

Rapport sur la qualité des soins de longue durée

Remarque préalable

Le masculin générique est utilisé pour désigner les deux sexes.

Le Conseil suisse des aînés CSA estime que la qualité des soins de longue durée requiert de la part de tous les partenaires au système de santé une attention supérieure ou au moins égale à celle prêtée aux questions de financement. Mieux assurer et contrôler la qualité des soins pourrait éventuellement réduire les coûts. Il convient de respecter la personne âgée comme le prescrivent les directives médico-éthiques et recommandations de l'Académie suisse des sciences médicales concernant le traitement et la prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance.

Il faut donner (redonner) la parole au résidant autant que faire se peut.

1. Recommandations

EMS

- informer clairement les résidants et leurs proches de leurs **droits**, notamment du droit du patient à consulter son dossier médical ainsi que des buts poursuivis au moyen de l'outil d'évaluation (BESA, PLAISIR, RAI/RUG ou autre) qu'utilise l'établissement. Les résidants et leurs proches doivent également être renseignés sur les modifications possibles liées à l'évolution du résidant ou de la résidante.

CANTONS ET/OU COMMUNES

- assurer à tous les résidants un traitement équitable et respectueux (chambre individuelle dans les EMS);
- assurer des effectifs suffisants en personnel pour prendre en compte les besoins de sociabilité;
- assurer **des soins hospitaliers en psychiatrie gériatrique**, avec détection précoce des démences (consultation mémoire, consilium, hôpital de jour, formation pour le personnel SPITEX, soutien aux proches);
- offrir, dans les cantons où cela n'existe pas, un organisme indépendant (Ombuds-telle) destiné à contrôler la qualité des soins dans l'ensemble du secteur de la santé (public et privé).

CONFEDERATION

- **créer un organisme indépendant (Ombudsstelle) des pouvoirs publics et des assureurs-maladie pour contrôler la qualité des soins de longue durée, y compris dans le secteur SPITEX.**

PARTENAIRES DU SYSTEME DE SANTE

- mettre au point une méthode scientifique d'évaluation (à partir de standards reconnus et contrôlés) valable dans l'ensemble du pays;
- dresser l'état des lieux dans le secteur SPITEX pour en déceler les faiblesses.

2. Définitions

2.1 "Soins de longue durée"

Il n'existe pas de définition précise de ce qu'on entend par "soins de longue durée", nommés aussi parfois "soins de dépendance". Si les termes sont utilisés dans la Loi sur l'assurance-maladie (LAMal) et l'Ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS), "il ressort d'un examen succinct des dispositions légales et réglementaires que la notion de "soins de longue durée" n'est pas définie, pas plus que le phénomène de "dépendance". Il n'est dès lors pas superflu de rechercher si le Conseil fédéral, dans ses différents Messages relatifs à la LAMal et aux autres lois l'ayant précédée, ou les parlementaires au cours de leurs travaux, ont défini les traitements, respectivement les soins".

Le rapport de l'Institut de Droit de la Santé de l'Université de Neuchâtel (IDS) dont est tirée la citation ci-dessus montre qu'aucune définition précise n'existe. La dépendance n'est pas non plus définie en tant que telle. Elle est décrite par un certain nombre d'actes élémentaires de la vie qui ouvrent un droit à "l'allocation pour impotent" lorsqu'ils ne peuvent plus être accomplis sans l'aide et l'assistance d'autrui.

(tiré du rapport "Soins de longue durée, soins de dépendance: contribution aux débats relatifs à la révision de la LAMal, rapport IDS no 8, Genève, Georg, 2004, p. 10 et 33").

Le Message relatif à la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins du 16 février 2005 n'apporte guère de clarté. Bien que consacré essentiellement au financement des soins destinés aux personnes âgées, il ne consacre qu'un mince chapitre 1.1.2 à la "Définition des soins et objet", reproduit intégralement ci-après:

"Activité d'une extrême hétérogénéité et aux multiples dimensions, les soins se dérobent dans une large mesure à une définition précise. En partant du but et de la raison d'être des soins, des tentatives de définition figurent toutefois dans la littérature, qui décrivent les soins de façon générale comme la prestation fournie par une personne à certaines personnes ou groupes oscillant entre santé et maladie. Moyennant des soins, la prestation vise à promouvoir, conserver ou rétablir la santé, à prévenir ou calmer les souffrances et à permettre de faire face à un état de santé fluctuant ou de mourir dans la dignité. Elle a pour raison d'être d'aider les patients ayant une autonomie limitée dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie afin qu'ils puissent reprendre, continuer, réadapter ou reconstruire leur vie quotidienne. Mais quelles que soient les périphrases pour définir les soins, toutes ont en commun d'y

rattacher fortement les aspects médicaux, psychiques, sociaux et fonctionnels dont il faut tenir compte dans le cas d'espèce en fournissant la prestation."

(05.025 Message relatif à la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins du 16 février 2005, p. 1917 et 1918).

2.2 "Qualité des soins"

Il n'existe pas de définition de la qualité des soins dans la loi, les ordonnances ou règlements, sauf en ce qui concerne les programmes de dépistage du cancer du sein (ordonnance du 23 juin 1999 sur la garantie de la qualité des programmes de dépistage du cancer du sein par mammographie).

Un document produit par le canton de Vaud en 1997 essaie de donner une définition: la qualité des soins, c'est la "capacité des soins à satisfaire aux besoins des patients, selon les connaissances professionnelles du moment et en fonction des ressources disponibles".

Cette définition pose toutefois autant de problèmes qu'elle n'en résout.

L'ouvrage intitulé "Outils de mesure de la charge en soins infirmiers dans les établissements pour personnes âgées et les hôpitaux de soins aigus" retient (p. 9) ce qui suit à propos de la **Démarche qualité**: "Bien que la qualité des soins puisse être définie de diverses manières, la plupart des définitions incluent les trois concepts suivants:

- l'adéquation du processus de soins (aspect technique de la qualité)
- la satisfaction du bénéficiaire et la qualité de vie au travail du personnel (aspect interpersonnel de la qualité)
- le coût des soins fournis (aspect économique de la qualité).

En résumé, (p. 41) "les personnes âgées nécessitent un encadrement pluridisciplinaire (soins médicaux somatiques et psychiatriques, infirmiers, ergothérapie, physiothérapie, animation, assistance sociale, etc.), y compris les services existants hors des institutions de soins (soins à domicile, aide familiale, etc.) s'il s'agit de maintenir les perspectives de retour à domicile."

(Outils de mesure de la charge en soins infirmiers dans les établissements pour personnes âgées et les hôpitaux de soins aigus, Groupe de travail "Dotation en personnel" du GRSP sous la direction d'Anne Berthou, IFG – ISP, 1995)

En Suisse alémanique, les trois concepts suivants sont couramment utilisés:

- **Strukturqualität** (par ex. la formation du personnel ou les équipements);
- **Prozessqualität** (par ex. dispositif dans l'EMS en cas d'accident, de maladie, de processus aboutissant à une démence; les mesures en vue de constater et de traiter les escarres ou les fractures peuvent en faire partie);
- **Ergebnisqualität**: (par ex. taux de patients présentant des escarres ou d'accident de patients entraînant une ou des fractures, mais également questionnaires remis aux résidents et à leurs proches).

Dans la pratique, les responsables-soignants des EMS jugent que les critères suivants sont significatifs de la qualité des soins:

- les escarres (fréquence, degré de gravité)
- les chutes (fréquence, degrés de gravité)
- l'incontinence (accompagnement aux toilettes, protection, sonde)

3. Aspects statistiques

3.1 Statistique Curaviva

Selon la statistique de santésuisse basée sur les données de Curaviva, il y aurait quelque 970 établissements de soins pour les personnes âgées dont les prestations sont remboursées au titre de l'assurance obligatoire des soins (AOS); le nombre de patients concernés serait de 55'000.

3.2 Statistique de l'OFS

L'annuaire statistique de la Suisse 2004 indique une population totale de 7'317'873 habitants au **31.12.2002**, ou nombre arrondi au millier supérieur: 7'318'000.

En nombres arrondis, il y a 830'100 personnes de 65 – 79 ans et 305'900 de plus de 80 ans, soit au total, 1'136'000 de plus de 65 ans.

Les personnes de 80 ans et plus (4^e âge) représentent le 4,2 % de la population.

Un autre élément statistique important est celui du nombre de conjoints survivants selon l'âge et le sexe. On obtient les données suivantes:

Age	Sexe	Nombre
65-79 ans	hommes	2'755
	femmes	8'168
80 ans et plus	hommes	2'572
	femmes	4'129

D'après l'OFS, les personnes seules se concentrent dans les villes.

Selon la même source statistique, les institutions pour personnes âgées accueillent 81'000 pensionnaires, dont 78'200 dans un secteur médicalisé: 74 % sont des femmes; 55 % ont plus de 85 ans.

Dans le détail, **pour 2001**, l'OFS retient les données suivantes:

Catégorie d'âge	Type d'institution	Nombre de personnes hébergées	
		Hommes	Femmes
60 – 69 ans	Homes médicalisés (Pflegeheime)	680	757
	Etablissements médico-sociaux (EMS) (Alters –und Pflegeheime)	936	1'101
	Homes pour personnes âgées (Altersheime)	109	89
70 – 79 ans	Homes médicalisés	1'681	3'152
	EMS	2'800	5'768
	Homes	188	343

80 – 89 ans	Homes médicalisés	2'944	9'335
	EMS	6'031	19'791
	Homes	307	904
90 ans et plus	Homes médicalisés	1'241	5'590
	EMS	2'554	11'752
	Homes	124	488

(Annuaire statistique de la Suisse 2004, p. 620).

En reprenant le détail des nombres indiqués pour les EMS (Alters –und Pflegeheime), on obtient un total de 50'733 personnes. Si on ajoute le nombre de personnes résidant dans un home médicalisé (25'370), on a 76'103 personnes vivant dans des établissements de soins de longue durée. Les homes "simples" pour personnes âgées ne reçoivent par contre que 2'552 personnes. Il y aurait donc 78'655 personnes qui se trouvent dans des institutions, soit environ 1,1 % de la population totale du pays, ou encore, plus adéquatement, 6,9 % de la population âgée de plus de 65 ans, ce qui signifie aussi que presque 93 % de ces personnes restent chez elles ou sont chez des proches.

Le nombre des individus concernés exige à lui seul qu'on se préoccupe d'examiner la qualité des soins qui sont donnés dans les institutions pour personnes âgées. Il faut cependant observer que la plupart des personnes âgées sont ou bien dans une situation d'autonomie relativement bonne, ou bien tributaires du soutien de proches et/ou de celui des services d'aide et de soins à domicile (SPITEX). A cet égard, la qualité des soins de longue durée est plus difficile à appréhender et à contrôler, surtout lorsqu'il s'agit de soins donnés par des proches.

4. Analyse et comparaison des systèmes d'évaluation des soins de longue durée en institutions

Les outils utilisés en Suisse pour évaluer les soins de longue durée sont principalement, par ordre alphabétique:

4. 1. BESA

4. 2. PLAISIR

4. 3. RAI/RUG

4.1 BESA (Bewohner – Einstufungs- und Abrechnungssystem)

L'outil comporte les éléments suivants:

- Clarification des ressources: clarification des besoins avec auto-évaluation du résidant ou de la résidente et point de vue du personnel soignant spécialisé.
- Accord sur les objectifs: c'est un "contrat" de soins entre le résidant et le soignant qui est posé. La planification du processus de soins répartie en 4 degrés résulte du travail ci-dessus. Des modules relatifs à la qualité sont actuellement en voie d'élaboration.

C'est l'organisation CuraViva qui a développé et introduit l'outil BESA, en se basant sur le "Ressourcen-Transaktionsmodell (Hornung und Gutscher 1994). BESA concorde avec les directives de l'OMS (2001). Concrètement, une nouvelle version intitulée BESA 02 a été développée par les directeurs d'institutions et le personnel soignant, notamment parce que, dans la plupart des cantons suisses, la responsabilité des établissements pour personnes âgées est du ressort des communes.

La capacité fonctionnelle ou le handicap d'une personne n'est plus compris comme un état, mais comme un processus sur lequel elle-même peut agir. Une offre de soins et de soutien qui tient compte des besoins et est fondée sur une telle vision doit encourager ou maintenir les ressources propres du résidant ou de la résidante, de telle sorte qu'il ou elle puisse poursuivre ses activités habituelles aussi longtemps et de manière aussi autonome que possible.

Domaines d'application

Ce sont avant tout les institutions de soins pour personnes âgées (Heime) (800) d'une importante partie de la Suisse alémanique qui appliquent BESA, reconnu par Santé Suisse. Le remboursement se base sur un catalogue des prestations convenu en commun. Des problèmes de décompte existent pour des prestations complexes qui ne sont pas (encore) prises en considération lors de la saisie. Ceci concerne des maladies rares, les démences et les prestations de psychiatrie gériatrique.

Gestion des données

La saisie des données se limite à des questions qui sont nécessaires pour des soins professionnels. Grâce à des questions-filtres, des questions de détail sont supprimées ou approfondies (= réduction du nombre de questions).

Les données particulièrement sensibles (par ex. provenant du cardex) ne sont pas transmises, les autres données sont dotées de numéros. Les médecins de confiance des assureurs-maladie peuvent les examiner s'ils le désirent.

Autres remarques

Le catalogue des prestations s'en tient au langage qu'utilisent habituellement les soignants. Le maniement de l'outil est simple et nécessite peu de formation.

Le questionnaire à l'admission dans le home donne aux soignants la possibilité bienvenue de prendre connaissance des habitudes, des désirs et des nécessités du nouveau résidant ou de la nouvelle résidante. Les résidentes et résidents sont informés des buts du questionnaire et se sentent pris au sérieux. Il n'y a guère de plaintes.

Problèmes

- Les bases scientifiques sont fragiles.
- On peut craindre que le "contrat" passé entre le client et l'évaluateur ne le soit parfois plus ou moins à la "tête du client" (= inégalité de traitement entre les individus d'une même institutions et plus encore entre les individus qui résident dans des institutions différentes).

4. 2. PLAISIR (Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis)

Cet outil a pour but initial de mesurer la quantité de personnel infirmier nécessaire dans chaque unité de soins, à chaque horaire, pour donner les soins infirmiers requis par l'ensemble des bénéficiaires, en se fondant principalement sur une planification individualisée des soins nécessités par chaque résident.

La particularité de la démarche PLAISIR est qu'elle se base sur une anamnèse détaillée décrivant l'état de santé et de dépendance de chaque résident. La description du résident est compatible avec les classifications de l'OMS, soit la "Classification internationale des maladies (CIM_ICD) et la "Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps" (CIDH). Les soins directs et indirects requis par 24 heures ainsi que leur fréquence journalière sont traduits en temps nécessaires par l'intermédiaire d'une grille standard exhaustive, c'est-à-dire d'abord par une cueillette de données complète suivie de l'élaboration d'un plan de soins détaillé qui couvre les besoins de manière efficace, efficiente et équitable. Des soignants sont formés en trois jours à la fonction d'évaluateur. En principe, l'évaluateur – qui est un infirmier diplômé exerçant sa fonction professionnelle - remplit de questionnaires dans l'établissement où il travaille.

Gestion des données. Le questionnaire très complet ne comporte pas de questions d'ordre personnel. Le résident est identifié par un "numéro du bénéficiaire", sa date de naissance et l'indication du sexe. L'ensemble de la démarche est validée par un organisme de contrôle externe neutre, c'est-à-dire que les documents remplis par les évaluateurs sont analysés, comparés avec quelque 200'000 profils déjà établis, afin de détecter d'éventuelles incohérences.

Au travers de cette méthode, les résidents des EMS sont répartis actuellement en 8 classes de soins requis. Ils concluent un contrat avec l'établissement.

Domaines d'application

L'outil scientifique a été élaboré au Québec par l'Equipe de Recherche Opérationnelle de santé (EROS) et adapté aux conditions prévalant en Suisse romande. Les EMS des cantons de Genève, Jura, Neuchâtel et Vaud y recourent obligatoirement. Les résidents y concluent un contrat avec l'établissement.

Le canton de Fribourg dispose d'une grille d'évaluation qui lui est propre.

Le canton du Valais utilise BESA.

En France, on recourt essentiellement aux outils "GERONTE" et "AGGIR".

L'Allemagne, après avoir utilisé pendant quelque temps l'outil "PLAISIR", y a renoncé et est à la recherche d'un modèle propre.

Autres remarques

Les cantons de Genève, Jura, Neuchâtel et Vaud ont opté pour un système qui place les EMS sous la responsabilité des cantons. Il s'agit donc d'une certaine centralisation. Avec l'outil PLAISIR, ces 4 cantons poursuivent deux objectifs:

- déterminer les soins requis à des fins de financement;
- assurer l'équité entre tous les résidents car on se base sur des standards valables dans n'importe quelle institution de n'importe quel canton.

L'expérience montre que l'utilisation de l'outil PLAISIR a eu un impact certain sur la qualité des soins à différents niveaux: la documentation des soins s'est améliorée, et cela est un facteur important de réduction des inadéquations, des erreurs et des ou-

blis. Les besoins des résidents sont mieux connus et donc mieux pris en compte. Les ressources en personnel ont été adaptées dans bien des cas à ces besoins.

Problèmes

- Il s'écoule environ trois mois entre le moment où l'évaluateur retourne le questionnaire complété et le moment où EROS établit la classification. Pour éviter les problèmes de facturation, il faut recourir à une évaluation provisoire, pratiquée avec un outil simple intitulé "DELICES", qui indique rapidement la lourdeur du cas et l'importance de la charge en soins. On a constaté dans la pratique que cette évaluation pratiquée lors d'une discussion avec le résident, complétée de l'examen du dossier de soins et de discussions avec le soignant de référence du résident donne des résultats très proches de ceux qui parviendront plus tard de l'évaluation faite par EROS.
- Coût de l'évaluation PLAISIR: dans le canton de Vaud, on parvient à un montant de 50 centimes par jour et par résident, mis à la charge de l'assurance-maladie.
- Les problèmes de financement actuel font craindre que les bénéfices résultants des adaptations adoptées dans les établissements ne soient bientôt perdus car les assureurs ne suivent pas l'évolution des coûts, les cantons diminuent les couvertures de déficit et le **standard PLAISIR (soins requis)** n'est plus reconnu partout à 100 %. La couverture des besoins ne sera alors plus que partielle. On pourra cependant savoir exactement à combien s'élève la différence. Cette information est déjà disponible au niveau des cantons qui utilisent le système mais elle n'est pas publiée.

Constatations pratique d'un responsable infirmier qui fonctionne aussi comme évaluateur de l'outil PLAISIR et connaît bien BESA:

- BESA donne peu d'indication qualitative normative;
- PLAISIR offre des indications qualitatives normatives, mais le personnel soignant les utilise peu.

4.3 RAI/RUG (RAI = Resident Assessment Instrument/RUG = Resource Utilization Group)

La base est un questionnaire permettant de saisir un ensemble de données minimales (MDS = Minimum Data Sets), allant de données administratives (nom, numéro AVS, etc.), démographiques (formation professionnelle, langue) jusqu'à des données relatives à des habitudes et à des comportements (sociaux, sexuels). Les capacités, les maladies, les limitations, les activités quotidiennes sont examinées et distribuées en 44 niveaux de soins aux Etats-Unis, ramenés finalement à 12 en Suisse, puis encore réduits à 4 par santéuisse.

Certains médecins ont justifié cet outil avec le but d'adapter RAI/RUG aux conditions suisses et de le vendre avec des contrats de licence. Les formulaires sont complexes et ne peuvent être remplis que par du personnel soignant spécialement formé à cet effet durant six jours par année. Les contrats de licence sont coûteux.

Domaine d'application. RAI/RUG est destiné aux personnes résidant dans des EMS. RAI/HomeCare est destiné aux personnes recevant des soins ambulatoires (SPITEX).

L'outil RAI/RUG est utilisé dans les cantons d'Argovie, de Soleure, de Bâle-Ville et de Zürich (partiellement) ainsi que dans plusieurs cliniques psychiatriques.

Gestion des données. Les données saisies présentent des contenus problématiques (sphère privée et intime, comportement) qui n'ont pas de pertinence particulière pour les soins à donner. On ne sait pas non plus à quoi les réponses données sont utilisées. Les préposés cantonaux à la protection des données examinent pour le moment les formulaires RAI/RUG afin de déterminer s'ils sont compatibles avec la législation sur la protection des données.

Remarques

L'outil RAI/RUG semble être plébiscité du point de vue médical, mais est contesté par les soignants.

Problèmes

- Peu ou pas d'implication du résidant lui-même.
- Protection des données non conforme à la législation.
- Les soignants ne sont pas suffisamment "partie prenante" du processus d'évaluation.
- Coût élevé.

5. Evaluation qualitative "officielle"

Le contrôle de la qualité des soins de longue durée dans les établissements pour personnes âgées (ou autres) relève de l'art. 58 de la LAMal. Dans la pratique, la Confédération n'a pas modifié la situation qui prévalait avant l'entrée en vigueur de la LAMal, ce qui signifie que le contrôle relève des cantons (et donc dans certains cantons, des communes) et des assureurs-maladie.

S'agissant d'une évaluation qualitative "officielle", il n'y a guère d'unité ni de clarté. Dans les cantons, les contrôles sont d'ordre administratif (services cantonaux de la santé publique), médical (médecin cantonal), soignant (infirmier de santé publique), médical et soignant (commission de surveillance, comité d'éthique), politique (comité ou commission d'établissement(s)), individuel (association de patients ou de résidents et de leurs proches).

Les Démarches Qualité (Qualitätssicherungsverfahren), fondées d'une part sur la LAMal, et d'autre part sur le droit contractuel – le client a droit à des prestations de qualité - ont démarré à peu près dans tous les établissements d'une certaine importance et se traduisent au minimum par la rédaction d'un document destiné à expliquer, en langage clair et simple, comment les plaintes des patients et des résidents sont traitées. Il y est prévu, par exemple, que le personnel soignant doit aider le patient ou le résident à rédiger sa plainte par écrit (par exemple lorsqu'une plainte orale n'a pas eu l'effet escompté ou lorsque le patient ou résident souhaite transmettre sa plainte par écrit).

Même si certains établissements ont obtenu des labels de qualité (du type ISO...), le problème reste que personne ne sait exactement comment vérifier la qualité des soins.

Quant aux assureurs-maladie, le porte-parole de santésuisse écrit ce qui suit. "Le contrôle de qualité incombe en priorité à l'autorité de surveillance, en l'occurrence les pouvoirs publics. Sans doute y a-t-il, ici, des différences entre cantons. Santésuisse dispose d'une commission de qualité qui suit, avec les divers partenaires concernés,

la problématique de la qualité mais n'est pas l'acteur prioritaire en la matière. Le canton de Soleure dispose d'un contrôle de qualité rigoureux, pouvant conduire à ce qu'un établissement ne soit admis que provisoirement sur la liste des établissements reconnus par le canton et autorisés à être couverts par l'assurance de base. Le risque d'une exclusion existe donc. Le problème est à voir d'un canton à l'autre."

Quant aux outils d'évaluation BESA, PLAISIR, RAI/RUG, SantéSuisse déclare ne pas "avoir de préférence particulière. L'important est que les conditions prescrites par la LAMal soient respectées; le chemin pour y parvenir demeure ouvert. Pour SantéSuisse, il est décisif de pouvoir vérifier si les prestations fournies obéissent au principe de transparence selon les termes de l'art. 9a OPAS."

6. Analyse et comparaison des évaluations faites dans le cadre des services d'aide et de soins à domicile (SPITEX)

Un examen de ce type dépasse les possibilités d'un petit groupe de travail tel que celui que le CSA a institué. Nous remarquons cependant que différentes recherches sont en cours, notamment dans le cadre de la gérontologie à l'Université de Zürich, dans le domaine des soins donnés à domicile, en particulier aux personnes atteintes de démence.

La situation actuelle se caractérise à l'évidence par une grande diversité à l'intérieur des cantons et entre les cantons.

Dans le canton de NE, par exemple, une responsable d'un "Centre de santé" (comme on les nomme ici) écrit: "Il n'y a pas d'harmonisation du fonctionnement des centres de santé dans le canton, organisés actuellement en 7 Fondations.

Un projet de réorganisation et de développement est en cours, piloté par le Service cantonal de la santé publique. Le canton est seul à couvrir les déficits depuis 2004 ce qui devrait mettre un terme à la "guerre" entre le canton et les communes.

D'une manière générale, les soins sont de bonne qualité. Le fait de travailler en réseau (hôpitaux, médecins, institutions socio-sanitaires) introduit en fait un contrôle de qualité, que les assureurs-maladie exigent de leur côté. Nous traitons au fur et à mesure les plaintes des personnes soignées et nous mettons en place des procédures qui tiennent compte des expériences faites."

7. Conclusions

En tout état de cause, la qualité des soins repose pour l'essentiel sur le savoir-être et le savoir-faire, l'expérience, la formation, les conditions de travail, les effectifs du personnel soignant et du personnel de maison.

Il faut suffisamment de temps à disposition pour donner les soins requis, entretenir ou développer la participation du résident, lui témoigner du respect et maintenir la communication avec lui, alors que l'âge d'admission dans les EMS augmente sans cesse et que l'état de santé psychique et somatique devient de plus en plus problématique.

Il y a en tout cas une exigence de qualité que la grande majorité des résidents manifeste: c'est celle d'avoir une chambre individuelle et de voir respecter sa vie intime. Pour les pouvoirs publics, les aspects relatifs aux coûts paraissent l'emporter sur les aspects qualitatifs.

Il faut signaler par ailleurs que la population âgées est devenue un formidable champ de recherches diverses dans les universités et instituts les plus divers. On ne compte plus les séminaires, journées d'étude, programmes de recherche, qui lui sont consacrés en Suisse comme dans tous les Etats où le vieillissement s'accroît. L'intérêt que notre société vieillissante montre à l'égard du traitement qu'elle réserve aux plus âgés n'a jamais été aussi grand, mais trébuche sur l'obstacle du financement de la qualité des soins.

Une observation de l'OFS mérite d'être mentionnée à cet égard. Sous le titre de "Moins d'Etat-providence dans la santé (p. 601 de l'Annuaire statistique de la Suisse 2004), il écrit: "La part de l'Etat était de 31,4 % en 1960, de 39,5 % en 1971 et de 25,3 en 2000. La part des ménages (y compris les primes d'assurance-maladie) était de 63,8 % en 1960, de 55,4 % en 1971 et de 68,2 % en 2000. Ainsi, contrairement à une opinion largement répandue, l'Etat n'a pas accru ses prestations sociales ces dernières décennies, réduisant au contraire ses prestations de transfert. Et le report d'une partie des charges sur les ménages privés n'a pas entraîné de réduction des coûts".

Ce rapport a été élaboré par

Le Groupe de travail "Qualité des soins de longue durée"

Présidente : Heidi Deneys
membres : Ruth Banderet
Aldo Pitsch
Hans Schoch
Willy Tinguely
Secrétaire Margrit Bossart