes dépendantes de soins dans la population (tableau 15). Les données sources proviennent de l'enquête suisse sur la santé (ESS) et de la statistique fédérale des institutions médico-sociales (SOMED).

Les personnes définies comme dépendantes de soins sont celles qui, vivant à domicile, sont fortement ou moyennement limitées dans au moins une des activités normales de la vie quotidienne ou qui, vivant en EMS, représentent un besoin quotidien en soins supérieur à 40 minutes (BESA 3 à 12).

Tableau 15 : Taux de recours aux soins en EMS des personnes âgées de 65 ans et plus dépendantes de soins en Valais en 2013

		Personnes dépendantes de soins en 2013	Personnes dépendantes de soins en EMS en 2013	Taux de recours aux soins en EMS en 2013
Hommes	65-69 ans	164	34	20.7%
	70-74 ans	213	52	24.4%
	75-79 ans	433	129	29.8%
	80-84 ans	266	151	56.8%
	85-89 ans	308	150	48.7%
	90 ans et +	263	124	47.1%
Femmes	65-69 ans	199	46	23.1%
	70-74 ans	217	93	42.9%
	75-79 ans	448	186	41.5%
	80-84 ans	795	395	49.7%
	85-89 ans	907	578	63.7%
	90 ans et +	851	629	73.9%
Total		5'064	2'567	50.7%

Source : OFS, SOMED

Ce modèle fournit une méthode d'évaluation des besoins plus précise que celle utilisée jusqu'ici. En effet, le besoin futur en soins est déterminé en fonction des besoins en soins de la population âgée, par âge et sexe, et non pas uniquement sur la base d'une norme exprimée pour 1'000 habitants de 80 ans et plus.

Les trois scénarios d'évolution de la morbidité peuvent être associés à cinq variantes concernant le taux futur de recours aux soins en EMS :

<u>Variante 1</u>	:	les EMS accueillent uniquement des personnes classées dans les catégories de soins <i>BESA 3 à 12</i> , <u>sans transfert</u> de prise en charge sur les autres prestations de soins de longue durée (taux de recours aux soins en EMS constant) ;	
<u>Variante 2</u>	:	les EMS accueillent uniquement des personnes classées dans les catégories de soins <i>BESA 3 à 12</i> , <u>avec transfert</u> de prise en charge des EMS <u>sur les autres prestations</u> ;	
<u>Variante 2.1</u>	:	les EMS accueillent des personnes classées dans les catégories de soins <i>BESA 1 à 12</i> , <u>avec transfert</u> de prise en charge des EMS <u>sur les autres prestations</u> ;	
<u>Variante 2.2</u>	:	les EMS accueillent des personnes <i>sans soins LAMal</i> ou classées dans les catégories de soins <i>BESA 1 à 12</i> , <u>avec transfert</u> de prise en charge des EMS <u>sur les autres prestations</u> ;	
<u>Variante 3</u>	:	les EMS accueillent uniquement des personnes classées dans les catégories de soins <i>BESA 3 à 12</i> , <u>avec transfert</u> de prise en charge des autres prestations <u>sur les EMS</u> .	

4.2.3 Choix du scénario d'évolution de la morbidité et de la variante de taux de recours aux soins en EMS

Evolution de la morbidité

Comme indiqué au point 4.1.4, on constate en Suisse que les personnes âgées vivent de plus en plus longtemps sans incapacité et que les limitations d'activités se manifestent à un âge élevé. Cette tendance devrait se poursuivre grâce aux progrès médicaux. Cependant, cette évolution reste incertaine en raison de la généralisation des habitudes de vie nuisibles pour la santé (en particulier un mode de vie sédentaire, le manque d'exercice physique, une mauvaise alimentation).

Plusieurs cantons alémaniques retiennent dans leur planification l'hypothèse que les besoins en soins auront tendance à diminuer d'ici à 2025-2030. Les cantons romands poursuivent aussi leur politique de renforcement de la prise en charge à domicile. Le canton de Fribourg, qui a utilisé le modèle d'évaluation des besoins de l'Obsan pour sa planification 2011-2015³¹, a retenu le scénario de référence pour l'année 2015 (la dépendance intervient plus tard et dure aussi longtemps) et le scénario optimiste pour l'année 2025 (la dépendance intervient plus tard et dure moins longtemps).

Vu les prévisions sur l'évolution de la dépendance et les hypothèses retenues par plusieurs cantons, on peut supposer que l'âge moyen d'entrée en EMS va s'élever et que la durée moyenne de séjour va diminuer. Ainsi, on retiendra le scénario optimiste du modèle comme objectif à long terme, à savoir à l'horizon 2025. Précisons que le calcul des besoins selon le scénario optimiste se base sur les gains d'espérance de vie selon l'échelle de Menthonnex. D'ici 2020, le gain moyen d'espérance de vie pour les 65-79 ans est de 0.6 année. Pour les 80 ans et plus, il est de 0.2 année.

³¹ Etat de Fribourg, Direction de la santé et des affaires sociales (2011). *Planification des soins de longue durée 2011-2015*. 12.

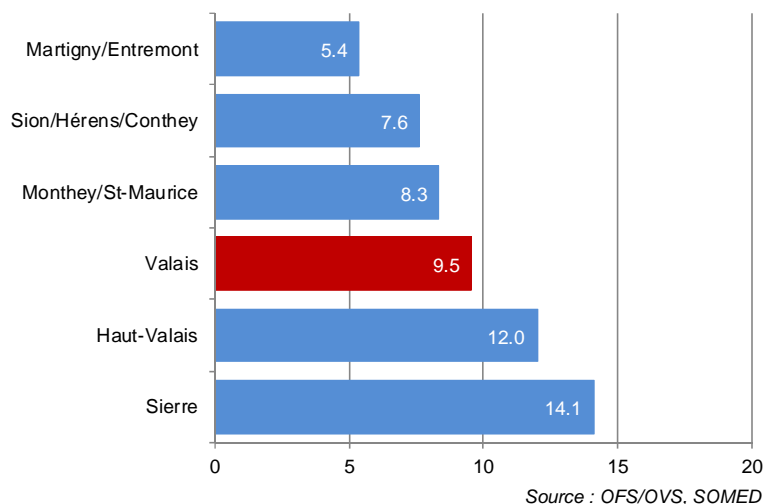
Taux de recours futur aux soins en EMS

Les études présentées aux points 4.1.1 et 4.1.2 montrent que les personnes âgées et les professionnels de la santé privilégient des options de soins permettant une prise en charge à domicile. Les raisons d'entrée en EMS sont le besoin en soins et l'isolement social. Au niveau des coûts, l'expérience valaisanne (point 3.7) et les études menées au niveau suisse (point 4.1.3) révèlent que la prise en charge à domicile s'avère moins coûteuse pour les degrés de dépendance faibles à moyens, avec une zone de « chevauchement » se situant entre 60 et 120 minutes de soins par jour et pouvant varier selon le niveau d'implication des proches.

Pour ces raisons, le Valais, comme les autres cantons latins, a jusqu'à présent mené une politique visant le maintien à domicile aussi longtemps que la situation de la personne le permet. Les cantons alémaniques réorientent leur planification dans ce sens.

Un certain nombre de personnes autonomes, c'est-à-dire ne nécessitant pas ou peu de soins, âgées de 65 ans et plus, sont actuellement hébergées en long séjour dans les EMS valaisans. Les proportions varient entre 5.4 et 14.1% selon les régions, comme indiqué dans la figure 15. Il s'agit de personnes qui ont besoin de 0 à 40 minutes de soins par jour (pas de soins LAMal et catégories de soins BESA 1 et 2).

Figure 15 : Personnes autonomes (de 0 à 40 minutes de soins par jour) âgées de 65 ans et plus prises en charge en long séjour dans les EMS valaisans, selon les régions sanitaires en 2013, en %



Selon les mêmes sources de données, en Suisse latine, 6% des personnes hébergées en EMS étaient autonomes contre 29% en Suisse alémanique en 2013.

La prise en charge de personnes autonomes en EMS peut se justifier notamment par l'absence de proches et/ou par un soutien insuffisant du voisinage. Cependant, la proportion de personnes concernées devrait pouvoir se réduire par le développement des appartements à encadrement médico-social. Ainsi, l'évaluation des besoins retient une proportion de lits d'EMS occupés par des personnes autonomes de 5% du total des lits dans chaque région sanitaire. Cette proportion est proche de celle qui prévalait dans la région de Martigny/Entremont et en Suisse romande en 2013.

Il en résultera un transfert sur les autres prestations de soins de longue durée, en particulier les appartements à encadrement médico-social, ainsi que les soins et l'aide à domicile qui y sont dispensés.

Pour les personnes nécessitant plus de soins (BESA 3 à 12), la variante 1 (taux de recours aux soins en EMS constant) est retenue afin de ne pas charger davantage les autres prestataires et vu que le Valais dispose de peu de lits d'EMS en comparaison intercantonale.

Ainsi, le transfert vers les autres prestations de soins de longue durée concernera uniquement les personnes autonomes.

Personnes de moins de 65 ans

Le modèle évalue les besoins en lits d'EMS pour les personnes de plus de 65 ans. En Valais, comme dans d'autres cantons, les EMS accueillent également des personnes de moins de 65 ans. Il s'agit généralement de personnes en situation de handicap physique ou mental, souvent suite à un accident vasculaire cérébral.

Le tableau 16 présente l'évolution du nombre de personnes de moins de 65 ans prises en charge dans les EMS valaisans. Leur nombre était en moyenne de 69 sur la période 2009 à 2013.

Tableau 16 : Pensionnaires en EMS de moins de 65 ans au 31.12 (long séjour), par région sanitaire, depuis 2009

Régions	2009	2010	2011	2012	2013	2009-2013
Haut-Valais	16	9	5	7	16	11
Sierre	5	4	4	2	4	4
Sion/Hérens/Conthey	29	25	19	17	12	20
Martigny/Entremont	16	20	24	25	26	22
Monthey/St-Maurice	16	10	9	12	11	12
Total Valais	82	68	61	63	69	69

Source : OFS/OVS, SOMED

D'entente avec le Service de l'action sociale (SAS), il est convenu que 69 lits devront être ajoutés aux résultats du modèle d'évaluation pour tenir compte des besoins pour les personnes de moins de 65 ans. On suppose ainsi une stabilité (en chiffres absolus) de la prise en charge en EMS pour ces personnes.

Notons également qu'en 2014, les institutions sociales hébergeaient 129 personnes âgées de plus de 65 ans. Il s'agit de personnes qui se trouvaient déjà dans ces institutions avant l'âge de la retraite. Les transférer dans un EMS uniquement pour une raison liée à l'âge légal de la retraite n'aurait aucun sens. Les institutions sociales offrent l'encadrement le plus adapté pour ce type de situation. Ces personnes doivent par conséquent pouvoir continuer à vieillir dans ces institutions.

Taux d'occupation des lits

Le taux d'occupation des lits de long séjour en EMS se situait entre 97% et 98.6% en moyenne entre 2009 et 2013. Un taux de 98% (moyenne cantonale 2009-2013) est retenu dans le cadre de l'application du modèle d'évaluation.

Tableau 17 : Taux d'occupation des lits de long séjour en EMS, par région sanitaire, 2009-2013

Régions	2009	2010	2011	2012	2013	2009-2013
Haut-Valais	98.5	96.3	96.8	95.6	98.1	97.1
Sierre	97.1	97.7	98.7	97.4	97.0	97.6
Sion/Hérens/Conthey	98.2	98.3	98.6	99.2	98.7	98.6
Martigny/Entremont	98.4	98.8	94.8	97.5	100.0	97.9
Monthey/St-Maurice	98.4	94.8	97.8	98.7	98.7	97.7
Total Valais	98.2	97.2	97.3	97.4	98.5	97.7

Source : OFS/OVS, SOMED

4.3 Adaptations de la planification des soins de longue durée

Les adaptations de la planification des soins de longue durée se basent sur les résultats du modèle d'évaluation des besoins pour les lits de long séjour en EMS. Pour les autres prestations de soins de longue durée, les adaptations sont formulées de manière à tenir compte des impacts des variables retenues dans le modèle.

4.3.1 Lits de long séjour en EMS

Le tableau 18 présente les résultats du modèle d'évaluation des besoins, sur la base des variantes retenues (cf. point 4.2.3), à savoir :

- le scénario optimiste d'évolution de la morbidité pour 2025 (la dépendance aux soins intervient beaucoup plus tard dans la vie et dure moins longtemps) ; sont pris en considération les résultats du modèle d'évaluation des besoins pour l'année 2025 ; les besoins 2020 sont calculés selon une progression linéaire vers l'objectif 2025 ;
- un taux de recours aux soins en EMS constant (variante 1), à savoir sans transfert de prise en charge sur les autres prestations de soins de longue durée pour les personnes non autonomes (plus de 40 minutes de soins par jour) ;
- la réduction à 5% de la proportion de personnes autonomes (de 0 à 40 minutes de soins par jour) hébergées en EMS, pour chaque région ;
- la prise en compte des personnes de moins de 65 ans hébergées en EMS selon la moyenne des 5 dernières années (2009-2013) ;
- le taux d'occupation des lits de 98% selon la moyenne des 5 dernières années (2009-2013).

Les résultats sont présentés en chiffres absolus ainsi que pour 1'000 habitants de 80 ans et plus afin d'établir un point de comparaison avec la planification des soins de longue durée 2010-2015 qui fixait un objectif de 200 lits au maximum pour 1'000 habitants de 80 ans et plus.

Tableau 18 : Nombre de lits de long séjour en EMS, résultats du modèle d'évaluation pour 2020 et 2025, en chiffres absolus et pour 1'000 habitants de 80 ans et plus

	Lits exploités en 2015		Résultats pour 2020		Résultats pour 2025	
	Total	% hab. 80+	Total	% hab. 80+	Total	% hab. 80+
Haut-Valais	916	218	933	193	950	161
Sierre	348	132	519	163	647	155
Sion/Hérens/Conthey	701	163	922	185	1'009	164
Martigny/Entremont	578	209	614	193	650	164
Monthey/St-Maurice	446	181	548	189	598	162
Total Valais	2'989	183	3'536	186	3'855	161

Source : SSP/OVS

Selon les variantes retenues, le nombre de lits augmente dans toutes les régions sanitaires par rapport à la situation actuelle, mais dans une plus faible proportion pour le Haut-Valais et la région de Martigny/Entremont. Cela s'explique par le fait que les prévisions démographiques disponibles lors de l'élaboration de la planification des soins de longue durée 2010-2015 surévaluaient la croissance démographique de ces régions, et inversement pour les régions de Sion/Hérens/Conthey et Monthey/St-Maurice.

Les écarts s'expliquent également par le fait qu'un certain nombre de lits attribués dans la planification des soins de longue durée 2010-2015 sont encore en phase de projet, en particulier dans la région de Sion/Hérens/Conthey (voir tableau 19, voir également les annexes au rapport). Ces lits ne figurent pas sous la colonne « Lits exploités en 2015 » du tableau ci-dessus.

La proportion de lits pour 1'000 habitants de 80 ans et plus est progressivement adaptée et devrait se situer à 161 lits en 2025 en moyenne cantonale. L'expérience du district de Sierre montre que lorsque cette proportion est passée en-dessous de 150 lits pour 1'000 habitants de 80 ans et plus en 2013, le nombre de lits d'attente en milieu hospitalier a dû être augmenté (voir point 3.2 ci-devant).

Par conséquent, la planification des soins de longue durée 2016-2020 fixe pour chaque région sanitaire :

- un taux minimum de 150 lits pour 1'000 habitants de 80 ans ;
- un taux maximum déterminé selon les résultats de l'évaluation des besoins (tableau 18).

Les nouveaux lits ainsi reconnus dans la planification des soins de longue durée 2016-2020 s'ajoutent aux lits en projet déjà attribués dans le cadre de la planification des soins de longue durée 2010-2015 mais pas encore en exploitation.

Tableau 19 : Lits de long séjour en EMS, situation 2015 et objectif 2020

	Situation 2015			Planification 2016-2020			
	Lits exploités	Lits en projet	Total	Nouveaux lits		Total	
				min.	max.	min.	max.
Haut-Valais	916	0	916	-	17	724	933
Sierre	348	42	390	87	129	477	519
Sion/Hérens/Conthey	701	133	834	-	88	747	922
Martigny/Entremont	578	0	578	-	36	476	614
Monthey/St-Maurice	446	51	497	-	51	434	548
Total Valais	2'989	226	3'215	87	321	2'858	3'536

Source : SSP/OVS

Au vu des projets en cours, toutes les régions atteignent le taux minimum 2020, sauf celle de Sierre où il convient de mettre à disposition au moins 87 nouveaux lits (en plus des 42 en projet). En considérant le taux 2020 maximum, ce sont 321 nouveaux lits qui pourraient être mis à disposition sur l'ensemble du canton (en plus des projets en cours), à savoir 17 dans le Haut-Valais, 129 pour Sierre, 88 pour Sion/Hérens/Conthey, 36 pour Martigny/Entremont et 51 pour Monthey/St-Maurice.

4.3.2 Soins et aide à domicile

Les prestations de soins et d'aide à domicile devront s'accroître de manière à pouvoir couvrir les besoins liés aux facteurs suivants :

- l'évolution démographique (croissance entre 2015 et 2020 de 16.5% pour les personnes âgées de 80 ans et plus, de 14.6% pour les personnes âgées de 65 à 79 ans et 3% pour les autres catégories d'âges) ;
- la diminution de la proportion de personnes autonomes hébergées en EMS ;
- la réduction des durées de séjour et le transfert vers l'ambulatoire, prévus dans la planification hospitalière.

Soins à domicile

La planification des soins de longue durée 2010-2015 avait fixé un objectif minimal d'une heure de soins à domicile par habitant. Cet objectif correspondait à la moyenne nationale de 2008. Comme indiqué au point 3.3, les prestations se sont fortement accrues depuis dans le reste du pays. La moyenne nationale atteint 1.5 heure de soins à domicile par habitant en 2013. Par contre, en Valais, le nombre d'heures de soins à domicile par habitant est resté à 0.9 sur la période 2008-2013, alors qu'il figure parmi les cantons dont la proportion de lits de long séjour en EMS pour 1'000 habitants de 80 ans et plus est la plus faible.

En 2013, seules les régions sanitaires de Sierre et de Sion/Hérens/Conthey atteignent l'objectif d'une heure de soins à domicile par habitant (voir point 3.3). Ces deux régions sont celles où la proportion de lits de long séjour en EMS est la plus faible en 2013 avec 145 lits pour 1'000 habitants de 80 ans et plus à Sierre et 180 à Sion. En 2015, ces proportions tombent à 132 lits, respectivement à 163 lits pour 1'000 habitants de 80 ans et plus (voir tableau 17 au point 4.3.1 ci-dessus).

Selon les adaptations formulées au point 4.3.1, la proportion de lits d'EMS en Valais devrait passer de 190 lits pour 1'000 habitants en 2013 à 186 en 2020 et 161 en 2025 (tableau 18). Par conséquent, il est impératif de maintenir l'objectif minimal d'une heure de soins à domicile par habitant pour la

planification des soins de longue durée 2016-2020, ce seuil devant être atteint dans toutes les régions du canton.

A cela s'ajouteront les besoins découlant de la planification hospitalière qui prévoit d'ici à 2020 une réduction des durées des séjours hospitaliers et un transfert d'activité vers l'ambulatoire. Pour évaluer ces besoins, il a été retenu comme hypothèse qu'une journée d'hospitalisation en moins engendrerait en moyenne une heure de soins à domicile en plus. Sur cette base, on estime qu'environ 93'000 heures de soins à domicile supplémentaires par année devront être offertes pour répondre aux besoins induits par la planification hospitalière.

Le nombre minimal d'heures de soins à domicile requis pour 2020 s'élève ainsi à 446'000 heures, soit 1.26 heure par habitant. Cette proportion constitue un minimum pour toutes les régions sanitaires du canton. L'offre devra être mise à disposition non seulement par les CMS, mais également par les autres fournisseurs (infirmiers(ères) indépendants(es), organisations de soins à domicile privées).

Tableau 20 : Heures de soins à domicile, situation 2013 et objectif 2020

	Soins à domicile	
	2013	2020
Heures requises selon objectif (1h soins par hab.)		353'000
Incidence planification hospitalière		93'000
Total heures	295'380	446'000
Habitants	327'011	353'239
Heure/Habitant	0.90	1.26

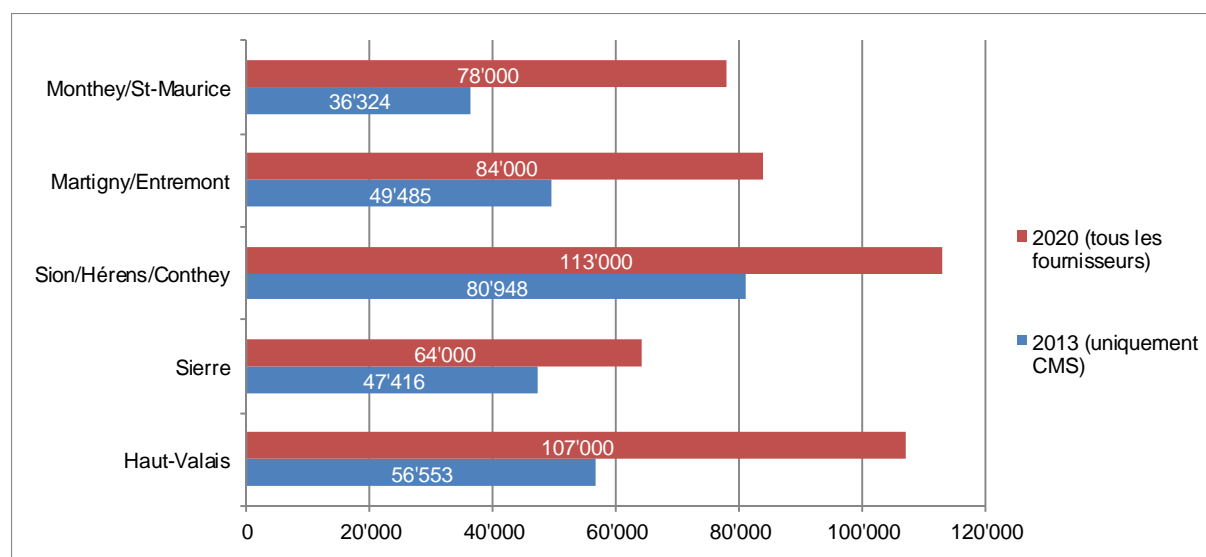
Source : SSP/OVS

Tableau 21 : Heures de soins à domicile, situation 2013 et objectif 2020, selon les régions sanitaires

	2013		2020 1.26 h. par hab.
	CMS	Autres	
Haut-Valais	56'553	24'654	107'000
Sierre	47'416		64'000
Sion/Hérens/Conthey	80'948		113'000
Martigny/Entremont	49'485		84'000
Monthey/St-Maurice	36'324		78'000
Valais	295'380		446'000

Source : SSP/OVS

Figure 16 : Heures de soins à domicile, situation 2013 et objectif 2020, selon les régions sanitaires



Source : SSP/OVS

Aide à domicile

La planification des soins de longue durée 2010-2015 avait fixé un objectif minimal d'une heure d'aide à domicile par habitant. Cet objectif se situait au-dessus de la moyenne nationale de 0.6 heure par habitant en 2008. En 2013, la moyenne nationale est montée à 0.7 heure par habitant, alors qu'en Valais elle a baissé à 0.6 heure par habitant. La région sanitaire du canton où cette offre est la plus développée est celle de Sierre avec 0.8 heure par habitant en 2013. Au vu des comparaisons intercantionales, l'objectif peut être revu pour être fixé à 0.8 heure d'aide à domicile par habitant.

Comme pour les soins à domicile, il convient de prendre en considération les besoins supplémentaires liés à la réduction de la durée des séjours hospitaliers et au transfert d'activité vers l'ambulatoire. Pour évaluer ces besoins, il a été retenu comme hypothèse qu'une journée d'hospitalisation en moins engendrerait en moyenne une heure d'aide à domicile en plus. Seule l'activité hospitalière en soins chroniques (psychiatrie, réadaptation y compris réadaptation gériatrique) est prise en considération, étant donné que ce sont essentiellement ces situations qui nécessiteront une aide à domicile. Sur cette base, on estime que 32'000 heures d'aide à domicile supplémentaires devront être offertes en 2020 en raison de la réduction de la durée des séjours hospitaliers et du transfert vers l'ambulatoire.

Le nombre minimal d'heures d'aide à domicile requis pour 2020 s'élève à 315'000 heures, soit 0.89 heure par habitant (selon les prévisions démographiques), pour toutes les régions sanitaires du canton.

Tableau 22 : Heures d'aide à domicile, situation 2013 et objectif 2020

	Aide à domicile	
	2013	2020
Heures requises selon objectif (0.8 h. aide par hab.)		283'000
Incidence planification hospitalière		32'000
Total heures	195'564	315'000
Habitants	327'011	353'239
Heure/Habitant	0.60	0.89

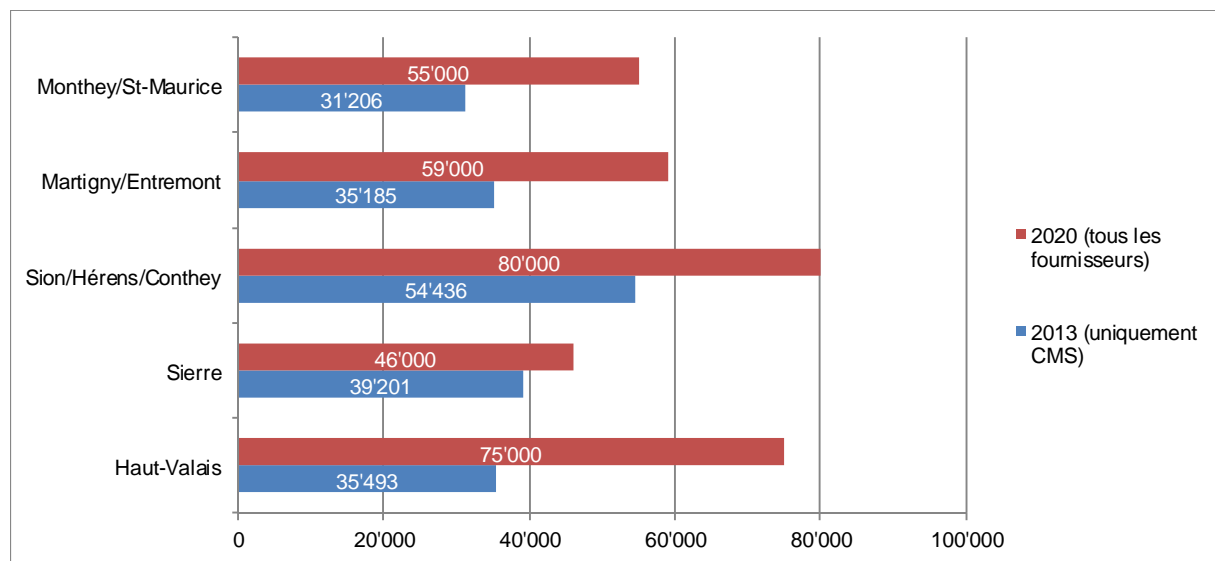
Source : SSP/OVS

Tableau 23 : Heures d'aide à domicile, situation 2013 et objectif 2020, selon les régions sanitaires

	2013		2020 0.89 h. par hab.
	CMS	Autres	
Haut-Valais	35'493	43	75'000
Sierre	39'201		46'000
Sion/Hérens/Conthey	54'436		80'000
Martigny/Entremont	35'185		59'000
Monthey/St-Maurice	31'206		55'000
Valais	195'564		315'000

Source : SSP/OVS

Figure 17 : Heures d'aide à domicile, situation 2013 et objectif 2020, selon les régions sanitaires



Source : SSP/OVS

Autres prestations

Malgré l'accroissement des prestations de soins et d'aide à domicile, les besoins ne pourront pas être couverts sans développer les prestations permettant de prolonger le maintien à domicile. Il s'agit des lits de court séjour, des structures de soins de jour et des appartements à encadrement médico-social. Les adaptations y relatives sont présentées ci-après. De plus, les mesures de soutien aux proches aidants devront être renforcées. Cet aspect est développé plus loin dans le rapport, au point 5.4.

4.3.3 Lits de court séjour en EMS

Les lits de court séjour n'ont pas été intégrés dans les prévisions établies sur la base du modèle d'évaluation des besoins. Une évaluation spécifique est donc à réaliser. La planification des soins de longue durée 2010-2015 visait une norme de 5 à 10 lits de court séjour pour 1'000 habitants de 80 ans et plus. Cet objectif se basait sur les comparaisons intercantionales qui montraient en 2008 une proportion de 5.1 lits de court séjour pour 1'000 habitants de 80 ans et plus en moyenne suisse (respectivement 1.5, 7.4, 7.8 et 7.9 dans les cantons du Valais, de Vaud, de Berne et de Bâle-Ville).

La situation a évolué entre 2008 et 2013 comme indiqué au point 3.4 ci-devant. Le nombre de lits de court séjour a augmenté en Valais, passant à 4 lits pour 1'000 habitants de 80 ans et plus en 2013, alors que la moyenne suisse a baissé à 3.6.

Le développement des lits de court séjour en Valais se poursuit. Compte tenu des divers projets réalisés ou en cours de construction, le nombre total de lits de court séjour devrait prochainement s'élever à 127, ce qui représentera une proportion de 6.7 lits pour 1'000 habitants de 80 ans et plus selon les prévisions démographiques pour l'année 2020.

L'offre en lits de court séjour apparaît donc suffisante à l'horizon 2020. Afin de garantir une offre satisfaisante dans chaque région, la planification des soins de longue durée 2010-2015 devra être pleinement appliquée. Cela implique la mise à disposition de 6 à 19 lits supplémentaires dans la région de Sierre, au maximum 20 dans celle de Sion et 4 dans celle de Martigny.

Tableau 24 : Nombre de lits de court séjour en EMS, en exploitation et en projet, reconnus dans la planification des soins de longue durée 2010-2015 (situation au 03.11.2015)

	Lits exploités en 2015	Lits en projet	Total	Total selon planification 2010-2015		Solde non utilisé	
				min.	max.	min.	max.
Haut-Valais	42	5	47	23	46	-	-
Sierre	4	4	8	14	27	6	19
Sion/Hérens/Conthey	5	17	22	21	42	-	20
Martigny/Entremont	25	0	25	15	29	-	4
Monthey/St-Maurice	11	14	25	13	25	-	-
Total Valais	87	40	127	85	169	6	43

Source : SSP

L'utilisation des lits de court séjour devra également être améliorée. Ceux-ci doivent essentiellement servir à renforcer les possibilités de poursuivre la vie à domicile (voir recommandation n° 3 formulée au point 5.1.5).

4.3.4 Structures de soins de jour

La planification des soins de longue durée 2010-2015 a fixé pour objectif la mise à disposition d'au moins 280 places en structures de soins de jour. Il s'agissait notamment d'offrir un jour de répit par semaine aux proches aidants s'occupant des quelque 1'400 personnes atteintes d'une pathologie démentielle à un stade intermédiaire ou avancé vivant à domicile (situation 2008).

Les prévisions établies dans ce domaine (voir point 4.1.4 ci-dessus) montrent une croissance du nombre de personnes atteintes de démence de 29 à 36% entre 2011 et 2020. Le nombre de places en structures de soins de jour devrait donc croître d'au moins 30% d'ici à 2020 afin de pouvoir maintenir l'objectif fixé.

Tableau 25 : Structures de soins de jour, nouvelles places à créer

	Places exploitées	Places en projet	Total	Minimum selon planification 2010-2015	Minimum selon planification 2016-2020	Nouvelles places à créer
Haut-Valais	24	47	71	78	101	30
Sierre	15	10	25	45	59	34
Sion/Hérens/Conthey	38	38	76	67	87	11
Martigny/Entremont	76	0	76	49	64	-
Monthey/St-Maurice	30	15	45	41	53	8
Total Valais	183	110	293	280	364	83

Source : SSP

Les places en structures de soins de jour sont également à disposition des personnes dépendantes de soins en raison d'autres pathologies. Le développement de l'offre devra s'accompagner de diverses mesures d'amélioration, en particulier au niveau de la coordination de la prise en charge et des coûts supportés par les bénéficiaires (voir recommandation n° 3 formulée au point 5.1.5).

4.3.5 Appartements à encadrement médico-social

La réduction de la proportion de personnes autonomes (0 à 40 minutes de soins par jour) hébergées en EMS à 5% dans chaque région va nécessiter la mise à disposition de nouvelles places en appartements à encadrement médico-social. La différence entre la proportion actuelle et l'objectif de 5% fournit une indication du nombre de lits qui ne seront plus disponibles en EMS pour les personnes autonomes, comme l'indique le tableau 26.

Tableau 26 : Nombre de lits d'EMS qui ne seront plus disponibles pour les personnes autonomes en 2020

	Proportion de personnes autonomes en EMS			Lits non disponibles (écart x lits 2020)
	2013	2020	Ecart	
Haut-Valais	12.0%	5.0%	7.0%	65
Sierre	14.1%	5.0%	9.1%	47
Sion/Hérens/Conthey	7.6%	5.0%	2.6%	24
Martigny/Entremont	5.4%	5.0%	0.4%	2
Monthey/St-Maurice	8.3%	5.0%	3.3%	18
Total Valais				157

Source : SSP

Seul l'impact de la réduction de la proportion de personnes autonomes en EMS est pris en compte dans ce tableau. A cela s'ajouteront les besoins liés au vieillissement de la population. Le nombre de places en appartement médico-social requis dépend également d'autres facteurs comme le soutien disponible des proches et du voisinage, les dispositions des personnes âgées à abandonner leur domicile actuel, les mentalités, le taux de propriétaires de logements, etc. Etant donné le nombre et la diversité des facteurs d'influence, il n'est pas possible d'établir une évaluation chiffrée des besoins en appartements à encadrement médico-social. Par contre, une analyse détaillée au niveau local, en collaboration avec les CMS et les EMS, devrait être effectuée avant la réalisation de projets.

De plus, au vu de la diversité des types d'offres, un concept cantonal de prise en charge en appartement médico-social devrait être établi en collaboration avec les partenaires concernés (voir recommandation n° 9 formulée au point 5.3.4).

4.4 Incidences de la planification des soins de longue durée

4.4.1 Incidences financières

Les incidences financières de la planification des soins de longue durée 2016-2020 sont évaluées sur la base des directives et tarifs en vigueur à l'heure actuelle. Seuls les impacts découlant de la planification des soins de longue durée 2016-2020 sont considérés. Les lits d'EMS en cours de construction suite à la planification des soins de longue durée 2010-2015 ne sont pas intégrés à l'évaluation, car ils ne font pas partie de la décision relative à la planification des soins de longue durée 2016-2020. Par contre, il est tenu compte du nombre maximum de lits d'EMS prévus par la présente planification.

Vu l'horizon temporel relativement proche, à savoir 2020, il est renoncé à établir des hypothèses sur l'évolution des tarifs, et ce d'autant plus qu'il n'est pas certain que tous les nouveaux lits d'EMS prévus seront effectivement créés d'ici là. Par contre, pour les EMS, il est tenu compte de l'accroissement de la charge en soins induit par la réduction de la proportion de lits de long séjour occupés par des personnes nécessitant pas ou peu de soins. La réduction attendue du nombre de lits d'attente hospitaliers est aussi prise en considération.

Exploitation

Le tableau 27 présente l'accroissement prévu des contributions aux soins et subventions d'exploitation des pouvoirs publics pour l'année 2020. Il est tenu compte du nouveau taux de répartition introduit en 2015 par la loi sur les soins de longue durée, à savoir 70% à charge du canton et 30% à charge des communes, applicable à l'ensemble des prestations.

Tableau 27 : Incidences financières (en francs) de la planification des soins de longue durée 2016-2020 – Contributions aux soins et subventions d'exploitation des pouvoirs publics estimées pour l'année 2020

	Canton	Communes	Total
Lits EMS long séjour	4'231'008	1'813'289	6'044'297
Lits EMS court séjour	733'326	314'283	1'047'609
Structures de soins de jour	1'083'401	464'315	1'547'716
Soins à domicile	6'399'844	2'742'790	9'142'634
Aide à domicile	4'071'573	1'744'960	5'816'533
Total	16'519'152	7'079'637	23'598'789

Source : SSP

Les résultats montrent que les contributions aux soins et les subventions d'exploitation des pouvoirs publics devraient augmenter d'environ 23 millions de francs (situation 2020). L'augmentation la plus importante concerne les soins à domicile (9.1 millions de francs). Rappelons toutefois que si la planification des soins de longue durée s'appuyait davantage sur la prise en charge en EMS, les incidences financières seraient plus élevées, comme le montrent les évaluations et les études présentées aux points 3.7 et 4.1.3 ci-devant.

Le tableau suivant présente la répartition entre les régions sanitaires du canton.

Tableau 28 : Incidences financières (en francs) de la planification des soins de longue durée 2016-2020 – Contributions aux soins et subventions d'exploitation des pouvoirs publics estimées pour l'année 2020 selon les régions sanitaires

	Canton	Communes	Total
Haut-Valais	3'965'993	1'699'711	5'665'705
Sierre	2'974'910	1'274'961	4'249'871
Sion / Hérens / Conthey	3'646'504	1'562'788	5'209'292
Martigny / Entremont	2'668'167	1'143'500	3'811'667
Monthey / St-Maurice	3'263'578	1'398'676	4'662'255
Total	16'519'152	7'079'637	23'598'789

Source : SSP

Investissements

La loi sur les soins de longue durée prévoit des subventions d'investissement pour les lits d'EMS (long et court séjours) et les structures de soins de jour à hauteur de 20% à charge du canton. Les communes sont libres de participer ou non au subventionnement de ces investissements. La part cantonale est augmentée au prorata de la subvention communale, mais ne peut excéder 30%. Le tableau 29 présente l'accroissement prévu des subventions d'investissement des pouvoirs publics, en considérant un taux de 30% pour le canton et de 10% pour les communes.

Tableau 29 : Incidences financières (en francs) de la planification des soins de longue durée 2016-2020 – Subventions d'investissement des pouvoirs publics estimées pour la période 2016-2020

	Canton	Communes	Total
Lits EMS long et court séjour	32'214'000	10'738'000	42'952'000
Structures de soins de jour	4'299'750	1'433'250	5'733'000
Total	36'513'750	12'171'250	48'685'000

Source : SSP

Le subventionnement des pouvoirs publics pour la construction des nouveaux lits d'EMS et des nouvelles places en structures de soins de jour atteindrait ainsi 48 millions de francs, répartis sur la période 2016-2020, soit une moyenne annuelle d'environ 7 millions pour le canton et 2 millions pour les communes. Ces calculs se basent toutefois sur le nombre maximum de lits d'EMS prévus par la présente planification des soins de longue durée. Il est probable que ces derniers ne soient pas tous mis à disposition. L'incidence financière sera alors moindre.

Le tableau suivant présente la répartition entre les régions sanitaires du canton.

Tableau 30 : Incidences financières (en francs) de la planification des soins de longue durée 2016-2020 – Subventions d'investissement des pouvoirs publics estimées pour la période 2016-2020 selon les régions sanitaires

	Canton	Communes	Total
Haut-Valais	3'300'000	1'100'000	4'400'000
Sierre	13'023'000	4'341'000	17'364'000
Sion / Hérens / Conthey	9'989'250	3'329'750	13'319'000
Martigny / Entremont	4'956'000	1'652'000	6'608'000
Monthey / St-Maurice	5'245'500	1'748'500	6'994'000
Total	36'513'750	12'171'250	48'685'000

Source : SSP

4.4.2 Incidences sur les besoins en personnel soignant

Le « Rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de la santé 2009 » établi par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et l'Organisation faïtière nationale du monde du travail en santé (OdASanté)³² a procédé à une évaluation des besoins en formation au niveau national. Il met à disposition un outil permettant d'évaluer les besoins au niveau cantonal ou de chaque institution de santé.

Cet outil (ci-après outil CDS/OdASanté) a servi de base pour l'évaluation des besoins en Valais dans le cadre du groupe de travail « Résorption de la pénurie en personnel soignant » réunissant les départements de la santé et de la formation, ainsi que les milieux professionnels concernés (hôpitaux, EMS, CMS, ASI-VS, HES-SO Santé-Social).

L'outil CDS/OdASanté permet de déterminer le nombre de professionnels à former chaque année afin d'assurer la relève en tenant compte de la durée d'exercice de la profession, du taux d'occupation, de la composition des équipes et de l'évolution des prestations de soins à fournir.

Selon les résultats de l'évaluation des besoins présentés au point 4.3, les taux de croissance annuels moyens des prestations sur la période 2013-2025 seraient les suivants :

- 2.6% par an pour le nombre de lits d'EMS de long séjour. Ceux-ci devraient passer de 2'863 en 2013 à 3'855 en 2025 ;
- 4.3% par an pour le nombre d'heures de soins à domicile. Celles-ci devraient passer de 295'380 en 2013 à 461'000 en 2025.

Si l'on tient compte d'un taux de croissance annuel des prestations de 0.17% en milieu hospitalier (selon l'outil CDS/OdASanté) et de 3% pour les soins de longue durée (selon la présente planification), il faudrait former chaque année en Valais environ 200 infirmiers(ières) et 200 assistant(e)s en soins et santé communautaire (ASSC).

En 2013, 121 Valaisannes et Valaisans ont obtenu un diplôme en soins infirmiers et 143 ont terminé la formation d'ASSC, contre respectivement 86 et 76 en 2011. Malgré cet accroissement, le nombre de personnes formées chaque année n'est pas suffisant pour assurer la relève.

Les bases statistiques disponibles pour alimenter l'outil CDS/OdASanté ne permettent pas d'identifier la nouvelle catégorie de professionnels titulaires de l'attestation professionnelle pour la formation d'aide en soins et accompagnement (ASA – AFP). Sur la base des résultats ci-dessus et des dotations en personnel requises par les directives cantonales sur les autorisations d'exploiter, on peut conclure qu'il conviendrait de former chaque année environ 150 personnes dans ce domaine. En 2015, 15 Valaisannes et Valaisans (8 francophones et 7 germanophones) arrivent au terme de cette formation (offerte chaque deux ans).

Le recours à du personnel étranger demeure donc nécessaire pour couvrir les besoins croissants en soins. Or, nos pays voisins sont confrontés aux mêmes problématiques liées au vieillissement de la

³² Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, et Organisation faïtière nationale du monde du travail Santé (2009). *Rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de santé 2009*. CDS et OdASanté.

population. Ils font également en sorte d'améliorer les conditions de travail afin de conserver leur personnel.

Le rapport OdASante/CDS de 2009 cité ci-devant préconise d'orienter les profils professionnels sur les besoins de la pratique, de rendre le système de formation plus perméable et de cibler le recrutement sur les jeunes en fin de scolarité et les personnes souhaitant se reconverter ou se réinsérer sur le marché du travail. Le groupe de travail « Résorption de la pénurie en personnel soignant » précité formulera également des propositions dans ce sens.

4.4.3 Promotion de la santé des plus de 60 ans (60+)

La planification des soins de longue durée doit s'accompagner de mesures de promotion de la santé des personnes concernées afin de réduire les besoins futurs. Des études montrent que des programmes de promotion de la santé et de prévention à un âge avancé pourraient entraîner des économies annuelles de l'ordre de 2 milliards de francs en 2030³³.

La commission cantonale pour la promotion de la santé et la prévention a exprimé sa volonté de renforcer la promotion de la santé et la prévention auprès des 60+ en inscrivant ce thème dans son programme cadre 2011-2014. En 2013, le Service de la santé publique et Promotion Santé Valais ont réalisé un état des lieux sur la situation de la promotion de la santé auprès des personnes âgées en Valais. Suite à ce rapport d'analyse, un document stratégique a été réalisé en 2014, « Promotion de la santé des 60+ : orientation stratégique pour le Canton du Valais³⁴ ».

Les objectifs du programme de promotion de la santé des 60+ sont d'augmenter l'espérance de vie en bonne santé et d'améliorer la qualité de vie des individus en les incitant à adopter des comportements bénéfiques pour leur santé. Un style de vie sain favorise le maintien de la bonne santé et offre une qualité de vie visant l'autonomie et l'indépendance de manière durable. En tenant compte que le premier objectif du canton est de favoriser le plus possible le maintien à domicile, cinq objectifs principaux ressortent de ce programme des 60+ :

1. « Vieillir en bonne santé » et maintenir la qualité de vie future : favoriser l'autonomie et l'indépendance des 60+ ;
2. Maintenir le lien social et favoriser l'intégration dans la vie sociale des 60+ ;
3. Soutenir et développer des mesures de promotion de la santé équitables et accessibles sur tout le territoire cantonal ;
4. Prévenir la maltraitance envers les aînés et favoriser les bonnes pratiques ;
5. Mettre en réseau les acteurs.

Les cinq domaines d'actions prioritaires sont :

- Informer / Orienter / Former ;
- Bouger / Manger / Prévenir les chutes ;
- Prévenir la maltraitance ;
- Maintenir le lien social ;
- Prévenir les addictions.

4.4.4 Qualité des soins et sécurité des patients

La population âgée dépendante est constituée de personnes fragilisées, et parfois socialement isolées, souffrant souvent de maladies cérébrales (démences) pouvant les empêcher d'exprimer pleinement leurs besoins. Bien que les interventions en matière de santé doivent profiter aux patients, elles peuvent dans certains cas aussi leur nuire. Il peut s'avérer difficile pour les institutions et les professionnels de la santé d'évaluer, d'entreprendre et de coordonner les traitements les mieux adaptés. De ce fait, il est essentiel de disposer d'une surveillance efficace et d'un cadre de référence précis (normes, concepts, indicateurs, etc.) afin d'éviter une prise en charge non-adaptée.

³³ Stuck, A. E., Born, S., et Meyer, K. (2009). *Mise en œuvre de programmes de promotion et de prévention de la santé à un âge avancé basés sur la procédure « profil de santé »*. Observatoire suisse de la santé.

³⁴ Service de la santé publique (2014). *Promotion de la santé des 60+, orientation stratégique pour le canton du Valais*.

La surveillance de la sécurité des patients et de la qualité des soins est une activité essentielle de tout système de santé. En Valais, la législation cantonale sur la santé confie au Conseil d'Etat la surveillance de l'organisation sanitaire cantonale (loi sur la santé, art. 5). Le département de la santé coordonne et met en œuvre la politique sanitaire du canton (art. 6). Tous les établissements et institutions sanitaires sont soumis à l'autorisation du département (art. 86). Ce dernier est habilité à les inspecter afin de s'assurer que les conditions requises pour leur autorisation sont respectées (art. 91).

Les prestataires de soins sont responsables de la qualité des soins et de la sécurité de leurs patients (loi sur la santé, art. 40 et ss.). Ils sont tenus au respect des directives édictées par le département, notamment en ce qui concerne les dotations en personnel, la gestion des médicaments, l'assurance qualité et les dispositions à respecter pour la mise en place de mesures de contraintes. La législation leur demande de s'engager activement pour assurer la meilleure qualité des soins et pour promouvoir la sécurité des patients. Ils doivent participer aux mesures de contrôle de la qualité qui garantissent que leur champ d'activité est rempli et que des soins adéquats et de bonne qualité sont dispensés. En application de ces diverses dispositions, les nouvelles directives du département exigent que les établissements médico-sociaux disposent d'ici fin 2016 d'un système certifié de gestion de la qualité et de la prise en charge.

Avec la nouvelle loi sur la santé de 2008, la surveillance de la sécurité des patients et de la qualité des soins inclut désormais la gestion et la prévention des événements indésirables. Il s'agit d'assurer les conditions offrant la meilleure qualité de soins et la plus grande sécurité des patients dans le système sanitaire cantonal. Ainsi, chaque établissement ou institution sanitaire a l'obligation de définir sa propre stratégie en matière de qualité, de nommer un responsable qualité, d'établir des indicateurs et de mettre en place un système de déclaration et de gestion des incidents.

Il est également nécessaire de développer des instruments de mesure permettant de mieux évaluer la qualité des soins et la sécurité du patient. Actuellement, des indicateurs nationaux sont en cours d'élaboration, sous l'égide de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et de l'Association des homes et institutions sociales suisses (CuraViva). Parallèlement, le Pôle qualité de l'OVS a pour mission de produire des indicateurs de qualité des soins d'intérêt cantonal. L'amélioration permanente de la qualité des soins et de la prise en charge s'avère indispensable pour assurer une offre répondant aux besoins de la population âgée.

5 Mise en œuvre de la planification des soins de longue durée : recommandations

5.1 Coordination de l'offre

La loi sur les soins de longue durée (LSLD), entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2015, vise la mise à disposition d'une offre complète et coordonnée des prestations de soins de longue durée répondant aux besoins et répartie équitablement sur l'ensemble du territoire cantonal. Elle précise les tâches du canton, des communes et des divers acteurs impliqués dans la coordination des prestations.

5.1.1 Répartition des tâches

Canton

Le Conseil d'Etat arrête la planification des soins de longue durée et délimite les régions sanitaires (art. 12). Il établit la liste des EMS de façon à garantir la couverture des besoins et définit leur mandat de prestations. Il peut confier des mandats de prestations aux organisations de soins et d'aide à domicile, notamment aux CMS afin qu'ils garantissent la couverture de l'ensemble du territoire cantonal. Des mandats de prestations peuvent également être confiés aux structures de soins de jour ou de nuit ainsi qu'à d'autres établissements ou institutions de soins de longue durée (art. 13).

Le département de la santé attribue les nouveaux lits aux divers projets de construction et d'agrandissement d'EMS. Il détermine, par voie de directives, les critères portant sur l'accès de tous les patients à des soins appropriés et de qualité, ainsi que la proportion de lits de court séjour devant être mis à disposition dans chaque EMS ou en commun entre plusieurs EMS géographiquement proches (art. 12).

Communes

Les communes ont pour mission de mettre en œuvre la planification des soins de longue durée arrêtée par le Conseil d'Etat. Elles doivent veiller à ce que leur population ait accès à tous les types de prestations de soins de longue durée (art. 15). Pour ce faire, chaque commune doit se rattacher à un ou plusieurs EMS ainsi qu'à une ou plusieurs organisations de soins et d'aide à domicile (art. 17).

Commissions régionales de soins de longue durée

Les commissions régionales de soins de longue durée (anciennement commissions régionales de santé) regroupent les principaux partenaires du système sanitaire. Elles ont été mises en place dès 1996, sur décision du Conseil d'Etat, dans chaque région sanitaire. Elles sont des organes consultatifs du département de la santé en matière de mise en œuvre de la planification des soins de longue durée. Ces commissions ont pour mission de favoriser la coordination entre le canton et les communes ainsi qu'entre communes. Elles veillent à mettre à disposition des infrastructures et une offre de prestations médico-sociales adaptées aux besoins spécifiques de la population dans chaque région sanitaire (art. 14bis).

Organisations faïtières

Les organisations faïtières des EMS et des organisations de soins à domicile sont les partenaires du département de la santé. Celui-ci peut leur attribuer des mandats, notamment en matière d'harmonisation des pratiques de placement et d'admission en EMS (art. 37).

5.1.2 Organe cantonal de coordination (SECOSS)

La loi sur les établissements et institutions sanitaires (art. 23) et la loi sur les soins de longue durée (art. 36) prévoient la création d'un organe cantonal de coordination chargé d'assurer l'information et l'accompagnement des patients entre institutions de soins, garantissant la continuité de la prise en charge. Cet organe regroupe les établissements hospitaliers, la Société médicale du Valais ainsi que les organisations faïtières des établissements médico-sociaux et des centres médico-sociaux reconnues d'utilité publique. D'autres institutions peuvent y être associées.

Historiquement, la coordination des flux de patients s'est mise progressivement en place dès 1997, dans le cadre des réseaux régionaux de santé, par la constitution d'instances régionales chargées de l'orientation et du placement des patients. En 2009, ces instances régionales ont été regroupées au sein de la structure cantonale de liaison interinstitutionnelle (SCLII). En début d'année 2014, la SCLII a changé de nom pour devenir le Service de coordination socio-sanitaire (SECOSS).

Le SECOSS est géré par un comité de direction nommé par le département de la santé. Ce comité réunit l'ensemble des institutions sanitaires concernées. Il regroupe toutes les infirmières de liaison sous la co-direction de deux coordinatrices, l'une pour le Haut-Valais, l'autre pour le Valais romand. Il est rattaché administrativement à l'institut Central des Hôpitaux Valaisans (ICHV) qui assure la gestion fiduciaire du personnel et tient la comptabilité du SECOSS.

La mission principale du SECOSS est d'assurer l'information et l'accompagnement des patients entre les différentes institutions de soins, en garantissant la continuité de la prise en charge. Le patient doit être orienté de manière optimale dans le lieu qui lui soit le plus approprié selon le principe suivant : « Chaque patient, au bon endroit, au bon moment ». Le SECOSS a pour mission d'harmoniser les pratiques de placements à la sortie de l'hôpital dans les différentes institutions sanitaires, transferts inter- et intrahospitaliers non compris. Il coordonne également les placements de soins de longue durée. Il intervient selon la liste des critères déterminants (en annexe) et sur demande des institutions de soins ou du patient. Toutefois, il n'a pas la responsabilité de gérer toutes les sorties de l'hôpital.

5.1.3 Liste d'attente cantonale d'admission en EMS

A l'heure actuelle, chaque EMS tient à jour sa propre liste d'attente d'admission. Or, il arrive fréquemment qu'une même personne soit inscrite sur plusieurs listes. De plus, un certain nombre d'inscriptions sont faites de manière préventive, les personnes concernées souhaitant s'assurer une place en EMS dans le futur en cas de besoin, mais n'étant pas disposées à y entrer tout de suite. A cela s'ajoute encore la problématique de la mise à jour de ces listes, les EMS n'étant pas forcément informés en cas de décès de personnes inscrites. Ainsi, l'addition des listes des EMS ne permet pas de fournir une image claire du nombre de personnes en attente d'un placement, ni combien d'entre eux sont urgents.

La région sierroise a mis en place une liste d'attente coordonnée au niveau du district. Cette liste indique le nombre de personnes inscrites, sans double comptage entre les EMS du district. Elle distingue également les demandes urgentes des autres demandes.

Recommandation n° 1

Mettre en place une liste d'attente d'admission en EMS au niveau cantonal

La constitution d'une liste d'attente coordonnée au niveau cantonal est actuellement à l'étude. Elle permettrait de fournir un indicateur précieux sur les réels besoins en placement et ainsi sur le suivi de l'adéquation de la planification des soins de longue durée aux besoins. Elle constituerait également un outil indispensable pour veiller au respect des critères d'admission en EMS que le département de la santé est chargé d'édicter (voir recommandation n° 2).

5.1.4 Critères d'admission en EMS

La loi sur les soins de longue durée vise à garantir à tous les patients l'accès à des soins appropriés et de qualité, ainsi que l'égalité de traitement entre tous les citoyens, quelle que soit leur commune de domicile. Pour ce faire, deux dispositions spécifiques sont prévues.

Premièrement, la loi charge le département de la santé de déterminer, par voie de directives, les critères portant sur l'accès de tous les patients à des soins appropriés et de qualité (art. 12, al. 3). L'objectif de cette disposition consiste à garantir l'égalité de traitement entre tous les citoyens. Le message qui accompagnait le projet de loi précisait que 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.

Deuxièmement, chaque commune doit veiller à ce que sa population ait accès à tous les types de prestations de soins de longue durée, de manière à ce que chaque personne puisse bénéficier en tout

temps de la prise en charge la mieux adaptée à ses besoins (art. 15). Pour cela, chaque commune doit notamment se rattacher à un ou plusieurs EMS (art. 17).

Recommandation n° 2
Définir des critères d'admission en EMS

La définition des critères d'admission en EMS s'avère d'autant plus nécessaire que la présente planification des soins de longue durée vise un recours de plus en plus modéré à la prise en charge en EMS. Ainsi, c'est le besoin en soins et les possibilités de soutien des proches aidants qui devront constituer les principes de base pour déterminer ces critères d'admission. Le département de la santé devra prochainement établir ces critères, en concertation avec les prestataires de soins de longue durée.

5.1.5 Utilisation des lits de court séjour et des structures de soins de jour

Comme indiqué aux points 4.3.3 et 4.3.4, la mise à disposition de lits de court séjour et de structures de soins de jour se poursuit. Cependant, leur utilisation devra être améliorée.

Selon les directives du département de la santé, des affaires sociales et de la culture concernant l'autorisation d'exploiter un établissement médico-social (EMS) de mars 2014, un lit de court séjour permet l'accueil provisoire d'une personne vivant à domicile, afin de soulager les proches aidants. Les lits de court séjour peuvent également accueillir temporairement les personnes âgées qui sortent de l'hôpital. Les personnes âgées malades ou ayant subi un accident (par exemple une chute et/ou une détérioration de l'état général) peuvent aussi être accueillies temporairement dans un lit de court séjour. Le but est que l'état de santé de ces personnes s'améliore suffisamment pour permettre leur retour à domicile, au besoin avec une aide médico-sociale. L'accueil en lit de court séjour est limité en principe à cinq semaines. Or, dans les faits, les lits de court séjour sont souvent utilisés pour des longs séjours ou dans l'attente de la mise à disposition d'une place de long séjour. De plus, l'information auprès des bénéficiaires potentiels est insuffisante.

En ce qui concerne les structures de soins de jour, on constate à l'heure actuelle que certaines ne sont pas pleinement utilisées alors que les besoins de prise en charge existent. Il en résulte une charge supplémentaire sur les autres prestataires de soins de longue durée et sur les proches aidants. Le développement de l'offre devra s'accompagner de diverses mesures d'amélioration, en particulier au niveau de la coordination de la prise en charge.

Recommandation n° 3
Améliorer l'utilisation des lits de court séjour et des structures de soins de jour

Des travaux devront être menés avec les partenaires concernés (EMS, CMS, Service de coordination socio-sanitaire – SECROSS) afin d'améliorer l'utilisation des lits de court séjour et des structures de soins de jour. Les lits de court séjour doivent essentiellement servir à renforcer les possibilités de poursuivre la vie à domicile. Les missions des structures de soins de jour, l'organisation et la coordination de la prise en charge devront être clarifiées et renforcées. Il s'agira également de traiter la problématique des coûts à charge des personnes dépendantes, tant pour les lits de court séjour que pour les structures de soins de jour.

5.1.6 Outil de coordination : dossier patient partagé

La fragmentation et la complexité du système de santé suisse peut engendrer une coordination parfois difficile entre les différents prestataires de soins et accroître le risque d'erreurs médicales lors de la prise en charge des patients. Pour faire face à cette problématique, le Conseil fédéral a adopté, en juin 2007, la stratégie Cybersanté (eHealth) Suisse qui prévoit que chaque personne résidant en

Suisse pourra, d'ici la fin 2015, permettre aux prestataires de soins de son choix d'accéder par voie électronique aux documents utiles pour leur prise en charge³⁵.

En Valais, la réalisation du système d'information sanitaire est une étape importante et prioritaire de la stratégie cybersanté développée par le canton. Celle-ci a débuté au printemps 2000 et a été réalisée en 3 étapes (informatisation des hôpitaux valaisans, informatisation des CMS et EMS, intégration de la médecine ambulatoire : projet Infomed).

Le projet Infomed vise l'échange des données médicales utiles pour la prise en charge des patients (dossier patient partagé). Il ne s'agit pas de se substituer aux dossiers médicaux des institutions ou des cabinets mais de fédérer certaines informations. Les documents pertinents sont envoyés électroniquement à la plateforme et rendus ainsi accessibles aux prestataires de soins concernés. Avec le canton de Genève, le Valais fait partie des cantons précurseurs dans la mise en œuvre du dossier électronique partagé du patient.

5.1.7 Intégration régionale des prestataires

La coordination des prestations constitue une question récurrente depuis plusieurs années. Elle figure au cœur de la loi sur les soins de longue durée. Les diverses mesures en cours d'élaboration visant le renforcement de la coordination risquent de ne pas être suffisantes pour garantir l'accès du patient à la bonne prestation au bon moment.

Ce constat soulève la question du renforcement de la coopération entre les prestataires de soins. Actuellement, les prestataires valaisans présentent un degré de coopération moyen, les diverses institutions conservant une grande part d'indépendance et ne coopérant que sur des domaines spécifiques. A l'avenir, un degré de coopération plus élevé pourrait être envisagé, en rassemblant divers types de prestataires pour fonder une nouvelle organisation (fusion ou autre modèle).

En Suisse, cette forme de collaboration de degré plus élevé a notamment été mise en place à Rapperswil-Jona, dans le canton de Saint-Gall. En 2008, six structures qui étaient jusque-là indépendantes ont été réunies (EMS, organisations de soins et d'aide à domicile, structures de soins de jour) sous une même entité, la Fondation RaJoVita³⁶. Celle-ci a pour mission d'offrir un conseil personnalisé axé sur les besoins de la personne, et de garantir aux aînés des prestations ambulatoires et stationnaires de soins et d'accompagnement.

Une telle intégration de divers prestataires de soins de longue durée au niveau d'une région permettrait de faciliter l'organisation de la prise en charge. Le patient s'adresserait à une seule entité fournissant tous les types de prestations. La prise en charge pourrait ainsi plus aisément s'adapter à l'évolution de la dépendance de la personne et aux possibilités de soutien de son entourage. D'autres avantages peuvent également être attendus, notamment une optimisation de la gestion du personnel dans un contexte de pénurie ainsi que des économies d'échelle.

Recommandation n° 4

Développer un modèle d'intégration régionale des prestataires permettant d'améliorer la coordination

L'ambition d'une telle réflexion au niveau valaisan est notamment d'analyser quel modèle permettrait d'offrir aux personnes dépendantes une prise en charge globale, cohérente et bien organisée (chaque patient, au bon endroit, au bon moment). Une réflexion approfondie devrait être menée à ce sujet notamment pour analyser les facteurs de succès ainsi que les risques liés à la mise en place d'un modèle d'intégration des divers prestataires. Puis, un projet pilote pourrait être mis en place dans une région.

³⁵ Office fédéral de la santé publique (2007). *Stratégie cybersanté Suisse*. Office fédéral de la santé publique, 4.

³⁶ www.rajovita.ch

5.2 Démences

La prévalence des démences a été présentée au point 4.1.4 ci-dessus. L'évolution croissante du nombre de cas et les spécificités de ces pathologies nécessitent la mise en place d'une offre adaptée. Le présent chapitre y est consacré.

5.2.1 Définition

La démence est un terme générique qui désigne différentes maladies cérébrales dues à diverses causes. Il s'agit de maladies caractérisées par une disparition lente des cellules nerveuses du cerveau. Il en résulte une altération progressive de la mémoire combinée à un trouble d'au moins une des fonctions, tels que des troubles du langage (aphasie), des troubles au niveau gestuel (apraxie), un déficit de reconnaissance visuelle et spatiale (agnosie) ou un déclin des fonctions exécutives (perte de la capacité de planifier et d'agir)³⁷⁻³⁸.

La maladie d'Alzheimer est la forme de démence la plus courante (env. 60% des démences). La démence vasculaire ou démence secondaire due à des infarctus cérébraux répétés est la deuxième forme de démence la plus courante (20 à 30%). Il existe encore de nombreuses autres formes de démence (démence à corps Levy, démence fronto-temporale, démence due à la maladie de Parkinson, démence liée à la maladie de Huntington, démence due à l'alcool, etc.).

La démence entraîne au fur et à mesure une perte de la mémoire, du sens de l'orientation et de l'aptitude à la communication. Ces déficits cognitifs ont pour effet de réduire l'autonomie de la personne malade et de la rendre dépendante de l'aide d'autrui pour les activités de la vie quotidienne. Ceci menant jusqu'à une dépendance complète de soins. Bon nombre de personnes atteintes de démence sont prises en charge et soignées à domicile, par des membres de leur famille ou d'autres proches. La démence présente donc des exigences et des charges élevées pour l'entourage familial. Lorsque les patients nécessitent davantage de soins, le passage à un traitement stationnaire devient le plus souvent inévitable.

Dans le canton du Valais^{39,40}, 2'200 malades vivent à la maison généralement avec le soutien de proches. Ils représentent la moitié des personnes atteintes de démence en Valais.

On peut distinguer trois degrés de besoins en aide :

- léger : la personne présente des troubles cognitifs et des difficultés mineures apparaissent dans sa gestion du quotidien (gestion des finances, utilisation des moyens de transports, etc.). Elle continue à vivre indépendamment chez elle ;
- modéré : les troubles cognitifs et les difficultés à gérer le quotidien font que la personne a besoin d'une aide ponctuelle/régulière (pour prendre ses médicaments, des rendez-vous, s'occuper de ses vêtements, organiser ses repas). Elle peut continuer à vivre chez elle à condition d'être aidée ;
- sévère : les mécanismes de la pensée et la gestion du quotidien sont si perturbés qu'une prise en charge continue est nécessaire (pour l'alimentation, les soins corporels, l'élimination).

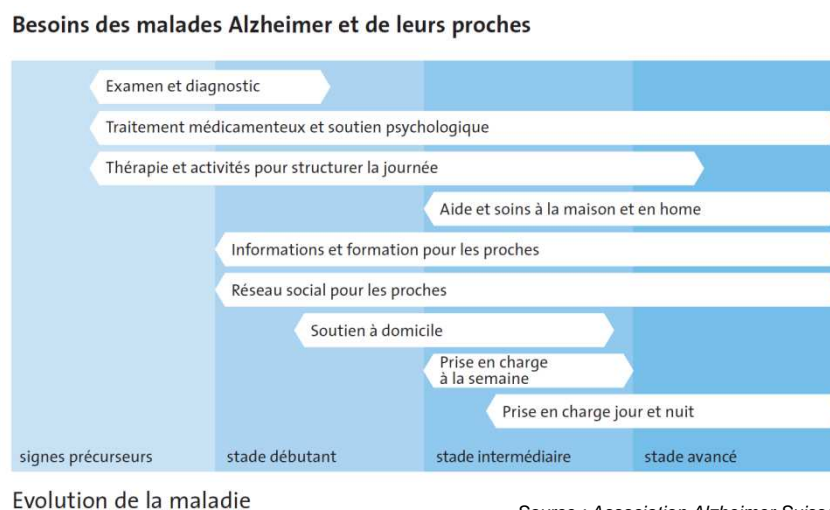
³⁷ Monsch, A. U., et al. (2013). *Consensus 2012 sur le diagnostic et le traitement de personnes atteintes de démence en Suisse*. Revue médicale suisse, (9), 838–847.

³⁸ Bassetti, C. L., Calabrese, P., et Gutzwiller, F. (2011). *La démence. Etiologies, évolution et options thérapeutiques. La situation en Suisse*.

³⁹ Association Alzheimer Suisse (2013). *Enquête auprès des proches*.

⁴⁰ Kesselring, A. (2004). *Angehörige zu Hause pflegen: Anatomie einer Arbeit*. Schweizerische Ärztezeitung. 85(10), 504-506.

Figure 18 : Besoins des malades Alzheimer et de leurs proches en fonction de l'évolution de la maladie



5.2.2 Stratégie cantonale globale

En Valais, un groupe d'experts, mandaté par le département de la santé et composé de représentants de tous les milieux concernés (Etat du Valais, Hôpital du Valais, établissements médico-sociaux, centres médico-sociaux, milieux associatifs, Société médicale du Valais) a évalué l'offre et les structures existantes en Valais pour prendre en charge les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres démences. Leur rapport, intitulé « Les personnes atteintes de pathologies démentielles, Etat des lieux en Valais, Recommandations »⁴¹, débouche sur dix recommandations qui doivent permettre de renforcer l'aide au stade débutant de la maladie, de mieux coordonner les activités des intervenants et de développer les offres de prise en charge :

1. informer la population et sensibiliser les soignants ;
2. améliorer la détection précoce et la prévention ;
3. soutenir et informer la personne atteinte et son entourage ;
4. favoriser une approche globale et évolutive de la personne affectée ;
5. améliorer la communication et la coordination entre partenaires ;
6. créer des pôles de compétences et renforcer la recherche ;
7. favoriser la formation et l'encadrement du personnel des soins ;
8. développer les prestations de soins et d'aide à domicile ;
9. augmenter l'offre en structures intermédiaires ;
10. adapter la prise en charge en EMS.

En réponse aux recommandations du groupe d'experts, l'Hôpital du Valais a, avec le soutien du canton, mis en réseau ses diverses consultations « Mémoire » (Memory clinics) et créé un centre de référence à l'hôpital de Sierre fin 2011. Les consultations « Mémoire » ont un rôle important à jouer non seulement dans la détection précoce, mais également dans la diffusion des bonnes pratiques cliniques et au niveau de la formation. Ce réseau permet de mettre à disposition des patients et des soignants les compétences d'une équipe multidisciplinaire composée de gériatres, psychogériatres, neurologues et neuropsychologues. Ajoutons à ce propos que des études ont montré que le diagnostic précoce des démences répond à un souhait de la population⁴² et qu'il permet de réaliser des économies dans la prise en charge⁴³.

⁴¹ Service de la santé publique du canton du Valais (2011). *Les personnes atteintes de pathologie démentielles, Etat des lieux en Valais, Recommandations*.

⁴² Moor, C., Peng, A., et Hans Rudolf Schelling (2013). *Savoir, attitudes et expériences en Suisse*. Zentrum für Gerontologie, Université de Zurich.

⁴³ All-Party Parliamentary Group on Dementia. (2011). *The £20 billion question, -An inquiry into proving lives through cost-effective dementia services*. Alzheimer's Society.

Le 17 avril 2013, le Conseil d'Etat a chargé le Groupement valaisan des Centres médico-sociaux, en collaboration avec l'Association Alzheimer Valais, de développer des prestations pour les personnes atteintes de pathologies démentielles sur l'ensemble du canton avec les objectifs suivants :

1. information ;
2. animation de groupes d'entraide – conseil et soutien aux proches et aux familles ;
3. organisation de Vacances Alzheimer ;
4. recherche et formation de bénévoles ;
5. évaluation des prestations.

Le 26 juin 2013, le département de la santé a nommé une Commission chargée de développer un concept cantonal sur les pathologies démentielles en vue de mettre en œuvre l'ensemble des recommandations de septembre 2011 dans le respect de la stratégie nationale en matière de démence.

Les projets suivants sont à l'étude :

- mettre en réseau l'ensemble des partenaires (ALZ-VS, Pro Senectute Valais, Croix-Rouge Valais et CMS), en lien avec les memory clinics au sein des hôpitaux ;
- préciser les modalités de collaboration et de mise en réseau des partenaires autour des trois centres de compétences (Haut-Valais, Valais central, Chablais) ;
- spécifier les modalités de mise en place d'une équipe mobile ;
- intégrer les EMS et les centres de compétences en gériatrie au sein des memory clinics.

Les mesures de prévention font partie de l'information à fournir à la population (activité physique, entraînement de la mémoire, alimentation, activités de loisir), notamment dans le cadre du programme de promotion de la santé des plus de 60 ans (60+).

5.2.3 Adaptation de la prise en charge en EMS

En 2009, l'Association valaisanne des établissements médico-sociaux (AVALEMS)⁴⁴ s'est penchée sur la question de la prise en charge des démences en EMS. Une commission composée de directeurs et d'infirmiers chefs d'EMS valaisans a mené une étude reposant notamment sur un questionnaire adressé à tous les EMS du canton. Ses principaux résultats sont rappelés 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 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. Relevons à ce propos qu'une étude⁴⁵ menée en 2012 sur 386 EMS de 15 cantons conclut qu'une démence a été diagnostiquée ou est soupçonnée chez 64.5% des résidents en EMS.
- 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

⁴⁴ Association valaisanne des établissements médico-sociaux (2009.) *Psychogériatrie dans les institutions de longue durée*. Rapport de la commission de travail.

⁴⁵ Bartelt, G. (2012). *Evaluation de données RAI (Resident Assessment Instrument) sur mandat de l'Association Alzheimer Suisse*. Rapport technique, Q-Sys AG.

(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.

Recommandation n° 5

Renforcer la prise en charge spécialisée en EMS pour les personnes atteintes de démence

Sur la base des travaux et expériences réalisés, il conviendrait d'analyser l'opportunité de poursuivre la mise en place d'unités spécialisées et, le cas échéant, d'évaluer le personnel requis, le financement adéquat et les critères d'admission pour le développement de ce type d'unités. La réflexion devrait également s'étendre aux questions de la formation du personnel et des adaptations architecturales.

5.2.4 Aspects architecturaux et modèles de prise en charge

Plus encore que le reste de la population, les aînés souffrant de démence sont sensibles à leur environnement, car ils ne sont plus en mesure, en raison des pertes de leurs aptitudes cognitives liées à la maladie, d'interpréter le monde qui les entoure aussi facilement qu'avant. De ce fait, il est essentiel de rendre l'espace de vie des logements privés⁴⁶ et des institutions aussi accueillant, clair et compréhensible que possible. Ainsi, un arrangement bien ordonné du mobilier et un bon éclairage facilitent l'orientation. Lorsque les besoins spécifiques de ce type de résidents sont pris en compte, ces derniers ont l'impression de mieux maîtriser leur quotidien et se sentent plus sûrs d'eux et apaisés.

Bien qu'il soit difficile de fixer des normes applicables dans tous les cas, il vaut la peine néanmoins de tenir compte de certains aspects dans l'aménagement de l'espace de vie des personnes démentes. Selon les experts, la population des EMS présentera à l'avenir les caractéristiques suivantes :

- les pensionnaires font partie d'une génération dont la vie s'est articulée autour du mariage et de la famille ;
- il y aura nettement plus de femmes que d'hommes ;
- la plupart seront des personnes seules (par veuvage, célibat ou divorce) ;
- les personnes sans formation seront plus nombreuses que les personnes qualifiées ;
- le pourcentage des bénéficiaires de prestations complémentaires sera relativement élevé ;
- l'âge moyen est en hausse, et la majorité des pensionnaires auront plus de 90 ans ;
- la majeure partie des pensionnaires seront des personnes fragiles, polymorbides, souffrant de maladies chroniques et atteintes de troubles cognitifs.

La ville et le canton de Berne ont publié des consignes et recommandations pour les projets de construction ou de transformation dans les EMS⁴⁷ ainsi que deux brochures afin de donner quelques pistes et conseils simples aux EMS et aux architectes en matière d'aménagement. Ces deux brochures se fondent d'une part sur les recommandations pour la prise en charge résidentielle de personnes atteintes de démence dans le canton de Berne et, d'autre part, sur les expériences accumulées par les institutions ayant déjà aménagé un espace intérieur ou extérieur ouvert aux personnes souffrant de démence ou en passe de le faire. Elles tiennent compte des conseils du service municipal des constructions de Berne.

⁴⁶ Bohn, F., et Perle, I. (2011). *Comment optimiser l'adaptation du logement, Quelques conseils utiles*. Dossier pour l'Association Alzheimer Suisse.

⁴⁷ Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (2013). *Projets de construction ou de transformation dans les établissements médico-sociaux : Consignes et recommandations pour la planification et l'exécution des travaux, Programme des locaux*.

Félix Bohn, architecte gérontologue, qui a fait de la question des logements des aînés sa spécialité a également publié en 2010 pour Zurich⁴⁸ et en 2012 pour Berne⁴⁹ (CURAVIVA) deux brochures gratuites déterminantes pour les projets de construction. Elles doivent être prises en considération par les organismes responsables et les directions des EMS.

Divers modèles de prise en charge intégrée méritent également d'être relevés, notamment :

- l'institution Sonnweid à Wetzikon (accueil de jour, accueil de nuit, courts séjours, consultations non médicales) ;
- le projet de village Alzheimer de Haute-Argovie de Wiedlisbach (OPW)⁵⁰ dans le canton de Berne (petites maisons abritant chacune une dizaine de résidents malades) qui s'inspire du Village pour personnes démentes de « Hogeweyk⁵¹ » à Amsterdam ;
- le concept de pièce snoezelen⁵² (pièce aménagée spécialement avec des éléments lumineux, sonores, olfactifs, etc., qui déclenchent des sensations permettant d'apaiser ou, au contraire, de stimuler et réveiller des souvenirs) ;
- les Cantous (Centres d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles)⁵³ (petites unités d'une dizaine de personnes prenant en charge un proche dépendant de manière temporaire ou définitive s'il présente des symptômes de démence ou de la maladie d'Alzheimer).

Face à la question des démences, plusieurs pays ont établi des stratégies au plan national (Danemark, France, Angleterre et Ecosse). Au niveau de la prise en charge des personnes atteintes de démence, des offres institutionnelles particulières existent pour répondre aux besoins spécifiques de ces personnes. Par exemple, la Belgique a créé des centres spécialisés pour la prise en charge (informations et soins). En France, des maisons pour l'autonomie et l'intégration des patients atteints d'Alzheimer (MAIA) ont été mises en place. Elles servent de points d'accès uniques pour les malades et leur famille en matière d'information, de coordination et de soins. La prise en charge de personnes démentes exige, de manière générale, de proposer aux malades un cadre rassurant et sûr, favorisant l'autonomie ainsi que la socialisation.

Des traits communs sont repérables dans les différentes structures développées en Europe ces dernières décennies. Elles permettent aux malades de vivre en communauté, dans un univers familier qui leur apporte un sentiment de sécurité.

Recommandation n° 6

Développer les prestations en tenant compte des aspects architecturaux et des modèles de prise en charge spécifiquement adaptés à la démence

Le développement des diverses prestations de soins de longue durée devrait se poursuivre en tenant compte des aspects architecturaux et des modèles de prise en charge spécifiquement adaptés à la démence. Les connaissances en la matière évoluent et devront régulièrement être mises à jour. Les quelques exemples mentionnés ci-dessus le sont à titre illustratif. Ils peuvent servir de source d'inspiration, en gardant à l'esprit les spécificités propres à notre canton.

⁴⁸ Bohn, F. (2010). *Altersgerechte Wohnbauten: Planungsrichtlinien*. Schweizerische Fachstelle für Behindertengerechtes Bauen.

⁴⁹ Bohn, F. (2012). *De la vision au projet : nouvelle construction, agrandissement ou rénovation d'un EMS*. CURAVIVA.

⁵⁰ Lecomte, C. (2013, 6 mars). *Le «village Alzheimer» s'importe en Suisse*. Journal le temps. Repéré à http://www.letemps.ch/Page/Uuid/332b5a6c-85b2-11e2-9e8d-954ea575c5a9/Le_village_Alzheimer_s'importe_en_Suisse

⁵¹ <http://hogeweyk.dementiavillage.com/en/>

⁵² Verheul, A. (2011). *Le développement de Snoezelen*. International Snoezelen Association.

⁵³ Agevillage (2013). *Les Cantous ou Unités spécialisés Alzheimer*. Association des Cantous 69.

5.3 Etablissements médico-sociaux

5.3.1 Taille des EMS

L'étude de Crivelli et. al.⁵⁴, finalisée en 2001 sur mandat du Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO), concluait que la taille optimale d'un EMS du point de vue de l'efficacité économique est de l'ordre de 70 à 80 lits. Plus récemment, les mises à jour de cette étude⁵⁵⁻⁵⁶ ainsi que d'autres analyses⁵⁷ ont conclu que la taille optimale se situe entre 80 et 120 lits, selon notamment le niveau moyen de dépendance des personnes prises en charge.

Afin de pouvoir satisfaire les attentes de la population âgée en matière de proximité tout en respectant le principe d'économicité des prestations, la planification des soins de longue durée 2010-2015 prévoyait la mise à disposition d'unités d'EMS décentralisées. Ces unités, composées de 18 à 22 lits, seraient rattachées à un EMS qui en assumerait la direction et la gestion (administration, personnel, logistique, etc.). L'EMS constituerait un seul établissement multi-site. De manière plus générale, la planification des soins de longue durée 2010-2015 recommandait le rattachement des petits EMS aux grandes structures, sous forme d'établissements multi-site, afin de rationaliser les coûts.

Certains EMS étaient déjà regroupés auparavant, notamment la Fondation La Résidence (Viège, Unterems, Sion), la Fondation St. Josef (La Souste et Loèche) et l'Association Beaulieu (Sierre et Chalais et projet de Venthône). D'autres se sont agrandis par la création d'un nouveau site. Ce fut le cas de la Fondation St-Jacques (St-Maurice et Vernayaz) et de la Fondation la Providence (Montagnier et Orsières). En 2014, la société anonyme Les Fleurs du Temps s'est constituée sous la forme d'une société d'utilité publique sans but commercial. Elle a repris l'exploitation des EMS de Fully (60 lits) et de Saillon (19 lits). En 2015, elle ouvre deux nouvelles unités, une à Charrat (24 lits) et l'autre à Leytron (32 lits).

Suivant les recommandations de la planification des soins de longue durée 2010-2015, les appartements à encadrement médico-social de Mörel, de Visperterminen et de Loèche-les-Bains ont été transformés en unités d'EMS décentralisées rattachées respectivement au Seniorenzentrum Naters, à l'EMS St-Nikolaus et à la Fondation St. Josef.

Recommandation n° 7 **Veiller au dimensionnement optimal des EMS**

Le processus de regroupement des EMS doit se poursuivre. La création de petites unités de moins de 60 lits devra à l'avenir être réservée aux régions périphériques éloignées des EMS existants. En effet, malgré les synergies liées au rattachement à un autre EMS, les petites unités ne peuvent pas garantir la même efficacité économique qu'un établissement de 70 à 80 lits. De plus, le besoin devra être clairement avéré, en tenant compte notamment de la tendance de plus en plus marquée des personnes âgées à choisir des EMS situés en plaine, à proximité du lieu de travail ou de résidence de leurs proches.

⁵⁴ Crivelli, L., Filippini, M., et Lunati, D. (2001). *Efficienza nel settore delle case per anziani svizzere*. SECO, Strukturberichterstattung, (6).

⁵⁵ Farsi, M., Filippini, M., et Lunati, D. (2008). *Economies of scale and efficiency measurement in Switzerland's Nursing homes*. Swiss Journal of Economics and Statistics.

⁵⁶ Di Giorgio, L., Filippini, M., et Masiero, G. (2012). *The impact of the institutional form on the cost efficiency of nursing homes*. USI Università della Svizzera italiana.

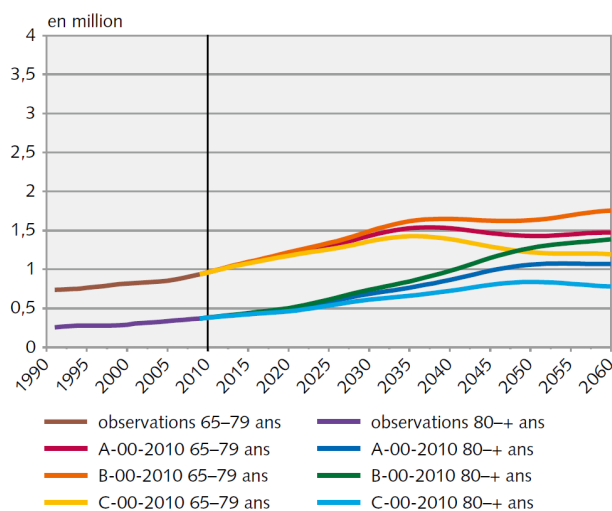
⁵⁷ Farsi, M., et Filippini, M. (2004). *An Empirical Analysis of Cost Efficiency in Non-profit and Public Nursing Homes*. Annals of Public and Cooperative Economics.

5.3.2 Futures constructions

Les prévisions démographiques indiquent que le vieillissement de la population valaisanne devrait se poursuivre. Le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus devrait doubler d'ici à 2040, passant de 16'000 (16'355) en 2015 à 30'000 (29'771) en 2030, puis à 34'000 (34'543) en 2035 et 41'000 (40'579) en 2040, selon le scénario 2014 moyen de l'OCSP. Les prévisions établies au niveau du canton ne vont pas au-delà de cette date⁵⁸.

Toutefois, comme l'illustre le graphique ci-dessous, selon les prévisions de l'Office fédéral de la statistique (OFS)⁵⁹, le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus en Suisse devrait se stabiliser à l'horizon 2050.

Figure 19 : Evolution du nombre de personnes âgées de 65 à 79 ans et de 80 ans et plus en Suisse selon les trois scénarios démographiques de l'Office fédéral de la statistique (OFS)



Source : OFS/SCENARIO © OFS

Recommandation n° 8 **Promouvoir les constructions modulaires**

Les constructions futures devront tenir compte de cette perspective de stabilisation du nombre de personnes âgées de 80 ans et plus. Les bâtiments devraient être conçus de manière à pouvoir être facilement reconvertis sous forme de logements ou autres.

5.3.3 Programme-cadre des locaux

Le programme-cadre des locaux pour les EMS a été arrêté par le département de la santé en 2005. La mise en conformité des établissements construits avant cette date n'a pas été exigée. Cependant, une grande partie des EMS ont adapté les surfaces mises à disposition de leurs résidents lors de travaux de rénovation ou d'agrandissement. Souvent, des chambres à deux lits ont été transformées en chambres à un lit afin de respecter les surfaces minimales fixées dans le programme-cadre.

Afin d'assurer le confort des résidents, ainsi que l'égalité de traitement, il importe que les adaptations requises se poursuivent.

⁵⁸ OCSP, *Perspectives démographiques à horizon 2040 - Valais et ses régions*, Sion, mars 2014. Le modèle de projection démographique cantonal 2014 de l'OCSP a projeté la population jusqu'en 2040 sur le plan global cantonal et jusqu'en 2030 par région du canton. L'actualisation des projections intervient à intervalle de 3 à 5 ans.

⁵⁹ Office fédéral de la statistique (2010). *Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse 2010-2060*.

5.3.4 Appartements à encadrement médico-social et aménagement du domicile

Appartements à encadrement médico-social

Le développement du nombre d'appartements à encadrement médico-social doit se poursuivre, notamment en raison de la réduction du nombre de places en EMS pour les personnes nécessitant peu ou pas de soins.

Dans cette perspective, l'opportunité de mettre à disposition un personnel d'aide, en plus des prestations de services de soins et d'aide à domicile, mérite d'être approfondie. Il pourrait par exemple s'agir d'un concierge assurant également une présence rassurante, d'un veilleur de nuit, d'une animation, ou autres.

Différentes formes de logements ont été mises en place en Suisse et à l'étranger. Elles pourraient servir de source d'inspiration. Citons notamment :

- l'habitat groupé⁶⁰ (habitations individuelles fonctionnant en autogestion avec des espaces privés et des espaces communs) ;
- l'habitat kangourou⁶¹ (personnes âgées accueillant chez elles d'autres personnes ou famille en échange d'un faible loyer) ;
- la cohabitation intergénérationnelle⁶² (personnes âgées logeant chez elles un étudiant en échange d'un loyer modéré).

Il importe toutefois que les appartements à encadrement médico-social restent dans le périmètre de la prise en charge à domicile. Lorsque le besoin en soins s'accroît, un placement en EMS doit être envisagé. Rappelons à ce sujet que certains appartements ont dû être transformés en EMS en raison de l'accroissement du besoin en soins de leurs locataires (cf. point 3.6 ci-dessus). Ce genre de situation doit être évité à l'avenir.

Ces dernières années, divers projets présentant une offre combinée de lits d'EMS et de places en appartement à encadrement médico-social ont été présentés aux commissions régionales de soins de longue durée. Certains EMS offrent déjà ces deux types de prestations. Il importe cependant que les personnes en appartement soient conscientes qu'elles ne peuvent pas bénéficier du même niveau d'encadrement que celles en EMS. De plus, les soins et l'aide en appartement sont à fournir par une organisation de soins et d'aide à domicile autorisée, et non pas par le personnel de l'EMS. Par contre, bon nombre de synergies sont possibles, notamment au niveau des repas et de l'animation.

Il est également nécessaire de faire mieux connaître les diverses offres disponibles. Les différentes possibilités d'hébergement sont peu connues par les personnes âgées. Les organisations de soins et d'aide à domicile sont les mieux placées pour jouer un rôle d'information auprès des personnes potentiellement intéressées.

Aménagement du domicile

L'aménagement du domicile⁶³ s'avère souvent une nécessité pour pouvoir continuer à vivre chez soi. Pour beaucoup de personnes âgées, la chute est l'événement décisif qui joue un rôle critique dans la détérioration de leur santé et la nécessité d'une prise en charge institutionnelle définitive. En effet, ces accidents peuvent avoir un impact psychologique majeur et réduire de manière importante le sentiment d'autonomie des personnes âgées. Leurs répercussions peuvent entraîner une hospitalisation et, dans un certain nombre de cas, être un motif d'entrée en institution⁶⁴.

⁶⁰ Gaiffe, B. (2010). *L'Habitat Groupé de Personnes Âgées : Les ressources et le rôle de la réciprocité*. Université Catholique de Louvain, Faculté Ouverte de Politique Economique et Sociale.

⁶¹ Charlot, V., et Guffens, C. (2006). *Où vivre mieux ? Le choix de l'habitat groupé pour personnes âgées*. Presses universitaires de Namur.

⁶² Brichaux, F. (2010). *Quels lieux de vie pour nos aînés ? Le maintien à domicile des aînés*. Centre Permanent pour la Citoyenneté et la Participation.

⁶³ Trouvé, E. (2009). *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*. Groupe de Boeck. 355-364.

⁶⁴ Kaeser, M., et al. (2012). *Santé des personnes âgées vivant en établissement médico-social : Enquête sur la santé des personnes âgées dans les institutions 2008/09*. Office fédéral de la statistique.

Les logements inadaptés sont la principale cause de chutes chez les personnes âgées. Dans l'optique de réduire ces risques, la suppression des sources de danger à domicile est une solution pour améliorer la sécurité et le confort des seniors dans une habitation existante. Pour ce faire, quelques mesures simples et utiles, comme par exemple un éclairage plus puissant mais indirect, un lit médicalisé, l'installation de barres d'appui dans les douches et l'installation d'un sol antidérapant suffisent. Toutefois, pour entreprendre ces changements, les personnes âgées en perte d'autonomie ont besoin d'être conseillées et accompagnées tout au long de ce processus. Les CMS proposent des services d'ergothérapie permettant d'évaluer et d'adapter l'environnement physique d'une personne en perte d'autonomie et in fine de proposer des traitements de maintien ou de réhabilitation.

Les nouvelles technologies peuvent également apparaître comme une solution adaptée aux besoins des seniors. Ces dernières années, le développement de produits techniques a permis d'apporter des solutions complémentaires dans le domaine de l'aide et du maintien à domicile. L'application des technologies à la population des personnes âgées, et plus particulièrement aux personnes en perte d'autonomie, a fait apparaître une nouvelle discipline la « gérontechnologie⁶⁵⁻⁶⁶ ». Cette science étudie le rapport qu'il peut exister entre la gérontologie (l'étude du vieillissement) et les technologies favorisant l'autonomie. Elle regroupe différents systèmes techniques⁶⁷ et solutions d'aide à la personne dans la réalisation d'activités de la vie courante⁶⁸⁻⁶⁹ (comme par exemple la domotique, la téléassistance, la télémédecine, les capteurs de chute, les robots sociaux, etc.).

Recommandation n° 9

Etablir un concept cantonal de prise en charge en appartement médico-social et de promotion de l'aménagement du domicile

La diversité des types d'encadrement, la perception différente selon les régions et l'évolution des besoins parlent en faveur de l'élaboration d'un concept cantonal de prise en charge en appartement médico-social. Ce dernier devrait être établi en collaboration avec les partenaires concernés, sous l'égide du département de la santé qui est chargé d'établir des directives en la matière en application de la loi sur les soins de longue durée. Ce concept devrait également englober la promotion de l'aménagement du domicile.

5.4 Proches aidants et bénévolat

Les possibilités de poursuivre la vie à domicile dépendent en grande partie de l'aide pouvant être apportée par les proches et le voisinage. Cette aide informelle constitue souvent 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. Sans cela, le système de santé ne pourra pas être financé durablement.

5.4.1 Situation

Le proche aidant est défini comme toute personne qui apporte de manière régulière une aide ou des services à une personne dépendante, sans être au bénéfice d'un statut professionnel lié à cette activité⁷⁰. En Suisse, peu d'études se sont penchées sur les spécificités de ce rôle, sur les facteurs qui poussent les gens à soigner leurs proches, ainsi que sur leurs conditions de vie.

⁶⁵ Rialle, V. (2007). *Technologies nouvelles susceptibles d'améliorer les pratiques gérontologiques et la vie quotidienne des malades âgés et de leur famille: rapport*. Ministère de la santé et des solidarités.

⁶⁶ Pouplin, S., et Biard, N. (2009). *Les Gérontechnologies*. Ergothérapie en gériatrie: approches cliniques, 345-354.

⁶⁷ Piou, O., et Bucher, K. (2012). *Les technologies d'aide à l'autonomie pour les personnes en perte d'autonomie*. CLEIRPPA.

⁶⁸ Rigaud, A. S., et al. (2011). *L'aide aux personnes souffrant de maladie d'Alzheimer et à leurs aidants par les gérontechnologies*. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement, 9(1), 91-100.

⁶⁹ Rialle, V. (2007). *Technologies nouvelles susceptibles d'améliorer les pratiques gérontologiques et la vie quotidienne des malades âgés et de leur famille: rapport*. Ministère de la santé et des solidarités.

⁷⁰ Canton de Genève, Département de l'économie et de la santé (2007). *Livre blanc : Proches aidant-e-s de personnes âgées : quelle reconnaissance ?* Synthèse des travaux effectués lors du symposium du lundi 23 avril 2007 à l'Auditoire de la Fondation Louis-Jeantet.

Selon l'enquête suisse sur la population active (ESPA) de 2012, 6% des personnes interrogées âgées de 15 à 64 ans viennent régulièrement en aide à des proches (personnes malades, handicapées, membres âgés de la famille, connaissances âgées de plus de quinze ans). Si ce chiffre est rapporté à l'ensemble de la population en âge de travailler en Suisse, cela représente environ 330'000 personnes⁷¹.

L'augmentation de l'espérance de vie des hommes pourrait engendrer une augmentation de l'aide informelle pouvant être fournie par ces derniers. Par contre, l'offre de la part des filles devrait diminuer en raison des facteurs suivants :

- baisse du nombre d'enfants par famille ;
- augmentation des divorces ;
- accroissement de la distance entre le lieu de résidence des enfants et des parents ;
- augmentation de l'activité professionnelle des femmes.

5.4.2 Mesures de soutien

L'évolution du modèle familial met en avant l'importance de trouver des mesures pour permettre aux personnes concernées de mieux concilier leur activité professionnelle et la prise en charge d'un proche dépendant. Jusqu'à présent, une faible attention a été portée aux besoins des proches aidants, à la reconnaissance du travail fourni ainsi qu'aux mesures permettant de mieux les soutenir.

En Valais, les CMS apportent une aide aux proches qui soignent. Cette mission fait partie de leur mandat de prestations. D'autres organisations apportent également une aide aux proches dans leur domaine respectif. Les CMS et ces autres organisations proposent des prestations de soutien à domicile avec le concours de bénévoles qui peuvent notamment apporter une aide pour les transports, la livraison de repas, l'animation, l'accompagnement à domicile, etc. Cette forme de soutien non rémunéré s'inscrit dans une idée de réciprocité, de solidarité et de partage.

Au niveau du soutien financier, une déduction fiscale est accordée aux aidants bénévoles. D'autres mesures devraient être mises en place afin de pouvoir continuer à s'appuyer sur l'aide des proches. Dans ce sens, le Conseil fédéral a adopté le 5 décembre 2014 un « Plan d'action de soutien et de décharge en faveur des proches aidants » pour améliorer les conditions cadre des proches aidants (en annexe). Ce plan d'action ne porte pas sur le versement d'allocations pour charges d'assistance étant donné que ces mesures relèvent de la compétence des cantons et des communes. Toutefois, le rapport précise que la Confédération peut aider les cantons ainsi que les communes intéressés à élaborer une réglementation claire dans ce domaine.

Divers modèles incitatifs visant à développer l'aide apportée par les proches existent. Trois exemples sont cités ici en guise d'illustration :

- **Le système de « bons de temps »** consiste à introduire une bourse de temps pour les prestations d'assistance, d'accompagnement et/ou de soins⁷². Cela signifie que des retraités bien portants fournissent bénévolement à des personnes âgées dépendantes une aide dont elles ont besoin au quotidien (courses, cuisine, accompagnement lors de promenade, etc.). En contrepartie, ils reçoivent des bons de temps qu'ils peuvent échanger par la suite contre des prestations similaires. Les résultats d'une étude réalisée à ce sujet⁷³ plaident pour la mise en place de systèmes mixtes qui consistent à rétribuer les prestations fournies soit par des bons de temps ou/et de l'argent (mis en place notamment au Japon et en Allemagne).

En Suisse, la ville de St-Gall a récemment lancé son programme de « prévoyance temporelle ». D'autres villes comme Lucerne et Obwald ont développé un modèle « KISS » qui se base également sur des crédits de temps.

⁷¹ Confédération Suisse (2014). *Soutien aux proches aidants - Analyse de la situation et mesures requises pour la Suisse*. Rapport du Conseil fédéral.

⁷² Wenger, S. (2012). *Apporter son aide aux plus âgés pour en bénéficier soi-même plus tard – Prévoyance-vieillesse : économiser du temps plutôt que de l'argent*. CURAVIVA, (1), 18-20.

⁷³ Oesch, T., Künzi, K. (2008). *Zeitgutschriften für die Begleitung, Betreuung und/oder Pflege älterer Menschen - Literaturübersicht und Einschätzungen von Experten aus der Praxis*. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien.

- Le concept de la **participation de la famille** consiste à développer une prise en charge proposant aux proches d'un résident d'un EMS, s'ils le souhaitent, de participer aux travaux ménagers et tâches quotidiennes de l'EMS, à l'exception des soins médicaux. Une réduction sur le prix de pension est alors accordée sous la forme d'un montant crédité sur la facture⁷⁴. En Suisse, ce concept a été mis en place dans le canton de Vaud à la résidence « Le Pacific »⁷⁵.
- **Le principe des « crèches parentales »** consiste à proposer qu'un enfant du parent âgé (ou de quelqu'un de sa famille) participe durant une demi-journée (ou plus) par semaine à l'encadrement de l'ensemble des pensionnaires d'un EMS. Ces concepts ont été mis en place dans certains pays d'Europe.

Recommandation n° 10**Renforcer le soutien aux proches aidants et aux bénévoles**

Afin de poursuivre le développement du soutien aux proches aidants et aux bénévoles en Valais, une réflexion approfondie devrait être menée à ce sujet afin de formuler des propositions d'action, en collaboration avec les divers acteurs concernés.

⁷⁴ Nicole, A. M. (2012). *Le contrat de confiance – EMS Le Pacific : un concept inédit d'intégration des familles*. CURAVIVA, (4), 14-16.

⁷⁵ http://www.boas.ch/pages/eta_privée_etoy.asp?mnActiv=

6 Résultats de la procédure de consultation

Le rapport provisoire de planification des soins de longue durée 2016-2020 a été mis en consultation du 14 septembre au 13 novembre 2015 auprès des milieux concernés et du grand public. Afin de faciliter les prises de position, un formulaire a été joint à la consultation. Il invitait les participants à indiquer s'ils étaient favorables aux propositions suivantes :

- poursuivre la politique en faveur du maintien à domicile en limitant la croissance du nombre de lits d'EMS et en développant fortement les autres prestations ;
- réduire à 5% la proportion de lits d'EMS occupés par des personnes autonomes (BESA 0 à 2, càd 0 à 40 minutes de soins par jour) dans chaque région ;
- fixer un taux minimum de 150 lits pour 1'000 habitants de 80 ans et plus dans chaque région.

Les participants étaient également invités à se positionner sur les recommandations formulées dans le rapport provisoire en vue de la mise en œuvre de la planification des soins de longue durée, ainsi qu'à faire part de toutes autres remarques. Les réponses reçues sont publiées sur le site internet de l'Etat du Valais. Un tableau de synthèse est annexé au présent rapport et les principales tendances sont résumées ci-dessous.

6.1 Poursuite de la politique en faveur du maintien à domicile

La volonté de poursuivre une politique axée sur le maintien à domicile, avec une croissance limitée du nombre de lits d'EMS, est approuvée par les milieux consultés, à l'exception des directeurs d'EMS du Haut-Valais (Fondation La Résidence exceptée), soutenus par une majorité de communes haut-valaisannes, la commission régionale des soins de longue durée du Haut-Valais et le CSPO. On reproche le poids prépondérant donné aux aspects financiers et économiques dans le rapport, ainsi que la non prise en compte de la perspective de réduction de la disponibilité des proches aidants. La comparaison avec la Suisse alémanique, où la proportion de lits d'EMS est plus élevée, est souvent évoquée. Les directeurs d'EMS haut-valaisans demandent un total de 50 nouveaux lits pour le Haut-Valais à réaliser d'ici à 2025. La commission régionale de santé du Haut-Valais souhaite le maintien de la norme de 200 lits pour 1'000 habitants de 80 ans et plus, ce qui impliquerait la mise à disposition de 50 lits supplémentaires pour le Haut-Valais d'ici à 2020.

6.2 Réduction à 5% de la proportion de lits d'EMS occupés par des personnes autonomes

Ces mêmes milieux s'opposent à la réduction de la proportion de lits d'EMS occupés par des personnes autonomes. La fédération des communes valaisannes y est également défavorable de même que plusieurs communes, le groupement des populations de montagne du Valais romand, deux partis politiques (CSPO, UDCVR), Curaviva et Palliative-vs. Les arguments suivants sont avancés :

- les besoins de placement liés à l'isolement social et aux addictions ;
- l'importance de maintenir un équilibre entre les niveaux de soins dans les EMS pour éviter l'épuisement du personnel et pour que les EMS restent des lieux de vie ;
- les problèmes d'application de la limite de 5%, l'évaluation BESA n'étant effectuée qu'après l'entrée en EMS et le besoin en soins pouvant évoluer rapidement.

Les autres réponses sont favorables, mais quelques réserves sont émises. Ainsi, l'association valaisanne des EMS (AVALEMS) propose de limiter le nombre de personnes autonomes hébergées en EMS à 9.5% dans chaque région, ce qui correspond à la moyenne cantonale actuelle. La Fondation La Résidence propose une limite à 8%. Le PDCVR suggère d'appliquer la limite des 5% avec une certaine flexibilité. Le SPO souligne la nécessité de prévoir une réglementation de transition. Le groupement valaisan des CMS demande ce qu'il adviendra des personnes autonomes actuellement hébergées en EMS et rappelle que leur besoin en soins peut s'élever rapidement. Les commissions régionales de soins de longue durée de Sion et de Martigny soulèvent également ces questions ainsi que celle de l'équilibre entre les niveaux de soins dans les EMS et les problèmes d'application. La structure de soins de jour Les Acacias et l'association Palliative-vs relèvent que certaines situations de démences nécessitent un placement en EMS alors que le besoin en soins paraît peu élevé selon l'évaluation effectuée par l'outil BESA. L'Hôpital du Valais rappelle le risque de report sur les structures hospitalières en cas d'offre insuffisante en prestations de soins de longue

durée. Il demande une reconversion rapide de la Clinique Ste-Claire en EMS afin de pouvoir réduire le nombre de lits d'attente hospitaliers dans la région.

6.3 Taux minimum de 150 lits d'EMS pour 1'000 habitants de 80 ans et plus

La fixation d'un taux minimum de lits d'EMS rencontre l'approbation d'une majorité de réponses. Les directeurs d'EMS du Haut-Valais y sont toutefois opposés estimant qu'il faut fixer un objectif optimal et l'atteindre. La commission régionale du Haut-Valais est d'avis que le taux minimum devrait être de 200 lits pour 1'000 habitants de 80 ans et plus. L'association suisse des infirmières et infirmiers section Valais (ASI-VS) considère qu'il ne faudrait pas fixer de taux minimum de lits d'EMS tant que les autres prestations ne sont pas pleinement développées. Plutôt que de fixer un minimum, l'UDCVR propose de responsabiliser les communes et/ou les régions sanitaires en facturant les coûts supplémentaires des séjours à l'hôpital occasionnés par un manque de lits d'EMS.

6.4 Recommandations de mise en œuvre et autres remarques

Les recommandations émises dans le rapport provisoire ont rencontré un écho globalement favorable. Les remarques formulées sont résumées ci-après. Elles permettront de compléter et d'adapter les recommandations dans le cadre des réflexions et des travaux qui seront menés à ce sujet.

Les recommandations formulées en matière de coordination ont suscité dans diverses prises de position la crainte d'une perte d'autonomie des institutions et un accroissement de la bureaucratie et de la centralisation. D'autres réponses suggèrent la mise en place d'un guichet unique pour orienter et accompagner les personnes âgées ou le renforcement de la coordination au niveau des régions. Dans le Haut-Valais, on souligne le bon fonctionnement de la coordination effectuée actuellement par la SOMEKO.

S'agissant des critères de placement en EMS, il ressort des diverses réponses la nécessité de tenir compte également de l'isolement social, ainsi que de la situation de chaque EMS en termes de charge pour le personnel et de coûts pour l'établissement. Il est également proposé de donner la priorité aux personnes en lits d'attente dans les hôpitaux.

En ce qui concerne les structures de soins de jour et les lits de court séjour, la problématique du coût élevé pour les utilisateurs est soulevée dans plusieurs réponses. Il s'agit d'une des principales causes, avec le manque d'information, au recours parfois insuffisant ou inadéquat à ces prestations.

En matière de démences, l'importance de la formation est souvent mentionnée. On relève aussi la liberté d'organisation à laisser aux institutions, la nécessité d'un accompagnement financier et le rôle pouvant être joué par le personnel psycho-social pour réduire le recours aux médicaments.

S'agissant des infrastructures, les avis sont partagés au sujet des petits EMS, certains estimant qu'ils peuvent être gérés de manière efficiente grâce au bénévolat.

Pour les appartements à encadrement médico-social, il est suggéré d'en accroître rapidement le nombre au vu de la réduction de la proportion de personnes autonomes en EMS. Dans le Haut-Valais, on relève le manque de demande pour les appartements à encadrement médico-social et il est suggéré que ce soit les EMS qui les mettent en place.

Pour le soutien aux proches aidants, il est suggéré de mener une analyse des besoins ou de se baser sur les analyses et expériences d'autres cantons. Diverses formes de soutien sont évoquées, notamment : l'information sur les possibilités de soutien, la mobilisation des jeunes retraités pour le bénévolat, la mise en réseau des bénévoles et des proches aidants, le soutien aux associations, la mise en place d'un bureau de coordination, la formation et les conseils aux proches aidants, l'accompagnement à domicile, etc.

Les autres remarques formulées dans les réponses à la consultation portent sur les éléments suivants :

- le manque de personnel soignant en regard de l'évolution des besoins (nécessité de renforcer l'attrait de ces professions et d'augmenter les places d'apprentissage et de stages) ;

- la priorité à donner à la reconnaissance des lits d'EMS existants avant d'en construire de nouveaux ;
- le manque d'un dispositif intermédiaire entre l'hôpital et le domicile pour les patients en soins palliatifs ;
- l'opportunité de mettre en place une équipe mobile de gériatres pour décharger les urgences des hôpitaux ;
- le besoin d'un soutien de nuit pour le maintien à domicile (structures de soins de nuit ou équipes mobiles de nuit) ;
- la nécessité de lutter contre l'isolement social des personnes âgées en soutenant les associations actives dans ce domaine et en développant la vie associative et communautaire ;
- le renforcement des soutiens aux personnes en EMS (comité éthique, comités de résidents d'EMS, enquêtes de satisfaction annuelles, etc.) ;
- le soutien à apporter aux communes dans la mise en œuvre de la planification des soins de longue durée.

6.5 Commentaire sur les remarques formulées

Comme indiqué dans l'introduction du rapport, le rôle de planification des soins de longue durée est de répondre aux besoins, tout en garantissant la qualité et l'économicité des prestations. Le rapport a été établi dans ce sens. Les besoins ont été définis à l'aide d'un outil précis, sur la base des prévisions démographiques. La répartition de la prise en charge entre le domicile et l'EMS n'est pas modifiée, sauf pour les personnes autonomes (0 à 40 minutes de soins par jour). Compte tenu des moyens financiers limités, il paraît raisonnable de réduire le nombre de personnes autonomes hébergées en EMS, ces dernières pouvant trouver une prise en charge alternative notamment dans les appartements à encadrement médico-social.

Un certain nombre de communes ont cru voir dans cette proposition une volonté du canton de transférer des charges sur les finances communales. Il y aurait effectivement eu transfert de charges avec l'ancienne répartition du financement public qui imposait une participation des communes uniquement aux dépenses d'exploitation des CMS (37.5% des dépenses retenues) et des structures de soins de jour (37%), mais pas à celles des EMS. Ce n'est plus le cas aujourd'hui. En effet, avec la nouvelle loi sur les soins de longue durée entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2015, la répartition du financement des pouvoirs publics a été revue : elle est désormais de 70% à charge du canton et 30% à charge des communes pour toutes les prestations de soins de longue durée. Par conséquent, la réduction de la proportion des personnes autonomes hébergées en EMS n'induit pas un transfert de charges sur les communes. Au contraire, elle vise une meilleure adéquation des moyens puisque, comme l'ont montré diverses études, la prise en charge en EMS est plus coûteuse qu'à domicile en cas de soins requis de degré léger (cf. point 4.1.3). De plus, les communes ne sont pas contraintes de subventionner la construction d'appartements à encadrement médico-social, ces derniers devant être financés par les loyers.

Les besoins de placement liés à l'isolement social sont pris en considération puisque la proportion de personnes autonomes hébergées en EMS n'est pas ramenée à zéro et puisque les appartements à encadrement médico-social peuvent fournir une solution alternative. La proportion de 5% est réaliste : elle correspond à la situation de la région de Martigny (5.4% en 2013) et à celle des autres cantons romands (6%). Comme prévu dans le cadre de la recommandation no 9, l'offre de services à prévoir dans ces appartements pourra être étoffée. Un concept devra être défini en collaboration avec les divers prestataires de soins. Les mesures visant à prévenir l'isolement social sont également à renforcer, selon les propositions formulées dans le cadre de la consultation. Quant aux besoins liés aux addictions, il appartient à la planification des institutions sociales d'y répondre. Il est toutefois tenu compte de 69 places en EMS pour les moins de 65 ans, selon la moyenne des années 2009 à 2013.

Bien que la charge en soins augmente depuis plusieurs années, les EMS pourront toujours accueillir des personnes autonomes (BESA 0 à 2), ainsi que des personnes présentant un degré léger ou moyen de besoin en soins (l'échelle BESA comprenant 12 niveaux). Les critères d'admission en EMS pourront tenir compte de l'équilibre à conserver dans chaque EMS entre les divers niveaux de soins. De plus, la proportion de 5% ne doit pas être envisagée comme une directive devant impérativement être respectée en tout temps dans chaque EMS. Il s'agit d'un objectif moyen par région fixé dans le cadre du calcul de l'évaluation des besoins pour l'année 2025. Accroître cette proportion conduirait à créer des lits supplémentaires (environ 150 de plus pour 2020 si l'on maintient la proportion actuelle),

alors que les moyens financiers des pouvoirs publics sont restreints et qu'une prise en charge alternative moins onéreuse est possible.

S'agissant des comparaisons avec les autres cantons, on constate également une réduction du taux de lits d'EMS pour 1'000 habitants de 80 ans et plus en Suisse alémanique. L'exemple le plus marqué est celui du canton de Berne qui, comme indiqué au point 4.1.5, a décidé de ne plus créer de nouveaux lits d'EMS : le taux de lits pour 1'000 habitants de 80 ans et plus va ainsi passer dans ce canton de 250 en 2013 à 170 en 2030.

Faire face aux besoins liés au vieillissement de la population dans le respect des critères de qualité et d'économicité nécessitera encore plus qu'auparavant de veiller à offrir la bonne prestation au bon moment. Les recommandations formulées en matière de coordination des prestations visent à fournir des outils aux divers prestataires de soins afin d'atteindre cet objectif. Il ne s'agit pas de réduire leur autonomie, mais de définir ensemble des critères pour optimiser le parcours du patient entre les diverses structures de prise en charge au fur et à mesure que son niveau de dépendance augmente. Ces critères doivent être envisagés comme des recommandations ou un guide de bonnes pratiques visant un objectif commun aux pouvoirs publics et aux divers prestataires de soins, à savoir : la bonne personne au bon endroit au bon moment.

Finalement, s'agissant de la problématique du financement des investissements soulevée par l'Administration cantonale des finances, rappelons que les montants indiqués (point 4.4.1, tableau 29) ont été évalués en tenant compte du nombre maximum de lits d'EMS prévu. Chaque projet devant être soumis au Conseil d'Etat, ce dernier pourra décider du subventionnement en fonction de la situation financière du canton.

7 Conclusion

La planification des soins de longue durée 2016-2020 tente de répondre au mieux aux besoins et attentes des personnes âgées dépendantes, en tenant compte des particularités de cette population fragilisée. Elle vise à poursuivre la politique axée sur la prise en charge à domicile menée depuis plusieurs années en Valais, dans le respect des critères de qualité et d'économicité des prestations.

Le nombre de lits de long séjour en EMS est augmenté en fonction des prévisions démographiques et compte tenu des tendances observées ces dernières années (accroissement des années de vie sans incapacité). La répartition de la prise en charge entre le domicile et l'EMS n'est pas modifiée pour les personnes nécessitant plus de 40 minutes de soins par jour (BESA 3 à 12). Par contre, la proportion de personnes autonomes (BESA 0 à 2) hébergées en EMS devra à terme être ramenée à 5% par région sanitaire en moyenne. Pour ce type de situation, notamment en cas d'isolement social, les appartements à encadrement médico-social constituent une alternative adéquate.

Un effort important est attendu des fournisseurs de soins et d'aide à domicile pour répondre aux besoins liés au vieillissement de la population ainsi qu'à la réduction des durées des séjours hospitaliers et au transfert vers l'ambulatoire. Le développement des lits de court séjour en EMS, des structures de soins de jour et des appartements à encadrement médico-social devra aussi se poursuivre.

Le département de la santé invitera les communes et les prestataires de soins à mettre en œuvre la planification des soins de longue durée, dans le cadre de la nouvelle loi sur les soins de longue durée. Il lancera également les travaux et réflexions en lien avec les 10 recommandations formulées dans le rapport, en collaboration avec les partenaires concernés et en tenant compte des remarques émises dans le cadre de la consultation.

La planification des soins de longue durée 2016-2020 fera l'objet d'un monitoring visant à veiller à l'adéquation de l'offre aux besoins. Il s'agira notamment de vérifier si les prévisions et hypothèses retenues dans le modèle de planification se concrétisent et, le cas échéant, de procéder à des adaptations. Le canton veillera également à la mise en œuvre des recommandations formulées dans le rapport et au respect des diverses dispositions relatives à la qualité de la prise en charge.

A l'issue de la période de 2016-2020, une nouvelle planification des soins de longue durée sera établie.

Table des illustrations : Figures

Figure 1 : Chaîne des soins de longue durée	10
Figure 2 : Centres médico-sociaux en Valais : localisation et secteurs d'intervention.....	11
Figure 3 : Structures de soins de jour ou de nuit.....	12
Figure 4 : Etablissements médico-sociaux en Valais	13
Figure 5 : Nombre de lits de long séjour en EMS par canton pour 1'000 habitants de 80 ans et plus, en 2008 et en 2013	15
Figure 6 : Nombre d'heures de soins à domicile par habitant et par canton en 2008 et en 2013	17
Figure 7 : Nombre d'heures d'aide à domicile par habitant et par canton en 2008 et en 2013	18
Figure 8 : Nombre d'heures de soins à domicile des CMS et taux par habitant, de 2007 à 2013.....	19
Figure 9 : Nombre d'heures d'aide à domicile des CMS et taux par habitant, de 2007 à 2013.....	19
Figure 10 : Nombre de lits de court séjour en EMS par canton pour 1'000 habitants de 80 ans et plus, en 2008 et en 2013	20
Figure 11 : Estimation du nombre de personnes atteintes de démence par classe d'âge et par sexe, Valais, 2011.	29
Figure 12 : Projection du nombre estimé de personnes atteintes de démence (selon 2 scénarios démographiques OVS), 2011-2025, Valais.....	29
Figure 13 : Evolution de la population, projections 2000-2035 par région sanitaire	32
Figure 14 : Prévisions des besoins futurs en soins – 3 scénarios d'évolution de la morbidité	35
Figure 15 : Personnes autonomes (de 0 à 40 minutes de soins par jour) âgées de 65 ans et plus prises en charge en long séjour dans les EMS valaisans, selon les régions sanitaires en 2013, en %.....	37
Figure 16 : Heures de soins à domicile, situation 2013 et objectif 2020, selon les régions sanitaires	41
Figure 17 : Heures d'aide à domicile, situation 2013 et objectif 2020, selon les régions sanitaires	43
Figure 18 : Besoins des malades Alzheimer et de leurs proches en fonction de l'évolution de la maladie	55
Figure 19 : Evolution du nombre de personnes âgées de 65 à 79 ans et de 80 ans et plus en Suisse selon les trois scénarios démographiques de l'Office fédéral de la statistique (OFS)	60

Table des illustrations : Tableaux

Tableau 1 : Régions sanitaires, canton du Valais	14
Tableau 2 : Nombre de lits de long séjour en EMS (situation au 03.11.2015).....	16
Tableau 3 : Nombre de journées en lits d'attente hospitaliers et nombre de lits occupés (nombre de journées / 365 / 0.95) en 2012, 2013 et 2014, par région sanitaire	16
Tableau 4 : Nombre de lits de court séjour en EMS, en exploitation et en projet, reconnus dans la planification des soins de longue durée 2010-2015 (situation au 03.11.2015).....	21
Tableau 5 : Nombre de places en structures de soins de jour, en exploitation et en projet, reconnues dans la planification des soins de longue durée 2010-2015 (situation au 26.11.2015)	21
Tableau 6 : Appartements à encadrement médico-social gérés par les CMS ou en collaboration avec les CMS (situation juin 2015).....	22
Tableau 7 : Prise en charge de longue durée, coûts totaux 2013 en francs.....	23
Tableau 8 : Prise en charge de longue durée, coûts totaux 2013 en francs par habitant de 65 ans et plus	23
Tableau 9 : Prise en charge de longue durée, financement par les agents payeurs en 2013 en francs.....	24
Tableau 10 : Prise en charge de longue durée, financement par les agents payeurs en 2013 en francs par habitant de 65 ans et plus	24
Tableau 11 : Comparaison de la Suisse avec six autres pays.....	31
Tableau 12 : Population résidante permanente, selon le groupe d'âges et la région sanitaire, depuis 2010	33
Tableau 13 : Population résidante permanente, selon le groupe d'âges et la région sanitaire, depuis 2010, en %.....	33
Tableau 14 : Taux de croissance de la population résidante permanente, selon le groupe d'âges et la région sanitaire, depuis 2010	34
Tableau 15 : Taux de recours aux soins en EMS des personnes âgées de 65 ans et plus dépendantes de soins en Valais en 2013	35
Tableau 16 : Pensionnaires en EMS de moins de 65 ans au 31.12 (long séjour), par région sanitaire, depuis 2009	38
Tableau 17 : Taux d'occupation des lits de long séjour en EMS, par région sanitaire, 2009-2013.....	38
Tableau 18 : Nombre de lits de long séjour en EMS, résultats du modèle d'évaluation pour 2020 et 2025, en chiffres absolus et pour 1'000 habitants de 80 ans et plus	39
Tableau 19 : Lits de long séjour en EMS, situation 2015 et objectif 2020	40
Tableau 20 : Heures de soins à domicile, situation 2013 et objectif 2020	41
Tableau 21 : Heures de soins à domicile, situation 2013 et objectif 2020, selon les régions sanitaires	41
Tableau 22 : Heures d'aide à domicile, situation 2013 et objectif 2020.....	42

Tableau 23 : Heures d'aide à domicile, situation 2013 et objectif 2020, selon les régions sanitaires	42
Tableau 24 : Nombre de lits de court séjour en EMS, en exploitation et en projet, reconnus dans la planification des soins de longue durée 2010-2015 (situation au 03.11.2015)	44
Tableau 25 : Structures de soins de jour, nouvelles places à créer.....	44
Tableau 26 : Nombre de lits d'EMS qui ne seront plus disponibles pour les personnes autonomes en 2020	45
Tableau 27 : Incidences financières (en francs) de la planification des soins de longue durée 2016-2020 – Contributions aux soins et subventions d'exploitation des pouvoirs publics estimées pour l'année 2020	46
Tableau 28 : Incidences financières (en francs) de la planification des soins de longue durée 2016-2020 – Contributions aux soins et subventions d'exploitation des pouvoirs publics estimées pour l'année 2020 selon les régions sanitaires.....	46
Tableau 29 : Incidences financières (en francs) de la planification des soins de longue durée 2016-2020 – Subventions d'investissement des pouvoirs publics estimées pour la période 2016-2020.....	46
Tableau 30 : Incidences financières (en francs) de la planification des soins de longue durée 2016-2020 – Subventions d'investissement des pouvoirs publics estimées pour la période 2016-2020 selon les régions sanitaires	47

Annexes

I. Résultats du modèle d'évaluation : besoins en lits de long séjour pour l'année 2025 (avec taux d'occupation des lits de 100%)

		Scénarios		
		I Référence <i>La dépendance intervient plus tard et dure aussi longtemps</i>	II Pessimiste <i>La dépendance intervient au même moment et dure plus longtemps</i>	III Optimiste <i>La dépendance intervient beaucoup plus tard et dure moins longtemps</i>
Haut-Valais	Variante 1: BESA 3 à 12 sans transfert sur les autres prestations	898	1'018	874
	Variante 2: BESA 3 à 12 avec transfert de 5% sur les autres prestations	853	967	830
	Variante 2.1: variante 2, y compris BESA 1 et 2	934	1'059	908
	Variante 2.2: variante 2 y compris BESA 0 à 2	941	1'068	915
	Variante 3: BESA 3 à 12 avec transfert de 5% sur les EMS	943	1'069	917
Sierre	Variante 1: BESA 3 à 12 sans transfert sur les autres prestations	615	693	599
	Variante 2: BESA 3 à 12 avec transfert de 5% sur les autres prestations	585	659	569
	Variante 2.1: variante 2, y compris BESA 1 et 2	640	722	623
	Variante 2.2: variante 2 y compris BESA 0 à 2	645	728	628
	Variante 3: BESA 3 à 12 avec transfert de 5% sur les EMS	646	728	629
Sion/Hérens/Conthey	Variante 1: BESA 3 à 12 sans transfert sur les autres prestations	944	1'065	921
	Variante 2: BESA 3 à 12 avec transfert de 5% sur les autres prestations	897	1'011	875
	Variante 2.1: variante 2, y compris BESA 1 et 2	981	1'107	957
	Variante 2.2: variante 2 y compris BESA 0 à 2	989	1'116	964
	Variante 3: BESA 3 à 12 avec transfert de 5% sur les EMS	991	1'118	967
Martigny/Entremont	Variante 1: BESA 3 à 12 sans transfert sur les autres prestations	600	678	585
	Variante 2: BESA 3 à 12 avec transfert de 5% sur les autres prestations	570	644	555
	Variante 2.1: variante 2, y compris BESA 1 et 2	624	706	608
	Variante 2.2: variante 2 y compris BESA 0 à 2	629	711	613
	Variante 3: BESA 3 à 12 avec transfert de 5% sur les EMS	630	712	614
Monthey/St-Maurice	Variante 1: BESA 3 à 12 sans transfert sur les autres prestations	561	633	546
	Variante 2: BESA 3 à 12 avec transfert de 5% sur les autres prestations	533	601	519
	Variante 2.1: variante 2, y compris BESA 1 et 2	584	659	568
	Variante 2.2: variante 2 y compris BESA 0 à 2	589	664	573
	Variante 3: BESA 3 à 12 avec transfert de 5% sur les EMS	589	664	573
Valais Total	Variante 1: BESA 3 à 12 sans transfert sur les autres prestations	3'619	4'086	3'524
	Variante 2: BESA 3 à 12 avec transfert de 5% sur les autres prestations	3'438	3'882	3'348
	Variante 2.1: variante 2, y compris BESA 1 et 2	3'762	4'253	3'663
	Variante 2.2: variante 2 y compris BESA 0 à 2	3'793	4'288	3'693
	Variante 3: BESA 3 à 12 avec transfert de 5% sur les EMS	3'800	4'291	3'701

Source : Obsan 2015

II. Critères d'intervention du SECOSS

Critères d'intervention	Acquisition systématique
1. Le patient est suivi par le CMS et ce dernier qualifie la situation de complexe.	▶ SECOSS
2. La trajectoire du patient pourrait être un retour à domicile avec prestations du CMS dans le cadre d'une situation complexe.	▶ SECOSS
3. La situation du patient est complexe (pathologie inaugurale modifiant ses habitudes de vie, situation familiale complexe, environnement précaire, âge, etc.) et nécessite au minimum une évaluation globale pluridisciplinaire.	▶ SECOSS
4. Le réseau social à domicile (entourage) est insuffisant en rapport avec l'état du patient.	▶ SECOSS
5. La situation sociale du patient (finances, lacune dans les prestations, etc.) est précaire.	▶ SECOSS
6. La trajectoire du patient pourrait être un placement dans une institution (long séjour ou court séjour).	▶ SECOSS
7. Le patient est suivi par le CMS et ce dernier qualifie la situation de simple (Aide Familiale, aide au ménage seulement ou repas, pansement simple, etc.).	▶ Prise en charge par l'infirmier(-ère) de référence de l'Hôpital, « pistage » du SECOSS.
8. Autre, intervention pour un conjoint à domicile, demande de renseignements, etc.	▶ SECOSS

III. Plan d'action de la Confédération pour le soutien aux proches aidants

Description des mesures	Compétence
<i>Domaine d'action n° 1 : « Information et données »</i>	
<p>Mesure 1A : Elaborer des informations générales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise à disposition des informations actualisées et facilement accessibles sur les dispositions légales pertinentes pour les proches aidants (CO, LTr, AC, AVS, AI, PC, LAMal) et les possibilités d'aides financières. - Elaboration et diffusion de check-lists pour les proches aidants. - Elaboration et diffusion de recommandations pour les proches aidants exerçant une activité professionnelle et possibilités de réinsertion professionnelle. 	Confédération, cantons, communes et organisations privées
<p>Mesure 1B : Elaborer des informations pratiques</p> <p>Créer et actualiser régulièrement une banque de données facilement accessible, avec des offres de conseil et de décharge au niveau des cantons et des communes.</p>	Confédération, cantons, communes et organisations privées
<p>Mesure 1C : Sensibiliser les entreprises</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser les entreprises à la question de développer davantage d'offres destinées aux collaborateurs qui s'occupent de proches malades ou en situation de dépendance (p. ex. horaires de travail flexibles, réglementation régissant les journées de congé et les congés sans solde). - Promouvoir les échanges inter-entreprises pour des solutions déjà testées. 	Confédération, cantons, communes et entreprises
<p>Mesure 1D : Améliorer les bases de données</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lors de collectes de données, mieux recenser les données relatives aux proches aidants. - Etudier l'opportunité d'élaborer un monitoring permettant de rendre régulièrement compte de la situation des proches aidants. 	Confédération
<p>Mesure 1E : Renforcer les données scientifiques</p> <p>Les services fédéraux concernés soutiennent dans la mesure de leurs possibilités l'amélioration des bases scientifiques relatives à la situation des proches aidants.</p>	Confédération
<i>Domaine d'action n° 2 : « Qualité des offres de décharge et accès aux prestations »</i>	
<p>Mesure 2A : Définir des standards de qualité applicables aux soins à domicile et aux offres de décharge</p> <ul style="list-style-type: none"> - Harmoniser les instruments de saisie pour les soins à domicile et mieux recenser les besoins des proches. - Préciser les tâches et les rôles respectifs des soignants professionnels et des proches aidants ainsi que les interfaces. - Aider les fournisseurs à garantir la pertinence et la souplesse des offres de décharge à l'intention des proches aidants et la sécurité des personnes malades. - Proposer un conseil indépendant aux proches aidants et aux personnes en situation de dépendance souhaitant engager du personnel de maison pour des tâches d'aide et d'assistance (p. ex. informations sur les conditions d'engagement et les prestations d'assurances sociales). 	Confédération, cantons, communes et organisations privées
<p>Mesure 2B : Soutenir financièrement des offres de décharge de durée limitée</p> <p>Pour les offres de décharge onéreuses (p. ex. structures de jour, lits en EMS pour des périodes de vacances), étudier les possibilités d'aider financièrement les personnes en situation de dépendance qui disposent d'un bas revenu ou d'une rente de vieillesse modeste.</p>	Confédération, cantons, communes

<i>Domaine d'action n° 3 : « Compatibilité entre activité professionnelle et activité de proche aidant »</i>	
<p>Mesure 3A : Etudier la possibilité d'améliorer la sécurité juridique pour des absences de courte durée</p> <p>Définir la notion de temps d'absence de courte durée pour les proches aidants s'occupant de mineurs et d'adultes malades ou de personnes qui nécessitent des soins, étudier la question d'une réglementation légale uniforme du maintien du salaire en cas de congé de ce type.</p>	Confédération
<p>Mesure 3B : Etudier la question d'une extension des bonifications pour tâches d'assistance du système AVS</p> <p>Etudier la possibilité d'étendre le droit à des bonifications pour tâches d'assistance selon l'art. 29^{septies} LAVS à des proches comme les beaux-parents et les partenaires et d'introduire une allocation pour impotence à partir d'une impotence de faible degré.</p>	Confédération
<i>Domaine d'action n° 4 : « Congé pour tâches d'assistance ou autres formes de soutien »</i>	
<p>Mesure 4A : Etudier la possibilité d'introduire un congé pour tâches d'assistance, avec ou sans maintien du salaire, ou d'autres formes de soutien pour des absences de longue durée en raison de la prise en charge d'un proche malade</p> <p>Points à examiner : la durée, les modalités, les critères d'octroi et les modes de financement d'un congé pour tâches d'assistance ou d'autres formes de soutien en faveur des proches aidants.</p>	Confédération
<p>Mesure 4B : Etudier la possibilité de garantir une protection contre le licenciement pendant la durée du congé pour tâches d'assistance</p>	Confédération

IV. Etablissements médico-sociaux et structures de soins de jour : nombre de lits en exploitation et en projet (état au 26.11.2015)

Etablissements	Lieu	En exploitation			En projet		
		long séjour	court séjour	Structure de soins de jour	long séjour	court séjour	Structure de soins de jour
St. Theodul	Fiesch	73					2
Seniorenzentrum (y.c De Sepibus)	Naters (Mörel)	147	6			3	30
Englischgruss	Brig-Glis	115	6	2			
Santa Rita	Ried-Brig	55	3	3			
Martinsheim	Visp	95	7	7			8
St. Paul	Visp	50		2			
St. Mauritius	Zermatt	62	3				
St. Nikolaus	St-Niklaus	51	2				
St. Antonius	Saas-Grund	47	3				3
Emserberg	Unterems	22		2			
St. Anna	Steg	55	1	7			
St. Barbara	Kippel	24	1			2	2
St. Josefheim (y.c Alterswohnung Leukerbad)	Susten (Leukerbad)	70	5				
Ringacker	Leuk-Stadt	22	2				
Hengert	Visperterminen	16					2
Sunnuschii	Guttet	12	3	1			
St-Joseph	Sierre	138					
Beaulieu	Sierre	45		15			
Les Jasmins	Chalais	35	4				
Association Beaulieu	Venthône				34	4	10
Christ-Roi	Lens	80					
Le Carillon (partie Sierre)	St-Léonard	50			8		
Le Carillon (partie Sion)	St-Léonard	2					
St-Sylve	Vex	60					
Les Crêtes	Grîmisuat	65		2		2	8
Le Glarier	Sion	59	4	1	14		
St-François	Sion	123					
St-Pierre	Sion	88		2			
Gravelone	Sion	72					
Le Temps Présent	Sion			15			
Zambotte	Savièse	59		8			
Ma Vallée	Nendaz	39	1	2			
Haut-de-Cry	Vétroz	75			27	10	15
Pierre-Olivier	Chamoson	59		8			
EMS	St-Martin				20	2	
EMS Aproz	Aproz				72	3	15
Les Collombeyres (Les Fleurs du Temps SA)	Saillon	19					
Les Sources (Groupe BOAS)	Saxon	60	6				
Fleurs de Line Sàrl	Saxon			15			
Jean-Paul	Riddes	45					
Soeur Louise Bron (Les Fleurs du Temps SA)	Fully	55	5	15			
L'Adonis (Les Fleurs du Temps SA)	Charrat	22	2				
Les Fleurs de Vigne (Les Fleurs du Temps SA)	Leytron	30	2				
Castel Notre-Dame	Martigny	126					
Les Marronniers (Groupe BOAS)	Martigny	42					
Les Tourelles (Groupe BOAS)	Martigny	43	3				
Les Acacias	Martigny			12			
Chantevent	Martigny			32			
La Providence	Montagnier	103	2	2			
La Providence	Orsières	33	5				
Foyer Ottanel	Vemayaz	56	4				
St-Jacques	St-Maurice	61	2	2			
Les Tilleuls	Monthey	130		3	15	7	
Les 3 Sapins	Troistorrents	48		5	14	2	
Résidence La Charmaie	Collombey	55	5				15
Riond-Vert	Vouvry	96		20		3	
Groupe BOAS	Bouveret				22	2	
Total		2'989	87	183	226	40	110

V. Résultats de la procédure de consultation

- Question 1 :** Le rapport provisoire de planification propose de poursuivre cette politique, en limitant la croissance du nombre de lits d'EMS et en développant fortement les prestations à domicile. Etes-vous favorables à la poursuite de cette politique ?
- Question 2 :** Pour des raisons d'efficacité et d'économie, il est proposé que le nombre de lits d'EMS occupés par des personnes qui ont besoin de 0 à 40 minutes de soins par jour ne dépasse pas 5% du total des lits, et cela dans chaque région sanitaire. Etes-vous favorables à cette proposition ?
- Question 3 :** Le projet de planification 2016-2020 fixe pour la première fois un taux minimal de 150 lits de long séjour en EMS pour 1'000 habitants de 80 ans et plus dans chaque région sanitaire. Etes-vous favorables à cette
- Question 4 :** Etes-vous favorables aux recommandations formulées ?

	Question 1				Question 2				Question 3				Question 4											
													Coordination			Démence			Infrastructures			Proches		
	Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non	Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non	Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non	Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non	Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non	Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non

EMS

AVALEMS		X			X			X					X				X				X			
Oberwalliser Heimleiter			X			X			X			X		X			X		X			X		
La Résidence	X				X			X					X				X				X			
Martinsheim			X			X			X			X		X			X		X			X		
Santa Rita			X			X			X			X		X			X				X			
Seniorzentrum Naters			X			X			X			X		X			X		X			X		
St. Anna			X			X			X			X		X			X		X			X		
St. Barbara			X			X			X			X		X			X		X			X		
St. Josef			X			X			X			X		X			X		X			X		
St. Theodul		X				X		X				X		X			X		X			X		
St-François		X			X			X				X		X			X		X			X		
Sunnuschii			X			X			X			X		X			X		X			X		

Soins à domicile

Groupement CMS		X			X			X				X				X		X			X			
CMSR Sion		X			X			X				X				X		X			X			
CMSR Martigny		X			X			X				X				X		X			X			
CMS Coteaux Soleil	X				X			X		X			X			X		X			X			
ASI Valais		X			X			X		X			X			X		X			X			

Autres prestataires

Acacias		X			X			X				X				X		X			X			
Chantovent	X				X			X				X				X		X			X			
Hôpital du Valais		X			X			X				X				X		X			X			
Hôpital Riviera-Chablais	X											X				X		X			X			
Clinique SUVA	X				X			X				X				X		X			X			
Leukerbad Clinic	X				X			X				X				X		X			X			

Commissions régionales soins longue durée

Haut-Valais			X				X	X				X				X		X			X			
Sierre	X				X			X				X				X		X			X			
Sion, Hérens, Conthey		X			X			X				X				X		X			X			
Martigny, Entremont	X				X			X				X				X		X			X			
Monthey, St-Maurice	X				X			X				X		X		X		X			X			

Communes

Fédération communes		X			X			X				X				X		X			X			
Netz. OW Berggde			X				X	X				X				X		X			X			
Aminona	X				X			X				X				X		X			X			
Anniviers	X				X			X				X				X		X			X			
Bagnes	X				X			X				X				X		X			X			
Binn			X				X	X				X				X		X			X			
Bitsch			X				X			X			X			X		X			X			X
Chermignon		X				X		X				X				X		X			X			
Eggerberg			X				X	X				X				X		X			X			X
Ernen			X				X	X				X				X		X			X			
Fiesch		X				X		X				X				X		X			X			X
Fieschertal			X				X			X			X			X		X			X			X
Finhaut	X				X			X				X				X		X			X			
Fully	X				X			X				X				X		X			X			

	Question 1				Question 2				Question 3				Question 4																		
	Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non	Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non	Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non	Coordination				Démence				Infrastructures				Proches						
													Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non	Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non	Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non	Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non	Oui	Plutôt oui	Plutôt non
Gampel-Bratsch			X					X				X				X			X					X			X		X		
Gondo				X				X				X			X			X			X			X			X		X		
Grafschaft	X				X			X				X			X			X			X			X			X		X		
Grensiols			X					X	X						X			X			X			X			X		X		
Grône	X				X			X			X			X			X			X			X			X		X			
Guttet-Feschel				X				X				X			X			X			X			X			X		X		X
Héremence		X					X		X			X			X			X			X			X			X		X		
Lalden	X				X			X				X			X			X			X			X			X		X		
Lax				X				X			X			X			X			X			X			X		X			
Leuk				X				X			X			X			X			X			X			X		X			
Miège	X				X			X				X			X			X			X			X			X		X		
Montana	X				X			X				X			X			X			X			X			X		X		
Monthey		X			X			X				X			X			X			X			X			X		X		
Mörel-Filet				X				X			X			X			X			X			X			X		X			
Münster-Geschinen			X					X	X					X			X			X			X			X		X			
Naters				X				X			X			X			X			X			X			X		X			
Niedergesteln				X				X			X			X			X			X			X			X		X			
Randogne	X				X			X			X			X			X			X			X			X		X			
Raron			X					X	X				X			X			X			X			X		X				
Ride-Brig				X				X			X			X			X			X			X			X		X			X
Rideralp				X				X			X			X			X			X			X			X		X			
Saxon		X			X			X		X			X			X			X			X			X		X				
Sierre	X				X			X				X			X			X			X			X			X		X		
Simplon				X				X			X			X			X			X			X			X		X			X
Sion		X			X			X				X			X			X			X			X			X		X		
St-Léonard	X				X			X				X			X			X			X			X			X		X		
St-Maurice		X			X			X				X			X			X			X			X			X		X		
Termen				X				X			X			X			X			X			X			X		X			
Turtmann-Unterems	X				X			X				X			X			X			X			X			X		X		
Val-d'Illeiez	X							X	X			X			X			X			X			X			X		X		
Veyras	X				X			X				X			X			X			X			X			X		X		
Visp		X			X			X				X			X			X			X			X			X		X		
Visperterminen			X					X	X			X			X			X			X			X			X		X		
Willer				X				X			X			X			X			X			X			X		X			X
Zeneggen		X						X	X			X			X			X			X			X			X		X		

Partis politiques

CSPO				X				X		X				X			X			X			X			X				
CSPO 60+	X				X			X				X			X			X			X			X			X			
PCS	X				X			X				X			X			X			X			X			X			
PDCVR		X			X			X				X			X			X			X			X			X			
PLR Valais		X			X			X				X			X			X			X			X			X			X
SPO	X				X			X				X			X			X			X			X			X			
UDCVR	X				X			X			X			X			X			X			X			X		X		

Autres

Croix-Rouge Valais		X			X			X			X			X			X			X			X			X				
CURAVIVA		X						X	X			X			X			X			X			X			X			X
Gr. pop. mont. VSr	X				X			X	X			X			X			X			X			X			X			
GT pol. pers. âgée		X			X			X			X			X			X			X			X			X			X	
HES-SO Valais Wallis	X				X			X			X			X			X			X			X			X				
OrTra Santé VS	X				X			X			X			X			X			X			X			X				
Palliative-vs		X						X			X			X			X			X			X			X				
Pro Senectute VS	X				X			X			X			X			X			X			X			X				
Santesuisse		X			X			X			X			X			X			X			X			X			X	
SECOSS	X				X			X			X			X			X			X			X			X				

VI. Membres du groupe de travail

Le présent rapport a été établi par un groupe de travail composé de représentants du Service de la santé publique, de l'Observatoire valaisan de la santé et du Service de l'action sociale.

Service de la santé publique

Victor Fournier, Chef de service

Dr. Christian Ambord, Médecin cantonal

Yves Martignoni, Chef de section

Nathalie Moret-Ducret, Cheffe de section

Christine Stragiotti, Infirmière

Gaëtan Pannatier, Collaborateur économique

Isabelle Gaucher-Mader, Stagiaire

Observatoire valaisan de la santé

Luc Fornerod, Directeur

Dr. Arnaud Chiolero, Médecin épidémiologiste

Frédéric Favre, Responsable des indicateurs et enquêtes sanitaires

Frédéric Clausen, Collaborateur scientifique

Service de l'action sociale

Jérôme Favez, Chef de service

Bibliographie

- Agevillage (2013). *Les Cantous ou Unités spécialisés Alzheimer*. Association des Cantous 69.
- Akbaraly, T. N., et al. (2009). *Leisure activities and the risk of dementia in the elderly results from the Three-City Study*. *Neurology*, 73(11), 854-861.
- All-Party Parliamentary Group on Dementia. (2011). *The £20 billion question, -An inquiry into proving lives through cost-effective dementia services*. Alzheimer's Society.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, text revision (DSM-IV-TR)*. American Psychiatric Association, (4).
- Arpege, et AVDEMS (2014). *Questionnement sur les missions des EMS, spécificités de la population de la psychiatrie de l'âge avancé hébergée*.
- Association Alzheimer Suisse (2013). *Enquête auprès des proches*.
- Association Alzheimer Suisse (2014). *116 000 personnes atteintes de démence en Suisse*.
- Association valaisanne des établissements médico-sociaux (2009.) *Psychogériatrie dans les institutions de longue durée*. Rapport de la commission de travail.
- Babel, J., Gaillard, L., et Strübi, P. (2013). *Scénarios 2013 – 2022 pour le système de formation*. Office fédéral de la statistique.
- Barbey, V., Lambelet, C., Duc, N., Siggen, M., et Varesio, A. C. (2009). *Planification médico-sociale pour les personnes âgées dans le canton de Neuchâtel, Rapport final de synthèse*.
- Barnes, D. E., et Yaffe, K. (2011). *The projected effect of risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence*. *The Lancet Neurology*, 10(9), 819-828.
- Barry, H., Douchet, A., Fourny, I., Lescieux, A., et Salingue, J. (2010). *Le logement intergénérationnel : évaluation de l'offre et de la demande potentielle, rôle des politiques publiques*. Dossier d'études. Université Catholique de Lille.
- Bartelt, G. (2012). *Evaluation de données RAI (Resident Assessment Instrument) sur mandat de l'Association Alzheimer Suisse*. Rapport technique, Q-Sys AG.
- Bassetti, C. L., Calabrese, P., et Gutzwiller, F. (2011). *La démence. Etiologies, évolution et options thérapeutiques. La situation en Suisse*.
- Bernard, N. (2008). *Le logement intergénérationnel : quand l'habitat (re)crée du lien social*. *La revue nouvelle*, 67-76.
- Bohn, F. (2010). *Altersgerechte Wohnbauten: Planungsrichtlinien*. Schweizerische Fachstelle für Behindertengerechtes Bauen.
- Bohn, F., et Perle, I. (2011). *Comment optimiser l'adaptation du logement, Quelques conseils utiles*. Dossier pour l'Association Alzheimer Suisse.
- Bohn, F. (2012). *De la vision au projet : nouvelle construction, agrandissement ou rénovation d'un EMS*. CURAVIVA.
- Bowman, C., Whistler, J., et Ellerby, M. (2004). *A national census of care home residents*. *Age Ageing*. 33(6), 561-566.
- Brichaux, F. (2010). *Quels lieux de vie pour nos aînés ? Le maintien à domicile des aînés*. Centre Permanent pour la Citoyenneté et la Participation.

Canton de Genève, Département de l'économie et de la santé (2007). *Livre blanc : Proches aidant-e-s de personnes âgées : quelle reconnaissance ?* Synthèse des travaux effectués lors du symposium du lundi 23 avril 2007 à l'Auditoire de la Fondation Louis-Jeantet.

Canton de Vaud (2012). *Rapport « Politique cantonale Vieillesse et Santé »*.

Canton et ville de Berne (2009). *Pour un aménagement extérieur adapté aux personnes atteintes de démence*.

Canton et ville de Berne (2009). *Pour un aménagement intérieur adapté aux personnes atteintes de démence*.

Cavalli, S. (2008). *Trajectoires de vie dans la grande vieillesse : rester chez soi ou s'installer en établissement médico-social ?* Doctoral dissertation, University of Geneva.

Charlot, V., et Guffens, C. (2006). *Où vivre mieux ? Le choix de l'habitat groupé pour personnes âgées*. Presses universitaires de Namur.

Confédération Suisse (2014). *Soutien aux proches aidants - Analyse de la situation et mesures requises pour la Suisse*. Rapport du Conseil fédéral.

Conférence Suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (2013). *Etat des lieux du développement et de la mise en œuvre dans les cantons des offres de prise en charge des pathologies de la démence*.

Conférence Suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé et l'organisation nationale faîtière du monde du travail en santé (OdASanté) (2009). *Rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de la santé 2009*.

Crivelli, L., Filippini, M., et Lunati, D. (2001). *Efficienza nel settore delle case per anziani svizzere*. SECO, Strukturberichterstattung, (6).

David, P. (2013). *Notes de la Journée « Logement des aînés » 25.11.2013*. AVIVO Vaud.

Di Giorgio, L., Filippini, M., et Masiero, G. (2012). *The impact of the institutional form on the cost efficiency of nursing homes*. USI Università della Svizzera italiana.

Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (2013). *Projets de construction ou de transformation dans les établissements médico-sociaux : Consignes et recommandations pour la planification et l'exécution des travaux, Programme des locaux*.

Ecoplan (2010). *Kosten der Demenz in der Schweiz*. Etude mandatée par l'Association Alzheimer Suisse.

Erickson, K. I., et al. (2011). *Exercise training increases size of hippocampus and improves memory*. Proceedings of the National Academy of Sciences.

Etat de Fribourg, Direction de la santé et des affaires sociales (2011). *Planification des soins de longue durée 2011-2015*. 12.

Etgen, T., et al. (2010). *Physical activity and incident cognitive impairment in elderly persons: the INVADE study*. Archives of Internal Medicine, 170(2), 186-193.

Fanovard, J. (2014). *Abbeyfield, A B quoi ? Chronique d'un habitat groupé pour les aînés*. Centre Permanent pour la Citoyenneté et la Participation.

Farsi, M., et Filippini, M. (2004). *An Empirical Analysis of Cost Efficiency in Non-profit and Public Nursing Homes*. Annals of Public and Cooperative Economics.

Farsi, M., Filippini, M., et Lunati, D. (2008). *Economies of scale and efficiency measurement in Switzerland's Nursing homes*. Swiss Journal of Economics and Statistics.

- Fédération des Associations des retraités et de l'entraide en Suisse (2012). *Habitat des seniors : Besoins et souhaits des personnes âgées*. Enquête Nationale.
- Franco, A. (2010). *Rapport de la mission vivre chez soi*. Ministère du travail de la solidarité et de la fonction publique.
- Freudiger, S., Pittet, G., et Christen-Gueissaz, E. (2007). *Convergences et décalages entre la portée institutionnelle des « démarches qualité » et le bien-être des résidents d'établissements médico-sociaux certifiés*. *Ethique et santé*, 4(1), 4-11.
- Masson, J. C., HAINARD, F., et Gabus, J. C. (1995). *Quand la technique facilite le maintien à domicile: réalisations et perspectives*. *Médecine et hygiène*, 53(2094), 2381-2384.
- Gaiffe, B. (2010). *L'Habitat Groupé de Personnes Âgées : Les ressources et le rôle de la réciprocité*. Université Catholique de Louvain, Faculté Ouverte de Politique Economique et Sociale.
- Gaugler, J. E., Duval, S., Anderson, K. A., et Kane, R. L. (2007). *Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis*. *BMC Geriatrics*, 7(1).
- Gesundheitsamt Graubünden (2010). *Kantonale Rahmenplanung – Pflegeheime 2010*.
- Greuter, S., et Schilliger, S. (2009). *Ein Engel aus Polen: Globalisierter Arbeitsmarkt im Privathaushalt von Pflegebedürftigen*. *Denknetz Jahrbuch*, 151-163.
- Hamer, M., et Chida, Y. (2009). *Physical activity and risk of neurodegenerative disease: a systematic review of prospective evidence*. *Psychological medicine*, 39(01), 3-11.
- Hirsch, R. D. (2008). *Im Spannungsfeld zwischen Medizin, Pflege und Politik: Menschen mit Demenz*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 41(2), 106-116.
- Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L., et Zumbunn, A. (2011). *La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée*. Observatoire suisse de la santé, Hans Huber.
- Höpflinger, F., et Hugentobler, V. (2003). *Pflegebedürftigkeit in der Schweiz: Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert*. Hans Huber.
- Höpflinger, F., et Hugentobler, V. (2006). *Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse : observations et perspectives*. Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé, Médecine et Hygiène.
- Jaccard, R. H., Widmer, W., Weaver, F., et Roth, M. (2009). *Personnel de santé en Suisse - Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020*. Observatoire suisse de la santé.
- Kaesler, M., et al. (2012). *Santé des personnes âgées vivant en établissement médico-social : Enquête sur la santé des personnes âgées dans les institutions 2008/09*. Office fédéral de la statistique.
- Kanton Aargau, Departement Gesundheit und Soziales (2009). *Gesundheitswesen Aargau 2012 – Pflegeheimkonzeption*.
- Kanton Luzern, Gesundheits- und Sozialdepartement (2010). *Bericht zur Pflegeheimplanung – Kanton Luzern 2010*.
- Kanton Thurgau, Departement für Finanzen und Soziales Gesundheitsamt (2012). *Alterskonzept Kanton Thurgau – überarbeitete Fassung vom 6. Dezember 2011*.
- Kesselring, A. (2004). *Angehörige zu Hause pflegen: Anatomie einer Arbeit*. *Schweizerische Ärztezeitung*. 85(10), 504-506.
- Kraft, E., Marti, M., Werner, S., et Sommer, H. (2010). *Cost of dementia in Switzerland*. *Swiss medical weekly*. 140(3), 36.

- Larson, E. B., Wang, L., Bowen, J. D., McCormick, W. C., Teri, L., Crane, P., et Kukull, W. (2006). *Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older*. *Annals of internal medicine*, 144(2), 73-81.
- Lautenschlager, N. T., Cox, K., et Cyarto, E. V. (2012). *The influence of exercise on brain aging and dementia*. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA)-Molecular Basis of Disease*, 1822(3), 474-481.
- Lazzeri, F. (2014). *Statistique de l'aide et des soins à domicile – Résultats 2013 : chiffres et tendances*. Office fédéral de la statistique.
- Lecomte, C. (2013, 6 mars). *Le «village Alzheimer» s'importe en Suisse*. *Journal le temps*. Repéré à http://www.letemps.ch/Page/Uuid/332b5a6c-85b2-11e2-9e8d-954ea575c5a9/Le_village_Alzheimer_simporte_en_Suisse
- Lee, D. T., Woo, J., et Mackenzie, A. E. (2002). *A review of older people's experiences with residential care placement*. *Journal of advanced nursing*, 37(1), 19-27.
- Loi sur la santé (LS) du 14 février 2008.
- Loi sur les établissements et institutions sanitaires (LEIS) du 13 mars 2014.
- Loi sur les soins de longue durée du 14 septembre 2011.
- Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994.
- Monod-Zorzi, S., Pellegrini, S., et Ruedin, H. J. (2007). *Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées : données épidémiologiques et économiques de la littérature*. Observatoire suisse de la santé.
- Monsch, A. U., et al. (2013). *Consensus 2012 sur le diagnostic et le traitement de personnes atteintes de démence en Suisse*. *Revue médicale suisse*, (9), 838-847.
- Moor, C., Peng, A., et Schelling, H. R. (2013). *Savoir, attitudes et expériences en Suisse*. Zentrum für Gerontologie, Université de Zurich.
- Moreau-Gruet F. (2013). *La multimorbidité chez les personnes de 50 ans et plus. Résultats basés sur l'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)*. Observatoire suisse de la santé, Bulletin 4.
- Nicole, A. M. (2012). *Le contrat de confiance – EMS Le Pacific : un concept inédit d'intégration des familles*. CURAVIVA, (4), 14-16.
- Oesch, T., Künzi, K. (2008). *Zeitgutschriften für die Begleitung, Betreuung und/oder Pflege älterer Menschen - Literaturübersicht und Einschätzungen von Experten aus der Praxis*. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien.
- Office cantonal de la statistique et de la péréquation (OCSP), *Perspectives démographiques à horizon 2040 - Valais et ses régions*, Sion, mars 2014.
- Office fédéral de la statistique (2010). *Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse 2010-2060*.
- Office fédéral de la statistique (2012). *Enquête suisse sur la population active*.
- Office fédéral de la statistique (2014). *Calcul des coûts directs et indirects des principales maladies non transmissibles*. Bulletin 27.
- Office fédéral de la santé publique (2007). *Stratégie cybersanté Suisse*. Office fédéral de la santé publique, 4.

Olesen, P. J., Westerberg, H., et Klingberg, T. (2004). *Increased prefrontal and parietal activity after training of working memory*. *Nature neuroscience*, 7(1), 75-79.

Organisation mondiale de la Santé. *Thèmes de santé : Maladies chroniques*. http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/, accédé le 19.02.2015.

Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F., Schnegg, B. (2010). *SwissAgeCare-2010 – Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz*. Berne.

Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F., et Hutchison, S. (2011). *AgeCare-SuisseLatine - Project de recherche sur les proches soignants en Suisse latine*. Association suisse des services d'aide et de soins à domicile.

Piou, O., et Bucher, K. (2012). *Les technologies d'aide à l'autonomie pour les personnes en perte d'autonomie*. CLEIRPPA.

Pouplin, S., et Biard, N. (2009). *Les Gérontechnologies*. Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques, 345-354.

République et Canton de Genève (2012). *Planification médico-sociale et sanitaire du canton de Genève 2012-2015*.

République et Canton du Jura (2011). *Planification médico-sociale dans le canton du Jura à l'horizon 2022*.

Rialle, V. (2007). *Technologies nouvelles susceptibles d'améliorer les pratiques gérontologiques et la vie quotidienne des malades âgés et de leur famille: rapport*. Ministère de la santé et des solidarités.

Rigaud, A. S., et al. (2011). *L'aide aux personnes souffrant de maladie d'Alzheimer et à leurs aidants par les gérontechnologies*. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 9(1), 91-100.

Ruedin, H. J., et al. (2010). *Soins de longue durée – Comparaison des coûts par cas dans le canton du Tessin*. Observatoire suisse de la santé.

Saldutto, B., Becker, S., et Imhof, A. (2013). *Prise en charge des personnes atteintes de démence dans les EMS*. Enquête nationale. CURAVIVA.

Samaras, N., Frangos, E., Forster, A., et Samaras, D. (2013). *La prévention de la démence. Quel est le rôle de l'activité physique ?* *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 13(75), 172-178.

Seematter-Bagnoud, L., Paccaud, F., et Robine, J. M. (2009). *Le futur de la longévité en Suisse*. Office fédéral de la statistique.

Seifert, A., et Schelling, H. R. (2011). *Leben im Altersheim: Erwartungen und Erfahrungen: eine Studie des Zentrums für Gerontologie im Auftrag von Altersheime der Stadt Zürich (AHZ)*. Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie.

Service de la santé publique (2011). *Les personnes atteintes de pathologies démentielles, Etat des lieux en Valais, Recommandations*.

Service de la santé publique (2014). *Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur sa politique sanitaire en 2013*.

Service de la santé publique (2014). *Promotion de la santé des 60+, orientation stratégique pour le canton du Valais*.

Sofi, F., et al. (2011). *Physical activity and risk of cognitive decline: a meta-analysis of prospective studies*. *Journal of internal medicine*, 269(1), 107-117.

Stuck, A. E., Born, S., et Meyer, K. (2009). *Mise en œuvre de programmes de promotion et de prévention de la santé à un âge avancé basés sur la procédure «profil de santé»*. Observatoire suisse de la santé.

Theobald, H. (2009). *Pflegepolitiken, Fürsorgearrangements und Migration in Europa. Illegale Beschäftigung in Europa. Die Situation in Privathaushalten älterer Personen*. München/Mehring, Rainer Hampp Verlag, 29-40.

Trede, I., et Schweri, J. (2013). *Parcours professionnel des assistantes et assistants en soins et santé communautaire*. Zollikofen, Institut fédéral des hautes études en formation professionnelle.

Trouvé, E. (2009). *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*. Groupe de Boeck. 355-364.

Verheul, A. (2011). *Le développement de Snoezelen*. International Snoezelen Association.

Wächter, M., et Künzi, K. (2012). *Grenzen von Spitex aus ökonomischer Perspektive*. Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale.

Wanner, P., Sauvain-Dugerdil, C., Guilley, E., et Hussy, C. (2005). *Âges et Générations : La vie après 50 ans en Suisse*. Office fédéral de la statistique, 118–128.

Weaver, F., Ruedin, H. J., Pellegrini, S., et Jeanrenaud, C. (2008). *Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse*. Observatoire suisse de la santé.

Wenger, S. (2012). *Apporter son aide aux plus âgés pour en bénéficier soi-même plus tard – Prévoyance-vieillesse : économiser du temps plutôt que de l'argent*. CURAVIVA, (1), 18-20.

World Health Organization (1992). *International Classification of Diseases*.

World Health Organization (2012). *Dementia: a public health priority*. World Health Organization.

Zimmermann-Sloutskis, D., Moreau-Gruet, F., et Zimmermann, E. (2012). *Comparaison de la qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile ou en institution*. Observatoire suisse de la santé.