Langzeitpflege wohin ?



Journée sur les soins de longue durée organisée par le réseau de réflexion Denknetz

Berne, le 2 septembre 2016

Notes personnelles prises par Camille-Angelo Aglione (secrétaire romand de Curaviva, membre du Comité de REISO). *Le contenu de ces notes n’engage que leur auteur et en aucun cas les personnes et les institutions citées.*

Les soins de longue durée dans l’optique du Conseil fédéral

Oliver Peters**,** Vice-Directeur OFSP

Le rapport « [Etat des lieux et perspectives dans le secteur des soins de longue durée](http://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiQz4Pgq_jOAhUFlCwKHVm0DX0QFggeMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.bag.admin.ch%2Fthemen%2Fkrankenversicherung%2F00305%2F04216%2Findex.html%3Flang%3Dfr%26download%3DNHzLpZeg7t%2Clnp6I0NTU042l2Z6ln1ae2IZn4Z2qZpnO2Yuq2Z6hpJCEdHt7fYKNn%2Cakn56V19rIz42fz62dpuc-&usg=AFQjCNHRxDO7FOtbS476J6dh4-4m7_s0Eg) » n’est pas né de la volonté propre du Conseil fédéral mais d’une série d’initiatives parlementaires. Avec ce rapport nous avons tenté de faire le point sur la situation et également sur les aspects financiers, en proposant des propositions d’amélioration.

La première réflexion a forcément concerné le personnel des soins. Nous connaissons actuellement une situation de pénurie, nous conduisant notamment à recruter une partie de ce personnel à l’étranger. Nous avons présenté les actions mises en œuvre par la Confédération pour lutter contre ce phénomène.

Concernant les structures de prévoyance, la délégation est grande en faveur des cantons. Or le système de soins et d’accompagnement ira en se complexifiant, à la mesure des situations de soins qui elles aussi se complexifieront.

Enfin, tout le monde discute du financement. Aujourd’hui, dans le domaine des EMS, nous avons une large partie de ce financement qui provient soit des ménages privés, soit des pouvoirs publics si les bénéficiaires ne sont plus en mesure de payer. Le système est différent dans le domaine des soins à domicile.

L’ensemble des réflexions dans le domaine des soins de longue durée, vont en un sens d’une augmentation des dépenses. On regarde l’augmentation du besoin, des salaires, etc. mais on ne regarde pas au niveau de l’efficience, au niveau de l’efficacité, de la productivité, etc. C’est ce qui différencie le système de santé (qui part des prestations) du domaine des soins de longue durée, qui part des besoins. Ces modèles de projection mènent à penser que l’augmentation dans le domaine des soins de longue durée est inéluctable. Bref, lorsque l’on choisit un modèle, l’effet doit être regardé non pas sur le domaine des soins de longue durée mais sur le report dans le domaine de la santé.

Mais passons aux mesures. Notre mandat n’était pas de regarder qui allait payer quoi dans une trentaine d’années, mais de regarder quelles mesures prendre pour contenir ces augmentations. Nos propositions sont au nombre de sept :

1. Prévenir la dépendance aux soins ;
2. Décharger les proches aidants (soutenir) ;
3. Assurer du personnel qualifié et en nombre suffisant ;
4. Assurer la prévoyance ;
5. Améliorer la qualité des prestations ;
6. Améliorer l’efficience des prestations ;
7. Monitorer le besoin de soins.

Nous sommes convaincus qu’il y a une marge de progression importante dans la mise en place du réseau ambulatoire dans les soins de longue durée. Il y a encore, dans de nombreux cantons, des personnes qui sont en EMS et pourraient être tout aussi bien voire mieux soignées à domicile.

Je souhaite vous montrer une image du système en Nouvelle-Zélande. Nous y voyons au d’un cercle un centre de santé, proche de la population, puis à mesure que les cercles s’éloignent du centre, les services se spécialisent, jusqu’à mener à l’hôpital.

Au niveau des finances, le Conseil fédéral a dans le rapport évalué un certain nombre de propositions. La question se pose si des perspectives réalistes (également politiquement) existent pour mettre en œuvre des meilleures solutions.

1. Augmentation des impôts : dans ce cas la responsabilité serait également prise la Confédération.
2. Deux options d’assurance ont été étudiées :
   1. Via l’assurance obligatoire des soins (mais pourquoi remplacer le système actuel par un système qui touche déjà à ses limites) ;
   2. Via les bénéficiaires eux-mêmes (mais comment calculer les primes et quels avantages).

**Conclusion :** Nous menons des réflexions et des projets en lien avec le vieillissement de la population. Pensez aux projets en lien avec la prévoyance, qui sont dans un processus démocratique.

Il n’empêche que nous avons une marge de progression importante devant nous, notamment dans le renforcement de la prévention et la recherche de mesures d’efficience, dans le domaine des soins de longue durée. Dans la mise en œuvre de ces mesures, les cantons sont en première ligne. On devra cependant s’assurer que ces mesures soient suffisamment mise en œuvre entre les cantons et que des standards minimaux soient respectés

Prise de position concernant le rapport du Conseil fédéral

Barbara Gysi, Denknetz

Hans Rudolf Schönenberg, Conseil suisse des aînés

Marie-Louise Barben, Grossmütter Revolution

Avant de débuter j’aimerais dire que notre groupe de travail a de nombreuses critiques à adresser à l’encontre de ce rapport. Mais avant cela, j’aimerais également souligner qu’il est très large, ce qui est plutôt positif et rappeler qu’il a été rédigé dans le cadre d’un mandat parlementaire, donc le Conseil fédéral ne pouvait écrire ce qu’il souhaitait.

On retrouve cependant une grande partie consacrée aux finances dans ce rapport, avec notamment un parti pris dans le sens d’une assurance pro capita. Des thèmes, à l’instar de la migration et du personnel sont à notre sens peu développés.

Au Denknetz nous sommes d’avis qu’il faut une loi fédérale qui donne plus de responsabilité à la Confédération, car cela ne suffit pas si l’on laisse les cantons faire ce qu’ils veulent dans le domaine des soins de longue durée. Nous sommes également d’avis que les soins de longue durée doivent demeurer et se développer comme des services publics, qui ne sont pas orientés vers le bénéfice.

Il s’agit également d’avoir un financement beaucoup plus solidaire, par les impôts.

Enfin nous nous sommes également penchés sur les aspects liés au personnel, notamment le facteur temporel et sa gestion.

On retrouvera l’intégralité de notre prise de position ici : <http://www.denknetz.ch/sites/default/files/stellungnahme_denknetz_bericht_bundesrat_working_paper_juni_16.pdf>

Nous savons que ce rapport était un gros travail du Conseil fédéral et qu’un autre dossier qui concerne l’évaluation de soins - dont une grande partie dépend des soins de longue durée - est en cours de rédaction. Nous évaluons le rapport comme un document intéressant qui regroupe les évolutions dans le domaine des soins de longue durée. Nous recherchons cependant une plus grande coordination nationale.

Aujourd’hui au niveau financier, les mesures correctives manquent cruellement dans certains cantons. Les soins admissibles pour la LAMal (art. 7 OPAS) sont à notre sens contraire au bon sens. Nous sommes également d’avis qu’il y a un potentiel d’amélioration important dans le domaine des soins aigus et de transition. Nous sommes enfin d’avis que la part de 20% de participation dans le domaine des soins de longue durée, doit être ramenée à 10%, comme dans le domaine des soins aigus. De manière générale : nous sommes d’avis que le débat centré uniquement sur les coûts n’est pas favorable.

Nous avons publié en début d’année un [manifeste sur la qualité de vie](http://www.grossmuetter.ch/projekte/region_de/grossmuettermanifest/manifest_zum_hohen_alter/) et les soins de longue durée. Je souhaiterais vous soumettre deux définitions qui fondent la base de notre travail :

Travail du Care : Ce terme comprend à notre sens l’ensemble des prestations qui sont données à une personne en situation de dépendance, y-compris une part émotionnelle.

Bonne vie : Les professionnels peuvent effectuer un bon travail et l’environnement contribue à l’amélioration de la qualité de vie.

Mais revenons au rapport du Conseil fédéral. Ce dernier montre de manière claire comme le domaine des soins de longue durée est complexe, combien les acteurs sont nombreux et les intérêts parfois divergents.

Le rapport postule que les dépenses dans le domaine de la santé sont plus importantes que dans le domaine des soins de longue durée.

Nous y adressons les critiques suivantes :

1. La langue utilisée : les termes, notamment dans les coûts, le personnel, etc. Bienvenue dans le monde de l’administration ! En tant qu’utilisatrice, j’ai de la peine à envisager positivement une *augmentation de l’efficience de ma prise en charge*.
2. Prévoyance VS Bien être : le bien être ne peut être simplement mesuré. Pourtant ce qui est contrôlable, mesurable, comparable est toujours mieux protégé et promu.
3. Soins et accompagnement : les prestations d’accompagnement lorsqu’on regarde les propositions du rapport, cela suppose de définir les prestations d’accompagnement, or ce n’est pas possible.
4. La réduction des coûts semble être le seul objectif poursuivi par le rapport, or cela ne nous convient pas.
5. Nous avons besoin d’une vision, notamment des personnes concernées.

Visions du personnel

Marianne Meyer, Syndicat SSP

Adi Durtschi, Syndicat Unia

Sophie Ley, Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI)

Nous sommes d’avis que les soins de longue durée nécessitent des conditions favorables au niveau du personnel. Premièrement, nous souhaitons relever que la pression sur le personnel est toujours plus grande. Le travail du care ne pouvant être rationnalisé et le domaine de la santé coûtant cher, les facteurs s’associent pour faire monter la pression.

Le travail de tous les jours pour le personnel des soins est épuisant. L’augmentation vient non seulement des acteurs (patients, etc.) mais aussi de l’administration qui va en augmentant. Un veilleur pour cinquante patients c’est un standard et à mon sens ce n’est pas positif, surtout qu’une partie de ces gens sont en fin de vie. Ces conditions conduisent à des situations de frustration, de démotivation, de maladies professionnelles.

Les conditions de travail sont également à remettre en condition. Les salaires sont toujours plus bas dans le domaine de la santé, ce qui est peut-être aussi à mettre en relation avec le genre dominant dans ce domaine (très peu d’hommes). C’est un travail épuisant, avec des horaires très variables et longs.

Concernant SPITEX, c’est aussi un travail minuté. Les normes sont imposées par les caisses maladie et le temps pour un échange de qualité n’est pas possible. Ici aussi nous constatons un personnel démotivé, ce qui a un effet sur les prestations.

Il est clair que la concurrence avec les entreprises de soins à domicile privée existe, ces dernières font peser une concurrence bien réelle sur le personnel, en instaurant également des standards différenciés au niveau des salaires. Les compétences étant les mêmes, c’est clairement du dumping.

Les soins 24/24 sont-ils une solution ? Economiquement cela semble le cas, mais en fait ce qui se cache derrière c’est l’absence complète de règles. Nous sommes d’avis qu’il faut réglementer dans le domaine, ce que le Conseil fédéral approuve.

En conclusion : nous avons besoin de plus d’argent public pour plus de personnel qui aura plus de temps à disposition. Nous avons besoin de conditions cadres (CCT) claires et appliquées. Nous avons besoin de contrôles indépendants, notamment sur les dotations et le personnel (à l’instar de ce qui se pratique dans le canton de Vaud). Nous avons besoin de perspectives attractives, qui se penchent sur d’autres facteurs que les coûts et le temps limité.

L’OMS a publié cette année un rapport sur le manque de personnel dans le domaine des soins. En Suisse, environ 55% des collaborateurs dans le domaine des soins quittent le domaine. Des études démontrent que le phénomène se reproduira pour la suite si rien n’est entrepris. Mais que faire ? Bien entendu il y a le salaire, mais pas seulement. Il faut également renforcer et améliorer les règles qui séparent la vie privée et la vie professionnelle. Il y a également la recherche de l’efficience et de l’efficacité. Chaque année je m’achète un nouveau téléphone portable, plus puissant que le précédent. Voilà une augmentation de la productivité, mais dans le domaine des soins on ne parle pas de téléphone on parle d’humains. Pour renforcer la qualité il faut comprendre les soins et l’accompagnement ensemble. Bien entendu un professionnel qui parle avec une personne âgée cela va coûter plus cher, mais on renforce la qualité et sur le long terme cela a des effets positifs, économiquement aussi.

Une infirmière de 60 ans m’a raconté qu’elle avait choisi ce métier parce qu’elle voulait aider les personnes. Or, aujourd’hui 60% de son temps elle le passe dans son bureau à remplir de la paperasse pour les assureurs maladies.

J’aimerais également souligner le paradoxe consistant dans le fait qu’une personne en chaise roulante en EMS est plus rentable, car le niveau de dépendance paie plus qu’il ne coûte.

Saviez-vous que par personne qui réside chez Senevita, l’entreprise fait un bénéfice de plus de CHF 100.- par jour ? Nous avons besoin d’une régulation, cela ne peut plus être comme dans le système de Lucerne, où les dotations minimales en EMS n’existent pas.

Nous avons le projet de proposer l’IP Joder désormais en initiative populaire. La qualité des soins dans les soins de longue durée est importante et elle repose sur la formation du personnel infirmier, de la formation de base à la formation continue, mais aussi la formation des soignants. Elle repose sur le développement des compétences, la qualité des prestations et des soins elle-même mais aussi dans des conditions favorables à l’exercice de la profession.

La recherche montre que plus les infirmiers sont formés plus ils sont en nombre suffisant dans les équipes et plus la qualité des soins augmente, ce qui améliore l’efficience. Concernant les Skill & Grade mix : besoin nombre et qualifications suffisant.

L’amélioration de la qualité des soins passe, à notre sens par :

* Développement du leadership infirmier ;
* Renforcement des compétences ;
* Interdisciplinarité.

Bonne pratique : l’exemple danois

Beat Ringger, Secrétaire général Denknetz

Notre association a eu l’occasion de travailler régulièrement et de manière productive avec nos collègues danois. La thèse fondamentale de notre groupe de travail c’est la phrase : on ne peut pas ne pas soigner ! (c’est une reprise de la formule célèbre : on ne peut pas ne pas communiquer). La question ce n’est donc pas de soigner ou ne pas soigner, la question c’est comment, avec quelle qualité ?

Nous avons commencé par comparer les pays européens, notamment en comparant la consommation des soins et la structure de la population. Deux groupes se dégagent, les pays qui se fondent sur un modèle familial traditionnel, avec une prise en charge très fortes via les proches aidants et un modèle basé sur les services, où l’Etat est plus impliqué.

Le modèle danois a débuté sa réflexion à la fin des années 70 en se posant exactement les mêmes questions que nous avons échangées aujourd’hui. Une commune très connue au Danemark a mené un projet pilote, qui a eu tellement de succès qu’il a été étendu à l’ensemble du pays.

La base de la réflexion c’est : « nous allons là où les gens sont ». Chez nous, nous pensons tout de suite à SPITEX. Mais cela va plus loin que les soins infirmiers. Il faut un système qui soit flexible et actif 24/24. Il a également été pensé que ce programme devrait être envisagé comme un tout, avec l’ensemble des acteurs. Le plus important c’est que la fracture entre la maison et une hospitalisation ou une institutionnalisation soit démontée.

De manière très provocante il a été décidé de fermer l’ensemble des EMS. Cela n’a finalement pas été le cas, mais la dynamique a été de proposer des solutions alternatives aux institutions, notamment avec des appartements protégés. Ils ont également décidé qu’il fallait une offre chaque six mois qui permettent d’obtenir des mesures de prévention. Toute personne au-dessus de 75 ans pouvait en bénéficier gratuitement. Enfin, ils ont eu un principe fondamental dans l’approche qui était : « on choisira toujours l’intervention la moins invasive ».

Le modèle danois a eu pour effet, en peu de temps, que les places en EMS ont chuté de 36,86%. Les places en appartements protégés ont également été diminuées, au profit massif de logements adaptés.

Elément important également à mentionner : le modèle danois s’appuie très fortement sur le public et non sur des entreprises privées.

Notre groupe de travail a ensuite évalué le projet et relevé des effets intéressants depuis son introduction :

* La satisfaction des usagers a massivement augmenté ;
* L’utilisation de sédatifs a massivement diminuée ;
* Les séjours hospitaliers ont été fortement diminués ;
* Les coûts de la santé ont diminués.

Pourquoi est-ce si important de voir la satisfaction, notamment des proches ? Parce que l’on part toujours du principe libéral que les gens sont contents lorsque l’Etat se désengage. Or c’est tout l’inverse qui s’est passé dans notre cas. La satisfaction a augmenté à mesure que l’Etat s’engageait.

Bonne pratique : le modèle d’habitat et de soins 2030 de CURAVIVA Suisse

Camille-Angelo Aglione, Secrétaire romand CURAVIVA Suisse

La faîtière nationale CURAVIVA Suisse publie le modèle d’habitat et de soins 2030. Ce modèle constitue une vision de l’avenir du vieillissement, selon laquelle les personnes âgées devront pouvoir mener une vie autonome malgré la dépendance aux soins, dans l’environnement de leur choix. Dans cette idée, la personne âgée demeurera « au cœur de la Cité », avec l’entier de son réseau social, et bénéficiera des prestations nécessaires, adaptées à ses besoins individuels.

Le vieillissement démographique, le nombre croissant de personnes âgées en perte d’autonomie, le mode de vie indépendant de la génération vieillissante des baby-boomers, le développement de nouvelles formes d’habitat et la tendance de plus en plus marquée pour des offres intégrées entre les fournisseurs de prestations ambulatoires et stationnaires exigent de nouvelles solutions globales concernant les soins aux personnes âgées. L’association faîtière nationale CURAVIVA Suisse a ainsi développé le modèle d’habitat et de soins 2030 pour les personnes âgées (80+), une vision orientée vers le futur. Selon ce modèle, les EMS sont des entreprises de services décentralisées et orientées dans l’espace social, permettant aux personnes âgées de continuer à vivre de manière autonome dans l’environnement qu’elles privilégient.



Aujourd’hui, le choix entre différentes formes d’habitat est déjà très varié et l’implication des personnes âgées et de leurs proches dans les décisions relatives aux soins et à l’accompagnement est beaucoup plus forte que par le passé. A l’avenir aussi, les offres de soins spécialisées pour la démence, les soins palliatifs, la gérontopsychiatrie, etc., seront nécessaires. Cependant, le modèle conçu par CURAVIVA Suisse accorde encore davantage d’importance au contexte social et au cadre de vie des personnes âgées. La personne âgée doit pouvoir vivre « au cœur de la Cité » avec l’ensemble de son réseau social aussi longtemps que possible et bénéficier des prestations nécessaires adaptées à ses besoins. Dans une perspective d’avenir, la discussion actuelle sur « l’ambulatoire avant le stationnaire » est trop étroite, car l’accent est encore et toujours mis sur les quatre murs, alors qu’il faudrait davantage prendre en considération l’environnement de vie. Pour une personne âgée, à quoi sert en effet le plus beau chez-soi si son environnement n’est pas adapté aux conditions de l’âge et de la dépendance? Selon le modèle développé par CURAVIVA Suisse, basé sur l’orientation dans l’espace social, les tâches des EMS seront donc à l’avenir plus étendues et toucheront aux domaines suivants :

* Soins, accompagnement et intendance dans les domiciles privés.
* Soins, accompagnement et intendance dans les appartements pour seniors.
* Offres spécialisées de soins et d’accompagnement (p.ex. démence, soins palliatifs, gérontopsychiatrie etc.)
* L’EMS se transforme en centre de santé ou centre de quartier dans l’environnement de vie habituel de la personne âgée.

Le système de santé en Suisse est en pleine mutation. Des solutions nouvelles et novatrices sont nécessaires dans le domaine des prestations en faveur des personnes âgées.

Dans le cadre du modèle d’habitat et de soins 2030, CURAVIVA Suisse formule les revendications suivantes :

* Le principe «ambulatoire avant stationnaire» n’est pas orienté vers le futur et donc faux. A l’avenir, il faudra dire «ambulatoire ET stationnaire».
* La planification actuelle des lits de soins stationnaires est dépassée. A l’avenir, les besoins en prestations de soins doivent être planifiés de manière globale.
* Une simplification du système de financement s’impose.
* Des approches uniformes sont nécessaires pour l’octroi des prestations complémentaires.

Bonne pratique : l’exemple vaudois

Stéfanie Monod, Cheffe du Service de santé publique du Canton de Vaud

Prenons comme point de départ une personne lambda : Madame Today a 88 ans, elle vit à Lausanne, elle est veuve. Elle a une fille qui est déléguée de la Croix-Rouge, donc peu présente. Son entourage est plutôt restreint, de nombreux proches étant récemment décédés.

Du point de vue médical, elle a un diabète, des douleurs aux hanches, la vue qui baisse. Elle a quelques troubles de la mémoire aussi. Elle est suivie par les soins à domicile, qui viennent tous les jours faire la toilette. Elle prend 9 médicaments, elle a 3 docteurs.

Un jour, dans la salle de bain, elle glisse dans la baignoire. L’ambulance arrive et l’amène à l’hôpital. Elle arrive aux urgences et elle y reste. On la met dans un lit, on lui met une perfusion et on lui demande de faire ses besoins dans son lit. Bref, dès le premier moment on génère des dysfonctionnements systématiques.

Après neuf jours aux soins aigus, elle est transférée dans un centre de traitement et de réadaptation. Là, malgré la physiothérapie intensive elle reste faible, l’équilibre est précaire. La fille est absente, alors on réunit tout le monde et on décide, par précaution («  parce que c’est plus sûr ») de la faire entrer en EMS.

Des Mme Today il y en aura de plus de plus demain.

On ne peut pas dire que les gens ne sont pas préoccupés. Trois éléments doivent être rappelés :

* Aujourd’hui tout le monde est préoccupé par une meilleure prise en charge des maladies chroniques. Mais à ce jour chacun le fait depuis là où il est. C’est positif parce qu’il y a une préoccupation mais c’est chaotique.
* L’autre chose c’est que l’on dit qu’il faut prévenir le déclin, mais personne au sein de la communauté n’en porte la responsabilité.
* Enfin, tout le monde dit que le patient est une personne clé, mais comme personne ne se parle, on lui demande sans cesse les mêmes choses.

Les enjeux ne sont pas le financement ou la gouvernance, mais d’avoir une population en meilleure santé.

Des Mme Tomorrow demain, concernant les problèmes chroniques, il y en aura toujours. Mais on va anticiper les risques de chutes, anticiper et maintenir les performances fonctionnelles. On va également travailler sur les aspects de socialisation et agir pour diminuer le nombre de médicaments prescrits.

Un problème aigu cela existe, mais il faut déplacer le lieu d’intervention à domicile. Le lieu du diagnostic doit être le domicile. Même la réadaptation doit être déplacée, car l’on sait qu’elle est bien plus intéressante et efficace à domicile.

Pour mener à bien ce projet, nous agissons dans le Canton de Vaud dans des champs de réformes complémentaires :

* Le premier c’est un décret qui parle du dossier électronique du patient et d’un outil d’évaluation commun. On a également des mesures financières incitatives, pour que les acteurs (médecins et pharmaciens) se connectent.
* La partie la plus complexe c’est une reformulation de l’ensemble de l’aide et des soins (on ne distingue pas les deux). On va créer quatre associations régionales qui seront responsables de cette mise en œuvre. Ces associations doivent garantir que les personnes qui vivent dans une région :
  + Préservent leur autonomie fonctionnelle
  + Favorisent le maintien à domicile

L’ensemble du financement de l’Etat passera désormais par l’institution régionale, qui financera les acteurs sur le terrain. Dans le mécanisme, la subvention annuelle sera calculée en fonction de la population et de son état de santé. Le financement viendra également d’économies sur les hôpitaux. En gros, chaque journée d’hospitalisation évitée sera financée à l’institution régionale.

Je conclus qu’aujourd’hui nous avons de nombreux prestataires et la nécessité de les mettre en cohérence et de les connecter.