

senesuisse 2.14

FOCUS

Séminaire informatif de senesuisse	2
Catégories de logements payés par l'Etat	3
La Charta de senesuisse	5
Pas de centre national pour la qualité	6
Les établissements de soins sont tributaires des étrangers	8
Caisse unique – Non merci !	9
Stratégie nationale en matière de démence	10

Plus d'argent à disposition – meilleur encadrement ?

↳ Les coûts des soins et de l'encadrement ne cessent de grimper. Ceci s'explique par le développement démographique (vieillesse de la population), le manque d'incitation à économiser (système de financement), de plus en plus de prescriptions à observer (dimension des chambres, dotation minimale en personnel, d'innombrables saisies de données, etc.) et aussi des exigences en augmentation. Il est temps de revoir l'ensemble ce système (page 2) et d'adapter la qualité aux besoins du bénéficiaire des prestations (page 5). Le premier pas dans cette direction serait d'offrir à la personne âgée un logement adapté à ses besoins et avec prestations de service (page 3).

Un encadrement et des soins de qualité ne coûtent pas forcément plus. Ce qui est déterminant, c'est une utilisation optimale des ressources à disposition. Au lieu d'une médecine de pointe hautement spécialisée pour prolonger la vie de quelques jours, il faut se focaliser sur la qualité de vie. Pour les personnes âgées qui ont (encore) besoin d'un minimum de soins, la meilleure solution est de mettre à leur disposition un logement avec prestations et service de soins intégrés. Leur souhait devient réalité : vivre le plus longtemps possible (à un coût moindre qu'avec spitex ou dans un home) dans son propre environnement en se sachant sécurisé. <| article page 3 |>





CLOVIS DEFAGO ←ICDE
Président senesuisse

↳ La 18ème assemblée générale de *senesuisse* a été différente des précédentes. À 18 ans, on est majeur et responsable de ses actes. Je ne pense nullement à cette particularité, car notre association agit depuis longtemps en institution « adulte » dans le paysage politique de la Confédération et des cantons quand il s'agit des tâches qui y sont liées et la défense des intérêts de ses membres. Non, je pense à autre chose, un point bien plus significatif que l'âge de notre association : **la Charte senesuisse** (page 5) adoptée à l'unanimité – et donc engageante pour nous tous. Elle est plus qu'un plan directeur comme le connaissent la plupart des entreprises. Charte signifie « document constitutionnel » ou « loi fondamentale de l'État ». C'est **une pierre angulaire** ou un **fondement** sur lequel se basent d'autres plans directeurs et d'autres ordonnances. A 18 ans, nous nous sommes donné une telle constitution.

Dans son allocution d'accueil à l'assemblée générale de *senesuisse*, la Conseillère d'État Susanne Hochuli, directrice de la santé et des affaires sociales du canton d'Argovie a exhorté à maintenir le niveau élevé de qualité des prestations, de fixer le mandat et les priorités en conséquence. Notre charte répond en tout point à ce mandat. Elle articule les principaux groupes d'exigence en neuf thèmes de poids équivalents : résidents, éthique, culture d'entreprise, collaborateurs, engagement politique et social, économie ainsi que planification du futur. Ces sujets sont subordonnés à un seul slogan :

respect et dignité

Le respect et la dignité englobent tout. Notre charte s'oriente aux besoins de tous les concernés, elle englobe toute l'organisation et ne se focalise pas sur les intérêts d'actionnaires ou de la clientèle.

C'est un grand défi qui n'est pas toujours simple à respecter vu les multiples intérêts dont il faut tenir compte dans l'exécution des prestations de service.

Notre charte est la base de notre action, la base d'une qualité vécue du mandat que nous avons à remplir. De nombreuses prescriptions empreintes de bureaucratie sont ainsi éliminées d'elles-mêmes.

Cette charte est engageante pour tout membre de *senesuisse* et pour l'association elle-même. Le fait qu'elle ait été adoptée à l'unanimité et aussi signée, souligne la volonté non seulement de l'avoir adopté, mais aussi de la vivre. ←ICDE

Meilleur financement de l'encadrement et des soins

↳ **L'association senesuisse considère lacunaire le système actuel de financement. senesuisse poursuit l'idée de développement d'un nouveau modèle de financement pour l'encadrement et les soins aux personnes âgées : simple, acceptable, transparent et sans fausses incitations. Il doit être applicable dans toute la Suisse et stimuler l'auto-responsabilité sans limiter le choix du lieu de séjour et le modèle de logement.**

Lacunes du système actuel – Les points ci-après se répercutent négativement dans le modèle de financement actuel :

- Augmentation constante des coûts de la santé dans tous les domaines : il y a peu d'incitations à faire des économies.
- Manque de transparence à cause des multiples sources de financement, ce qui entraîne un supplément de travail dans les décomptes.
- Répartition factice entre « soins LaMal » et « encadrement/hôtellerie » d'où un supplément de saisies électroniques qui prend beaucoup de temps sans apporter de plus-value.
- Grande différence d'un canton à l'autre, particulièrement pour les séjours dans les homes. Les contributions aux soins aussi bien que les réglementations d'encadrement et d'hôtellerie sont organisées de manière différente. Ceci entraîne des dissemblances inexplicables et limite le choix d'établissement (pas de financement garanti en dehors du canton de domicile).
- Les personnes défavorisées financièrement reçoivent par les prestations complémentaires les mêmes places en EMS que celles qui déboursent CHF 5'000.— par mois en prenant sur leur fortune personnelle. Il en résulte une incitation à dépenser sa fortune avant d'entrer dans un établissement pour personnes âgées.

Séminaire de senesuisse

Approches concrètes de solutions

La phase d'introduction du « nouveau financement des soins » close (effective en 2014), le Conseil fédéral a donné mandat d'examiner le modèle de financement appliqué. *senesuisse* a fait la même chose. Y a-t-il de meilleurs modèles de financement, plus simples, plus transparents et applicables à l'avenir qui non seulement incitent à l'auto-responsabilité, mais qui garantissent la liberté de choisir des personnes concernées ? Les résultats de **workshops avec des experts qualifiés** montrent des points de discussions possibles et des solutions réalistes. Des conférenciers présenteront et discuteront ces résultats à un séminaire. ←ICST

Quand

mardi 18 novembre 2014 (toute la journée)

Où

Gottlieb Duttweiler Institute, Rüslikon (ZH)

Qui

Responsables de homes et d'institutions, des politiciens de la santé et des finances, des investisseurs, des assureurs, des économistes et autres

Infos

www.senesuisse.ch

(Manifestations)

Quelles sont les logements pour personnes âgées payées par l'Etat ?

↳ Actuel financement du retraité

Si l'AVS et d'autres sources de revenus/fortune ne couvrent pas le besoin vital, la brèche est comblée par l'État qui paie les prestations complémentaires (PC). Aujourd'hui près d'une personne sur deux qui vit dans un établissement pour personnes âgées fait appel aux prestations complémentaires (quelque 70'000 personnes) et 110'000 autres vivent chez elles. La contribution aux séjours dans les EMS est en moyenne de CHF 3'100.— par mois et dépasse largement les PC versées aux personnes vivant dans un logement de location.

Dans la loi fédérale, le plafond pour les contributions PC au loyer est fixé depuis 2001 : pour les personnes seules max. CHF 1'100.— par mois, pour les couples/familles CHF 1'250.— (art. 10 LPC). Les personnes qui ont besoin d'un appartement permettant la circulation d'une chaise roulante, reçoivent CHF 300.— par mois en plus. Pour celles qui vivent dans un EMS, la Confédération prend en charge 80 % des coûts (de montant maximum susmentionné pour le loyer) ; les coûts résiduels en augmentation permanente sont à la charge des cantons et des communes.

Quelle forme de logement l'État doit-il financer ?

Après 14 ans d'augmentation constante des loyers et à la demande du parlement, le Conseil fédéral propose d'augmenter les loyers maximaux. Dans la consultation, il est prévu de différencier entre les régions d'habitation. Pour une personne seule, le loyer serait au max. de CHF 1'345.— dans un grand centre, de CHF 1'290.— dans une ville et de CHF 1'200.— à la campagne. Pour un ménage de deux personnes, s'y ajouteraient de CHF 230.— à CHF 250.—.

Bien que les établissements pour personnes âgées ne soient pas directement concernés par une augmentation des loyers maximaux, elles ont tout intérêt à analyser les réflexions et les conséquences en la matière. Les loyers maximaux sont une partie du financement du logement, de l'encadrement et des soins de la personne âgée. Il s'agit de la forme d'habitat soutenue par l'État. Curaviva et *senesuisse* ont déposé une prise de position commune.

Elles demandent que la forme d'habitat entre « rester chez soi » et « entrer dans un home » soit enfin reconnue. Pour un encadrement et des soins adaptés aux besoins des personnes concernées, l'offre d'appartements permettant la circulation en chaise roulante doit être combinée avec des prestations de service appropriées. Les associations d'établissements pour personnes âgées ont, elles aussi, tout intérêt à ce que leurs infrastructures prévues pour des personnes ayant besoin de soins intensifs et atteintes de démence ne soient pas surchargées. L'État devrait mettre en place des incitations pour une réalisation efficace et adaptée des prestations : si l'État garantissait un financement suffisant pour « l'habitat avec prestations de service », presque un tiers des places dans des établissements pour personnes âgées occupées par des personnes qui ont besoin de moins de 60 minutes de soins par jour serait libéré.

L'habitation avec prestations de service, une solution optimale

L'habitation protégée (habiter dans une unité d'habitation en pouvant faire appel à un soutien spécifique : soins, restauration, nettoyage, thérapies et activités) est la forme idéale de logement. Elle permet de garder sa mobilité et ses contacts sociaux tout en profitant de la sécurité grâce à une infrastructure appropriée et à la mise à disposition de soins et d'encadrement dans la maison même. Même quand le besoin en soins augmente, les résidents ne doivent pas quitter leur logement s'ils se déplacent en chaise roulante, car ils peuvent compter sur le soutien de personnel qualifié. Un système d'alarme 24 heures sur 24 avec intervention immédiate rassure les résidents et leurs proches bien plus efficacement que la vie dans une location usuelle. En outre, le regroupement de plusieurs logements dans un même périmètre renforce l'efficacité et garantit une intervention ciblée.

Comme le montre le calcul présenté dans Focus 1/2014 (page 4), de telles offres déchargent aussi bien les fournisseurs de prestations que les institutions de financement. Au lieu d'un taux journalier PC de CHF 160.— au minimum en séjour en home ou au min. CHF 100.— pour une heure spitex, un montant de env. CHF 100.— par jour suffit pour « l'habitation avec prestations de service ». C'est pourquoi Curaviva et *senesuisse* ont fait une proposition concrète d'amélioration pour que de telles offres soient financées avec les prestations complémentaires :

Aussi bien les taux pour les besoins journaliers généraux (pour personne seule CHF 1'600.— par mois) que les contributions au loyer (de CHF 1'290.— à CHF 1'345.— prévus) sont augmentés de 50 % pour autant que les ayants droit vivent dans une forme d'habitat fonctionnelle pour personnes âgées.

La Confédération est sommée d'agir

Les cantons ploient de plus en plus sous les charges financières pour faire face aux prestations complémentaires. Chaque entrée dans un EMS est une charge financière supplémentaire. On constate aujourd'hui une certaine pression pour stopper l'ouverture de nouvelles places de soins. Ce sont les personnes qui ont besoin de soins qui en font les frais, car elles ne trouvent pas de solution de remplacement. Le problème s'accroît avec l'âge ; les cas d'altération de la santé de personnes qui ont besoin de peu de soins sont de plus en plus fréquents.

Dans la procédure de consultation sur l'adaptation des contributions PC, Curaviva et *senesuisse* donnent une solution simple et applicable immédiatement : au lieu d'investir dans une heure de spitex externe ou d'admettre un client prématurément dans un home, on peut offrir une solution optimale à la personne âgée à CHF 100.— par jour. ←ICST

Respect et dignité

↳ La politique redonne souvent une image déformée de la qualité dans le secteur de la santé. Il se peut que les termes souvent utilisés en rapport avec l'hôpital tels « sécurité du malade », « indicateurs de qualité » et « dossier complet » soient justifiés. Mais pour les établissements pour personnes âgées, « la qualité de vie du résident » ainsi « qu'une bonne ambiance » priment. Ce qui vaut dans toutes les autres branches de prestations de service, le vaut aussi pour tous les membres de *senesuisse* : nos établissements doivent endosser le rôle de modèle en adoptant comme valeur fondamentale la satisfaction des résidents et des collaborateurs, cette tâche doit être au centre de leur préoccupation. Nous avons dressé une liste de neuf valeurs de base qui sont la quintessence des valeurs pour tout membre *senesuisse*. ← CST

Charte de *senesuisse*

S'orienter « service »

- ↳ Nous garantissons une qualité de service optimale aux bénéficiaires de nos prestations
- ↳ Nous pensons et agissons de manière autonome en ciblant les besoins et les attentes de notre clientèle
- ↳ Nous optimisons en permanence le développement et la qualité de nos services

Investissement pour le bien-être de nos résidents

- ↳ Notre clientèle, les résidents, sont le point central de nos réflexions et de nos actions
- ↳ Nous respectons le droit de notre clientèle à sa liberté de décision
- ↳ Nous avons pour principal objectif d'offrir une qualité de vie optimale à notre clientèle
- ↳ Nous intégrons l'histoire de vie de nos résidents dans nos programmes journaliers

Éthique et responsabilité

- ↳ Nous donnons une importance prépondérante à la dignité humaine
- ↳ Nous vivons selon des règles d'éthique et nous nous engageons à prendre et à assumer nos responsabilités
- ↳ Nous sommes conscients de notre rôle de modèle en matière de bonne conduite et nous agissons avec professionnalisme

S'investir pour la satisfaction de nos collaborateurs

- ↳ Nous offrons des conditions de travail attrayantes à nos collaborateurs
- ↳ Nous valorisons les bonnes performances et apprécions l'engagement de nos équipes
- ↳ Nous soutenons nos collaborateurs dans les formations de base, de perfectionnement et de formation continue
- ↳ Nous sommes francs, transparents et ouverts avec nos collaborateurs ; nous tenons compte de leurs remarques

Instaurer et appliquer notre culture d'entreprise et la qualité d'organisation

- ↳ Notre culture d'entreprise est basée activement sur le « Leadership »
- ↳ Nous mettons tout en œuvre pour faire progresser nos connaissances et notre savoir
- ↳ Nous réglons efficacement les conflits en trouvant des solutions adéquates
- ↳ Nous tirons les leçons de nos erreurs

Promouvoir l'intégration et l'engagement politique

- ↳ Nous sommes loyaux envers nos partenaires avec lesquels nous établissons des relations de confiance
- ↳ Nous donnons une image positive à nos partenaires grâce à un réseau dynamique et à une bonne communication
- ↳ Nous nous engageons en politique afin de défendre les intérêts de nos institutions
- ↳ Nous nous engageons pour des solutions efficaces économiques dans le domaine de la santé

Participer à l'engagement social

- ↳ Nous sommes conscients de notre rôle-clé au sein de la société
- ↳ Nous participons activement à la vie sociale de notre région
- ↳ Nous agissons à long terme avec réflexion et prudence

Économie et performance

- ↳ Nous pensons en terme d'efficacité quant à l'utilisation de nos produits et de nos ressources
- ↳ Nous assurons notre existence à long terme de façon indépendante économiquement
- ↳ Nous veillons à éviter l'instauration de lois et réglementations inutiles et onéreuses qui n'apportent aucune plus-value

Planification et engagement pour l'avenir

- ↳ Nous nous préparons aujourd'hui pour les défis de demain et nous restons attentifs à leur évolution
- ↳ Nous nous engageons pour avoir des professionnels de la santé en nombre suffisant à long terme
- ↳ Nous encourageons les idées novatrices

Nous n'avons pas besoin d'un centre national de la qualité des soins

↳ Le Conseil fédéral projette un institut national « pour augmenter la qualité des soins ». Qui oserait s'opposer à des améliorations vivement souhaitées ? Les associations de prestataires de services le font et ont de bonnes raisons à cela. Au lieu qu'un lourd appareil étatique inonde les entreprises du domaine de la santé avec encore plus de relevés de données, des programmes et des frais de gestion, il est grand temps de se focaliser sur les besoins réels des malades : laisser suffisamment de temps pour l'encadrement et les soins.

Il faut dire et redire en permanence les mêmes choses aux politiciens et à l'administration. Nous venons à peine de remporter la bataille contre la motion 12.3333 « Établissements médico-sociaux et assurance qualité » que le Conseil fédéral veut créer un nouveau centre avec des objectifs analogues pour toutes les entreprises du domaine de la santé. Celui-ci doit « optimiser la qualité et la sécurité des patients, lancer des programmes de qualité dans toute la Suisse et contrôler les prestations sur leur nécessité ».

Utilité et coûts des programmes Qualité

La qualité ne peut être imposée par l'État, elle se manifeste dans l'engagement des établissements de soins. *senesuisse* a donc déposé une prise de position contre une telle initiative. Les méthodes imposées d'en haut ont montré dans le domaine du management de la qualité qu'elles avaient des limites et pouvaient même s'avérer contre-productives.

Des programmes de qualité déjà mis sur pied par l'État montrent que la saisie informatique d'une foule de relevés de données avec des évaluations inexploitable – à l'exemple du canton d'Argovie où l'exploitant de trois groupes de logement avec moins de 20 places chacun a dû remplir trois questionnaires sur la qualité de plus de 100 pages chacun et a reçu un an plus tard un feedback inutilisable avec des données comparatives en 3 exemplaires de 130 pages chacun. Un exemple parmi tant d'autres.

L'utilité d'un tel centre de qualité peut être mise en doute dans le cas des homes. Comment un établissement pourrait-il remplir ses tâches à la satisfaction de tous ? La qualité de vie est perçue différemment d'un résident à l'autre et est difficile à exprimer en chiffres ; ce qui prime c'est l'engagement du personnel. Nous nous opposons donc avec véhémence à la création d'un tel dispositif qui n'aurait pour but que de lancer de nouveaux programmes et de prendre des mesures sans tenir compte du mandat initial à remplir par les prestataires, dont les ressources

financières et le temps sont limités et qui ont comme préoccupation première le bien-être de leur clientèle.

Un paiement ou un dédommagement pour ce surplus de travail n'est pas prévu. Par contre, la gestion de cet institut engendre des coûts et des impôts supplémentaires sans que son utilité soit prouvée. Mais le pire reste bien que le temps passé à accomplir ces travaux administratifs sera pris sur le temps passé à donner des soins ou à s'occuper des résidents.

Solution dans la branche au lieu d'une doctrine étatique

Le Conseil fédéral dit : « Les nouvelles activités entreprises par la Confédération sont conçues comme complémentaires et ne sauraient remplacer ni la garantie de la qualité ni les efforts déployés par les différents partenaires du système de santé ». Ceci n'est guère rassurant et laisse entrevoir le grand danger qui perce à l'horizon avec la création de ce nouvel institut : la poursuite des activités des établissements de soins n'est pas remise en question par ces dispositions, mais s'ajoute aux programmes, prescriptions et contrôles actuels.

On peut donc partir de l'idée que les efforts de qualité fournis actuellement par les établissements de soins et qui fonctionnent (p. ex. certification, ANQ) seraient automatiquement supplantés par le centre de qualité planifié. L'énergie nécessaire pour mener à bien ces projets serait remplacée par des résultats (si possible) positifs dans les statistiques théoriques (officielles) qui sont loin de la réalité quotidienne des établissements de soins.

On peut et on devrait reconnaître que les établissements de soins ont développé ces dernières années une grande diversité d'activités dans l'amélioration de la qualité. Les résultats sont positifs et bien visibles – ils sont atteints grâce à un cadre flexible, proche de la réalité et non bureaucratique en collaboration avec les cantons et les partenaires tarifaires. Ces prochains mois, le projet en cours « indicateurs de qualité pour les soins médicaux » parachèvera les prescriptions légales sur les indicateurs de qualité, une nouvelle institution de l'État ne s'impose donc vraiment pas. Les solutions qui motivent et sont proches de la pratique des établissements et des associations ne doivent pas être supplantées par des prescriptions et des tâches excessives, coûteuses et superflues. <CST





Les EMS tributaires d'un nombre suffisant d'étrangers

↳ Le peuple suisse a accepté de justesse l'initiative populaire « Contre l'immigration de masse » qui entrera en vigueur au plus tard au printemps 2017. Ceci concerne notamment les permis de travail qui, selon le texte de l'initiative, seront contingentés. Des conséquences catastrophiques pour le secteur de la santé : le personnel soignant, d'encadrement et auxiliaire vient souvent de l'étranger.

Caractéristiques de la limitation planifiée

Le groupe de travail du Conseil fédéral a publié récemment le plan de mise en œuvre planifié. Malheureusement, il ne se montre pas très généreux avec les travailleurs étrangers et avec les employeurs qui ont besoin d'eux :

- Toutes les catégories de travailleurs qui veulent travailler au-delà de trois mois en Suisse seront contingentées (pas seulement à partir d'un an ou plus).
- Le nombre de frontaliers sera aussi limité, toutefois un droit d'intervention sera accordé aux cantons concernés.
- Les ressortissants de pays tiers continueront à être désavantagés par rapport aux ressortissants de l'UE et de l'AELE. L'immigration de pays tiers restera limitée à des spécialistes.
- Une fixation en fonction des besoins.
- Ces besoins sont basés sur différents indices, par ex. le taux de chômage, le solde de l'immigration, les besoins des cantons et des partenaires sociaux.

Les revendications de *senesuisse*

senesuisse participe activement à la discussion sur une application raisonnable de l'initiative. Un tiers des 114'000 personnes travaillant dans des établissements pour personnes âgées n'a pas le passeport suisse. La section des soins aussi bien que l'hôtellerie et la restauration emploient un grand nombre d'étrangers et en sont tributaires.

C'est pourquoi la clientèle et les employeurs demandent que les restrictions pour le recrutement du personnel étranger soient le plus réduites possible. Ci-après quelques principes émis par *senesuisse* :

- Le contingentement ne doit pas ignorer les besoins de l'économie, car ceci déclencherait immédiatement une pénurie en personnel dans les entreprises du domaine de la santé : aussi bien en personnel soignant qu'en personnel auxiliaire.
- *senesuisse* soutient les obligations de formation en Suisse si elles soutiennent la formation ciblée de personnel indigène.
- Toute personne détentrice d'une autorisation acquise dans les règles doit pouvoir la garder et la prolonger.
- Il ne doit pas y avoir de limite pour les frontaliers parce qu'ils n'immigrent pas et donc cette catégorie de personnel n'est pas soumise au diktat de l'initiative.
- Les obstructions administratives pour recevoir des autorisations doivent être minimales afin que les établissements puissent recruter à court terme le personnel dont ils ont besoin.

Le Conseil fédéral est prié de trouver une solution flexible. Au lieu de manigances politiques pour arriver à résilier les contrats bilatéraux, il vaut mieux garantir le besoin en personnel – particulièrement dans le domaine de la santé. ←CST

Caisse unique

Aujourd'hui, partenariat tarifaire – demain, diktat de l'État

↳ Cet automne, le peuple suisse votera pour la 3ème fois sur la Caisse unique. *senesuisse* est sûre qu'un tel changement de paradigme se ferait au détriment du prestataire. Avec l'introduction de la Caisse unique, l'ingérence et la dominance de l'État seraient encore plus grandes. La pression à l'économie à tout prix se répercuterait sur le prestataire de service. Et ce sont les personnes ayant besoin de soins qui en pâtiraient au final.

Les initiateurs mettent en avant divers arguments pour gagner les faveurs des électeurs et des prestataires dans le combat pour une caisse unique d'assurance-maladie. Ils soulignent que non seulement la caisse unique garantit une obligation contractuelle et des tarifs garantissant la qualité, mais aussi que les tâches administratives diminueraient. Avec la caisse unique, on réduit les frais et le patient est roi – voilà le credo des initiateurs. Même si les assureurs-maladie avec leurs prétentions et leurs renvois indisposent souvent, il faut pondérer les critères. Une caisse unique revient à concentrer le pouvoir. S'il n'y a même plus un minimum de concurrence et que la satisfaction de la clientèle passe au second plan, nous ne serons plus à l'abri d'ingérences massives dans le processus des prestations de service, y compris le diktat des prestations et des tarifs. Les initiateurs visent un « Chronic-Care-Model » étatiste. Après une nationalisation, il faut s'attendre à une volonté d'influence à plus ou moyen terme.

Aujourd'hui, négociations et diversité – demain, diktat et standardisation

Si la Caisse unique était adoptée, les prestataires de service n'auraient plus qu'un seul interlocuteur de négociations avec tous les pouvoirs en main. Au lieu de négocier sur les tarifs, les contrôles et les prestations accessoires, nous aurions une réglementation unique au bon vouloir des agents de l'État. Ni la clientèle ni les établissements pour personnes âgées ne pourraient parer au diktat, il n'y aurait plus d'autres caisses. L'unification souhaitée de contrats avec tous les assurés se retournerait contre eux vu que les contenus sont fixés par la politique. Aujourd'hui déjà, les politiciens et les offices fédéraux visent une régulation et un pilotage par l'État. C'est exactement ce qui nous attend

avec la Caisse unique qui permet une régulation politique des coûts dans le secteur de la santé. L'ingérence de l'État s'oriente au baromètre météorologique général de la politique des finances et de la santé ce qui limite la liberté civile et fait craindre des changements à intervalles réguliers.

Pouvoir de l'État au lieu d'efficacité et d'idées novatrices

Ce serait formidable si le message des initiateurs garantissait une baisse des coûts avec l'introduction de la caisse unique. Mais le potentiel d'économie serait infime, celui des coûts de gestion (y incluse la publicité) sur les primes est de cinq pour cent. Celui qui veut économiser devrait donc s'attaquer aux 95 % des coûts de prestation. Au lieu d'augmenter l'incitation à une efficacité économique, à la qualité à l'innovation, la Caisse unique focaliserait sur la réglementation des dépenses et des prestations. En outre, un changement de système exigerait des investissements énormes au départ, toutes les caisses actuelles fermeraient et il faudrait créer un nouveau profil.

Aujourd'hui, déjà beaucoup d'administration – et demain, encore plus

Par expérience, on sait que les organisations publiques sont plus bureaucratiques que les organisations privées, à l'exemple de l'assurance invalidité (AI) qui nous donne un avant-goût des dépenses additionnelles pour les prestataires. La tendance à réglementer est déjà très forte dans la santé publique et selon le Conseil fédéral, elle devrait encore augmenter (« Santé 2020 »). Plus de réglementation, c'est plus de contrôles et plus de bureaucratie qui éloignent encore plus les prestataires de leurs tâches proprement dites, c'est-à-dire d'un encadrement et de soins optimaux pour leur clientèle. ←CST

Aujourd'hui déjà, les politiciens et les offices fédéraux visent une régulation et un pilotage par l'État.

Stratégie nationale en matière de démence

↳ À l'heure actuelle, quelque 110'000 personnes sont atteintes de démence en Suisse. Et leur nombre devrait augmenter ces prochaines décennies avec le développement démographique. Pour faire face à la situation, la Confédération et les cantons ont mis en œuvre un projet de « stratégie nationale de la démence ». Une très bonne initiative, toutefois la stratégie se focalise trop sur l'ensemble de la population, la famille, la recherche et l'aide temporaire. Il vaudrait mieux commencer par investir dans les structures existantes, utilisées déjà par la moitié des personnes atteintes de démence : les soins longue durée stationnaires.

De plus en plus de personnes touchées par la démence

La démence est un terme générique qui désigne différentes maladies cérébrales dues à différentes causes. Alzheimer en est la forme la plus fréquente (plus de la moitié des cas). Ces déficits cognitifs entraînent une perte progressive de la mémoire, de l'orientation et de la communication. Les malades ont une autonomie réduite et sont dépendants de l'aide d'autrui pour les activités de la vie quotidienne qui peut atteindre une dépendance complète de soins.

Concrètement, c'est un signe de l'avancée de la science. Avec une durée de vie croissante, le nombre de malades atteints de démence augmente automatiquement. La différence se remarque aussi entre hommes et femmes : comme l'espérance de vie est plus élevée chez les femmes, deux tiers des personnes atteintes de démence sont des femmes. On estime que 110'000 personnes sont atteintes de démence en Suisse actuellement. Et on compte quelque 25'000 nouveaux cas chaque année. Si bien qu'en 2030, leur nombre devrait être de 190'000 et en 2060 de près de 300'000.

Un défi, surtout pour les établissements pour personnes âgées

L'étude représentative SHURP de l'Université de Bâle confirme diverses recherches selon lesquelles le taux de personnes atteintes de démence dans les établissements pour personnes âgées dépasse nettement les 50 % (33 % avec diagnostic médical, 26–27 % avec des symptômes manifestes). Des 90'000 personnes résidant dans des institutions pour personnes âgées, 50'000 sont atteintes de démence. L'information sur la page d'accueil de l'OFSP selon lequel il y aurait 110'000 personnes atteintes de démence est donc erronée : « La grande majorité des personnes atteintes de démence est prise en charge et soignée à la maison, par des membres de leur famille ou d'autres proches. »

À cause de cette fausse estimation, les objectifs principaux de la stratégie nationale sont décalés. Ils visent en premier lieu la population dans son ensemble et la famille, mais touchent à peine les établissements pour personnes âgées. Pourtant la plupart des EMS mettent l'accent aujourd'hui sur les soins et la demande ; et ils seraient bien contents de pouvoir compter sur un soutien dans les questions d'instruction et de formation du personnel pour faire face à l'avenir. Le problème de l'encadrement ne sera pas résolu à la longue avec plus d'information et de recherche, de meilleurs diagnostics ou une offre temporaire de décharge des tâches.

Ce besoin est confirmé dans la brochure

« Stratégie nationale sur la démence 2014–2017 » :

« L'accompagnement et les soins des personnes atteintes de démence qui vivent dans des établissements de soins et d'accompagnement de longue durée deviennent plus exigeants que ceux des résidents sans démence. Des compétences professionnelles vastes et éprouvées sont requises pour aider adéquatement ces personnes dans les difficultés qu'elles rencontrent dans la vie quotidienne et qui se manifestent par une démarche hésitante, l'agitation, l'apathie, l'adynamie, l'agressivité, l'opposition, les comportements socialement inappropriés comme la désinhibition. »

Les projets manquent leur cible

La Stratégie nationale en matière de démence 2014–2017 englobe 18 projets. Trois d'entre eux visent l'information/la sensibilisation de la population et des concernés, trois autres la recherche et la collecte de données. Trois autres encore sont ciblés sur le dépistage précoce (peu utile dans les EMS), les assessments interdisciplinaires et l'encadrement dans des situations de crise. De cinq projets ciblés sur une prise en charge de haute qualité et adaptée aux besoins, un seul couvre les besoins en encadrement stationnaire, l'accent est mis sur les offres d'encadrement temporaire. Les quatre derniers projets visent à ancrer les lignes directrices éthiques, le renforcement des compétences, la formation initiale, continue et le perfectionnement ainsi qu'un financement adéquat.

Des 18 projets définis, il y en a tout au plus trois qui traitent des besoins de l'accompagnement de longue durée – qui concerne pourtant la moitié des malades. Les objectifs principaux des quatre projets en cours me semblent ne pas répondre aux besoins réels.

- Le projet « Sensibilisation de la population » semble judicieux au premier abord, toutefois il devrait s'adresser non seulement au citoyen normal, mais aux nombreux collaborateurs qui travaillent dans des établissements pour personnes âgées.
- Le projet « Diagnostic » s'adresse uniquement aux personnes concernées et à leurs proches, pourtant il y a de 26 à 27 % de personnes qui vivent dans des EMS sans diagnostic de démence, mais pourtant avec des symptômes manifestes.
- Le projet « Données » inquiète plutôt les homes que de les faire jubiler, car de nouvelles collectes de données pointent à l'horizon au lieu de traiter le problème de l'encadrement à la racine.
- Il reste le projet « Financement » qui laisse miroiter un soutien, mais en y regardant de plus près, l'espoir s'amenuise : dans un premier temps, priorité est donnée à l'offre ambulatoire et à l'offre destinée à décharger les proches (p. ex. les structures d'accueil de jour) ; les soins stationnaires de longue durée – pourtant très importants – ne sont pas à l'ordre du jour.

↳ Photos dans ce n° de *senesuisse Focus* : Katharina Tschanz ne se laisse pas déconcerter par les tâches administratives simulées par Soraya Domingos et Nour Marrouki et elle fait valoir ses droits. Merci aussi à Brigitte Schär, directrice de la Résidence Vivo. ←ISKU



Les EMS ont des besoins importants

Il y aurait pourtant un grand besoin en investissements dans les établissements pour personnes âgées. Il est vrai qu'une bonne moitié des directions d'EMS se considère bien préparée pour s'occuper de personnes atteintes de démence. 40 % s'estiment assez bien préparés et 10 % mal et même très mal préparés. À la question : quels sont les plus grands défis en matière d'accompagnement de personnes atteintes de démence, trois points ont souvent été cités :

- assez de ressources financières pour l'encadrement
- assez de personnel de soins et d'encadrement
- la hausse des besoins individuels de personnes atteintes de démence

Les ressources financières semblent être au centre des préoccupations. Le financement actuel est considéré par 69 % des directions d'EMS comme insuffisant. Une augmentation des ressources financières pour l'encadrement des personnes atteintes de démence est importante pour 63 % d'entre elles et très importante pour 20 %. Pour 40 %, un supplément hôtellerie pour personnes atteintes de démence est (plutôt) important parce que les soins et l'encadrement sont plus intensifs. Avec des ressources additionnelles, l'infrastructure pourrait être développée en fonction des besoins. Actuellement la moitié des établissements pour personnes âgées dispose d'espaces extérieurs sécurisés où les personnes atteintes de démence peuvent se déplacer librement. Moins de 10 % ont un espace réservé à la perception directe par les sens. En matière de personnel, là aussi il y a un effort à fournir : 59 % seulement disent avoir du personnel spécialisé pour l'encadrement de personnes atteintes de démence.

Conclusion

Nous souhaitons vivement que la stratégie nationale en matière de démence ne se cantonne pas sur une moitié de personnes ayant besoin d'assistance. Les offres de sensibilisation et d'encadrement temporaire sont certes nécessaires. Toutefois les offres d'encadrement longue durée sont de plus en plus nombreuses et concernent pour une bonne moitié l'encadrement et les soins de personnes atteintes de démence; ces offres n'ont pas à être traitées en parent pauvre. ←ICST

Autres informations sous www.bag.admin.ch (thèmes – politique de la santé)

De plus en plus de personnes touchées par la maladie. Concrètement, c'est un signe de l'avancée de la science.

Impressum

Rédaction
CHRISTIAN STREIT ←ICST
Directeur *senesuisse*

senesuisse
Association d'établissements
économiquement indépendants
pour personnes âgées Suisse

Parution : 3x par an
Tirage : 2600 exemplaires
1900 allemand | 700 français

Adresse de la rédaction
senesuisse
Kapellenstrasse 14
Case postale 5236 | 3001 Berne
031 390 99 19
info@senesuisse.ch

Présentation | Photos
STANISLAV KUTAC ←ISKU
stanislavkutac.ch



« Grâce à HOTELA, la gestion des assurances sociales est très facile – ses outils en ligne sont simplement épatants. »

Dieter Keller, Responsable Finances et Administration,
Groupe Tertianum, Zurich

SIMPLIFY YOUR BUSINESS.