

UNE VIE DIGNE POUR NOS AINÉ-ES EN EMS

PAPIER DE POSITION DU PSVR

Adopté lors du Congrès du 9 avril 2022



INTRODUCTION

« Qui obtient quoi, quand et comment ? » Voici la question que pose le politologue Harold Lasswell dans son ouvrage de 1936 « *Politics : Who gets what, when, how* ». Selon lui, la raison d'être de la politique et son objectif principal est de répondre à cette question. La politique vise à allouer des ressources (matérielles ou symboliques) à des groupes sociaux, des individus ou des institutions. Certains ont tenté de répondre à cette question à travers le marché : les « lois » de l'offre et la demande assureraient que les ressources soient allouées de la meilleure manière possible. Nous constatons aujourd'hui qu'il n'en est rien et que les réponses libérales n'ont permis que l'accroissement des inégalités à toutes les échelles. Les EMS¹ sont un cas d'école, un exemple parmi tant d'autres des échecs des politiques néolibérales. Bien loin d'allouer les ressources selon les besoins de tout un chacun, elles sont à l'origine de l'affaiblissement des services publics, de la destruction des liens sociaux et de la montée en puissance de l'individualisme et du chacun pour soi. Dans une société saine, le bien-être des ainé-es, tout comme le domaine sanitaire dans son ensemble, ne saurait être régi par la concurrence et par la recherche de profits. C'est un défi collectif qui nous est imposé par le vieillissement de la population et qui ne pourra être surmonté qu'à travers la solidarité, le vivre-ensemble et les efforts collectifs.

La période de pandémie que nous venons de traverser a décuplé les problèmes que nous constatons par le biais ce papier de position : manque de moyens, personnel en souffrance, baisse de la qualité des soins, solitude des résident-es, ... Mais elle aura également permis de donner une voix au personnel soignant, de mettre en lumière leurs conditions de travail et d'attirer l'attention des décideur-euses et de la population sur les soutiens qui sont nécessaires. La votation sur les soins infirmiers de novembre dernier en témoigne : nous pouvons ressortir plus fort-es d'une période de crise, à condition de s'engager pour mener une politique frontale contre les mécanismes du marché.

Aujourd'hui, le PSVR a pour objectif de renverser la tendance ; de replacer les besoins de chacun-e, et non les économies de quelques-un-es au centre des préoccupations politiques. La conjoncture est en notre faveur, et, au moment de la rédaction de ce papier, plusieurs succès récents peuvent en témoigner (refus de l'abolition du droit de timbre, adoption de l'initiative pour les soins infirmiers forts, augmentation salariale pour le personnel de l'hôpital du Valais...). Toutefois, nous ne pouvons pas nous permettre d'attendre des solutions toutes prêtes de la sphère politique. Les mentalités doivent évoluer, les représentations de la vieillesse doivent changer. Il est de notre devoir à toutes et à tous de lutter contre le dogme de la rentabilité à tout prix, contre l'individualisme, contre l'exploitation des travailleur-euses et contre l'abandon de nos ainé-es sur l'autel du profit. Ces luttes doivent se concrétiser dans notre engagement et notre travail politique, car aucune « main invisible » n'allouera les ressources aussi bien que notre vieil adage *de chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins*.

¹ D'après l'OFS, en 2020, la population résidente des EMS suisses âgée de moins de 65 ans représente moins de 5 % de la totalité des résident-es. Le présent papier se focalise donc, dans son analyse et ses mesures, sur la population âgée, tout en présentant des mesures générales pour les EMS.

PLANIFICATION SANITAIRE

L'objectif premier d'une planification sanitaire efficace est la répartition équitable des biens et services relatifs à la santé sur un territoire donné.

Du côté législatif, la planification sanitaire de notre canton est arrêtée par la Loi cantonale sur les établissements et institutions sanitaires (LEIS). La Loi sur la santé (LS) ainsi que l'Ordonnance sur la planification sanitaire et le subventionnement des établissements et institutions sanitaires fixent les responsabilités du Conseil d'État, du Département de la Santé et du Grand Conseil.

Ainsi, la planification sanitaire porte notamment sur l'évaluation des besoins de santé, la définition des objectifs de la politique de santé, la liste des établissements et institutions sanitaires au sens de la LAMal, le nombre total de lits pour chaque établissement médico-social (ci-après : EMS), la coordination de l'action des différents partenaires de la santé, l'évaluation de la qualité des soins, de la sécurité des patient-es et de l'efficacité des prestations fournies en fonction des besoins de santé de la population et des objectifs de la politique de santé². Le Conseil d'État nomme les médecins-directeurs et/ou les directeurs dans les établissements sanitaires cantonaux³. Il peut également reconnaître le caractère d'utilité publique des établissements et institutions sanitaires qui, entre autres, respectent la planification sanitaire cantonale et ne poursuivent pas de but lucratif. Cette reconnaissance peut être suspendue ou retirée en tout temps⁴. La coordination et la mise en œuvre de la politique sanitaire cantonale est assumée par le département, qui collabore notamment avec les communes et les organisations professionnelles du domaine, tout en exerçant également le contrôle sur les institutions sanitaires⁵. Le département fixe également les directives concernant l'autorisation d'exploiter un EMS. Le Grand Conseil est, quant à lui, responsable de la création des établissements sanitaires cantonaux⁶.

Commission consultative pour le développement de la politique en faveur des personnes âgées

Le Département de la santé, des affaires sociales et de la culture a mis en place une commission consultative pour le développement de la politique en faveur des personnes âgées (ci-après : Commission). Cette Commission a, à travers ses différents rapports, relevé plusieurs défis ainsi que plusieurs mesures pour améliorer la planification sanitaire des EMS.

L'établissement d'une loi spécifique aux senior-es

La Commission consultative a été chargée par le Département de la santé, des affaires sociales et de la culture (ci-après : DSSC) de délimiter les points principaux pouvant servir de base à la rédaction d'une loi favorisant le développement d'une politique en faveur des personnes âgées. Parmi ces points, on retrouve des mesures visant la coordination et le soutien des organismes et autorités œuvrant en faveur des senior-es/personnes âgées, dont les EMS. À savoir :

² art. 6 al.1, Loi cantonale du 17 février 2016 sur les établissements et institutions sanitaires (LEIS/VS, RS 800.10)

³ art. 8 al. 3, Ordonnance cantonale du 19 décembre 2007 sur la planification sanitaire et le subventionnement des établissements et institutions sanitaires (RS 810.10)

⁴ Ibid, art. 12

⁵ art. 8, Loi cantonale sur la santé du 12 mars 2020 (LS/VS, RS 800.1)

⁶ art. 8 al. 1, Ordonnance cantonale du 19 décembre 2007 sur la planification sanitaire et le subventionnement des établissements et institutions sanitaires (RS 810.10)

- « Assurer une collaboration efficace entre les différents organismes et autorités œuvrant en faveur des seniors/personnes âgées (autorités administratives communales et cantonales, associations d'aide à la vieillesse, organisations de seniors/personnes âgées, associations regroupant des seniors/personnes âgées, centres médico-sociaux, EMS, professionnels de la santé des seniors/personnes âgées, autorités judiciaires, services spécialisés...) ;
- Promouvoir des activités des différents organismes dédiés aux seniors/personnes âgées ou gérés par des seniors/personnes âgées ;
- Encourager la coordination entre ces différents organismes ;
- Aider, notamment financièrement, des projets. »⁷

Ces points devront être affinés pour figurer dans un éventuel projet de loi. Cependant, ils permettent de dégager une vision politique de la gestion des EMS : le canton doit assurer la collaboration entre les différents organismes actifs dans le domaine. Un pilotage cantonal fait sens pour assurer une bonne coordination et une harmonisation des services proposés à l'échelle du canton. Des investissements et des soutiens financiers sont également nécessaires. Le libre marché seul ne peut assurer la collaboration entre la constellation d'acteurs impliqués dans l'hébergement socio-médical. Bien qu'une éventuelle loi senior-es ait été refusée par le Conseil d'État en 2020, le PSVR se positionne en faveur d'une base légale et maintient que cette dernière est nécessaire à l'uniformisation des bonnes pratiques au sein des EMS ainsi qu'à la promotion de la démocratie sanitaire⁸.

Loi sur l'indemnité forfaitaire pour les proches-aidant-es

La Commission rappelle que selon l'Office fédéral de la statistique (OFS), 18.6 % de la population Suisse effectue des travaux bénévoles informels. Les femmes sont plus nombreuses à prendre part à ces tâches (23.2 % contre 13.8 % des hommes) qui augmentent également avec l'âge jusqu'à atteindre un pic chez les jeunes retraité-es. En Valais, un cinquième des personnes âgées d'au moins 60 ans apportent une aide hebdomadaire à un tiers pour des raisons de santé⁹. L'Observatoire valaisan de la santé (OVS) relève qu'environ 13 500 personnes fourniraient une aide quasi-quotidienne à une ou plusieurs personnes (vivant dans le même ménage ou non) pour des raisons de santé. Toujours selon l'OVS, la moitié de ces personnes (6 900) est âgée de 55 ans ou plus.¹⁰

La Commission a donc proposé l'introduction d'une loi d'indemnité forfaitaire pour les proches-aidant-es sous le titre de Loi cantonale d'indemnité forfaitaire pour situations spécifiques. L'objectif de cette loi serait de soutenir financièrement les proches « sans lesquels une personne, en situation de handicap, âgée ou malade ne pourrait vivre seule à domicile. »¹¹ Si le projet évoqué dans le rapport reste relativement flou, il précise toutefois que le Conseil d'État serait appelé à fixer le montant de l'indemnité, lequel devra être régulièrement adapté au coût de la vie. L'indemnité sera accordée sur la base du temps passé auprès de la

⁷ DSSC - Commission consultative cantonale pour le développement de la politique en faveur des personnes âgées 2018-2021, Base légale et modifications réglementaires - Rapport thématique n°4 (4ème Rapport complémentaire du Rapport final 2020), Février 2020, p.6

⁸ La démocratie sanitaire est une démarche qui vise à associer l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé. Elle s'inscrit dans la nécessité de développement de la participation des acteurs de la santé et de la promotion des droits individuels et collectifs des patients/usagers du système de santé.

⁹ Ibid p.7

¹⁰ OVS, 2017 IN DSSC - Commission consultative cantonale pour le développement de la politique en faveur des personnes âgées 2018-2021, Base légale et modifications réglementaires - Rapport thématique n°4 (4ème Rapport complémentaire du Rapport final 2020), Février 2020, p.7

¹¹ Ibid p.8

personne aidée, attestée « par le médecin traitant, le CMS ou une autre institution s'occupant du bénéficiaire. »¹² Il convient de noter que les proches-aidant-es peuvent bénéficier de réductions fiscales.

Bien que l'introduction d'une telle loi permette de redonner du souffle aux proches aidant-es, le PSVR tient à rappeler que le travail gratuit ne se limite pas au domaine sanitaire. Les sociologues remarquent sa diffusion et son manque de visibilité dans la société¹³ (éducation des enfants, travail du « care », caisses automatiques dans les magasins, ...). Le PSVR soutient donc l'idée que des mesures structurelles soient prises pour lutter contre sa généralisation et son invisibilisation. Des réductions fiscales ne suffisent pas. Tout travail mérite d'être rémunéré à sa juste valeur. Une loi plus large devrait en outre être introduite pour lutter contre le travail gratuit. Mais dans le cas qui nous intéresse ici, il est urgent de soulager les proches aidant-es et le PSVR se positionne favorablement à l'introduction d'une loi d'indemnité forfaitaire, dont les retombées dépasseraient les réductions fiscales.

Complément aux directives du DSSC concernant l'autorisation d'exploiter un EMS du 18 décembre 2017

La Commission déplore le cadrage strictement sanitaire de la définition des EMS proposée dans les directives du DSSC. Selon ses membres, les éléments touchant à l'aspect social des EMS, en particulier les éléments d'animation sont trop peu présents dans ces directives et ne conviennent pas aux besoins des aîné-es. La Commission recommande d'intégrer l'animation socio-culturelle dans un concept global d'accompagnement. Ainsi, la surveillance n'inclurait pas seulement des critères de santé et de sécurité, mais également des critères sociaux, juridiques et culturels. Pour ce faire, la Commission propose :

- La redéfinition des EMS en tant que lieux de vie ;
- La promotion du développement des EMS comme des établissements socio-sanitaires visant à l'accompagnement des aîné-es tant au niveau de la santé que de l'intégration sociale ;
- L'instauration, au sein des EMS, de systèmes comprenant également les aspects de « qualité de l'accompagnement social des aînés, notamment dans l'organisation des espaces, des programmes, de la formation de base et continue du personnel. »¹⁴

Contrairement à ce que laisse entendre la définition proposée dans les directives du DSSC, l'animation socio-culturelle ne saurait se limiter à l'organisation d'un programme d'activités quotidiennes. Il s'agit « d'enrichir le vivre ensemble, de préserver le rôle social des aînés, d'organiser la solidarité et les liens à l'intérieur comme vers l'extérieur, de favoriser la participation aux décisions et le rôle citoyen des aînés, de créer des espaces d'échange, de développer et échanger du savoir, de la créativité, des émotions... L'animation est ainsi l'affaire de tous les acteurs de l'institution, à tous les niveaux. »¹⁵ Pour la Commission, ce concept nécessite l'augmentation des dotations en ETP pour les professionnel·les du lien social dans les EMS. Cet investissement devrait permettre la réduction d'autres coûts, notamment les coûts relatifs à la santé psychique et les coûts liés aux systèmes d'alarmes et de sécurité. Afin de solidifier les

¹² Ibid

¹³ Voir par exemple Simonet, Maud. Travail gratuit, la nouvelle exploitation ? Petite encyclopédie critique. Paris: Textuel, 2018.

¹⁴ DSSC - Commission consultative cantonale pour le développement de la politique en faveur des personnes âgées 2018-2021, Base légale et modifications réglementaires - Rapport thématique n°4 (4ème Rapport complémentaire du Rapport final 2020), Février 2020, p.10

¹⁵ Ibid

liens sociaux des résident-es à l'intérieur et à l'extérieur de l'institution, leurs proches devraient également être intégrés dans un tel concept.

De plus, la Commission propose d'apporter six modifications aux directives du DSSC et à ses définitions :

1. Une coopération accrue entre les services de l'État impliqués est nécessaire (modification 1)
2. Une redéfinition de l'établissement médico-social non seulement comme une structure sanitaire, mais également comme un lieu de vie et de fin de vie « offrant à la fois des prestations de soin, de thérapie, de surveillance médicale, d'accompagnement psychologique, social et culturel (notamment spirituel), et un accueil hôtelier adéquat, en fonction des ressources et besoins des résidents. »¹⁶ (modification 2) ;
3. Des formations sanitaires pour le personnel des soins (gériatrie et psychogériatrie en particulier) ainsi que des formations orientées vers l'animation sociale et culturelle pour le personnel socio-hôtelier (modification 3) ;
4. L'introduction, dans ces directives, d'un point sur le ou la responsable du secteur animation disposant d'une formation adaptée ainsi que d'une formation complémentaire en gérontologie et/ou psychogériatrie, de même que la garantie du fait que les responsables des soins aient pu suivre une formation en gériatrie ou en psychogériatrie (modification 4) ;
5. L'actualisation du paragraphe sur le personnel d'accompagnement afin que ses rôles soient clairement définis (modification 5) ;
6. Enfin, la Commission propose la suppression du concept de « prise en charge » au profit de celui d'« accompagnement », plus respectueux des résident-es (modification 6).

Ce dernier point nous paraît primordial. Il faut reconnaître que les EMS sont encore perçus comme des lieux surmédicalisés ou l'on vient finir ses jours, et non comme des « lieux de vie ». Cet état de fait n'est pas tolérable, il est de notre devoir de garantir une vie digne et agréable à nos ainé-es. Une redéfinition des directives du DSSC ne suffira pas à changer cela, mais la modification de cadrage proposée par la Commission est un premier pas vers une évolution des représentations et des pratiques. Inclure les proches de manière plus systématique dans la vie en EMS permettrait également de déconstruire ces représentations.

Diagnostic cantonal

Enfin, la Commission propose d'établir un recueil d'indicateurs et d'informations statistiques au niveau cantonal dans le but de mieux connaître la situation objective des sénior-es et de prendre des mesures pertinentes en conséquence. Les données à récolter touchent tous les domaines concernés par une politique des sénior-es, à l'exception de la santé et des soins médicaux :

- Situation démographique ;
- Situation économique des sénior-es ;
- Habitat, la mobilité, la sécurité ;
- Culture et les loisirs ;
- Information et la communication ;
- Bénévolat (travail formel) et les proches-aidants-es (bénévolat informel) ;
- Citoyenneté et la participation politique ;

¹⁶ Ibid

- Inclusion et la vie sociale en EMS.

Pour récolter ces informations, la Commission propose d'utiliser les données déjà existantes plutôt que de recourir à une enquête à grande échelle, longue et onéreuse. Selon le deuxième rapport complémentaire, les partenaires rencontrés par la Commission seraient prêts à collaborer et à fournir ces données¹⁷.

Le PSVR soutient l'établissement de ce diagnostic et son actualisation régulière. Des données de qualité sur « la vie de tous les jours » des aîné-es sont nécessaires pour tout le monde.

¹⁷ DSSC - Commission consultative cantonale pour le développement de la politique en faveur des personnes âgées 2018-2021, Diagnostic cantonal et outils de recueil de données locales Rapport thématique n°2 (2ème Rapport complémentaire du Rapport final 2020), Février 2020, Canton du Valais, p.5

FINANCEMENT DES EMS

Les assureurs maladies, les résident-es, le canton et les communes prennent en charge le financement des EMS. Les coûts sont répartis entre deux pôles : le pôle des coûts liés aux soins (soins pris en charge par la LAMal, médicaments, matériel médical) et le pôle des coûts socio-hôteliers (hébergement, activités – animations, soins non pris en charge par l'assurance obligatoire).

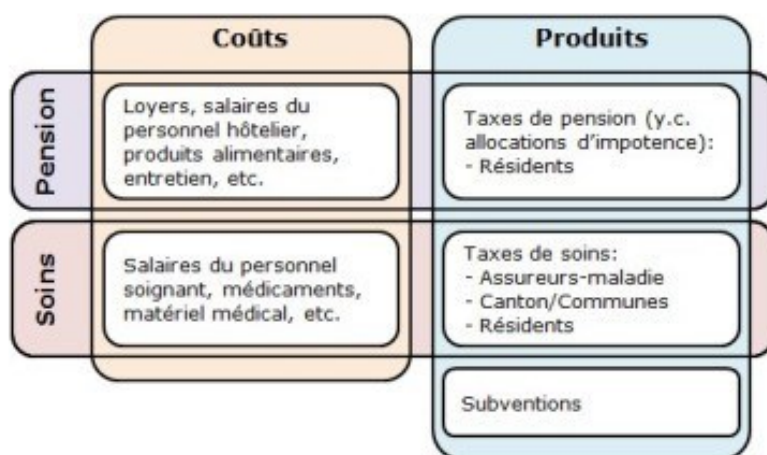


Figure 1 : structure comptable des EMS¹⁸. Source : OFS

Participation des assuré-es aux coûts des soins

Les assuré-es assument les dépenses des EMS qui ne tombent pas sous le coup de la LAMal (déduction faite des subventions à l'exploitation¹⁹). Le montant peut différer selon la participation financière volontaire de la commune à l'EMS²⁰. Les assuré-es participent au financement des soins en fonction de leur fortune, soit entre 0 % et 20 %²¹ de la contribution maximale de l'assurance obligatoire des soins fixée par le Conseil fédéral pour les soins dispensés en EMS²². Les coûts journaliers des prestations de soins dans les EMS varient entre 16 CHF (jusqu'à 20 minutes de soins requis par jour) et 231,50 CHF (pour plus de 220 minutes de soins requis par jour)²³. La participation des pensionnaires s'élève au maximum à 21,60 CHF par jour²⁴.

Bien que la participation des assuré-es aux coûts des soins soit plafonné à 20% de la participation maximale de l'assurance obligatoire, il n'en n'est rien pour les coûts d'hébergement. Ainsi les assuré-es financent intégralement les coûts socio-hôteliers et participent bien plus que les assureurs et les pouvoirs publics au financement des EMS :

¹⁸ Figure 1 : Observatoire Valaisan de la Santé, Finances des établissements médico-sociaux (EMS), 24 décembre 2021

¹⁹ art. 34 al. 1, Loi cantonale du 14 septembre 2011 sur les soins de longue durée (LSLD/VS, RS 805.1)

²⁰ art. 34 al. 2 Ibid

²¹ [Art. 25a al. 5, Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance maladie \(LAMal, 832.10\)](#)

²² La fortune nette imposable est fixée à l'[art. 19 LSLD](#) et à l'[art. 15 al. 1 de l'ordonnance sur la planification et le financement des soins de longue durée](#)

²³ Art. 2 al. 1, Arrêté fixant les coûts facturables et les contributions résiduelles des pouvoirs publics pour les établissements médico-sociaux et les lits d'attente hospitaliers du 01.12.2021 (état 01.01.2022)

²⁴ Observatoire Valaisan de la Santé, Finances des établissements médico-sociaux (EMS), 24 décembre 2021.

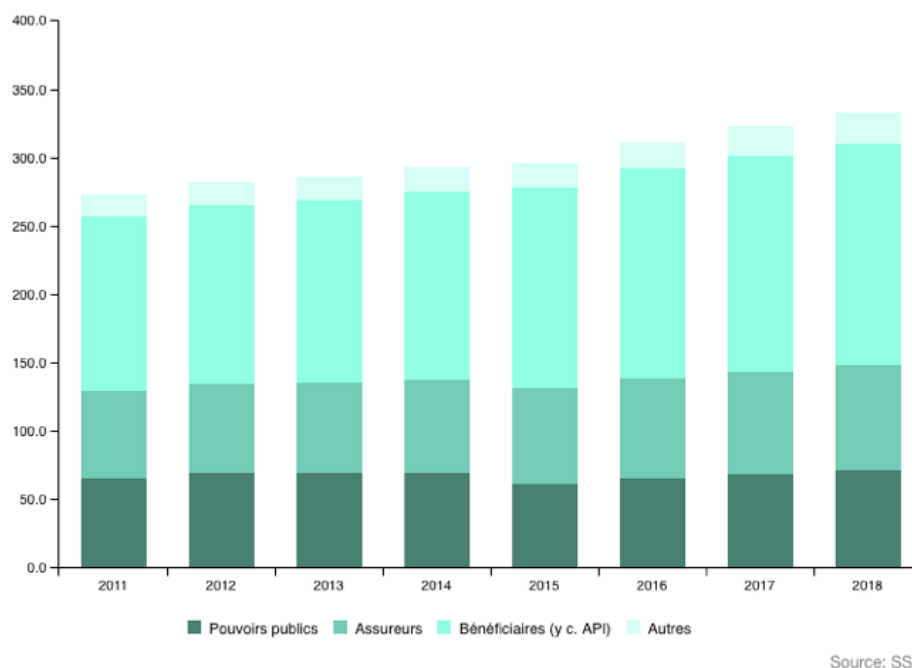


Figure 2 : produits des EMS selon l'agent financeur, Valais, depuis 2011 (en mios de CHF)²⁵

Les partis, syndicats et mouvements de gauche ont réalisé un travail considérable pour promouvoir une certaine vision de la santé en tant que bien commun financé par la collectivité et accessible à toutes et tous. Cependant, l'aspect hôteliers des EMS répond à des logiques libérales d'offre et de demande. L'entrée en EMS est donc rendue possible en fonction des moyens des futurs résident-es et non de leurs besoins. Cette situation n'est pas tenable. Il serait inhumain de refuser l'entrée en EMS à une personne âgée qui ne pourrait financer son séjour. La santé ne dépend pas que de moyens médicaux : un cadre de vie agréable et digne favorise une meilleure santé mentale et physique. Les assureurs doivent, par conséquent, prendre en charge une partie des coûts socio-hôteliers. Actuellement, la participation moyenne des assuré-es aux coûts totaux de la prise en charge est d'environ 52 %. Dans l'optique d'une prise en charge de qualité possible pour toutes les personnes qui en ont besoin, un plafonnement à un pourcentage inférieur, par exemple 40 %, devrait être introduit. Les coûts supplémentaires ainsi engendrés devraient être couverts par les pouvoirs publics ou les assurances. Des services supplémentaires à une telle offre de base peuvent être proposés et facturés en deçà de ce plafonnement, mais une offre de base couvrant tous les besoins, tant médicaux que socio-hôteliers, doit être accessible à l'ensemble de la population.

Participation des pouvoirs publics aux coûts des soins

Selon l'art. 20 al. 2 LSLD, le Conseil d'État détermine en fin d'année pour l'année suivante et par voie d'arrêté les coûts facturables et les contributions résiduelles du canton et des communes pour les soins. Le financement résiduel des soins de longue durée est assumé à hauteur de 70 % par le canton et de 30 % par les communes (art. 21 al. 1 LSLD). Les contributions résiduelles des pouvoirs publics aux coûts de soins dans les EMS peuvent être représentées,

²⁵ Figure 2 : Observatoire Valaisan de la Santé, Finances des établissements médico-sociaux (EMS), 24 décembre 2021

par jour, sous la forme suivante²⁶ (nous reviendrons sur la classification BESA et les enjeux qui l'entourent dans la partie suivante du présent document) :

²⁶ Art. 3, al. 1, Arrêté fixant les coûts facturables et les contributions résiduelles des pouvoirs publics pour les établissements médico- sociaux et les lits d'attente hospitaliers (RS 805.110)

Niveau de soins	Fortune de l'assuré-e	Part canton (Fr.)	Part communes (Fr.)
BESA 1	< 100 000 CHF	4,50 CHF	1,90 CHF
BESA 1	de 100 000 CHF à 199 999 CHF	0,45 CHF	0,20 CHF
BESA 1	de 200 000 CHF à 499 999 CHF	0,00 CHF	0,00 CHF
BESA 1	≥ 500 000 CHF	0,00 CHF	0,00 CHF
BESA 2	< 100 000 CHF	7,55 CHF	3,25 CHF
BESA 2	de 100 000 CHF à 199 999 CHF	3,55 CHF	1,50 CHF
BESA 2	de 200 000 CHF à 499 999 CHF	0,00 CHF	0,00 CHF
...
BESA 12	≥ 500 000 CHF	65,30 CHF	28,00 CHF

Sur un total de 78 300 000.- CHF à la charge des pouvoirs publics, les communes devraient assumer environ 23 500 000.- CHF, ce qui représente une participation communale moyenne par jour à environ 19,60 CHF. À noter que ce montant ne représente qu'une moyenne puisqu'il varie fortement en fonction de chaque résidant, de sa participation aux coûts des soins basée sur sa fortune et de son état de santé (niveau BESA).

Subventionnement

En addition à la contribution résiduelle, le canton et les communes accordent des subventions aux EMS qui ne poursuivent pas un but lucratif (art. 25 al. 1 LSLD)²⁷ et respectent la planification²⁸. Ces subventions comprennent les dépenses d'exploitation et d'investissement au sens de la LEIS. Elles concernent notamment le développement et l'exploitation des lits de court séjour dans les EMS, le développement des soins palliatifs, la formation continue du personnel de soins, la dotation en personnel qualifié, la mise en œuvre des outils existants ou à développer pour la qualité des soins et la sécurité des patient-es ou encore, le développement de la coordination des différentes structures de soins²⁹.

Le subventionnement des dépenses d'exploitation et d'investissements des établissements et institutions est soumis aux conditions définies par la LS et par la LEIS. En font notamment partie le respect des normes en matière de qualité des prestations et le respect des décisions et directives du Conseil d'État et du département pour la gestion financière et l'affectation des résultats³⁰. Les subventions du canton et des communes aux dépenses d'exploitation sont

²⁷ A noter que « Les EMS subventionnés se réunissent au sein d'une organisation faïtière » (art. 37 al. 1 LSLD).

« Le département est représenté dans les organisations faïtières à titre consultatif » (art. 37 al. 3 LSLD).

²⁸ Art.34 al. 1, Ordonnance cantonale du 15 octobre 2014 sur la planification et le financement des soins de longue durée (RS 805.10)

²⁹ Art. 25 al. 2, Loi cantonale du 14 septembre 2011 sur les soins de longues duré (LSLD/VS, RS 805.1)

³⁰ Art. 26 al. 1, Loi cantonale du 14 septembre 2011 sur les soins de longues duré (LSLD/VS, RS 805.1),

réparties à hauteur de 70 % à charge du canton et de 30 % à charge des communes³¹. À noter qu'en cas de non-respect des conditions de subventionnement cantonal, le Conseil d'État peut demander la restitution des subventions³².

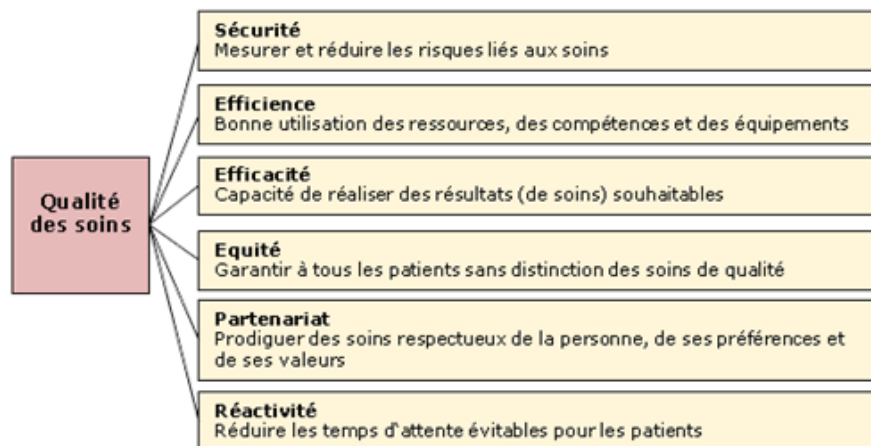
Pour pallier le manque à gagner suite à la baisse de la participation des assuré-es proposée précédemment, la participation des assureurs et des pouvoirs publics au financement des EMS doit être revue à la hausse. Un financement trop timide mettra la pression sur le personnel des EMS qui se fera ressentir dans le bien-être des résident-es. De même, il paraît aberrant que des groupes privés investissent dans les EMS en espérant en retirer une plus-value financière : les EMS n'ont pas la rentabilité pour vocation ; les bénéfices des investissements dans ces institutions ne sont pas financiers mais tiennent au bien-être de nos aîné-es, au lien inter-générationnel et à la cohésion de notre tissu social. Plutôt que d'externaliser et de chercher à économiser par quête de la rentabilité, il convient de combattre les privatisations et externalisations de secteurs des EMS, car celles-ci sont systématiquement synonymes de dégradation des conditions de travail du personnel, de la qualité des soins et de la prise en charge. Le PSVR propose donc une prise en charge par la LAMal d'une partie des coûts socio-hôtelières. De plus, le montant maximal quotidien alloué par les prestations complémentaires doit être revu à la hausse. Pour plafonner la participation des résident-es à, par exemple, 40 % du coût de financement total des EMS valaisans, la participation des pouvoirs publics doit aussi être augmentée jusqu'à atteindre 30 % du coût de financement. Nous nous opposons également à la propriété privée des EMS et aux logiques financières régissant cette dernière.

³¹ Ibid art. 30 al. 1

³² Art. 15 al. 1, Loi cantonale du 17 février 2016 sur les établissements et institutions sanitaires (LEIS/VS, RS 800.10)

GARANTIE DE LA QUALITE DES SOINS

« La qualité des soins est la capacité de répondre aux besoins implicites et explicites des patients, selon les connaissances professionnelles du moment et en fonction des ressources disponibles » (art. 2 al. 1 Ordonnance sur la qualité des soins et la sécurité des patients)³³. C'est un concept multidimensionnel qui peut être représenté comme suit :



« Schéma adapté du site web des HUG, section « qualité », <http://www.hug-ge.ch/qualite>, et de Staines A, "Panorama de la qualité des soins de santé. Mise en œuvre, évaluation et pilotage" (Lausanne, septembre 2014) » (figure 3)³⁴

Responsabilité de la qualité des soins

Législation en vigueur

Au niveau fédéral, les questions entourant la qualité des soins sont traitées dans la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et dans son Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal). Les responsabilités sont réparties entre la Confédération qui endosse le rôle de pilotage, le Conseil fédéral qui organise des contrôles dont l'exécution peut être confiée à des associations professionnelles ou autres institutions³⁵. Au niveau cantonal, les responsabilités sont définies dans la Loi sur les établissements et institutions sanitaires (LEIS), la Loi sur les soins de longue durée (LSLD) et la Loi sur la santé (LS). Ainsi, le département détermine, notamment par voie de directives, les critères de l'accès à des soins appropriés et de qualité pour toutes les patient-es (art. 12 al. 3 LSLD). Les prestataires de soins sont responsables de la qualité des soins et de la sécurité des résident-es (art. 44 al. 1 LS). Autorités et institutions doivent également veiller conjointement à « garantir le respect de la dignité et l'égalité de traitement et d'accès à une prise en charge curative et palliative répondant aux besoins des patients » (art. 3 al. 1 let. a) LSLD). Les responsabilités des professionnel-les de la santé sont fixées dans l'article 63 de la Loi sur la santé garantissant que ces dernier-ères n'aient pas à fournir des prestations dépassant leurs compétences. L'État doit également jouer un rôle actif dans la garantie de la qualité des soins. Il s'assure que la main d'œuvre soit suffisante (art. 4 al. 5 LS) et finance des projets pour garantir la prise en charge (art. 6 LS). En outre, le Conseil d'État

³³ Pour information, la sécurité des patient-es concerne quant à elle « la gestion et la prévention des événements indésirables liés à la prise en charge de patients » (art. 2 al. 2 Ordonnance sur la qualité des soins et la sécurité des patients).

³⁴ Figure 3 : Observatoire Valaisan de la Santé, Qu'est-ce que la qualité des soins ?

³⁵ Observatoire Valaisan de la Santé, Bases légales suisses et valaisannes

peut subventionner les prestations d'intérêt général, notamment en cas de pénurie de professionnelles de la santé (art. 4 al. 6 LS).

Dotations BESA

Les besoins en soins des résident-es sont évalués selon le système de classification « BESA ». Cette échelle permet également de déterminer la participation financière de l'assurance obligatoire et des pouvoirs publics. Ainsi, la dotation en personnel d'un EMS est calculée en fonction de la somme des points BESA de l'ensemble des résident-es : un-e résident-e nécessitant 20 minutes de soins correspond à un point BESA, lequel correspond à un 0.05 EPT. Il convient de noter ici que l'accompagnement des résident-es est compris dans ce calcul. Les soignant-es sont ainsi tenus-es de répertorier chacune de leurs actions dans un système informatique. Les dotations en personnel sont calculées annuellement en fonction de la moyenne BESA de l'année précédente.

Le PSVR dénonce ce système de calcul des dotations. Il en résulte une bureaucratie et un travail administratif conséquent, témoigne d'un manque de confiance envers le personnel qui doit rendre des comptes auprès des assurances, et la qualité des soins et de l'accompagnement en pâtit. En d'autres termes, la responsabilité des soins n'est pas cadrée en fonction du bien-être des patient-es mais en fonction de la sécurité financière des établissements. Les caisses-maladies, payant les soins à l'acte, fixent les dotations en fonction des soins enregistrés dans les ordinateurs des établissements. Les collaborateur-trices sont alors poussé-es à enregistrer un maximum d'actes pour obtenir des dotations plus importantes amenant ainsi à des situations ubuesques : plus les patient-es vont mal, plus il y aura d'actes médicaux, et meilleure sera la dotation en personnel. En d'autres termes, le manque de personnel trouve ses origines dans le personnel lui-même, qui n'enregistrerait pas assez d'actes en raison notamment de la lourdeur administrative de la tâche.

Le système BESA semble lourd pour les collaborateurs-trices qui doivent y inscrire chacun de leurs gestes et ce, au prix d'accorder moins de temps aux résident-es. Cette consignation systématique a quelque chose d'intrusif pour les résident-es, pour qui le personnel a de facto moins de temps. En outre, les aspects liés au bien-être social et au domaine relationnel ne sont pas pris en compte dans ces calculs alors que leurs impacts peuvent être déterminant sur la santé.

La lenteur bureaucratique du système attribuant les dotations mérite également d'être dénoncée. Ce système doit être changé, il ne correspond pas aux exigences concrètes du terrain. La révision annuelle des dotations est incohérente : si un-e résident-e chute et se blesse le premier janvier, il faut un an pour que les soins alors nécessaires soient comptabilisés dans les points BESA et qu'une dotation supplémentaire soit allouée.

La rigueur financière et l'informatisation ont également pour conséquences des pressions supplémentaires sur le personnel soignant et donc, à terme, sur le bien-être des résident-es. Les collaborateur-trices quittent la profession, le côté humain passe au second plan, et les résident-es subissent de plein fouet cette déshumanisation.

Nous avons laissé les logiques financières et la rentabilité prendre le pas sur les besoins sanitaires des patient-es et cet état de fait n'est pas tolérable. Pour le PSVR, le système de dotation doit impérativement être revu.

Surveillance de la qualité des soins

En Valais, cinq acteurs principaux sont impliqués dans la surveillance de la qualité des soins³⁶ :

Le Département en charge de la santé est l'autorité de surveillance qui définit la politique de surveillance et précise les rôles des acteurs impliqués et les indicateurs utilisés pour mesurer la qualité des soins.

La Commission cantonale pour la sécurité des patients et la qualité des soins (CSPQS) est un organe stratégique consulté par le Département en charge de la santé. Elle propose au Département sa définition de la politique de surveillance de la qualité des soins et de la sécurité des patient-es et informe sur la manière avec laquelle elle sélectionne les indicateurs. Pour remplir ses tâches, elle peut consulter les prestataires de soins et l'Observatoire valaisan de la santé (OVS). Elle valide l'organisation des prestataires de soins pour garantir la qualité des soins et la sécurité des patient-es. Elle fait enfin des propositions et recommandations sur la base de rapports soumis par les prestataires de soins et l'OVS.

Le Service de la santé publique (SSP) est l'organe de surveillance opérationnelle de la qualité des soins. Il vérifie que la politique de surveillance de la qualité des soins et de la sécurité des patient-es définie par le Département soit correctement mise en œuvre par les prestataires de soins. Il s'appuie sur les activités du « Pôle qualité des soins » de l'OVS.

L'Observatoire valaisan de la santé (OVS)³⁷ vérifie, analyse et diffuse les données relatives à la santé à destination des décideur-euses, des professionnel-les de la santé et des citoyens-nes. L'OVS prend part aux travaux relatifs à la planification sanitaire, produit des rapports et des indicateurs et se charge de réaliser des enquêtes. À la suite de l'adoption des « Lignes directrices pour une politique de surveillance de la qualité des soins et de la sécurité des patients en Valais », l'observatoire s'est doté d'un « Pôle qualité » pour la surveillance de la qualité des soins. « Le Pôle qualité assure le suivi d'indicateurs nationaux développés notamment par l'Association nationale pour le développement de la qualité (ANQ) dans les hôpitaux et l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Le Pôle qualité analyse les résultats et fait des recommandations au canton. Il peut aussi réaliser des études et enquêtes sous mandat de la CSPQS. Il suit les pratiques de surveillance de la qualité des soins dans les autres cantons et identifie des possibilités de développement d'indicateurs communs de la qualité de soins. Enfin, le Pôle forme les professionnels de la santé à la compréhension et l'interprétation des indicateurs de la qualité des soins. »³⁸

Enfin, les prestataires de soins sont responsables de la qualité des soins prodigués et de la sécurité de leurs patient-es. Elles et ils définissent, dans le cadre de la politique de surveillance édictée par le Département, leur propre stratégie dont la mise en œuvre leur incombe également. Les prestataires peuvent également produire des indicateurs, en complément à ceux préexistants (nationaux et cantonaux). Elles et ils fournissent enfin au SSP et à l'OVS les données nécessaires à la construction des indicateurs cantonaux.

³⁶ Pour cette partie : Observatoire Valaisan de la Santé, Organisation de la surveillance de la qualité des soins en Valais

³⁷ Sansonnens, Julien, Christian Ambord, Victor Fournier, Samantha Dokladny-Rey, Véronique Burato Gutierrez, Luc Fornerod, et Arnaud Chiolo. « Du Pôle qualité à la Plateforme ». BULLETIN DES MÉDECINS SUISSES, s. d., 3.

³⁸ Ibid p. 1087

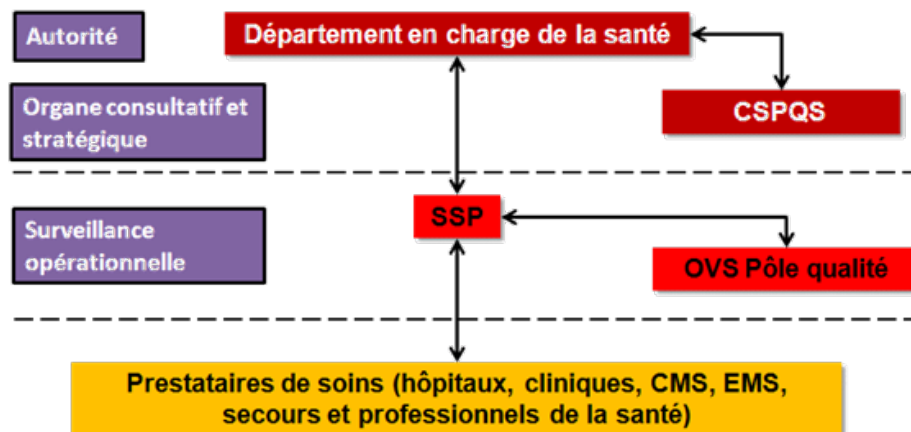


Figure 4³⁹

Sanctions

Les établissements et institutions sanitaires recevant un financement des pouvoirs publics sont soumis aux contrôles du Département. Celui-ci s'assure du respect de la planification, des mandats et contrats de prestations, des directives du département, du budget, des comptes, de l'affectation du financement selon la LAMal et du subventionnement⁴⁰. « Sur proposition du département, le Conseil d'État réduit, suspend ou supprime le financement au cas où les établissements et institutions sanitaires ne respecteraient pas la loi, les ordonnances ou les directives du département. »⁴¹

Des mesures disciplinaires peuvent être prononcées à l'encontre des professionnel·les (au sens de l'article 45 LS) lors de violation de leurs devoirs ou des dispositions de la LS (art. 154 al. 1 LS). Les institutions sanitaires sont également passibles de sanctions en cas de « violation des règles de l'art ou de la législation sanitaire, dès lors qu'elle ne peut être imputée à aucune personne physique déterminée et si cette violation résulte du manque d'organisation de l'institution sanitaire » (art. 155 al 1 LS). « L'institution sanitaire est punie indépendamment de la punissabilité des personnes physiques s'il doit lui être reproché de ne pas avoir pris toutes les mesures d'organisation raisonnables et nécessaires pour empêcher l'infraction » (art. 155 al. 2 LS). Des sanctions pénales sont également possibles (art. 159 LS).

CIVESS et Ombudsman

Le canton de Vaud s'est doté d'un organisme de contrôle de la qualité des soins : le CIVESS (Coordination interservices des visites dans les établissements sanitaires et sociaux). Cet organisme est chargé de la vérification du respect de la dignité des personnes et de leur sécurité au sein des établissements socio-médicaux. Il est toutefois dépourvu de capacité de sanction. Similairement, l'Ombudsman Valais, créé en 2018 fournit des renseignements et peut recueillir les éventuelles plaintes du personnel, des résident·es ou de leur famille. L'Ombudsman Valais ne dispose pas de pouvoir décisionnel mais signale les manquements au service de la santé et peut procéder à des dénonciations anonymes ou à la mise en place de médiations. Cet organisme ne peut intervenir que s'il est sollicité. De plus, il n'intervient pas dans le

³⁹ Figure 4 : Observatoire Valaisan de la Santé, Organisation de la surveillance de la qualité des soins en Valais

⁴⁰ Art. 46 al. 1, Loi cantonale du 17 février 2016 sur les établissements et institutions sanitaires (LEIS/VS, RS 800.10)

⁴¹ Art. 47 al. 1 et 2 Ordonnance cantonale du 15 octobre 2014 sur la planification et le financement des soins de longue durée (RS 805.10)

cadre du droit du travail, à moins que les manquements constatés aient un impact direct sur la qualité des soins. Il reste peu connu et sous-doté en personnel.

Pour le PSVR, un organe indépendant, responsable à la fois de la garantie de la qualité des soins et de la garantie du respect du droit du travail, est impératif au bon fonctionnement des EMS valaisans. Il convient donc d'élargir les compétences de cet organe et de lui assurer les moyens de mettre en œuvre ces objectifs.

ANIMATIONS

Comme le relevait la Commission consultative pour le développement de la politique en faveur des personnes âgées, le concept d'animation et de conservation du lien social est peu développé dans la législation en vigueur. On retrouve quelques articles de la LSLD évoquant les liens des résident-es avec leur environnement socio-culturel (Art. 3, al. 1, let. b et e), l'obligation pour les institutions de proposer des prestations d'animation (Art. 6, al. 1) ou d'assurer la qualité de vie des bénéficiaires (Art. 3, al. 1, let. b).

Valérie Hugentobler et Alexandre Lambelet, co-responsables du réseau Âge, Vieillissements et Fin de vie (AVIF) à la Haute école de travail social et de la santé et à la Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale à Lausanne, relèvent que l'animation reste subordonnée aux priorités médicales et hôtelières⁴². La collaboration inter-service est encore insuffisante et cette subordination est structurée par des dimensions temporelles et spatiales : le rythme des repas et des soins est déterminé et s'impose aux résident-es dans des espaces fixes et délimités. L'organisation d'animations doit alors faire preuve de souplesse entre ces moments et avoir lieu dans d'autres espaces. Mais les conceptions de l'animation au sein des EMS ont connu des évolutions dans les dernières décennies : d'un modèle d'animation collective dans un lieu défini (avec l'ensemble des résident-es dans une salle d'animation), nous nous dirigeons vers un modèle « personnalisé » où les animations sont organisées dans les unités, les étages, voire dans les chambres des résident-es et incluent des animations individuelles (écoute, présence, discussion, promenade permettant le partage et l'échange). Ce modèle, encore insuffisamment développé sur le terrain, nécessite une capacité à adapter l'accompagnement en fonction de la situation et du moment. Ce décloisonnement est bien accueilli par les équipes d'animation mais rencontre des résistances en provenance des autres professionnelles : « l'animation vient occuper des espaces qui ne lui sont pas dédiés a priori et dans lesquels elle est rarement considérée comme prioritaire. »⁴³ C'est ici une troisième dimension structurant la subordination de l'animation en EMS : elle est une profession encore peu développée dont la légitimité est en construction. Ainsi, comme le révèle l'article d'Hugentobler et de Lambelet, les soignant-es ont tendance à envisager l'animation comme une aide ou un moyen de se décharger, par exemple à l'heure des repas. Les animateur-trices, au contraire, voient ce moment comme un moyen de garder contact avec le/la résident-e, « dans un rapport d'animation individuelle »⁴⁴. De plus, d'après la recherche menée par les deux auteures, les responsables d'animation tiennent à participer aux réunions des soignant-es mais il est rare que les soignant-es demandent à participer aux séances de l'animation. La conception dominante de l'animation en EMS est celle qui affirme que les soignant-es sont les mieux placés pour savoir de quelles animations ont besoin des résident-es.

Au niveau de l'animation, la première étape pour faire de nos EMS des « lieux de vie » passe donc indéniablement par une légitimation de la profession. Pour ce faire, il paraît indispensable d'inclure l'animation dans les dotations ou dans un subventionnement pour que cette dernière ne soit pas à la charge des résident-es⁴⁵. Il est également important de lutter contre une spécialisation du travail qui aurait tendance à atomiser les travailleuses et de se diriger vers de nouvelles méthodes d'accompagnements répondant au mieux au besoin des résident-es (telles que la méthode Montessori, des projets de correspondance avec des élèves pour favoriser les liens intergénérationnels, etc.) ainsi que de se diriger vers un

⁴² Hugentobler, Valérie, et Alexandre Lambelet, éd. « Quelle place pour l'animation sociale dans les établissements médico-sociaux ? » *Angewandte GERONTOLOGIE Appliquée* 3, n° 4 (2018): 17-19.

⁴³ Ibid p. 18

⁴⁴ Ibid

⁴⁵ Rappelons que l'animation n'est pas financée par le système BESA (et donc par la LAMal) mais par les contributions des résident-es.

décloisonnement et une interdisciplinarité entre soins, hôtellerie et animation. Pour y parvenir, accroître les formations en animation pour le personnel de soin et les formations en soins pour le personnel de l'animation est un premier pas. En outre, des synergies doivent être trouvées entre les EMS et les CMS et services de soin à domicile, pour renforcer la connaissance du personnel des EMS sur la vie des résident-es avant que ces derniers ne rentrent dans les établissements.

DROIT DU TRAVAIL

Législation en vigueur et statut de l'AVALEMS

La loi sur la santé (LS), la loi sur les soins de longue durée (LSLD) ainsi que la loi sur les établissements et institutions sanitaires (LEIS) fixent les grandes lignes du droit du travail dans les EMS. Nous ne reviendrons pas en détail sur l'ensemble de ces textes. Il faut toutefois relever le premier alinéa de l'article 14 de la LEIS qui prévoit que « le subventionnement du canton des établissements et institutions sanitaires ou des secteurs d'activités d'établissements et institutions qui ne poursuivent pas un but lucratif est soumis à des conditions générales. En font partie le respect des statuts du personnel établis par les organisations faitières reconnues d'utilité publique ou les conventions collectives de travail, subsidiairement les normes du département sur les conditions sociales et salariales du personnel. La participation à la formation du personnel des établissements et institutions sanitaires est également nécessaire. »

De fait, le Statut du personnel de l'Association Valaisanne des EMS⁴⁶ (AVALEMS) prescrit les conditions d'emploi dans les EMS du canton du Valais. Ce texte précise les droits, obligations et devoirs dans les rapports de travail entre les EMS et le personnel. Ces dispositions font partie intégrante du contrat individuel de travail (cf. Préambule du Statut⁴⁷). Le Statut ne s'applique en revanche pas, entre autres, aux stagiaires, aux apprenti-es, aux directeur-trices, aux médecins-répondants ou aux pharmaciens-répondants (art. 2 du Statut). Ce statut traite du contrat de travail, des pauses, des congés hebdomadaires, des heures supplémentaires, etc. Il convient toutefois de relever de nombreux points qui ne sont pas respectés. Les heures de travail peuvent excéder le maximum autorisé par la loi, entraînant une accumulation de fatigue, les horaires de pause minimums ne sont pas respectés. Les tâches des collaborateur-trices ne sont pas toutes valorisées comme elles le devraient (le temps d'habillage n'est, par exemple, pas compté comme du temps de travail dans certains établissements ; les frais de nettoyage des habits de travail peuvent être soustraits au salaire des collaborateur-trices). Il est difficile pour les collaborateur-trices de savoir vers qui se tourner en cas d'infraction, car souvent, celles et ceux qui chapeautent ces organismes font partie de conseils de fondation ou d'administration, ce qui résulte sur un conflit d'intérêt évident. En Valais, des directeurs d'EMS, siègent ainsi au conseil de fondation de l'AVALEMS. Il est également difficile de se tourner vers les syndicats. Certain-es vont jusqu'à parler de « climat de peur » et de menaces de licenciement envers les employé-es souhaitant se syndiquer ou dénoncer des mauvais traitements. D'après les informations récoltées par le PSVR, au moins un EMS en Valais interdit la présence de syndicats et les contacts avec l'Associations Suisse des Infirmières et Infirmiers (ASI) Outre ces manquements, le parti demande également une plus grande ouverture de la part de l'AVALEMS et des directeur-trices sur une future convention collective de travail (CCT) ainsi que sur les partenariats sociaux. Enfin, le parti revendique une obligation pour les employeurs d'offrir et d'encourager les formations continues en établissant un minimum annuel. Ce minimum de formation-continue doit également faire l'objet de contrôles.

La première mesure pour pallier ces manquements serait la création d'un organe de contrôle indépendant pouvant procéder à des contrôles inopinés. Cet organe aurait pour devoir de veiller à la qualité des soins ainsi qu'au respect du droit du travail. De plus, le rôle des syndicats dans la défense des intérêts des travailleur-euses doit être valorisé. Une loi de niveau fédéral sur les lanceur-euses d'alerte est également nécessaire afin de protéger les personnes révélant des informations d'utilité publique, dans le domaine des soins mais également dans tous les domaines de la vie politique. Ces conditions, une fois réunies, permettront l'application

⁴⁶ Association Valaisanne des EMS (AVALEMS), Statut du personnel, janvier 2017, 8ème édition

⁴⁷ Ibid

stricte de la législation en vigueur et du statut du personnel de l'AVALEMS. Ce dernier nécessite toutefois d'être solidifié : les heures de travail consécutives maximales ou encore les quotas maximums d'heures supplémentaires devraient, par exemple y figurer. Une convention collective de travail doit, en outre, être instaurée au sein des EMS et des CMS. Les établissements qui ne signeraient pas de CCT avec des syndicats reconnus, perdraient leurs subventions étatiques.

Des dotations supplémentaires sont nécessaires pour garantir des soins appropriés aux résident-es d'EMS mais également pour décharger le personnel actuel. Une revalorisation salariale devrait également être mise sur la table. La population des EMS vieillit et arrive en EMS avec de multiples pathologies ; par conséquent, la charge physique et émotionnelle se fait plus lourde pour les collaborateur-trices. Enfin, le PSVR souhaite que l'offre de formation continue soit la plus large et la plus diversifiée possible. La formation continue ne doit pas être à la charge du/de la collaborateur-trice. Un minimum horaire annuel de formation continue doit être instaurée pour l'ensemble du personnel, cadres compris.

REVENDEICATIONS, PAR ORDRE D'APPARITION :

- Établissement d'une loi spécifique pour les senior-es ;
- Établissement d'une loi sur l'indemnité forfaitaire pour les proches-aidants, voire, d'une Loi contre le travail gratuit ;
- Redéfinition des directives du DSSC : EMS comme lieu de vie ;
- Mise en place des diagnostics cantonaux sur la situation objective des senior-es ;
- Plafonnement de la participation des assurés au financement des EMS à hauteur de, par exemple, 40 % du financement total (niveau fédéral → LAMal) :
 - o Participation minimale des assurances au financement des EMS : 30 % ;
 - o Participation minimale des pouvoirs publics (y compris subventionnement) : 30 % ;
 - o Augmentation du maximum journalier pris en charge par les prestations complémentaires à 135 CHF ;
 - o La part prise en charge par les résident-es doit prendre en compte leur capacité financière dans un principe de progressivité, afin de garantir une offre de qualité et abordable pour toutes et tous.
- EMS en mains publiques : fin des privatisations, voire, cantonalisation ;
- Refonte du système BESA :
 - o Inclusion de l'animation dans les dotations ;
 - o Allègement du système ;
 - o Réévaluation plus régulière ;
 - o Dotations plus importantes ;
- Favoriser l'interdisciplinarité entre soins-hôtellerie et animation (formations, formations continues) ;
- Fin des subventionnements pour les établissements n'adoptant pas de CCT à moyen terme ;
- Renforcement des compétences et des dotations en EPT de l'Ombudsman Valais pour que ce dernier prenne en charge la surveillance de la qualité des soins ainsi que du respect du droit du travail. L'aspect relationnel entre le personnel, la ou le résident et son entourage doivent être intégrés dans les impératifs financiers et organisationnels spécifiques aux EMS ;
- Encouragements envers le personnel à se syndiquer ;
- Établissement d'une loi pour protéger les lanceurs-euses d'alerte (niveau fédéral) ;
- Renforcement du statut du personnel d'AVALEMS avec temps de travail maximum consécutif et quota maximum d'heures supplémentaires ;
- Revalorisation salariale pour l'ensemble du personnel ;
- Établissement d'un minimum légal de journées de formation continue pour l'ensemble du personnel, à la charge des pouvoirs publics ou de l'employeur ;
- Instauration d'une limite sur les bénéfices réalisés par les EMS pour garantir leur pérennité ;
- Renforcer la voix des employé-es dans l'association faïtière AVALEMS ;
- Veiller à ce que lors d'une construction d'un nouvel EMS, son implantation se fasse dans la mesure du possible au centre des localités, et soit dans tous les cas accessible facilement en transports publics et par les personnes à mobilité réduite.

REMERCIEMENTS

Il ne serait pas possible de clore ce papier de position sans remercier le plus sincèrement possible les personnes qui ont participé au groupe de travail du PSVR pour son élaboration. Merci donc à

- Loide Trinchera,
- Natalie Daoust Ribordy,
- Maria A. Carbonell Solis,
- Patrizia Remedi,
- Malika Produit,
- Chantal Dussex,
- Magali Mariéthoz,
- Anaïs Thétaz Pavlovič,
- Christophe Thétaz,
- Laure Walliman,

pour leur engagement et le temps donné dans le groupe de travail sur les EMS.

Enfin, il faut saluer le travail de Lauren Barras, qui a porté ce projet de bout en bout en effectuant un travail de recherche en profondeur et d'une qualité sans faille.

Ce papier n'aurait jamais vu le jour sans la motivation et l'implication de toutes ces personnes.

BIBLIOGRAPHIE

- Arrêté du 1^{er} décembre 2021 fixant les coûts facturables et les contributions résiduelles des pouvoirs publics pour les établissements médico-sociaux et les lits d'attente hospitaliers (RS 805.110), https://lex.vs.ch/app/fr/texts_of_law/805.110
- Association Valaisanne des EMS (AVALEMS), Statut du personnel, janvier 2017, 8^{ème} édition, https://www.avalems.ch/data/documents/Personnel_EMS/StatutDuPersonnel_Komplett_FR.pdf
- DSSC - Commission consultative cantonale pour le développement de la politique en faveur des personnes âgées 2018-2021, Base légale et modifications réglementaires - Rapport thématique n°4 (4ème Rapport complémentaire du Rapport final 2020), Février 2020, Canton du Valais, <https://www.vs.ch/documents/218528/13634063/Rapport+th%C3%A9matique+4+-+Bases+l%C3%A9gales+sp%C3%A9cifiques+et+modifications+r%C3%A9glementaires.pdf/b9085167-14d9-99a0-6df7-abaa5ad6cd32?t=1635151300604&v=1.0>
- DSSC - Commission consultative cantonale pour le développement de la politique en faveur des personnes âgées 2018-2021, Diagnostic cantonal et outils de recueil de données locales Rapport thématique n°2 (2ème Rapport complémentaire du Rapport final 2020), Février 2020, Canton du Valais, <https://www.vs.ch/documents/529400/7982272/Rapport+th%C3%A9matique+2+-+Diagnostic+cantonal+outils+recueil+donn%C3%A9es.pdf/12966f6d-825f-1e0e-cf38-c807d14dd814?t=1592807193787>
- DSSC - Commission consultative cantonale pour le développement de la politique en faveur des personnes âgées 2018-2021, Rapport final 2020, Février 2020, Canton du Valais, <https://www.vs.ch/documents/529400/7982272/Rapport+final+2020+-+commission+cons.+cant.+politique+personnes+ag%C3%A9es.pdf/93a815fa-95ca-60f7-3f0b-3ee3b64ec0a5?t=1592807210225>
- Hugentobler, Valérie, et Alexandre Lambelet, éd. « Quelle place pour l'animation sociale dans les établissements médico-sociaux ? » *Angewandte GERONTOLOGIE Appliquée* 3, n° 4 (2018): 17-19.
- Loi cantonale sur la santé du 12 mars 2020 (LS/VS, RS 800.1) https://lex.vs.ch/app/fr/texts_of_law/800.1
- Loi cantonale du 17 février 2016 sur les établissements et institutions sanitaires (LEIS/VS, RS 800.10), https://lex.vs.ch/app/fr/texts_of_law/800.10/versions/2055
- Loi cantonale du 14 septembre 2011 sur les soins de longue durée (LSLD/VS, RS 805.1), https://lex.vs.ch/app/fr/texts_of_law/805.1
- Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance maladie (LAMal, 832.10), https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/fr
- Observatoire Valaisan de la Santé, Finances des établissements médico-sociaux (EMS), 24 décembre 2021, <https://www.ovs.ch/fr/indicateurs/id-1985-finances-des-etablissemments-medico-sociaux-ems/>
- Observatoire Valaisan de la Santé, Bases légales suisses et valaisannes, <https://www.ovs.ch/fr/entete-de-page/l-ovs/evaluation-de-la-qualite-des-soins/bases-legales-suisses-et-valaisannes/>
- Observatoire Valaisan de la Santé, Qu'est-ce que la qualité des soins ? <https://www.ovs.ch/fr/entete-de-page/l-ovs/evaluation-de-la-qualite-des-soins/qu-est-ce-que-la-qualite-des-soins/>

- Observatoire Valaisan de la Santé, Organisation de la surveillance de la qualité des soins en Valais, <https://www.ovs.ch/fr/entete-de-page/l-ovs/evaluation-de-la-qualite-des-soins/organisation-de-la-surveillance-de-la-qualite-des-soins-en-valais/>
- Ordonnance cantonale du 15 octobre 2014 sur la planification et le financement des soins de longue durée (RS 805.10), https://lex.vs.ch/app/fr/texts_of_law/810.10/versions/2065
- Ordonnance cantonale du 19 décembre 2007 sur la planification sanitaire et le subventionnement des établissements et institutions sanitaires (RS 810.10) https://lex.vs.ch/app/fr/texts_of_law/810.10/versions/2065
- Ordonnance cantonale du 3 septembre 2014 sur la qualité des soins et la sécurité des patients (RS 800.300), https://lex.vs.ch/app/fr/texts_of_law/800.300/versions/2059?all_languages=true&diff=split
- Sansonnens, Julien, Christian Ambord, Victor Fournier, Samantha Dokladny-Rey, Véronique Burato Gutierrez, Luc Fornerod, et Arnaud Chiolero. « Du Pôle qualité à la Plateforme ». BULLETIN DES MÉDECINS SUISSES, s. d., 3.
- Simonet, Maud. Travail gratuit, la nouvelle exploitation ? Petite encyclopédie critique. Paris: Textuel, 2018.