



8.1.1.0. Informations contextuelles

8. Prise en charge médico-sociale > 8.1. Etablissements médico-sociaux (EMS)

Date de mise à jour

12.05.10.

Introduction et définition

Selon les scénarii de l'Office fédéral de la statistique (OFS)ⁱ, le nombre de personnes âgées et très âgées connaîtra une forte hausse ces prochaines décennies. Ce vieillissement démographique, dû principalement à l'accroissement continu de l'espérance de vie, culminera lorsque les membres de la génération du baby boomⁱⁱ parviendront à un grand âge.

D'ici 2035, les 80 ans et plus (environ 13'000 personnes en Valais en 2008) devraient être trois fois plus nombreux qu'aujourd'hui (cf. indicateur 1.2.4.4.).

Les besoins de la population valaisanne vont donc passablement changer, la part du 3^e et du 4^e âgeⁱⁱⁱ ne cessant d'augmenter. La difficulté d'élaborer une planification sanitaire adaptée aux besoins de ces nouveaux seniors réside dans l'identification ou l'estimation de leur taux et de leur degré de dépendance dans le futur. De plus, les personnes âgées souhaitent, dans leur majeure partie, rester chez elles le plus longtemps possible et cela même lorsqu'elles présentent une perte d'autonomie partielle. Ce n'est que lorsque le degré d'autonomie des personnes âgées est trop faible pour permettre le maintien à domicile que la prise en charge en établissements médico-sociaux (EMS) intervient. Le rôle des EMS a donc évolué ces dernières décennies : ces établissements accueillent des personnes de plus en plus âgées et de plus en plus dépendantes.

Les établissements médico-sociaux prennent en charge principalement des personnes âgées en offrant différents types de prestations telles que, notamment, l'hébergement, les soins médicaux, les soins de base, le suivi médical et de l'animation. Cette prise en charge concerne aussi bien les aspects physiques que psychologiques liés au vieillissement.

Evolution de la prise en charge institutionnalisée des personnes âgées depuis les années 1970 en Valais

En 1970, la planification hospitalière et médico-sociale valaisanne donne une impulsion pour développer des structures adaptées aux personnes âgées avec la création notamment de nouveaux lits, le but étant d'atteindre une norme de 3 lits pour 100 habitants de 65 ans et plus. Le développement des établissements pour personnes âgées se fait alors progressivement, encouragé par l'octroi de subventions cantonales et fédérales.

Dans les années 1980, les améliorations dans la prise en charge des personnes âgées se précisent. En 1982, le Canton fixe une nouvelle norme de lits pour les foyers et les homes : 6 lits pour 100 habitants de 65 ans et plus (dont au moins un qui soit médicalisé). Cela engendre la création de lits supplémentaires.

La prise en charge des personnes âgées devient un élément important de la politique sanitaire dès le début des années 1990. De plus, si jusqu'alors les planifications étaient des instruments de travail, dès les années 1990, elles ont un réel caractère contraignant. Le financement des EMS est déterminé par deux lois entrant en vigueur en 1996, la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) qui définit le financement des soins dispensés dans les EMS et la loi cantonale sur la santé de 1986 qui prévoit la participation du canton aux dépenses d'exploitation et d'investissement. Ces deux textes législatifs fixent les modalités de financement des EMS par les deux principaux agents payeurs après la participation des pensionnaires que sont les assureurs et les pouvoirs publics. Durant les années



1990, les EMS reconnus et subventionnés ainsi que le nombre de lits ont augmenté (de 15 à 37 EMS entre 1988 et 1999).

A la fin des années 1990, l'introduction des revues d'hospitalisation met en évidence la part des journées d'hospitalisation inadéquates de personnes âgées particulièrement élevée. Les revues d'hospitalisation de 1998-1999 ont montré qu'environ 30% des personnes âgées de 80 ans et plus hospitalisées auraient pu être prises en charge dans des EMS ou par d'autres services spécialisés. Cela met en évidence la nécessité du transfert d'une part du domaine hospitalier vers le domaine médico-social.

Au début des années 2000, le Conseil d'Etat décide de créer de nouveaux lits d'EMS, de favoriser le développement des soins à domicile ainsi que d'autres formes d'hébergement pour les personnes âgées^{iv}. En 2001, le Canton fixe une norme de 204 lits pour 1'000 habitants de 80 ans et plus. Il souhaite maintenir cette norme de lits d'ici 2013, ce qui engendre, par l'effet du vieillissement démographique une nécessité constante de créer des lits supplémentaires.

Législation

La base légale en matière d'EMS a passablement évoluée au fil du temps. Nous pouvons souligner l'importance de la Loi cantonale sur la santé de 1961 qui la première inscrit dans la loi des bases pour la planification sanitaire et hospitalière.

Dans les années 1970, comme nous l'avons relevé ci-dessus, le développement des homes pour personnes âgées se fait progressivement, encouragé par l'octroi de subventions cantonales et fédérales. Cependant en 1987, l'aide fédérale cesse, obligeant le canton à repenser sa politique de prise en charge de la personne âgée.

Avec la loi cantonale du 17 novembre 1988 sur la participation financière des collectivités publiques aux frais d'investissement et d'exploitation des établissements sanitaires publics entrée en vigueur en 1990, la planification sanitaire et hospitalière prend réellement un caractère directif : pour obtenir une subvention, un établissement doit au préalable figurer sur la planification cantonale et être reconnu d'intérêt public.

En 1996, la LAMal définit le financement des soins dispensés dans les EMS figurants sur la liste du canton du Valais. Ils sont pris en charge par l'AOS au même titre que les soins prodigués en ambulatoire ou à domicile. Parallèlement, la loi cantonale sur la santé fixe la participation du canton aux dépenses d'exploitation et d'investissement jusqu'à 30% au maximum des dépenses retenues.

La nouvelle loi sur la santé entrée en vigueur au 1^e juillet 2009^v règle les relations entre soignants et patients/pensionnaires, les modalités d'autorisation ainsi que les mesures de surveillance. La loi sur les établissements et institutions sanitaire (LEIS)^{vi} entrée en vigueur le 1^e février 2007 fait référence à la reconnaissance d'utilité publique pour prétendre au subventionnement (art. 5, 7, 8 et 9).

La 3^e étape de la révision de la loi cantonale sur la santé de 1996 portera sur les dispositions relatives au financement, à l'organisation et au fonctionnement des structures d'accueil médico-sociales, à savoir les établissements médico-sociaux (EMS), les centres médico-sociaux (CMS) et les autres établissements ou institutions médico-sociaux, comme les appartements à encadrement médico-social, etc. Le projet de loi est en cours d'élaboration.

Résidents et catégorie de soins

Des résidents plus âgés et plus dépendants

Les besoins des personnes âgées ont évolué avec les progrès de la médecine, l'augmentation de l'espérance de vie et les améliorations de leur qualité de vie. Aujourd'hui, ces personnes souhaitent rester le plus longtemps possible chez elles et n'entrer en institution que lorsqu'il n'y a plus d'autre alternative. Cela implique donc que les personnes entrant en EMS sont de plus en plus âgées, principalement des personnes du 4^e âge et ont de plus en plus besoin d'une prise en charge



importante. Le vieillissement de la population des résidents en EMS s'accompagne d'une augmentation du nombre de personnes atteintes de troubles démentiels et notamment de la maladie d'Alzheimer. Ces personnes demandent une prise en charge particulière et spécialisée, voire des locaux particuliers.

Le système BESA

En 1997, le système BESA^{vii} (système de facturation et d'évaluation des résidents en EMS) est introduit dans tous les EMS valaisans suite à la modification de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS)^{viii}. Selon cette dernière, « *les partenaires tarifaires ou l'autorité compétente déterminent pour les prestations effectuées dans les établissements médico-sociaux des tarifs échelonnés selon le type et le niveau de soins requis. Au minimum quatre niveaux doivent être prévus* » (art. 9, al. 4). Le remboursement des prestations par l'assurance-maladie s'effectue dès lors en Valais par catégorie en tenant compte de la charge en soins des résidents selon le système BESA.

Les catégories BESA permettent de classer les résidents des EMS en fonction des besoins en soins qu'ils requièrent. Les catégories BESA 3 et BESA 4 représentent des soins de deux heures quotidiennes minimum, ce qui représente une prise en charge importante. Les catégories BESA 0, 1, 2 demandent une prise en charge moins lourde.

Comme le soulignait déjà en 1999 le Concept valaisan des EMS et des autres institutions de soins pour personnes âgées^{ix}, le nombre de pensionnaires demandant une plus importante prise en charge (BESA 3 et 4) était déjà plus élevé dans la fin des années 1990 et la tendance allait se poursuivre. Il est dès lors apparu nécessaire aux Autorités d'encourager la prise en charge médico-sociale pour les personnes faiblement dépendantes et de donner la priorité à l'institutionnalisation en EMS de personnes fortement dépendantes.

Financement

Les EMS offrent trois types de prestations principales : les soins, l'hébergement et l'animation. Pour déterminer la part relevant des soins facturables à la charge de l'AOS, il faut bien distinguer ces différents types. L'ordonnance fédérale sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les EMS dans l'assurance-maladie (OCP) exige d'ailleurs que les EMS tiennent une comptabilité analytique d'exploitation homogène. Le calcul des coûts et le classement des prestations sont ainsi effectués de façon à fournir les bases permettant de distinguer les prestations de soins des autres prestations afin de déterminer les tarifs. Les dépenses d'exploitation des EMS ont beaucoup augmenté ces dernières années, parallèlement à l'augmentation du nombre de pensionnaires et de leurs besoins de prise en charge.

Nous pouvons encore relever que les principaux agents financeurs^x des dépenses d'exploitation des EMS sont les résidents, les assureurs-maladie, le Canton et les communes. Ces dernières participent également dans une proportion plus élevée aux dépenses d'investissement. L'évolution de la part des dépenses de chacun de ces agents est développée dans l'indicateur 8.1.1.3.

Source

Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur sa politique sanitaire 1999-2008 : Des bases solides pour le XXI^e siècle, Service cantonal valaisan de la santé publique (SSP), janvier 2009.

Etablissements médico-sociaux pour personnes âgées – Statistiques 1999-2007, Département de la Santé, des Affaires sociales et de l'Energie du Canton du Valais (DSSE), octobre 2008.

La prise en charge des personnes âgées dépendantes, Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie (DSSE), août 2005, http://www.vs.ch/Press/DS_3/PU-2005-08-30-13640/fr/ems_2005_rapport.pdf.



De l'hospice au réseau santé – Santé publique et systèmes hospitaliers valaisans XIX^e-XX^e siècles, Vouilloz-Burnier Marie-France et Barras Vincent, Institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé publique, Monographique SA, Sierre, 2004.

Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse – Prévisions et scénarios pour le 21^e siècle. Höpflinger François et Hugentobler Valérie, Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan), Ed. Hans-Huber, Berne, 2003.

Prise en charge de la personne âgée – Coordination et complémentarité des fournisseurs de prestations, Département de la Santé, des Affaires sociales et de l'Energie du Canton du Valais (DSSE), mai 2001, http://www.vs.ch/Press/DS_3/PU-2001-05-15-1544/fr/PF01_handicapés.pdf.

Concept valaisan des établissements médico-sociaux et des autres institutions de soins pour personnes âgées, Département de la Santé, des Affaires sociales et de l'Energie du Canton du Valais (DSSE), février 1999, http://www.vs.ch/Press/DS_3/PU-1999-02-06-1552/fr/concept_vs_etablissements_sociaux.pdf

ⁱ Population résidante permanente du canton du Valais à la fin de l'année par sexe et âge selon le scénario AR-00-2005, de 1991 à 2050 : T 2-23, Office fédérale de la statistique (OFS), 2010 :

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/03/blank/key_kant/03/23.html

ⁱⁱ Le baby boom est une augmentation importante du taux de natalité. On connaît principalement le baby boom des années 1945 à 1955-1960 qui a touché les pays nord-européens à la fin de la Seconde Guerre mondiale. Cependant, dans le cas suisse, nous constatons une augmentation du taux de natalité également dans les années 1960 et les années 1970.

ⁱⁱⁱ Le 3^e âge comprend les personnes de 65 à 79 ans et le 4^e âge les 80 ans et plus.

^{iv} Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur sa politique sanitaire 1999-2008 : Des bases solides pour le XXI^e siècle, Service cantonal valaisan de la santé publique (SSP), janvier 2009, pages 22-24.

^v Nouvelle loi sur la santé : <http://www.vs.ch/navig/navig.asp?MenuID=4618&RefMenuID=0&RefServiceID=0>.

^{vi} LEIS : <http://www.vs.ch/navig/navig.asp?MenuID=4618&RefMenuID=0&RefServiceID=0>.

^{vii} Le système BESA propose une classification selon la lourdeur de la charge en soins dans les EMS. Il repose sur 5 niveaux allant de BESA 0 (aucune prestation de soins) à BESA 4 (plus de trois heures de soins par jour).

^{viii} Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS) du 29 septembre 1995, <http://www.admin.ch/ch/f/rs/8/832.112.31.fr.pdf>.

^{ix} Concept valaisan des établissements médico-sociaux et des autres institutions de soins pour personnes âgées, Département de la Santé, des Affaires sociales et de l'Energie du Canton du Valais (DSSE), février 1999, pages 68-69.

^x L'agent financeur est l'agent qui paie en principe directement les prestations aux fournisseurs de soins.

