



## 8.2.1.0. Informations contextuelles

### 8. Prise en charge médico-sociale > 8.2. Centres médico-sociaux (CMS)

#### Date de mise à jour

12.05.10.

#### Introduction et définition

Comme mentionné dans les précédents chapitres (cf. notamment 1.2. Démographie, 2. Coûts de la santé et 8. Etablissements médicaux-sociaux (EMS)), l'allongement de l'espérance de vie implique un accroissement du nombre de personnes âgées nécessitant des soins de longue durée. Partant de ce constat, l'Etat du Valais s'est donné comme priorité de maintenir les personnes âgées le plus longtemps possible à domicile. Cette politique suppose une forte mise à contribution des CMS au niveau de l'aide aux personnes âgées et nécessite donc une augmentation des moyens mis à leur disposition.

Les centres médico-sociaux (CMS) sont des institutions reconnues d'intérêt public. Leur mission est de dispenser et de développer l'aide et les soins à domicile, afin d'encourager et de faciliter la vie à domicile des personnes de tous les groupes d'âge qui nécessitent de l'aide, des soins, un accompagnement et une prise en charge sociale.

Leur approche se veut globale et centrée sur la personne et son entourage. Les équipes sont pluridisciplinaires et se donnent les moyens d'assurer une polyvalence et une permanence des interventions. Elles ne fournissent que les prestations nécessaires à l'utilisateur, c'est-à-dire aucune prestation de luxe.

#### Evolution de l'aide et des soins à domicile dans le temps

Les premiers CMS ont été mis en place dans les années 1970 avec l'appui financier des communes et du canton. Au début des années 1990, les CMS se privatisent et ils jouissent d'une subvention de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) à hauteur de 30% des dépenses salariales des CMS, ce qui leur permet de se développer.

Avec l'entrée en vigueur de la LAMal<sup>i</sup> et la création des Centres médico-sociaux régionaux (CMSR)<sup>ii</sup>, la couverture des prestations de soins par l'assurance obligatoire des soins (AOS) s'étend. En effet, dès 1996, l'AOS prend en charge tous les coûts de traitement, examens ou soins ambulatoires effectués sur prescription médicale ou sur mandat médical. Parallèlement, le Conseil d'Etat décide de nouvelles règles de planification et de subventionnement en 1997. Il confie dès lors la prise en charge de l'aide et des soins à domicile à six centres médico-sociaux régionaux (CMSR) auxquels le Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie (DSSE) délivre des mandats de prestations comme cela est prévu dans les dispositions de la LAMal (cf. indicateur 8.2.1.1.). Ces six CMSR sont habilités à passer des conventions de collaboration avec des CMS subrégionaux (antennes ouvertes sur la région du CMRS en tant que relai) mais également avec des fournisseurs de prestations privés spécialisés comme notamment l'Association François-Xavier Bagnoud (FXB) ou le Kinderspitex Oberwallis.

Durant ces dernières années, le monde politique a pris conscience des avantages importants découlant des prestations d'aide et de soins à domicile en comparaison à d'autres méthodes de soins : maintien des personnes âgées dans leur cadre habituel même en cas de légère dépendance, coûts en général moins élevés pour les personnes légèrement dépendantes, association des proches (soignants naturels) à la prise en charge des malades, intervention des services d'aide et de soins à domicile uniquement en fonction des besoins des maladies (absence de prestation inutile). Ces constats ont amené les CMS à bénéficier d'un nouveau mandat de prestations entré en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2007<sup>iii</sup>. Le but du Conseil d'Etat était que l'aide et les soins à domicile soient en



adéquation notamment avec l'évolution démographique qui engendre une plus grande demande de prestations de la part des personnes âgées (cf. indicateur 8.2.1.3.). Le nouveau mandat recommande de baser les prestations sur une évaluation des besoins ainsi que sur une planification de l'aide et des soins en commun avec la personne concernée et son entourage tout en encourageant le plus possible l'autonomie de la personne à prendre en charge. Comme nous pouvons le voir ci-dessous le mandat de prestation des CMS est relativement large.

## **Tâches des CMS fixées par le mandat de prestation du 1<sup>e</sup> septembre 2007**

### **1. Les soins à domicile**

On entend par soins à domicile les prestations effectuées par du personnel qualifié (infirmier/ière, éventuellement aide familiale) et dispensées dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (art. 7 OPAS<sup>iv</sup>).

Sont notamment compris les évaluations de situation, les informations et les conseils aux patients ainsi qu'à l'entourage, les soins techniques délégués par les médecins, les soins de base complexes, les soins psychogériatriques, psychiatriques et pédiatriques à domicile. Ces soins sont planifiés de manière à être prodigués 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 selon les besoins.

Les soins à domicile comprennent également les soins palliatifs, à savoir tous les traitements médicaux, les actes de soins ainsi que les mesures de soutien psychologique, social et spirituel en faveur de personnes souffrant d'une maladie progressive et incurable. Ces prestations sont fournies par les CMS, parfois en collaboration avec des tiers (Association FXB par exemple).

### **2. L'aide à domicile**

L'aide à domicile comprend les prestations d'aide à la famille, d'aide à la gestion complète du ménage, l'hygiène et le soutien dans les actes de la vie quotidienne. Ces prestations sont planifiées 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 en fonction des besoins et dispensées en règle générale par des aides familiales diplômées.

### **3. La sécurité à domicile**

Elle comprend toutes les mesures visant à réduire l'insécurité physique et psychique des personnes vivant chez elles. Elles comprennent la prévention des accidents domestiques, l'adaptation du logement, le soutien et le suivi professionnel en cas d'anxiété des personnes ou de leur entourage. L'activation des réseaux de proximité fait aussi partie de cette prestation. La sécurité à domicile inclut également des permanences téléphoniques en cas de soins continus et des permanences téléphoniques en lien avec des systèmes d'alarmes. Ces permanences fonctionnent 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24.

### **4. L'ergothérapie**

Elle consiste en des prestations dispensées par des ergothérapeutes diplômés. Leur objectif est d'évaluer puis d'adapter l'environnement physique de la personne en perte d'autonomie ainsi que de proposer des traitements spécifiques de maintien et/ou de réhabilitation des facultés physiques, cognitives, sensorielles et sociales. Ceci inclut aussi le choix, l'utilisation et l'adaptation de moyens auxiliaires.

### **5. Les services de repas à domicile**

Les CMS sont responsables de la mise sur pied, de l'organisation et de la distribution régulière de repas à domicile sur l'ensemble de leur secteur. Les repas répondent à des normes de qualité, de diététiques et d'hygiène incluant les régimes alimentaires les plus fréquents (régime sans sel, sans fibre, pour les diabétiques, etc.).



#### **6. Le prêt et la location de matériel**

Tout le matériel auxiliaire nécessaire aux soins et à la vie quotidienne des personnes malades ou en perte d'autonomie (par exemple une chaise roulante) doit être mis à disposition par les CMS, en prêt ou en location. Les CMS se chargent également de la gestion des stocks, des locaux de dépôt, de l'hygiène et de l'entretien de ces locaux et du matériel.

#### **7. Les appartements avec encadrement médico-social**

L'objectif est que chaque CMS développe dans sa région et en complément des prestations d'aide et de soins à domicile, des appartements avec encadrement médico-social (cf. Chapitre 8.3. Structures intermédiaires) comme par exemple, le complexe Domino à Sierre.

#### **8. Les conseils pour la petite enfance**

Ce service comprend des séances de consultations pour nourrissons permettant aux parents de contrôler le développement de leurs enfants (0-2 ans), grâce à des conseils notamment dans les domaines de l'alimentation, du sommeil et des soins courants aux bébés.

Il comprend encore les consultations préscolaires pour les enfants de 2 à 4 ans qui bénéficient ainsi d'une évaluation dans les domaines du développement psychomoteur, physique et sensoriel.

#### **9. La santé scolaire**

Les prestations de santé scolaire sont organisées par les CMS selon les directives du Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie (DSSE) et du Département de l'éducation, de la culture et du sport (DECS).

#### **10. La promotion de la santé et les visites préventives auprès des personnes âgées**

Les CMS sont chargés de développer la promotion de la santé en collaboration avec les autres institutions partenaires. Ils initient et/ou participent à des actions régulières et ciblées dans leur région. Cela consiste par exemple en l'information des parents sur les plans de la vaccination ou sur l'importance du développement psychoaffectif de l'enfant, la prévention des chutes chez les aînés, le maintien de l'autonomie, la prévention des effets de la canicule, etc. Pour ce faire, des conseils et une aide sont prodigués dans les domaines de l'alimentation, de la mobilité, de l'exercice physique, du maintien des liens sociaux et affectifs, etc.

#### **11. Les prestations à développer notamment l'aide aux proches qui soignent**

L'aide aux soignants naturels doit constituer un maillon essentiel dans les politiques d'aide et de soins à domicile. Ces personnes assurent les soins de proches durant de longues périodes. La charge non seulement de travail mais également psychologique peut être lourde et ces soignants informels ont besoin d'être soutenus et également de pouvoir se reposer ou pouvoir s'absenter sans que la question des soins de leur proche n'entravent tous leurs projets.

Nous avons remarqué que nombre de ces soignants informels sont le conjoint ou la conjointe et ce sont souvent des personnes âgées ou du moins déjà retraitées. L'OFS citait en 2003 une étude de l'INSEE sur le profil des proches qui soignent : « 50% des personnes âgées sont aidées uniquement par leur entourage. La moitié des aidants principaux sont les conjoints – le plus souvent la femme ; leur âge moyen est de 70 ans et dans la moitié des cas, le conjoint aidant a plus de 70 ans. Lorsqu'un enfant est le principal fournisseur d'aide, l'âge moyen est de 51 ans. »

### **Financement**

L'entrée en vigueur de la LAMal en 1996 a permis d'accroître les recettes des CMS. Malgré cela, les contributions de l'assurance-maladie ne permettent pas de couvrir l'entier des dépenses d'exploitation des CMS. Le canton subventionne le 62.5% de l'excédent des dépenses retenues des CMS, le solde étant pris en charge par les communes (loi sur la santé du 14 février 2008, art. 139).



Les dépenses retenues d'investissements des CMS, sont couvertes à 50% par le canton, le solde étant à charge des communes (loi sur la santé du 14 février 2008, art. 139).

## Sources

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

Données statistiques des centres médico-sociaux – Comparaison 2006-2007, Département de la Santé, des Affaires sociales et de l'Energie du Canton du Valais (DSSE), avril 2008.

Directives du Département de la Santé, des Affaires sociales et de l'Energie du Canton du Valais pour la statistique annuelle des centres médico-sociaux, Département de la Santé, des Affaires sociales et de l'Energie du Canton du Valais (DSSE), 2006.

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\\_63/IMAG-2003-12-01-4151/fr/ems\\_2005\\_rapport.pdf](http://www.vs.ch/Press/DS_63/IMAG-2003-12-01-4151/fr/ems_2005_rapport.pdf).

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](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](http://www.vs.ch/Press/DS_3/PU-1999-02-06-1552/fr/concept_vs_etablissements_sociaux.pdf).

Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur sa politique sanitaire et hospitalière des années 1990 vers le 21<sup>e</sup> siècle, 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-1999-02-07-1551/fr/Rapport\\_du\\_CE.pdf](http://www.vs.ch/Press/DS_3/PU-1999-02-07-1551/fr/Rapport_du_CE.pdf).

<sup>i</sup> Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994 <http://www.admin.ch/ch/f/rs/8/832.10.fr.pdf>.

<sup>ii</sup> Décision du Conseil d'Etat du 29 novembre 1995, Rapport du Conseil d'Etat 1999, page 107.

<sup>iii</sup> 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\\_63/IMAG-2003-12-01-4151/fr/ems\\_2005\\_rapport.pdf](http://www.vs.ch/Press/DS_63/IMAG-2003-12-01-4151/fr/ems_2005_rapport.pdf), pages 25 à 28.

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

