

senesuisse 3.18

FOCUS

Du chantage contre les EMS 3

au détriment des personnes âgées

L'ensemble des coûts de soins doit être couvert 4

Le meilleur et le pire du financement des soins 6

Le versement aux EMS doit être possible 7

Une foison de stratégies nationales de santé 8

La démence est aussi une maladie 10

Protection incendie : Prescriptions absurdes de l'État 11

Quand deux antagonistes se querellent

●●● il n'y en a malheureusement pas toujours un troisième qui pourra profiter de ce conflit. C'est le cas dans la lutte entre les caisses-maladie et les cantons où le patient qui est le plus faible pâtit de la situation. Alors que les particuliers doivent bien réfléchir avant d'intenter un procès, l'argent des primes encaissé sert chez les assureurs aisément à couvrir les coûts des avocats et des tribunaux.

Mais cette fois-ci, un particulier a intenté un procès à son canton qui refusait d'endosser tout le financement des coûts résiduels des soins (page 4) et a gagné. Les responsables du financement résiduel doivent maintenant améliorer un système aux structures très disparates (page 6) ; certains ignorent d'ailleurs sciemment l'obligation de prendre en charge les produits LiMA, pourtant constatée juridiquement (page 3). Il reste à espérer que les personnes atteintes de démence puissent compter sur le soutien de l'assurance pour les coûts induits par cette maladie (page 10) et que les cantons ne continueront à resserrer l'étau avec leurs réglementations. (page 11). <←





CLOVIS DÉFAGO ← CDÉ
Président senesuisse

↳ Que l'avenir s'éloigne – vive le passé !

C'est ainsi que l'on pourrait décrire l'actuelle situation politique – je serais tenté d'écrire « vicieuse » – dans notre branche. Des règlements fixés (ils ne sont peut-être pas parfaits, mais ils fonctionnent) sont remis en question et abrogés. Au lieu de chercher une solution viable pour l'avenir, on fait de la gestion rétroactive et on modifie les conditions pour un système rétrograde. Car au final, on a bien reçu l'interprétation du tribunal de cette manière. Mais « droit » n'est pas synonyme de « justice » et n'a souvent rien à voir avec le bon sens.

Deux décisions judiciaires montrent qu'au cours de ces dernières années, les cantons ont insuffisamment mis en œuvre le financement des soins. Dans son rapport, l'OFSP n'y trouve cependant rien à redire – étonnant ! Selon le Tribunal fédéral, le matériel des soins ne doit pas être payé par les caisses-maladie, mais par les instances du financement résiduel (cantons/communes). En outre le plafonnement du financement résiduel pour les soins, comme de nombreux cantons l'ordonnent, serait illicite.

Cette confirmation du caractère illégitime des limites supérieures pour le remboursement des soins nous réconforte dans notre position que nous affichons depuis des années et devrait normalement nous soulager en tant que prestataires. Je suis cependant persuadé que les cantons trouveront d'autres moyens pour limiter leur financement – au détriment des prestataires et surtout des personnes âgées. Nous resterons très vigilants.

Par contre, la décision en matière de matériel des soins/LiMA nous inquiète. Cette thématique engage des ressources considérables – sans utilité. La plupart des caisses-maladie n'entrent pas en matière pour une procédure de remboursement rétroactive – qu'elles en soient remerciées. Mais quelques-unes, cachées derrière le label Tarifsuisse SA, demandent la restitution des contributions LiMA payées depuis 2014 au moyen de longues procédures juridiques. Délibérément, nous voulons bien citer ci-après quelques-unes des plus grandes caisses concernées et devons probablement aussi le faire à l'avenir lors de notre travail de relations publiques en cas de nouvelles décisions défavorables pour la clientèle : Assura, Concordia, Groupe Mutuel, Visana.

Même le courrier signé conjointement par les présidents de CURAVIVA Suisse et de *senesuisse* est resté sans effet. Au lieu de chercher une solution pragmatique, on se cantonne – chère bureaucratie – dans une gestion rétroactive insensée et onéreuse et intente des procès aux homes innocents. Je m'attendais à plus de sagesse et non à des dépôts de plaintes dans 25 cantons pour 50 millions au total. Surtout que depuis 2011, les contributions des assureurs maladie aux coûts des soins ont été calculées trop bas et reste sans aucune rectification rétroactive. Depuis l'introduction du nouveau système de financement des soins, les contributions versées aux EMS pour les soins sont trop basses de 120 millions de francs par an selon l'OFSP ! A ceci s'ajoute que depuis 2011, les caisses-maladie ne versent uniquement les contributions aux soins qui n'ont jamais été adaptées depuis. Selon le Conseil fédéral, les coûts soins/minute n'auraient pas augmenté soit-disons. Une constatation absurde en vue de l'exigence croissante de qualité et de normes, ainsi que des salaires qui ne baissent pas non plus. Les payeurs de prestations se battent contre des facteurs de coûts minimales (les frais LiMA dans les EMS engendrent moins de 0.2 % des coûts AOS). Cela est apparemment plus facile que de lutter contre les gros morceaux qui coûtent cher, derrière lesquels – sans vouloir les nommer – se cachent des lobbys bien puissants avec des représentations en conséquence dans le Parlement.

Les dernières lignes de la réponse présidentielle à notre courrier s'avèrent quelque peu cyniques, puisque d'après celles-ci, Tarifsuisse accueillerait favorablement un dialogue renforcé entre EMS et assureurs maladie. Pour moi, le mot « dialogue » se définit autrement. Quand on insiste pour faire valoir uniquement sa propre vision des choses, il est impossible de trouver des solutions communes. Cela n'aboutit à rien quand le dialogue n'a pour but que d'imposer ses propres intérêts. Je cherche la sagesse et la clairvoyance dans la façon d'agir de Tarifsuisse et de la politique tout autour du domaine des EMS ; le sens pour cette vue de l'ensemble. Car toutes les parties sont liées les unes aux autres dans le système de santé et elles devraient être intéressées à ce qu'il fonctionne bien et durablement. Avoir raison et obtenir gain de cause sont deux choses différentes et pas souvent déterminants pour une bonne solution.

Nous devrions nous tourner rapidement vers l'avenir – où nous aurons encore bien assez de défis – et non pas nous laisser contraindre à gérer le passé d'une nouvelle manière ! De même pour les EMS qui sont concernés par un sous-financement, il ne semble pas intéressant de demander réparation, même si cela serait légitime, si enfin une bonne solution pour l'avenir peut être développée pour l'ensemble des parties.

Les feux qui couvent sont dangereux. Souvent ils demeurent inaperçus et peuvent évoluer brusquement vers un grand incendie. Notre système de santé est malade et il y a des feux couvant depuis des décennies. La politique pense avoir maîtrisé l'incendie et ne remarque pas que des flammes souterraines continuent de vaciller dans ce système détérioré. Et soudain, l'incendie se déclare à nouveau. C'est ce que nous vivons actuellement en direct dans les soins de longue durée. Après quelques années de prétendue accalmie – en tant qu'association et fournisseur de prestation, nous avons pu employer notre temps à d'autres thèmes, comme la maladie de la démence, les soins palliatifs ou le logement protégé – le feu couve à nouveau. Des questions prétendument clarifiées et résolues sur le plan politique resurgissent. Non, pas pour immédiatement ou prochainement, mais rétrospectivement, même pour les années passées selon le slogan : « Que l'avenir s'éloigne – vive le passé. » ← CDÉ

Du chantage contre les EMS au détriment des personnes âgées

↳ Certes il est compréhensible que les cantons ne voient pas d'un bon œil que certaines caisses-maladie se soustraient de plus en plus à leurs responsabilités. Par contre, il est inadmissible qu'ils enfreignent leurs obligations légales pour obtenir un changement dans la politique. Pour les frais des soins dans les EMS, c'est particulièrement flagrant, car de tels manquements se répercutent sur les propres citoyens – les plus démunis de tous.

Les EMS pris en otage par les cantons et les communes

Que peuvent faire les établissements de soins, si les cantons et les communes – malgré leur obligation légale ! – ne financent pas intégralement leurs coûts pour les soins ? Ils ont précisément trois options. La première, économiser en congédiant du personnel (généralement, entre 70 et 85 % des charges globales découlent de ce poste). La deuxième, augmenter les revenus en priant les résidents – à l'encontre de la protection tarifaire – de passer encore un peu plus à la caisse. La troisième, ajourner les investissements avec une perte en conséquence de l'attractivité du site et le risque de devoir fermer l'établissement à plus longue échéance.

Dans un cas comme dans l'autre, de telles mesures frappent les résidents et sont inacceptables. C'est pourquoi le législateur national a obligé les cantons et les communes, responsables du financement résiduel, de couvrir les coûts des soins entièrement. Puisque le Tribunal a déclaré que le financement du matériel des soins (LiMA) n'incombe pas aux assureurs-maladie, cette prise en charge revient directement aux instances du financement résiduel. Juridiquement la situation est claire et même l'OFSP, que l'on connaissait plutôt hésitant, a confirmé à plusieurs reprises cette obligation de prise en charge.

Les cantons/communes ont-ils bien reconnu qu'il leur revenait de payer au plus tard depuis 2018 ? Reconnu peut-être, mais pas mis en œuvre. Les raisons de ce refus ne peuvent être que politiques : En refusant de payer, on veut contraindre les prestataires d'assister à créer une situation de détresse et de remettre l'ardoise sur le dos des assureurs. Cette façon d'agir des cantons/communes envers les EMS et surtout envers les résidents dans les EMS n'est pas correcte. C'est encore pire que de nombreux indépendants ont dû cesser leur activité (p. ex. les spécialistes dans le traitement des plaies) et que l'ensemble des frais augmente (parce que pour changer les pansements il faut dorénavant aller à l'hôpital où le décompte du coût du matériel est pris en charge).

Des caisses-maladie obstinées

Pour les assureurs-maladie, c'est une nouvelle victoire devant les tribunaux (être en procès semble bien leur plaire) – une victoire qui ne sert absolument à personne (sauf aux avocats). Il n'y aura pas d'incidence sur le montant des primes lorsque ces quelques millions seront désormais payés par le contribuable au lieu de l'assuré. Ce qui est particulièrement révoltant, c'est que les EMS dans plus de 20 cantons ont été poursuivis en justice avec effet rétroactif et obligés de rembourser les contributions pour 2015–2017 bien qu'un remboursement des primes encaissées n'est pas praticable. Alors que des assureurs comme CSS, Helsana, CPT, Sanitas et Swica renoncent à des procédures complexes et onéreuses, d'autres assureurs comme Assura, Concordia, Groupe Mutuel et Visana campent sur leur position.

Personnellement, j'en tire les conséquences. Après de longues années de fidélité à l'un de ces assureurs obstinés, ma compagnie d'assurance sera la CPT dès 2019. ← CST



Gain de cause pour les EMS : L'ensemble des coûts de soins doit être couvert

↳ C'est maintenant officiellement confirmé par les autorités : les cantons/communes doivent payer tous les coûts résiduels des soins. Ils ne peuvent pas fixer un plafond à leur gré et refuser la prise en charge en avançant des arguments fallacieux de « non-économisme ». Lors d'un doute, ils devraient au contraire apporter la preuve du manquement de gestion économique ; ou alors payer.

Le cas qui fait jurisprudence

Madame A résidait dans un EMS du canton de St-Gall. Comme il est usuel dans ce canton, elle payait tous les coûts qui lui incombait (séjour et soins) à l'EMS. Elle pouvait ensuite faire valoir ses droits au remboursement des dits « coûts résiduels des soins » auprès de la caisse cantonale de compensation, c'est-à-dire la totalité des coûts des soins en soustrayant ses contributions de patiente et celles de la caisse-maladie.

L'établissement cantonal des assurances sociales (ECAS) du canton de St-Gall en tant que caisse compétente de compensation refusait de lui rembourser la totalité des coûts résiduels. Elle considérait que les soins n'étaient pas prodigués de façon économique. Le canton de SG a fixé une limite de plafond à respecter pour les remboursements – de façon que cela suffise pour les trois quarts des EMS qui sont moins chers. Si un EMS se trouve donc parmi le quart le plus cher, le remboursement complet ne serait pas dû au complet, mais seulement jusqu'à la limite définie de l'économie.

La résidente de l'EMS s'est adressée au Tribunal cantonal des assurances et a fait valoir que la totalité des coûts résiduels devait lui être versée. Le tribunal a fait faire une expertise de l'économie des soins pour juger de la gestion. Sur la base de cette expertise, l'ECAS a été sommé de payer la totalité des coûts de soins résiduels (au-delà du montant maximal fixé).

L'ECAS a porté plainte contre cette décision auprès du Tribunal fédéral. Pour la Cour suprême, le jugement était d'importance : non seulement c'était une décision prise par cinq juges qui l'ont rendu publique, mais un communiqué de presse a également été rédigé. Le TF a condamné l'ECAS en tant qu'office de paiement à prendre en charge toute la somme et a précisé que même sans cette expertise d'économie, il aurait dû la prendre en charge.

Contenu du verdict

Ceux qui lisent régulièrement le FOCUS connaissent bien les bases légales : l'art. 25a al. 5 de la LAMal, dont la formulation est quelque peu maladroite s'applique en l'occurrence : « Les cantons règlent le financement résiduel ». Le Tribunal fédéral reprend ici l'avis du Parlement qui s'est déjà exprimé à ce sujet par le passé : les cantons doivent garantir la prise en charge de l'ensemble des coûts résiduels des soins. Ou avec les mots du tribunal (E 3.3) : *Le montant résiduel qui n'est payé ni par la caisse-maladie ni par le résident est à la charge des pouvoirs publics (cantons et communes) ce qui n'est pas clairement exprimé dans la loi, mais sous-entendu.*

Certes, le Tribunal fédéral autorise expressément des plafonnements des coûts (E. 6.1) : *En considérant ce qui précède et conformément à la jurisprudence, les cantons peuvent en principe déterminer leur devoir de financement résiduel sur la base d'un système forfaitaire, ici sous forme de montants maximaux.* Mais il mentionne également les conséquences d'un dépassement de ces limites (E. 7.4.3) : *Si dans certains cas, les plafonds fixés ne permettent pas le règlement des coûts résiduels, ils sont considérés incompatibles avec la réglementation à l'art. 25a al. 5.* Ainsi la règle des montants maximaux fixés ne dispense pas de prendre en charge des coûts plus élevés.

Obligations pour les EMS et les instances du financement résiduel

Selon le Tribunal fédéral, les EMS doivent fournir la base de calcul comme preuve des coûts, condition qui était remplie dans le cas cité avec la comptabilité d'exploitation. Selon l'OCP, ils doivent tenir une comptabilité analytique et une statistique des prestations (E. 6.2 et 7.4.4.2) : *... selon les dispositions figurant dans l'Ordonnance OCP, l'EMS doit classer les coûts selon la nature des prestations et de la prise en charge ...* À cet effet, l'enregistrement du temps de travail d'une manière pragmatique (p. ex. analyse de la durée du travail, étude du temps des tâches ; E. 6.2 et 7.4.3) est applicable : *... que la répartition des coûts entre soins, encadrement et hôtellerie soit basée sur la saisie du temps de travail.*

De leur côté, les cantons doivent exercer leur obligation de surveillance et payer tous les coûts résiduels des soins. (E. 7.4.3) : *C'est la tâche des cantons auxquels incombe le financement résiduel pour les coûts des soins de garantir que les directives soient bien appliquées, év. sous forme de prescriptions tarifaires, ainsi que – dans le cadre de leur obligation de surveillance – d'intervenir en cas de besoin et de prendre les mesures nécessaires. ... si cela n'a pas lieu, les pouvoirs publics doivent prendre en charge les coûts supplémentaires.*

La meilleure des mises en œuvre possible

C'est maintenant bien clair : les coûts de soins avérés doivent être pris en charge par les instances du financement résiduel. C'est l'unique moyen d'assurer la protection tarifaire pour les résidents et l'existence des établissements de soins à long terme.

Là où le système cantonal prévoit un financement complet des coûts de soins selon la comptabilité analytique, il n'y a pas nécessité d'intervenir. Mais cette nécessité existe pour les cantons avec des montants maximaux. Par contre, ces derniers devraient s'abstenir d'introduire des mécanismes compliqués et onéreux comme contrôles, mais peuvent conserver leurs montants maximaux. Pour les établissements qui sont au-dessous de ces limites, ils peuvent estimer une gestion des soins économique et efficace. Dans le cas des EMS plus coûteux, ils doivent aussi payer, mais devraient regarder de plus près. Ils pourraient leur demander des justifications, pourquoi les coûts des soins sont plus onéreux chez eux (p. ex. à cause de cas en psychogériatrie) et en cas de surdotation en personnel, demander une compression. En cas de présomption de non économie, le Tribunal fédéral rappelle explicitement la possibilité de procédure de contrôle et de conciliation prévue à l'art. 8a OPAS. ←ICST



Dès maintenant les établissements pour personnes âgées peuvent faire preuve de leur qualité!



Par exemple www.elfenau-park.ch



Par exemple www.casa-solaris.ch

Comment reconnaître les bons établissements médico-sociaux?

Comment les futurs résidents peuvent-ils être sûrs qu'ils se sentiront à l'aise et en de très bonnes mains?

Comment la famille peut-elle avoir la certitude que leurs parents se sentiront bien encadrés et seront bien soignés?

Comment les demandeurs d'emploi peuvent-ils savoir si la qualité d'employeur correspond à leurs attentes?

SQQ HealthCare répond à ces questions.



Découvrez-en d'avantage sur ce système de réputation unique en consultant notre site web: www.swissqualiquest.ch/soin.html

Ou contactez directement Oliver Glauser, responsable de marché SQQ HealthCare, au 032 588 20 10 ou oliver.glauser@swissqualiquest.ch



Cantons : Le meilleur et le pire du financement des soins

↳ C'est injuste que la presse s'acharne contre l'ensemble de la branche des EMS, rien parce que – comme dans toute branche – il y a quelques brebis galeuses. Ce serait la même chose si on prétendait que tous les cantons négligent leurs obligations de financement des soins. C'est pourquoi nous citons ci-après quelques exemples concrets.

Le **canton de Zoug** est en tête du palmarès des meilleurs. Il applique le financement sur la base des coûts effectifs. Le montant du financement est approprié et permet de fournir des soins de qualité. Le seul désagrément est la charge administrative importante pour traiter avec chaque commune, car il n'existe pas de solution à l'échelle cantonale. Les **cantons de Glaris, Lucerne, Schwyz et Uri** appliquent un système similaire, mais avec un financement résiduel inférieur.

La décision du Tribunal fédéral (page 4) met le **canton de St-Gall** au pilori. Mais le verdict dissimule que des plafonds de financement puissent en effet remplir leur mission pour encourager l'économicité des prestations. Par contre, il n'est pas permis de juste limiter le paiement aux établissements excédentaires, il faut chercher les causes comme la surdotations budgétaire ou l'inefficience et les éliminer. Puis, il est très appréciable ici – comme également par exemple dans le **canton de Thurgovie** – qu'une solution pragmatique ait pu être élaborée rapidement pour le remboursement LiMA 2018 et que de convenables forfaits journaliers PC de CHF 180.– à CHF 200.– maximum aient pu être fixés.

Les **cantons d'Argovie, des deux Appenzell, de Bâle-Ville, Berne, Nidwald et Schaffhouse** sont dans la moyenne. Ils ont un bon système, mais le plafond du financement résiduel est trop bas. Ce qui fait que nombreux sont ceux qui font appel à des subventions au détriment du contribuable et donne ainsi un avantage concurrentiel à certains établissements.

Le tableau est moins rose pour le **canton de Zurich**. La limite des soins remboursés ne s'y trouve pas au 75^e ou 80^e centile mais au 50^e centile, bien trop bas. Il est fort improbable que la moitié des établissements soient gérés de façon inefficace et n'aient donc pas droit au soutien financier nécessaire pour les soins. En outre, le calcul est basé sur les chiffres d'il y a deux ans au lieu du montant actuel des coûts (salariaux). Les établissements qui signent une convention de prestations doivent faire face à de grands désavantages : comme ils ne doivent pas dégager de bénéfices, même pour l'hébergement ou l'accompagnement, ils ne sont nullement incités à la gestion économique et les investissements ne sont pas planifiables.

Le **canton de Soleure** se distingue par une réglementation très négative, car malgré des coûts en hausse, non seulement il n'a pas augmenté le financement résiduel depuis des années, mais il l'a même réduit (pour de purs motifs de politique financière). On refuse aussi bien une solution LiMA qu'une adaptation des contributions aux coûts des soins, en avançant des excuses intenable. Certains EMS arriveraient encore à faire des bénéfices (ce qui n'a rien à voir avec les soins, mais avec de bonnes offres complémentaires) ; et il y aurait toujours des EMS avec une occupation des lits inférieure à 100 % (ce qui est tout à fait normal à cause de rénovations, d'utilisation de chambres à plusieurs lits comme chambres individuelles ou encore de chambres non occupées de suite après un décès).

Le **canton de Bâle-Campagne** est également un exemple particulièrement négatif qui refuse depuis des années de se soumettre même aux pressions de chiffres concrets et au surveillant des prix. Par décision purement politique, le besoin de financement correctement comptabilisé est ignoré et ce encore une fois, au détriment des personnes concernées qui devraient y avoir droit. Même après le jugement du tribunal en sa défaveur, les coûts normatifs des soins ont été fixés à moins de CHF 70.– par heure de soins bien que l'analyse approfondie des outils de saisie des coûts ait démontrée une valeur à presque CHF 90.– par heure de soins.

La situation est extrêmement déplorable en **Suisse romande**. Quelques cantons prévoient une contribution aux coûts résiduels qui n'atteint même pas la moitié des montants usuels en Suisse alémanique. Les coûts des soins ne peuvent être couverts dans les **cantons de Fribourg et du Jura** avec le régime existant. Par contre, leurs EMS publics sont subventionnés et reçoivent un avantage injuste. La systématique du **canton de Neuchâtel** est particulièrement fallacieuse : Ici, les établissements qui sont soumis à la Convention collective de travail (CCT Santé21) reçoivent ainsi le multiple du financement résiduel des établissements qui n'ont pas signé la CCT. Cela contraint pratiquement les établissements non conventionnés à s'y soumettre et entraîne une augmentation sensible des coûts. Quant au **canton de Vaud**, qui fait probablement figure de lanterne rouge : le flot de prescriptions d'une part, et un financement résiduel très bas d'autre part, font que pratiquement seuls les établissements entre les mains des pouvoirs publics pourront survivre à long terme. ←CST

PC : Le versement direct aux EMS doit être possible !

↳ Les délibérations sur l'ensemble de mesures concernant les prestations complémentaires touchent à leur fin. Au programme figurent surtout des économies, p. ex une baisse du montant de la fortune non imputable et le versement uniquement pour les jours effectifs et non plus pour des mois entiers. Dès lors, il est très important que le Conseil des États fasse sien le choix du Conseil national pour que le versement direct aux établissements des PC pour les séjours en EMS soit possible – car c'est bien pour cette raison-là que l'argent est versé !



Ne pas imposer à double le contribuable !

Les prestations complémentaires servent spécifiquement à couvrir les coûts dans les hôpitaux/EMS. Elles devraient donc être utilisées à cet escient et pas à d'autres fins. Une cession du versement des PC à un EMS n'est pas autorisée aujourd'hui bien que l'argent des PC serve à cela ; ce qui est par contre la norme avec l'assureur-maladie. Ceci demande à être corrigé : ce n'est qu'avec la possibilité d'un versement direct des taxes de séjour PC aux établissements que l'on sera sûr de l'utilisation adéquate de l'argent et donc que le contribuable, via les communes/le canton, ne sera pas obligé de payer à nouveau pour des pertes.

Les personnes âgées courent le risque de ne pouvoir entrer dans l'EMS de leur choix sans cette réglementation : À cause d'une multiplication de cas où l'argent des PC est utilisé à d'autres fins (souvent au décès du résident, la parenté utilise l'argent reçu de la taxe d'EMS pour régler d'autres factures), des EMS particulièrement appréciés refusent de plus en plus d'accueillir des personnes ne présentant pas une garantie de financement.

Des économies et une lueur d'espoir

La révision PC avait à l'origine pour but d'interdire ou de limiter le retrait du capital de la caisse de pension, mais ce n'est plus d'actualité. On a constaté entre-temps que peu de personnes touchent les PC parce qu'elles avaient retiré leur capital à d'autres fins et qu'il a ainsi disparu. Il est aussi positif de noter l'augmentation urgemment attendue des contributions au loyer : elles ne sont plus limitées au montant irréaliste de CHF 1'100.– par mois, mais oscillent entre CHF 1'210.– et CHF 1'370.– selon la région. Pour une deuxième personne dans le même appartement, un supplément de CHF 250.– est accordé.

Moins réjouissant est le fait, qu'à cause des coûts en hausse, des coupes sont également nécessaires. Ainsi les bénéficiaires de PC auront moins de fortune personnelle à disposition et donc ne pourront que rarement s'offrir un petit supplément. Du côté des EMS, une décision douloureuse est que les PC ne seront plus versées pour un mois entier, mais par jour effectif. Comme le dernier décompte se fera alors au jour du décès, le risque que la dernière facture de l'EMS reste impayée ne fait qu'augmenter. Il est donc d'autant plus important que la caisse cantonale verse directement les PC aux établissements ! ←CST

Une foison de stratégies nationales de santé – sans bases

↳ Selon le philosophe chinois Lao-Tseu, « Mieux vaut ne rien faire que d'être occupé en ne faisant rien ». Est-ce le cas pour les nombreuses stratégies nationales de la santé ? Les EMS sont invités à apporter leur aide dans leur application. Comme on le constate, ces stratégies sont conçues avec d'innombrables objectifs et des mesures sans bases de données et sans coordination.

L'ONU découvre l'assiette de soupe dans l'EMS

Si l'ONU lance un appel, c'est forcément urgent ! A la mi-novembre, un office fédéral a envoyé à plusieurs associations une « invitation pour un échange stratégique le 29 novembre 2018 concernant la réduction de la moitié des déchets alimentaires ». Il s'agit de l'agenda onusien 2030, plus exactement du sous-objectif 12.3 qui demande une réduction de moitié du gaspillage alimentaire au niveau mondial jusqu'à 2030. On souhaiterait trouver des solutions avec tous les acteurs sur des bases volontaires, avec des objectifs contraignants de réductions et de mesures. Une esquisse annexée montre la marche à suivre jusqu'en 2030. ONU ? Invitation urgente ? Gaspillage de nourriture dans les EMS ? Cet Agenda ONU existe depuis 2015 et comprend 169 objectifs subdivisés en dix sous-objectifs. L'objectif 12.3 est donc l'un de ces 1'690 ...

Devant une telle foison d'objectifs, la perte de vue de la réalité

La stratégie pour le développement durable adoptée par le Conseil fédéral en 2016 a réparti les 1'690 objectifs de l'ONU en neuf champs d'action et 52 objectifs. L'un des objectifs stipule : « Les entreprises utilisent les ressources le plus efficacement possible en optimisant l'aménagement de leurs processus de production et de leurs produits ». Le plan d'action Economie verte va l'énoncer. Un autre objectif est : « Les personnes qui souffrent d'une maladie chronique reçoivent le soutien et le traitement dont elles ont besoin ». Ne devrait-il pas être cet objectif-là qui soit prioritairement adressé aux EMS ?

La Stratégie « Santé 2020 » lancée par le Conseil fédéral en 2013 fixe également quatre champs d'action, 12 objectifs, 36 mesures et aujourd'hui plus de 90 projets partiels, dont 15 autres stratégies de santé. Cela va de soi que « Santé 2020 » se base sur la stratégie de l'ONU/OMS « Santé 2020 pour le 21^e siècle ». Les fonctionnaires vont-ils réussir à ne pas perdre le fil de la réalité dans les EMS suisses avec tous ces objectifs onusiens ?

Ne rien faire n'est pas une alternative

La Confédération et les cantons adoptent communément les stratégies nationales de santé. L'OFSP participe à leur création et la plupart du temps à leur mise en œuvre. L'OFSP ne dit-il pas : « Pas de politique de santé efficace sans preuves scientifiques » ? Selon cet énoncé de l'OFSP (Public Health Cycle), la nécessité d'agir est donc établie sur la base de données démontrant la récurrence d'un problème. Des mesures en découlent et sont priorisées. Puis suit l'application dont le succès sera évalué. La stratégie sera adaptée en fonction des résultats. Voici pour la théorie.

Dans la pratique, le principe TINA domine : There Is No Alternative. Tout d'abord la stratégie se réfère à de multiples données, objectifs et mesures internationaux. Si des données font défaut sur la récurrence d'un problème en Suisse, les stratégies seront appliquées sans relation avec la réalité, mais avec beaucoup d'argent, selon le principe : Si ça n'aide pas, ça ne fera pas de mal.

Quelques exemples : aujourd'hui nous n'avons toujours pas de données sur le nombre de personnes atteintes de démence en Suisse. Les données connues qui suggèrent un développement dramatique

reposent sur des hypothèses et des estimations surannées. La stratégie sur la réduction des maladies infectieuses en Suisse ne fournit pas non plus de données sur la fréquence et les causes, mais de multiples mesures sont planifiées pour tous les EMS. Le plan d'action « Prévention du suicide » veut réduire le suicide non-assisté de 25 % jusqu'en 2030 en introduisant un concept de prévention suicide dans tous les EMS. Suite à une requête, l'Office fédéral répond « Nous ne connaissons pas les dimensions de la problématique du suicide dans les EMS, pouvez-vous nous fournir des chiffres ? » La stratégie pour les maladies non transmissibles doit faire économiser beaucoup d'argent durant les fins de vie, afin que les gens restent plus longtemps en bonne santé ; quoique la Commission d'experts de la Confédération ayant pour tâche d'élaborer des mesures pour maîtriser les coûts ne voit aucun potentiel d'économie parce que les coûts se compenseraient au final.

Le jeu pour la recherche de données se poursuit dans d'autres stratégies, plans d'action et programmes qui définissent les EMS et les associations comme acteurs importants pour la mise en œuvre ainsi que des personnes très âgées comme groupe cible (p. ex. résistance aux antibiotiques, égalité des chances, grippe, vaccination, hygiène buccale, dépendances etc.). Même les organisations scientifiques ne sont pas immunisées face au principe TINA. Une organisation faitière élabore sur la base d'expériences – mais sans données – une prise de position intitulée « La santé mentale dans les EMS » avec de nombreuses revendications. Une autre fondation scientifique a relevé des données pour un programme sur la sécurité de la médication dans les EMS avec le soutien de ces derniers (avec évaluation uniquement interne), mais ne souhaite pas mettre à disposition de la branche les résultats de ses recherches pour des évaluations indépendantes.

Analyser en détail le comportement de personnes très âgées

Sur la base de ces développements, des questions fondamentales se posent : Qu'est qui est urgent et important ? Où obtenons-nous la plus grande efficacité avec des moyens limités ? À quels problèmes réels de mise en œuvre devons-nous enfin nous attaquer (p. ex. financement des soins palliatifs et démence) avant de nous engager dans d'autres stratégies ? Finalement : Quelles sont les stratégies auxquelles il faut renoncer parce que le problème n'est pas assez important ?

Quotidiennement, il y a d'innombrables défis à affronter dans les EMS pour assurer la qualité de vie de personnes très âgées. Au lieu de scinder les défis liés à la maladie et à la vieillesse en de nombreuses stratégies, il faut voir la personne âgée dans son entier, comme ayant un corps, un esprit et une âme. L'EMS œuvre pour des êtres humains et non pas pour des stratégies et des mesures bureaucratiques. Notre invitation à l'Office fédéral est la suivante : « Nous vous invitons à aborder les défis non pas dans l'optique de diverses stratégies thématiques nationales, mais du point de vue des personnes très âgées avec de pathologies multiples ainsi que des acteurs de la santé et de créer pour eux-ci (sans lesquels aucune stratégie ne peut être appliquée) une perspective globale des exigences. » La discussion autour du sous-objectif 12.3 serait alors très différente. ← MICHAEL KIRSCHNER ← collaborateur scientifique CURAVIVA Suisse



AQUATIS Aquarium-Vivarium Lausanne est un concept unique en Suisse et en Europe. Il met en scène des animaux vivants grâce à une scénographie totalement immersive et interactive à l'aide de technologies numérique innovantes. Il se positionne comme le plus grand Aquarium-Vivarium d'eau douce d'Europe.

Plus qu'un aquarium ou un vivarium, AQUATIS est une découverte des milieux d'eau douce les plus fascinants de notre planète.

AQUATIS vous attend dès maintenant à Lausanne pour un voyage à travers les cinq continents.

AQUATIS Aquarium-Vivarium Lausanne
Route de Berne 144 – 1010 Lausanne / Vennes
+41 21 654 23 23 – sales@aquatis.ch – aquatis.ch

Chère Suisse : La démence est aussi une maladie

↳ À cause de cette maladie médicale, les personnes atteintes de démence doivent faire de plus en plus face à des problèmes – qui sont sans ambiguïté démontrables – lors de leur vie au quotidien. C'est donc leur droit et notre obligation sociale de tenir compte des conséquences de la maladie – à l'exemple de toute autre maladie – dans le financement des soins. La demande de complément des prestations nécessaires est déposée.



La démence est une maladie

Il est scientifiquement prouvé que la perte de mémoire avec l'âge n'est pas seulement un processus naturel, mais dans bien des cas, est liée à une maladie. Un diagnostic peut permettre de détecter la maladie. Qu'est-ce qui nous empêche alors de financer les effets de la démence par la caisse-maladie ? Plus rien ne doit nous empêcher d'agir : les patients avec diagnostic médical ne devraient pas avoir à payer eux-mêmes les prestations requises et encore moins à y renoncer pour des raisons financières !

Prestations classiques incontournables

Avec nos associations partenaires et le soutien de la CDS, nous demandons que, comme pour des maladies similaires, les patients puissent compter sur une aide sous forme de soutien, conseils et surveillance en tant que traitement médical. Ne s'agit-il pas ici de soins classiques de base que les personnes atteintes de démence ne peuvent gérer elles-mêmes, comme manger/boire, assumer les soins corporels et bouger ? Elles ont besoin tout comme leur famille d'un soutien professionnel pour gérer leur quotidien.

En même temps, nous demandons que le catalogue des prestations de soins soit complété. Les personnes atteintes de démence souffrent souvent de conséquences directes de la maladie comme de l'apathie, de l'agressivité, de la peur et d'idées délirantes. Les actes de soins liés à ces symptômes ne doivent pas être simplement considérés comme encadrement – à la charge des personnes concernées.

Il faut traiter ce problème aujourd'hui, et non après-demain

L'initiative « Pour des soins infirmiers forts » est le signal d'alerte qui exprime le mécontentement du personnel soignant face à un financement lacunaire : quand l'argent manque, le temps manque aussi. Le personnel vit dans un perpétuel dilemme : il doit fixer des priorités et n'arrive pas à accomplir des tâches pourtant indispensables. Toutes les recherches scientifiques et les prospections sur la démence ne serviront à rien si le temps manque pour les appliquer. A ceci s'ajoute que déjà les prestations de base pour les malades atteints de démence exigent du temps supplémentaire qui n'est pas considéré. Nous devrions donc également utiliser l'initiative « pour des soins infirmiers forts » afin de traiter le problème à la racine : le personnel soignant doit avoir plus de temps à disposition pour ne pas être continuellement sous tension. Ceci est faisable en réajustant les outils d'évaluation permettant de déterminer la charge effective de travail.

Nous sommes à un tournant capital : des milliers de nos concitoyens ont besoin de notre aide. Nous leur devons une prise en charge correcte des coûts liés à la maladie en cas de démence. <I>CST

Protection incendie : Prescriptions absurdes de l'État

↳ Des directives bureaucratiques pour les EMS dépassent l'entendement et même dans bien des cas l'imaginable. *senesuisse* a donc créé un blog sur lequel nous publierons toutes les trois semaines une nouvelle histoire sur les embûches de la bureaucratie et de l'administration. Des faits incroyables, mais authentiques comme cette première histoire publiée sur le blog sous www.senesuisse.ch/blog

Comment faire une montagne ignifuge d'une télé-taupinière

Il était une fois un établissement de soins pour personnes âgées qui offrait une excellente qualité de vie à ses résidentes et résidents dans une atmosphère personnalisée – et qui le fait encore aujourd'hui. Il va de soi que l'équipement est adapté aux besoins. Une évidence qui, derrière les coulisses, relève souvent de l'exploit à cause des tâches administratives. C'est d'ailleurs le sujet de cette histoire : Elle montre comment les exigences des autorités peuvent rapidement et durablement transformer une taupinière en montagne.

Tout feu tout flamme pour la protection incendie

Il y a peu de temps, cet EMS a voulu installer de nouveaux écrans de télévision et rehausser ainsi le confort dans son établissement. N'allez pas croire que ce fut une petite affaire : choisir le modèle adéquat s'est révélé une tâche de longue haleine. Car dans les établissements pour personnes âgées, la dimension de l'écran, la résolution de l'image, le prix et la qualité de l'image sont des critères secondaires au moment de l'acquisition. Ce qui prévaut, ce sont les dispositions de l'assurance immobilière et de la police du feu.

Dans ce cas précis, les autorités prescrivaient que les nouveaux téléviseurs devaient être impérativement ignifuges. Mais on a vite constaté que cette condition ne pouvait être remplie avec des appareils vendus en Suisse. L'EMS s'est alors résolu à poursuivre ses recherches à l'étranger – et a trouvé un appareil adéquat aux Etats-Unis. Simplement, le prix de ce téléviseur ignifuge dépassait nettement celui des appareils que l'on trouve chez nous. L'EMS était confiant que les dispositions des autorités et donc les coûts supplémentaires étaient justifiés – il s'est donc décidé pour cet investissement.

Tout est bien, qui finit bien ?

Et bien malheureusement non. Le plaisir procuré par cette acquisition outre-mer ne fut que de courte durée : l'EMS fut prié de faire certifier que ce téléviseur importé des USA était bien ininflammable. Les câbles ont alors commencé à crépiter. Il existe en effet diverses catégories d'ininflammabilité et celles-ci ne sont pas les mêmes en Suisse et aux USA. L'EMS et la police du feu ont eu un échange impressionnant d'e-mails sur la crédibilité de la traduction authentifiée du fabricant, les certificats de sécurité et les standards Safety internationaux. Les têtes se sont échauffées, le ton a monté de plusieurs crans et pour finir, l'échange de correspondance a rempli tout un classeur. Ce va-et-vient a coûté cher en temps, en argent et en énervement.

Le dernier obstacle administratif a été relativement facile à franchir en comparaison : l'EMS a été sommé de faire certifier par les autorités une étiquette de quatre lignes et de dix mots confirmant que le boîtier résistait au feu et indiquant le degré de combustibilité et de dégagement de fumée pour confirmer que les standards internationaux IEC étaient bien respectés. Inutile d'ajouter que la certification ne s'est pas faite d'un jour à l'autre et que cela n'a pas été gratuit. Mais les téléviseurs ont enfin pu être installés.

Et la morale de l'histoire ?

Il n'y a pas d'ininflammabilité sans authentification ! Et parfois, il faut tout un classeur fédéral et dix mots magiques certifiés par le notaire pour offrir aux résidentes et aux résidents d'un EMS un téléviseur dans l'air du temps.

Il y a des choses qui dépassent l'entendement. <I>NORA FEHR <I>www.blueloft.ch

↳ Travaillez-vous dans le domaine des EMS ? Avez-vous dû vous débattre vigoureusement avec la bureaucratie ou la paperasserie ? Alors, enrichissez le blog de *senesuisse* en envoyant votre histoire à info@senesuisse.ch

↳ Les photos pour ce FOCUS de *senesuisse* ont été réalisées dans l'établissement MON SOLEIL à Berne. Exprès pour nous, Madame ROSETTE LÜTHI a interrompu l'atelier des biscuits de Noël. Pour son engagement, nous lui adressons nos plus chaleureux remerciements et nous lui souhaitons le meilleur pour la nouvelle année. <I>SKU

Impressum

Rédaction

CHRISTIAN STREIT <I> 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 <I> SKU

stanislavkutac.ch



Économisez du temps et de l'argent avec HOTELA+
www.hotela.ch

SIMPLIFY YOUR BUSINESS.