

senesuisse 3.16

FOCUS

<i>LiMA : supprimer et intégrer !</i>	2
<i>Que paient les assureurs-maladie ?</i>	3
<i>Sécurité des patients dans les EMS</i>	5
<i>La qualité du traitement compte</i>	6
<i>Indicateurs nationaux de qualité</i>	9
<i>Service de piquet : Que doit payer l'employeur ?</i>	10
<i>Entre soins ambulatoires et stationnaires</i>	11

Quelle place notre société réserve-t-elle aux personnes âgées ?

↳ Six ans après l'introduction du « Nouveau financement des soins », ce n'est plus la personne elle-même qui est au centre des préoccupations, mais la limitation des coûts. Et pourtant les coûts ne cessent d'augmenter et le système est loin d'être au point. Mais aujourd'hui, l'Office fédéral et le Parlement sont actifs : alors que le législateur a l'intention de combler pour le moins les carences dans les questions du « financement des soins extra-cantonaux », le rapport sur le résultat de l'application montrera le besoin de corrections additionnelles. Et il reste aussi à formuler la réponse à la question fondamentale : Combien sommes-nous prêts à investir pour nos personnes âgées ?

La reconnaissance et la dignité humaine sont toujours liées étroitement avec l'argent. Nous sommes prêts à ouvrir les cordons de notre bourse pour ce qui a de la valeur pour nous. Mais la politique voit les choses sous un autre angle : quoique notre stratégie de l'économie n'ait servi à rien jusqu'à maintenant, nous devons la poursuivre coûte que coûte ! Dans ce cadre, FOCUS doit émettre quelques critiques au système de l'encadrement et des soins à nos seniors. Ceci commence avec un cofinancement insuffisant de la part des assureurs-maladie (p. 2/3), concerne ensuite, les moyens à disposition du personnel et l'autonomie des personnes concernées (p. 5/6) tout comme le niveau de qualité (p. 9) et les conditions-cadres juridiques (p. 10/11). <-1



Editorial : Norme et individualité

Dans le Focus 2.16, Christian Streit, directeur de *senesuisse* a souligné que l'ultime objectif de toute association doit être de pouvoir se dissoudre quand tous les objectifs sont atteints. Fonder une association avec pour but de la dissoudre – quelle exigence ! A vrai dire une intention formidable. Dans les faits, la plupart des objectifs premiers de *senesuisse* sont remplis. Mais comme c'est souvent le cas, la réalisation d'un objectif initial peut engendrer de nouveaux obstacles qu'il faudra surmonter. Dans le domaine de la santé (ou plutôt aujourd'hui, de la maladie), les lois, les directives et les dispositions abondent. La norme est la grande ennemie de l'individualité. Dans l'individualité, nous avons le mot individu, c'est-à-dire un être humain et pas la masse ou la collectivité.

La santé est malade de normes. Elles prolifèrent et se multiplient à la vitesse grand. L'activisme public de promulguer toujours plus de lois est un boomerang qui ignore les besoins. Non seulement, il freine les établissements dans leurs activités entrepreneuriales, mais il est diamétralement opposé aux besoins des bénéficiaires de prestations et fait exploser les coûts. Précisément, une croissance que le législateur s'efforce de stopper depuis l'introduction la LAMal en 1996.

Cette foison de normes entraîne une croissance incontrôlée de désaccords, d'activités inefficaces et un volume exponentiel de données inutiles. Les offices développent une propre dynamique. Au lieu de solutions pragmatiques, ils attendent des explications et des interventions politiques avec encore plus de réglementations détaillées. Les politiciens sont dépassés et ont perdu la vue d'ensemble. Quelques exemples :

- Dans une clinique universitaire – établissement public – un lit pour une nuit peut coûter jusqu'à cinq fois plus que les coûts facturables d'un EMS !
- Pour un rinçage d'oreille de 10 minutes avec consultation préalable, la caisse maladie verse au médecin CHF 85.10 (selon LAMal). C'est le même montant que pour les soins journaliers dans un EMS qui prennent trois heures (degré de soins 9–10 de 12) !
- Les dimensions des chambres et leur équipement sont prescrits et ne cessent d'augmenter ce qui engendre des dépenses supplémentaires non justifiables.
- Le besoin en places de soins est fixé en % de la population ; contingenté, il relève de l'économie planifiée à un bas seuil irréaliste (à l'exemple du canton de Thurgovie où 16 % de la population a plus de 80 ans).
- Les coûts imputables pour les prestations complémentaires sont cinq fois plus bas pour les résidents en appartement protégé que pour une place contingentée. Cette politique PC contraint donc les personnes âgées peu fortunées à opter pour une chambre en EMS.
- Tous les coûts et les bénéfices d'exploitation d'un EMS privé ou public doivent être publiés. Les entreprises de constructions mandatées par la Confédération ou par les cantons sont-elles assujetties à une obligation ? Absolument pas.

On pourrait allonger cette liste de directives des autorités publiques. Le résultat : normaliser entrave et empêche le développement, impose des règles sans tenir compte des souhaits des concernés.

Si nous passions au peigne fin toutes les lois et les ordonnances existantes sur leur efficacité, leur efficacité et leur bienfondé dans le domaine de la santé, je suis convaincu qu'un lifting s'imposerait immédiatement. Le résultat serait frappant.

Les établissements de soins profiteraient de ce bienfondé qui leur donnerait les coudées franches dans leurs activités entrepreneuriales tout comme les personnes concernées directement : l'individu serait valorisé et l'Etat aurait moins de coûts « normalisés » à gérer. ←CDE

CLOVIS DÉFAGO ←CDE
Président *senesuisse*



LiMA : supprimer et intégrer !

↳ Le système de santé en Suisse a quelques réglementations inutilement compliquées et donc coûteuses. L'une d'entre elles est la somme de travail disproportionnée pour facturer les « moyens et appareils ».

L'Office fédéral de la santé publique dresse actuellement la liste des moyens et appareils (LiMA). Outre les forfaits pour les soins, les prestataires peuvent facturer séparément aux caisses-maladie (AOS) les dispositifs médicaux fournis aux patients. Le Tribunal administratif fédéral éclaircit actuellement si cela restera praticable avec les EMS dans le cadre d'un jugement en suspens depuis plus d'un an.

En y regardant de plus près, il n'y a qu'une solution pour la facturation LiMA : cette facturation séparée pour quelques dispositifs médicaux doit être supprimée. Ces prestations ne sont pas chères, soit moins de 2 pour cent de l'AOS par an. On pourrait inclure ce montant dans les forfaits AOS – au lieu de forfaits négociés séparément ou par facturation individuelle (ce qui représente de toute façon un montant infime, voir p. 3).

Le modèle « Facturation individuelle » est particulièrement inefficace parce que chaque établissement doit déployer un appareil de gestion important pour facturer quelques francs : le personnel doit gérer avec minutie les achats, les ventes, les dépôts, facturations/paiements avec un logiciel (actualisé en permanence). Chaque canule médicale, chaque garniture, chaque mètre de pansement doit être saisi dans le système, une perte de temps incroyable.

Conclusion : au lieu d'entreprendre une révision totale d'un système particulièrement inefficace qu'est la LiMA, il vaudrait mieux la supprimer et l'intégrer dans les forfaits existants. ←CST

Que paient les assureurs-maladie ?

↳ En Suisse, tout le monde se plaint du montant élevé des primes des caisses-maladie. Mais ce que les assurés savent rarement, c'est la raison de cette augmentation des coûts ces dernières années. Souvent les EMS et spitex en sont rendus responsables. Les statistiques et le système à corriger contredisent cette affirmation.

Les raisons de l'augmentation des coûts

Selon la nouvelle statistique de l'Office fédéral, les coûts ont augmenté en moyenne de 3,6 % par an ces dix dernières années à l'encontre des prix des autres biens de consommation qui sont restés stables. Qui est responsable de cette explosion des coûts ?

80 % des coûts AOS proviennent de quatre groupes : traitements chez les médecins qui ont leur propre cabinet médical, traitements en milieu hospitalier, secteur stationnaire et soins ambulatoires et médicaments pris en charge par les caisses. Les prestations des EMS avec 13 % et de spitex avec 3 % sont en comparaison modestes. Malgré le vieillissement démographique, l'augmentation des coûts reste faible pour les soins de longue durée à la personne âgée.

De 2009 à 2015, le prix des médicaments est resté stable. Une augmentation sensible des coûts de l'AOS est constatée dans le secteur des traitements hospitaliers-ambulatoires (plus 34 %), cabinets médicaux (plus 28 %) et dans le domaine hospitalier stationnaire (plus 17 %). L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) mentionne qu'outre le progrès de la technologie médicale, la demande en prestations médicales a fort augmenté (consultations et interventions).

Certes, pendant ce même laps de temps, le nombre de patients et leurs besoins en soins par spitex et dans les EMS a aussi augmenté. Cependant depuis 2011 avec l'introduction du « nouveau financement des soins », le plafonnement par les assureurs-maladie a une nette répercussion sur les primes : l'assureur prend en charge un montant fixe, soit CHF 27.- d'heure de soin en EMS ; le montant résiduel est à la charge du contribuable (impôt communal et impôt cantonal) et du patient lui-même, mais le montant est limité par la protection tarifaire à CHF 16.- (spitex), resp. CHF 22.- (EMS)/jour.

Adapter ou supprimer

Depuis 2011, la part des montants AOS aux coûts EMS n'a pas bougé. La limite à CHF 9.-/20min. fait que la charge résiduelle n'est plus prise en charge par l'assureur, mais par le contribuable. Selon le graphique, les coûts financés par les primes sont passés de 53,5 % à 45,9 %. Dans le cadre de l'évaluation du financement des soins, le Conseil fédéral est prié d'adapter rapidement le montant des contributions. Pour que 53,5 % des coûts soient de nouveau couverts par l'assureur, il aurait fallu en 2014 passer de CHF 9.- à CHF 10.50.

À mon avis, la meilleure solution serait d'abandonner entièrement le cofinancement par l'assureur-maladie. Aujourd'hui, cette imputation des frais exige un appareil administratif démesuré sans que cela apporte beaucoup. Les caisses-maladie doivent engager du personnel pour contrôler et verser des prestations minimales. Elles n'ont pour aussi dire aucune influence, car la décision revient au canton en tant que financier principal et aux autorités compétentes, de contrôle et fiscales. Et il résulte un énorme supplément de travail pour les EMS. La solution serait une prise en charge entière par les cantons. Aujourd'hui, les coûts sont ventilés en différentes catégories (le mieux possible) et répartis ensuite entre les différents destinataires. Après la facturation et l'envoi, les factures doivent être contrôlées, payées et év. corrigées par tous les destinataires. Le responsable d'un EMS se fait comptable et la transparence pâtit de tout cet éparpillement.

Aujourd'hui, les EMS doivent déjà investir beaucoup de temps pour la répartition du cofinancement entre assurés et contribuables. Il faut revenir rapidement à une répartition des coûts comme prévu à l'origine. Le plus simple serait que les assureurs-maladie ne contribuent plus au séjour en EMS ; et en contrepartie, ils se chargeraient de 60 % (aujourd'hui 45 %) des prestations hospitalières. Un financement uniforme des séjours hospitaliers ambulatoires et stationnaires serait encore la mieux solution ; ceci fait d'ailleurs l'objet d'un débat actuellement au Parlement et conduirait alors à une adaptation de la ventilation des coûts. ←CST

Année	Coûts des soins en EMS en CHF	Part AOS en CHF	Part AOS en %	Rés.-jours Nombre	Rés.-jour coûts en CHF	Résident-jour Part AOS en CHF
2009	3'352,4 mio.	1'793 mio.	53,48 %	30'857'975	108,64	58,10
2010	3'415,6 mio.	1'810 mio.	52,99 %	30'793'483	110,92	58,78
2011	3'545,7 mio.	1'759 mio.	49,61 %	31'237'527	113,51	56,31
2012	3'717,9 mio.	1'815 mio.	48,82 %	31'927'091	115,45	56,85
2013	3'819,0 mio.	1'811 mio.	47,42 %	31'997'254	119,35	56,60
2014*	3'889,2 mio.	1'786 mio.	45,92 %	32'223'817	120,69	55,42

Conclusion : la part AOS au coût des soins diminue d'année en année

*2014 provisoire



Sécurité des patients dans les EMS

⇒ Qui oserait être contre plus de sécurité pour les patients ? Personne, bien sûr ! Et pourtant, les personnes qui s'occupent des soins se rebiffent : sous le couvert de « qualité », les exigences en matière de sécurité et de documentation génèrent des tâches administratives supplémentaires et réduisent le temps accordé aux patients. Une pondération entre les efforts de sécurité et la qualité de vie/accompagnement s'impose.

Les médecins ont de moins en moins de temps pour leurs patients

Dans une étude actualisée en 2016, la FMH constate que les médecins ont de moins en moins de temps à consacrer à leurs patients (Bulletin des médecins suisses n° 1, 2016) : Les médecins en soins somatiques aigus passent environ un tiers de leur temps à des activités pour les patients. En psychiatrie et en réadaptation, les médecins ne consacrent plus qu'un quart de leur temps de travail aux activités auprès des patients. Les charges administratives en milieu hospitalier augmentent : En 2015, les médecins ont consacré en moyenne 15 minutes de plus par jour à des tâches de documentation qu'en 2011. Les plus touchés étant les médecins-assistants qui ont ainsi dédié 27% de leur temps de travail à des travaux de documentation en 2015. C'est d'autant plus critiqué par la FMH que, pendant leur formation, ils devraient passer le plus de temps possible auprès des patients.

Particularités dans le secteur des soins de longue durée

Les soins de longue durée sont de plus en plus traités comme des soins à l'hôpital. Les patients (et aussi les autorités de surveillance) doivent être protégés le mieux possible contre des effets non souhaités dans les activités de soins. Ce genre de problèmes se rencontre particulièrement dans les secteurs suivants : infections, chutes, escarres, malnutrition, douleurs non traitées ainsi que des problèmes de médication et les installations médico-techniques.

Sans conteste, toutes les mesures possibles et acceptables d'amélioration pour augmenter la sécurité des patients doivent être prises. Dans cette optique, la « Fondation Sécurité des patients Suisse » (sous l'égide des offices fédéraux et des cantons) a mis sur pied un projet « Sécurité des patients dans le secteur des soins de longue durée ». Le rapport vient d'être publié avec une liste des secteurs critiques avec une remarque importante qu'il convient de relever : une particularité des soins de longue durée est que les patients vivent et habitent là où ils sont suivis, soignés et aussi traités médicalement.

Rien que l'exemple du danger d'infection met en exergue les différences entre hôpital et EMS. Pour un séjour de courte durée à l'hôpital, la situation sécuritaire est facilement supportable, même l'isolement ou le renoncement à des contacts avec la famille. Mais qui voudrait vivre dans un environnement entièrement stérile dans un home ? Rien que de voir le personnel soignant avec un masque de protection peut déclencher un sentiment de malaise parce que le résident « est chez lui ». La qualité de vie se pondère différemment lors d'un séjour de longue durée. Limiter les visites et les objets dans une chambre ne se justifierait guère, même en cas de danger d'infection élevé.

Sécurité contre autonomie et qualité de vie

Bonjour Madame Schmid, comment nous sentons-nous aujourd'hui ? Même si le patient moderne sourit à cette question abhorrée dans la formation, elle est centrale dans les soins de longue durée : nous manifestons notre intérêt à ce que le patient se sente bien – à tout point de vue. La santé n'est qu'une part du bien-être.

C'est un point qui figure dans le rapport « Sécurité des patients de longue durée » : dans le cas des soins de longue durée, divers intérêts, besoins et objectifs sont à considérer dans des situations concrètes pour assurer la meilleure qualité de vie possible aux résidents. Il peut arriver que la décision ne soit pas toujours prise en faveur de la sécurité, car elle peut être en conflit avec d'autres facteurs.

C'est particulièrement intéressant quand on doit pondérer entre autonomie et sécurité. Aussi longtemps que la personne soignée peut décider elle-même des risques possibles, le personnel soignant et la parenté doivent comprendre qu'ils doivent respecter la décision de la personne concernée (développement : ceci aura lieu au plus tard lors de la publication des « indicateurs de qualité », p. ex les retombées négatives pour l'établissement suite à une chute). Si la personne concernée n'est plus en mesure de prendre de telles décisions, son représentant et la personne qui lui prête assistance doivent évaluer la prise de risques et ses limites. Une tolérance zéro entraînerait une nette diminution de la qualité de vie. Le rapport sur l'application mentionne des mesures restreignant la liberté de mouvement. « Dans certaines situations, ces mesures peuvent aider à protéger le résident ou des tiers de dommages, mais c'est une atteinte significative à l'autonomie. »

Individualité au lieu de solutions globales

Chaque être humain est unique. Il faudrait donc que l'un des passages de ce rapport soit souligné par deux fois : « ces exemples montrent que l'on est souvent confronté dans les soins de longue durée à des situations où l'autonomie et la prévoyance sont en contradiction et où les compromis dans le cas de la sécurité du patient sont importants pour la qualité de vie et le bien-être psychique ; dans certains cas il faut composer avec des risques de sécurité ». Comme les besoins sont très variés, les solutions doivent être évaluées au cas par cas. ←ICST

La qualité du traitement compte

↳ Le financement des soins aux personnes âgées est sous pression et nombreux craignent une détérioration de la qualité. À juste titre ? Tout le monde parle de qualité, mais celle-ci est rarement mesurée aux besoins du patient. La branche et la politique prennent alors souvent des mesures dont le rapport prestation-prix est tout aussi incertain que l'efficacité de ces mesures sur la qualité. Une nouvelle approche est nécessaire.

« Dans quel canton aimeriez-vous être soigné » m'a-t-on souvent demandé suite à mon enquête sur l'organisation et les coûts des soins aux personnes âgées dans les vingt-six cantons. En tant qu'éventuel demandeur de soins, mais aussi comme contribuable et cotisant de primes pour les caisses maladie, j'opterais pour le canton avec le meilleur rapport qualité-prix en matière de soins aux personnes âgées. Mais comment trouver le juste milieu ? Pour les tarifs, nous avons relevé les coûts cumulés de toutes les prestations de soins à domicile et en EMS par personne de plus de 64 ans. Les différences sont abyssales. Les coûts peuvent être de 25 % (AI, VS, NW) au-dessous de la moyenne suisse ou la dépasser de 20 % (NE, BS, GE, AR). Par contre la dimension de la qualité est difficile à déterminer.

Dans les cantons avec plus de personnel soignant par personne nécessitant des soins, la qualité devrait être meilleure. Toutefois, la dotation en personnel ne renseigne pas sur l'efficacité. Par exemple, le Valais est le canton dont la dotation en personnel spitex et EMS est la plus basse par habitant. Pourtant, le personnel dans les EMS valaisais fournit plus de 40 % de minutes de soins en plus par poste à plein temps que le personnel dans le canton de Schaffhouse.

En outre, une dotation élevée en personnel apporte peu si le personnel n'est pas assez qualifié. Mais de combien de personnel avec formation secondaire (p. ex. ASSC) ou tertiaire (p. ex. HES, ES) a-t-on besoin pour assurer des soins optimaux ? A partir de quand trop de personnel avec une formation tertiaire serait même contre-productif ? Les études scientifiques ne livrent malheureusement pas de réponses concrètes. La politique ne se laisse pas intimider. Vingt et un cantons ont formulé diverses exigences pour la part de personnel avec formation secondaire ou tertiaire, toujours au nom de la qualité. La diversité des exigences par niveau de formation montre bien toutefois que ces dernières sont surtout de nature politique (voir ill.). D'après nos analyses, les prescriptions ne jouent aucun rôle sur la dotation effective en personnel qualifié. Quatre cantons (OW, LU, SH et ZG) qui ne formulent pas d'exigences pour le personnel avec formation tertiaire, ont même des valeurs effectives nettement supérieures à la moyenne. Les exigences de niveaux de formation sont donc inutiles. Au contraire, elles demandent plus de bureaucratie et compliquent le recrutement de personnel.

Comment bien promouvoir la qualité ?

De plus, les salaires sont souvent présentés comme facteur important de qualité. Certes, si le salaire est trop bas, la motivation des collaborateurs s'en ressent et souvent aussi la qualité. Mais quand le salaire est-il approprié ? Ainsi dans le canton de Genève, le salaire moyen dans le domaine des soins aux personnes âgées est 38 % supérieur à la moyenne suisse. Dans des cantons de Zurich et Bâle-Ville, où le coût de la vie est similaire, il est 7 % en dessus, respectivement aligné à la moyenne suisse. La qualité est-elle vraiment meilleure dans les cantons avec des coûts en personnel élevés ? Dans quatre cantons, l'on semble en être persuadé (GE, JU, NE, VD). Dans ces cantons, la CCT est une obligation dans les organisations de droit public tant dans le secteur ambulatoire que stationnaire. Dans le canton de Vaud, les organisations de droit privé sont aussi soumises à cette obligation. Dans le canton de Neuchâtel, les CCT sont certes facultatives, mais le montant du financement résiduel payé par l'Etat est toutefois nettement supérieur si une convention a été conclue. Celui-ci varie pour le niveau de soins maximum entre CHF 154.- (avec CCT 21) et CHF 74.- (sans CCT) par jour. La qualité dans les établissements privés sans CCT est-elle vraiment moitié moins bonne ? Ces établissements répondent pourtant tous aux standards nécessaires pour obtenir une autorisation d'exploitation.

Ces exemples sont la preuve que la qualité ne peut être ordonnée par des « inputs » telles des directives sur la dotation en personnel, des niveaux de formation ou de salaire. Il faut des dimensions « output » pour décrire la qualité effective perçue par les patients. Définir de tels indicateurs n'est certes pas une tâche facile. Dans le secteur hospitalier, le taux de mortalité est un indicateur important qui n'a pas sa raison d'être dans les EMS. Il faut d'autres critères médicaux comme des données sur la surmédication, les mesures restreignant la liberté de mouvement, la douleur, la perte de poids. Dans les EMS, la qualité n'est pas seulement quantitative, elle est aussi qualitative. « Vieillir dans la dignité et conserver son autodétermination » est demandé. Dignité et autodétermination ne peuvent cependant pas être mesurées avec des indicateurs exclusivement médicaux. On devrait plutôt demander aux patients et à leurs proches s'ils sont écoutés, s'ils reçoivent des réponses à leurs questions et si leurs droits fondamentaux sont respectés.

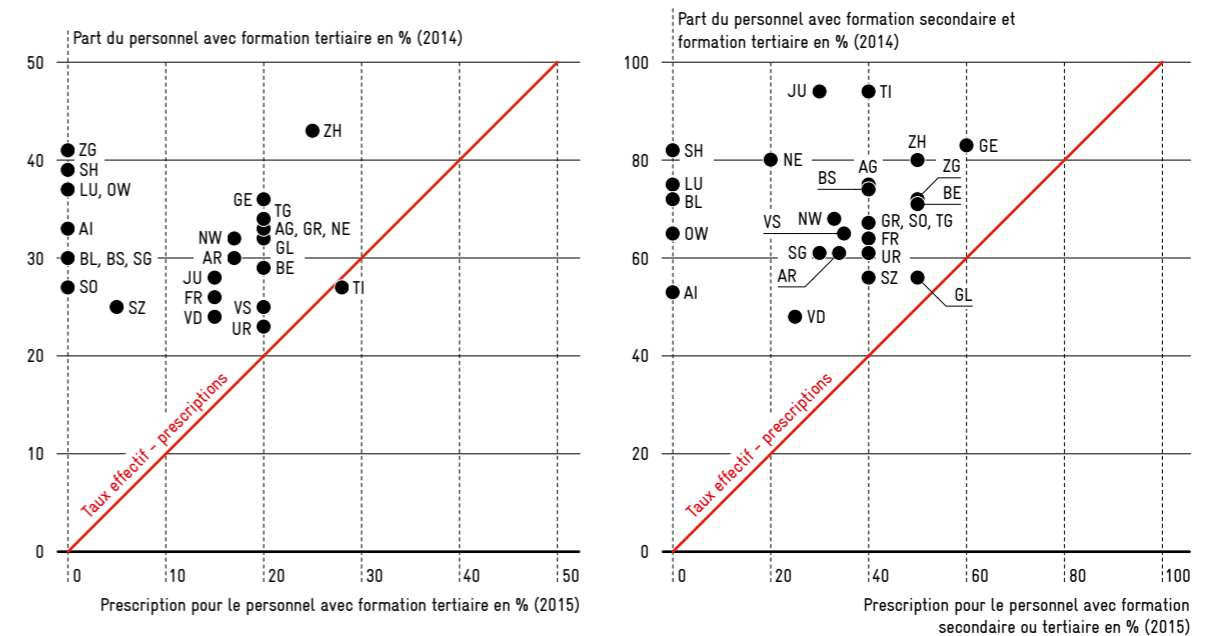
Déterminer la qualité effective n'est pas un but en soi. Avec le vieillissement de la population, les besoins en soins augmenteront et l'argent à disposition diminuera. Les prestataires de services devront alors signaler aux politiques les coupes qui ont des conséquences négatives sur la qualité effective des traitements. Inversement, les politiques devront de leur côté garantir que chaque franc investi ait un impact positif sur la qualité. Des prestations qui n'améliorent pas la qualité devront être réduites. C'est le seul moyen, malgré des ressources en personnel et financières restreintes, pour continuer de garantir à nos seniors de vieillir dans la dignité. <I>JCO

JÉRÔME COSANDEY <I>JCO
chercheur en politique sociale
chez Avenir Suisse

Exigences en termes de grade-mix sans influence sur la dotation effective en personnel

Cinq cantons n'imposent pas de prescriptions liées au niveau de formation du personnel de soins. Pourtant, ils affichent autant voire plus de personnel qualifié que les cantons avec prescriptions.

Source : OFS 2015b, enquête auprès des cantons 2015, propres calculs



Le confort à un prix abordable

Les spécialistes de diga élaborent des concepts d'ameublement allant du lit simple aux agencements d'espaces professionnels conséquents, et en respectant et dépassant même les exigences de toutes les normes et certifications. Le conseil personnalisé et les prix avantageux distinguent l'entreprise familiale. senesuisse a conclu un contrat-cadre attrayant avec le groupe diga, contrat qui assure à tous ses membres des avantages exclusifs.

Plus d'informations

diga meubles sa
Neugutstrasse 81 (à côté d'Interio)
CH-8600 Dübendorf ZH

route d'Englisberg 8
(sortie Fribourg-Nord)
CH-1763 Granges-Paccot FR

Kantonsstrasse 9 (sortie Lachen)
CH-8854 Galgenen SZ

T 055 450 55 55
www.diga.ch/care

Les établissements médicaux-sociaux et maisons de retraite souffrent de la pression des coûts en constante croissance. Parallèlement, les exigences des résidents augmentent, le personnel soignant réclame une facilitation de son travail. C'est pourquoi diga a élaboré diga care, des concepts d'ameublement adaptés à tous les budgets.

La nouvelle gamme offre des lits médicalisés de grande qualité dans différentes classes de prix, ainsi qu'un assortiment de matelas médicaux et de meubles d'appoint en harmonie avec diga care. Tous les produits ont été testés en laboratoire et sur le terrain par des institutions renommées au court de nombreux mois. La ligne complète diga care remplit et surpasse toutes les normes et certifications indispensables.

Un accompagnement du début à la fin

L'entreprise familiale diga est active depuis 155 ans. Grâce à ses dizaines d'années d'expérience dans le domaine de l'ameublement professionnel, diga connaît parfaitement les particularités des solutions complètes de ce secteur exigeant. Un conseil personnel s'écrit en lettres majuscules, car du premier dialogue à la fin du montage des meubles, l'interlocuteur reste le même.

Contrat-cadre avec senesuisse

Depuis l'automne 2016, les membres profitent de conditions d'achat spécialement abaissées. Sur présentation de la carte de membre à la filiale diga, chacun profite de la grande conclusion de contrat.

Lits médicalisés
PERFECTA

Le modèle «Perfecta Premium»
avec positionnement confort
décubitus proclive
(anti-Trendelenburg).

Le lit « Perfecta Deluxe »
est totalement réglable
selon les besoins.



Indicateurs nationaux de qualité Obligation d'ici peu pour les EMS

↳ La loi demande que les institutions de soins relèvent les indicateurs de qualité médicaux et les publient. Comme la sélection d'indicateurs plausibles s'avérait difficile (dans les hôpitaux, nombre de cas et mortalité ...), la sélection des critères a duré quelques années.

Les EMS devraient se préparer dès maintenant

Après maintes discussions, études et consultations sur des indicateurs appropriés de qualité, l'exercice est dans sa phase finale. Actuellement des établissements pilotes évaluent l'efficacité dans la pratique des définitions fixées qui ont été intégrées dans les plus nouvelles versions RAI et BESA. Fort probablement, toutes les institutions de soins de Suisse devront avoir intégré le relevé des indicateurs de qualité médicaux dans leur établissement dès 2018. On peut et on devrait déjà se préparer à cette mise en œuvre.

A quoi servent les indicateurs de qualité

Le sens et la comparabilité des indicateurs est toujours discutable. Bien des résultats ne peuvent être que peu influencés positivement parce que tout dépend du mixe des résidents et des patients eux-mêmes. C'est pourquoi les escarres et les chutes ne figurent pas dans la liste ainsi que de nombreux autres indicateurs qui ont été discutés. Leur nombre a été limité sciemment – grâce à la collaboration active des associations – à des indicateurs pertinents dans la pratique. Ceci permet de se concentrer sur des thèmes comme la médication, les douleurs, l'alimentation et les mesures limitant la liberté de mouvement. Un des critères de sélection retenu a été l'effet positif sur la qualité de vie. Ceci explique que ce paquet d'indicateurs est satisfaisant et est un défi positif pour tous les concernés. Mais pour senesuisse, il est aussi très important que les cantons réduisent le nombre de leurs propres « enquêtes de qualité » supplémentaires d'autant que la composante médicale est maintenant couverte au niveau fédéral.

Les six indicateurs fixes

Les indicateurs ci-après sont analysés dans la phase pilote et seront mis en œuvre selon toute probabilité en 2018 dans toutes les institutions de soins (intégrés dans RAI/BESA/Plaisir) :

QI 1 Malnutrition : Pourcentage de résidents/tes avec une perte de poids de 5 % ou plus au cours des 30 derniers jours ou 10 % ou plus au cours des 180 derniers jours (avec un ajustement des risques pour les personnes en fin de vie).

QI 2 et 3 Mesures limitant la liberté de mouvement : Pourcentage de résidents/tes avec fixation quotidienne du tronc ou siège destiné à les empêcher de se lever au cours des 7 derniers jours. Pourcentage de résidents/tes avec utilisation quotidienne de lits à barreaux ou autres dispositifs sur tous les côtés ouverts du lit destinés à empêcher les résidents/tes de quitter leur lit de manière autonome au cours des 7 derniers jours (l'ajustement en fonction des risques se fait sur la base des capacités cognitives).

QI 4 Médication : Pourcentage de résidents/tes ayant pris 9 principes actifs ou plus au cours des 7 derniers jours.

QI 5 et 6 Douleur : Pourcentage de résidents/tes ayant fait part de douleurs modérées ou plus fortes au cours des 7 derniers jours (autoévaluation). Pourcentage de résidents/tes chez qui des douleurs modérées ou plus fortes ont été observées au moins une fois au cours des 7 derniers jours (évaluation par des tiers). ←ICST

Service de piquet Que doit payer l'employeur ?

↳ Un nouveau jugement du Tribunal fédéral rend perplexe le secteur de la santé : une clinique a été condamnée à verser à un de ses médecins 250'000 francs pour des heures de piquet/heures supplémentaires. Quelles sont les conséquences de ce jugement pour les EMS ? Quel service de piquet doit-on dédommager et sous quelle forme ?

Conditions préalables : application de la loi sur le travail

Pour que la réglementation sur le service de piquet soit appliquée, les relations entre employeur et employé doivent être soumises à la loi sur le travail. S'il y a une relation de travail réglée par le droit public s'appuyant sur la loi et l'ordonnance sur le personnel du canton ou des communes, ces réglementations sont applicables. Mais les relations de travail entre employeur et employé réglées par le droit privé selon le CO ne sont pas soumises à la loi sur le travail, sauf dans quelques cas d'exception, ce qui permet une réglementation autonome du service de piquet ; en font part les entreprises purement familiales (art. 4 LTr), les travailleurs qui exercent une fonction dirigeante élevée (art. 3, lit. d LTr) ainsi que les « éducateurs dans des établissements » (art. 3, lit. e LTr, entre autres les assistants sociaux dans les homes pour jeunes).

Première différenciation :

service de piquet ou permanence

Si la loi sur le travail est applicable, il faut différencier entre le vrai service de piquet (selon art. 14 et 15 LTr, dans le nouvel ATF 4A_11/2016) et ladite permanence (selon ATF 124 III 249 e. a., similaire aussi art. 10, al. 2 OLT2).

Est réputé service de piquet, le temps pendant lequel le travailleur se tient, en sus du travail habituel, prêt à intervenir (art. 14, al. 1 LTr « en sus du travail habituel »).

Est réputé permanence, le travail proprement dit (personnel engagé explicitement comme « garde de nuit ») qui n'exerce que partiellement des activités de travail et qui est « de piquet », ce qui peut prêter à confusion.

Dans le récent jugement du TF, il s'agissait d'un service de piquet d'un médecin qui devrait être prêt à intervenir durant certaines heures en sus de son temps travail. Le Tribunal civil de Bâle-Ville a dû s'exprimer dernièrement sur la permanence (jugement aff. 2013.32). Il a confirmé que pour la permanence (normalement la nuit), le salaire est sans aucun doute dû. Mais son montant peut être fortement réduit ou versé sous forme de forfait ; pour un emploi plus étendu, le travail à l'appel pourrait être inclus dans le salaire (ATF 124 III 249). Dans le cas bâlois d'une soignante dans un ménage privé, le tribunal a confirmé que presque chaque convention concernant le salaire pour la permanence était possible. Comme dans ce cas, il n'existait aucune disposition précise (pour le temps de permanence entre 20h00 et 7h00), le juge a fixé un salaire horaire raisonnable en tenant de « la forte réduction de liberté de mouvement de la collaboratrice » (obligation d'être dans l'appartement) et a fixé un taux horaire relativement élevé de 8.87 CHF/h.

Deuxième différenciation :

service de piquet dans ou en dehors de l'entreprise

Quand il s'agit d'un vrai service de piquet, il faut distinguer entre service de piquet effectué dans l'entreprise (art. 15 al. 1 OLT1) ou en dehors de l'entreprise (art. 15 al. 2 OLT1). Le Tribunal fédéral a conclu dans le cas du médecin de la clinique qu'à cause du temps d'intervention relativement court (être sur place dans les 15 min.) et un chemin trop long pour un piquet externe, le médecin devait être dans l'établissement : cette intervention devait donc être considérée comme temps de travail et que c'était bel et bien des heures supplémentaires (avec supplément) puisque le médecin avait un horaire complet de jour. Quand il habitait encore dans la commune de la clinique, il pouvait assurer ce service de piquet depuis chez lui ; avant son déménagement, il n'avait droit qu'au temps effectif d'intervention en tant que temps de travail.

Conclusion et application

Seul le temps réel de service de piquet dans l'entreprise est reconnu « temps de travail complet » et doit être indemnisé au tarif du salaire complet avec suppléments, mais pas si le service de piquet est effectué hors de l'entreprise et absolument pas pour le service de permanence proprement dit. Pour ces deux dernières catégories, il faut une réglementation claire dans le contrat pour temps de travail inactif. En outre, les dispositions de santé doivent être observées lors d'appel effectif (en particulier les pauses, la durée maximale de travail, les temps de repos).

Dans la pratique, on rencontre trois modes de dédommagement pour régler le service permanence dans les EMS :

1. Un forfait pour la permanence et en sus, un salaire horaire complet pour le travail effectivement fourni.
2. Un salaire forfaitaire plus bas et fixe pour toutes les heures de présence (p. ex. 50 % du salaire usuel si les interventions sont au-dessous de la moitié du temps de présence).
3. Un forfait qui couvre un certain nombre d'heures d'intervention (p. ex. jusqu'à 3 heures d'intervention) ; au-delà, salaire horaire complet (pour les nuits avec temps d'intervention élevé). ←CST

Entre soins ambulatoires et stationnaires

↳ Alors que des cantons conservateurs croient encore que le principe « ambulatoire avant stationnaire » s'applique aussi bien pour les soins aux personnes âgées que pour les hôpitaux, les cantons innovateurs adoptent lentement mais sûrement des formes « entre ambulatoire et stationnaire ». Outre les statistiques spitex et EMS, un grand nombre de publications confirment que ce développement va dans la bonne direction.

Les nouveaux chiffres de spitex et des EMS

Au grand étonnement de tous, le nombre de jours d'encadrement dans les EMS n'ont non seulement pas augmenté en 2015, mais ont même légèrement diminué. Ceci s'explique par une durée de séjour toujours plus courte qui a d'ailleurs réduit le taux d'occupation à 93,7% avec un nombre inchangé de lits. Un développement positif, car la compétitivité oblige les fournisseurs de soins à offrir des prestations optimales à un bon prix.

Parallèlement en 2015, le nombre d'heures spitex a augmenté de presque 10 %. Ceci prouve que les personnes âgées restent plus longtemps chez elles et n'entrent que plus tard ou pas du tout dans un EMS. Mais les soins ambulatoires sont limités, ceci se confirme par la moyenne de minutes de soins fournies par jour : alors que dans les EMS, la moyenne est de 104 min. par jour, celle de spitex est de 9 minutes. Ces chiffres prouvent qu'il faut promouvoir sans attendre les offres « entre ambulatoire et stationnaire ».

↳ Les photos publiées dans ce numéro de Focus senesuisse ont été prises pour la présentation sur internet d'Allmendguet à Allmendingen. Merci à Wenger Betriebs SA de nous avoir autorisé à les publier. ←SKU

Plus de « entre ambulatoire et stationnaire »

Depuis des années, FOCUS apporte un éclairage sur les avantages des appartements protégés. Ces derniers temps, on a lu dans de nombreuses publications que de telles structures intermédiaires s'imposent parce qu'elles offrent le nécessaire en soins et accompagnement. Au printemps 2016, Curaviva Suisse a créé le modèle d'habitat et de soins 2030 dans l'objectif d'offrir des prestations de service adaptées à la personne âgée. Le Dossier Âge 2016 « Appartements encadrés avec les avantages du home » offre de bonnes alternatives répondant aux besoins de la personne âgée. L'OBSAN a d'ailleurs traité par deux fois ce sujet en 2016 : le Dossier 52 « Offre et recours aux structures intermédiaires pour personnes âgées en Suisse. » et le Bulletin 13/2016 avec une préface du secrétaire général de la CDS qui s'exprime sur l'ambulatoire et le stationnaire. Ce point de vue est confirmé dans l'étude d'Avenir Suisse (voir pages 6-7) ; l'étude d'Orgavisit (« Alternative zum Heim ? ») de mars 2016 montre aussi clairement que les résidents en EMS qui ont besoin de peu de soins pourraient vivre en toute autonomie et avec des soins adaptés dans des « Logements encadrés ».

Les cantons sont encore conservateurs

Selon une étude du Bureau Bass (« Bases juridiques cantonales et réglementaires pour des logements encadrés », août 2016) et malgré des informations claires, peu de cantons ont réagi à ce jour. Dans la nouvelle loi du financement des soins du canton de Lucerne, il est même mentionné que l'ambulatoire prévaut sur le stationnaire. Alors qu'il serait important de favoriser la solution « entre ». Les personnes âgées aux revenus modestes devraient pouvoir bénéficier aussi de ces avantages (nettement meilleur marché que les EMS), le financement par les prestations complémentaires suffirait. ←CST



Impressum

Rédaction

CHRISTIAN STREIT ←CST
Directeur senesuisse

senesuisse

Association d'établissements
économiquement indépendants
pour personnes âgées Suisse

Parution : 3x par an

Tirage : 2400 exemplaires
1800 allemand | 600 français

Adresse de la rédaction

senesuisse
Kapellenstrasse 14
Case postale | 3001 Berne
058 796 99 19
info@senesuisse.ch

Présentation | Photos

STANISLAV KUTAC ←SKU
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.