

Intervention parlementaire. Réponse du Conseil-exécutif

N° de l'intervention: 241-2014
Type d'intervention: Interpellation
Motion ayant valeur de directive: ☐
N° d'affaire: 2014.RRGR.1159

Déposée le: 17.11.2014

Motion de groupe: Non
Motion de commission: Non
Déposée par: Imboden (Bern, Les Verts) (porte-parole)

Cosignataires: 13

Urgence demandée: Non
Urgence accordée: Non

N° d'ACE: 438/2015 du 22 avril 2015
Direction: Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale
Classification: -



Qualité de la prise en charge dans les EMS et efficacité des contrôles: quelles garanties?

La prise en charge des personnes âgées en institution est un marché en expansion qui attire depuis peu les investisseurs tels que les fonds spéculatifs, qui s'en promettent un rendement juteux. Selon un reportage de la *Sonntagszeitung* du 28 septembre 2014, 'il y a quelque chose de pourri dans la prise en charge des personnes âgées. Les entreprises à but lucratif sont toujours plus nombreuses à s'intéresser à ce marché. Pour optimiser le volume de travail, le revenu et les bénéfices, les établissements ont toujours plus recours à des combines : attribution des pensionnaires à des catégories de soin plus lourdes, dépassement des capacités, économies dans le nombre de postes par place. Selon les chiffres de l'Office fédéral de la santé, 234 foyers en Suisse au moins étaient en surcapacité en 2012. Dans le canton de Berne, une vingtaine d'établissements avaient nettement moins de personnel que ce qui est prescrit.

Comme les frais de personnel constituent un important facteur des coûts, c'est souvent là que les exploitants et exploitantes font des économies. Tel qu'il a été défini, le nombre de postes par place n'est pas respecté et le personnel soignant est insuffisamment qualifié. Pour le personnel, la conséquence en est le surmenage et les problèmes de santé qui s'ensuivent, les locataires des établissements souffrent dans leur autonomie et leur dignité de ces restrictions, c'est la sous-enchère par rapport aux normes de qualité des soins. Les contribuables supportent les coûts des mauvaises conditions de travail et de cette poursuite du gain, puisqu'il faut des presta-

tions complémentaires pour couvrir les coûts des séjours ou que les soignants et soignantes qualifiés quittent prématurément leur poste.

850 établissements sur 1558 ont fait 250 millions de francs de bénéfices en 2012. Nombre d'établissements à but lucratif ont réalisé des bénéfices élevés. L'attribution des pensionnaires à des catégories de soin trop lourdes, un personnel qualifié insuffisant, le dépassement des capacités leur permettent ces résultats. C'est la conclusion d'une évaluation des données de l'Office fédéral de la santé. Aujourd'hui, les entreprises médico-sociales opérant dans le domaine du troisième âge qui sont subventionnées ou cofinancées par les pouvoirs publics ne doivent ni documenter leurs bénéfices ni publier les salaires de leurs chefs.

Les chiffres-clés de l'OFS relatifs aux établissements médico-sociaux suisses (EMS)

Pour la première fois, l'Office fédéral de la santé publie de tels chiffres-clés. Les établissements médico-sociaux de toute la Suisse ont été comparés entre eux pour l'année 2012. 49 chiffres-clés sont publiés pour chacune des institutions. On voit notamment quel est le personnel par place ou quelle est la proportion de personnel soignant spécialisé dans l'ensemble du personnel. D'autres indications concernent les coûts par jour et par place dans l'institution, l'intensité des soins apportés ou le résultat de l'exploitation¹.

Dès lors, le Conseil-exécutif est prié de répondre aux questions suivantes :

1. Quels enseignements peut-on tirer en ce qui concerne l'infrastructure des établissements dans le canton de Berne des chiffres-clés relatifs aux établissements médico-sociaux suisses (EMS) publiés par la Confédération? Que dit la statistique des prestations, de la patientèle, du personnel et du compte de fonctionnement de ces établissements?
2. Quelle est la position du canton de Berne dans le classement par rapport aux autres cantons, quelles conclusions le Conseil-exécutif en tire-t-il et quels sont les aspects qui appellent une action ?
3. Comment sont menés les contrôles dans les EMS du canton de Berne et à quel moment ? Quelle est la formation des personnes chargées des contrôles ? Quels sont les domaines contrôlés ?
4. Les ressources de l'Office des personnes âgées et handicapées (OPAH) sont-elles suffisantes pour que les contrôles soient à la fois complets et efficaces ?
5. Quels sont les moyens de sanction en cas de contravention aux prescriptions, notamment si le nombre prescrit de postes par place n'est pas respecté ou si les capacités sont dépassées, et ces moyens sont-ils aux yeux du Conseil-exécutif suffisants ?
6. Combien de cas de violation des règles ont-ils été constatés en 2012 et 2013, et quelles en ont été les sanctions ?
7. Quelles sont les données sur lesquelles sont basées les conditions de travail (salaires, horaires, heures supplémentaires, fluctuations du personnel et absences pour maladie) ?

¹ <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/01156/14641/index.html?lang=fr>

8. Le Conseil-exécutif est-il prêt à imposer aux établissements médico-sociaux des règles de transparence en ce qui concerne les salaires des cadres et les bénéfices ?

Réponse du Conseil-exécutif

Le canton de Berne compte 320 EMS, 130 institutions pour adultes handicapés et quelque 60 foyers et écoles spécialisées pour enfants et adolescents handicapés. Il appartient à l'Office des personnes âgées et handicapées (OPAH) d'octroyer les autorisations d'exploitation et d'exercer la surveillance sur ces établissements. Pour ce faire, l'office se fonde sur la loi du 11 juin 2001 sur l'aide sociale (LASoc) et sur l'ordonnance du 18 septembre 1996 sur les foyers et les ménages privés prenant en charge des personnes tributaires de soins (OFoy).

L'application des dispositions légales destinées à garantir aux personnes admises dans les EMS un séjour conforme à leurs besoins s'appuie sur deux instruments fondamentaux de controlling du canton, à savoir la procédure d'autorisation et la procédure de surveillance. Pour être admise en tant qu'établissement médico-social, une institution doit satisfaire à une série de critères minimaux fixés par l'OFoy. Ces normes structurelles servent de base pour garantir une qualité (minimale) de prise en charge et de soins conforme à la volonté du législateur². La procédure d'autorisation consiste à examiner si les normes en matière de direction du foyer et des soins, de personnel, d'infrastructure, d'assistance médicale et de programme d'exploitation sont remplies. La procédure de surveillance consiste à apprécier la qualité de la mise en œuvre des exigences minimales définies dans la procédure d'autorisation.

Si un EMS ne remplit pas les conditions d'octroi ou qu'en dépit d'une sommation, il contrevient de manière répétée aux exigences définies par l'OPAH, ce dernier peut

- assortir l'autorisation de charges à mettre en œuvre dans un délai défini,
- infliger une amende,
- limiter l'autorisation d'exploiter dans le temps ou
- retirer l'autorisation et décider la fermeture immédiate de l'institution.

Pour assurer l'efficacité des contrôles effectués, les EMS sont tenus de prouver, dans le délai qui leur est imparti, qu'ils ont concrétisé les mesures ordonnées par le canton. Parmi les critères de vérification de l'efficacité, il convient de citer encore

- le nombre des mesures ordonnées à réitérées reprises dans un EMS,
- le nombre de dénonciations à l'autorité de surveillance et les conditions qui en découlent pour l'obtention d'une autorisation d'exploiter ainsi que
- l'évolution de la qualité des données que les établissements sont tenus de transmettre.

² L'auteur de l'interpellation parle de « qualité de la prise en charge » ; le Conseil-exécutif part de l'idée que le terme se rapporte à la fois à la prise en charge et aux soins.

Point 1

La publication *Chiffres-clés des homes médicalisés suisses* éditée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) repose sur la statistique des institutions médico-sociales (SOMED) de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Les données sont recueillies par les services de recensement des cantons. SOMED est une statistique d'envergure nationale qui permet des comparaisons entre cantons et entre communes. Comme il s'agit d'une enquête exhaustive pour laquelle tous les EMS suisses sont tenus de fournir des données relatives à leur exploitation, elle autorise aussi des comparaisons au niveau des établissements.

La statistique des institutions médico-sociales est établie depuis 2006. Le relevé annuel est opéré en première instance par les services de recensement susmentionnés, lesquels transmettent leurs données à l'OFS. Les cantons peuvent demander à l'OFS de leur communiquer les données des autres cantons pour les analyser. En 2014, l'OFSP a publié pour la première fois des données exhaustives (portant sur l'année 2012), mais cela fait plus longtemps déjà que les cantons peuvent accéder à ces informations et en tirer les conclusions qui s'imposent. Ainsi, si la publication de l'OFSP constitue en soi une nouveauté – notamment parce qu'elle est accessible à un plus large public – les données qu'elle renferme n'ont rien de nouveau.

La Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (SAP) recourt aux données SOMED fondant la publication de l'OFSP essentiellement à des fins de planification. Pour exercer son devoir de surveillance, elle les complète en relevant d'autres données plus récentes, répondant mieux aux besoins spécifiques d'une autorité de surveillance.

Une évaluation des données de la statistique SOMED pour les 20 établissements critiqués montre clairement que ceux-ci n'ont pas fourni les données avec le soin requis. Les institutions concernées ont justifié par écrit les écarts par rapport à la dotation type et à l'occupation. Ces indications incitent à contrôler au niveau cantonal la fourniture et la validation des données pour la statistique SOMED.

Point 2

La publication précitée de l'OFSP livre une cinquantaine de chiffres-clés pour chaque EMS de Suisse. Chaque établissement est comparé d'une part avec la moyenne du canton considéré et, d'autre part, avec la moyenne suisse. Parallèlement, les indicateurs agrégés de chaque canton servent à comparer les cantons entre eux. Malgré tout l'intérêt de cette présentation, elle ne se prête pas à l'établissement d'un classement proprement dit. En réalité, de nombreux indicateurs correspondent à des données quantitatives cumulées, celles-ci étant logiquement plus élevées dans les grands cantons que dans les plus petits. Même si l'on rapporte certains chiffres-clés à la population cantonale considérée et que l'on observe les variations relativement importantes entre cantons, il n'est pas possible d'en conclure que tel canton présente une situation plus favorable que tel autre. Les écarts reflètent de fait la diversité des politiques cantonales (p.ex. la priorité accordée au maintien à domicile avec les services d'aide et de soins correspondants).

Dans l'ensemble, le canton de Berne se situe en milieu de tableau pour la plupart des indicateurs qui se prêtent à une comparaison intercantonale. Pour certains chiffres-clés, les valeurs sont légèrement supérieures ou inférieures à la moyenne suisse mais aucune valeur ne s'en écarte beaucoup.

Point 3

Le canton dispose d'une série d'instruments pour exercer la surveillance sur les EMS. Tout d'abord, les institutions sont tenues de fournir régulièrement divers documents pour vérification. Elles présentent chaque année leur plan des postes à l'OPAH, qui contrôle le respect de la dotation en personnel par rapport au nombre de pensionnaires et au degré de soins que ceux-ci requièrent. En deuxième lieu, le canton procède à des contrôles en cas de changements pouvant affecter l'octroi de l'autorisation, changements que les titulaires de cette dernière doivent signaler directement par écrit à l'autorité de surveillance. Il peut s'agir d'un changement au niveau de la direction de l'établissement ou des soins, de l'offre, du nombre de places, de l'organisme responsable, des locaux, ou encore de mesures de transformation ou de rénovation. Toute modification des conditions influe sur la procédure d'octroi de l'autorisation et implique un réexamen complet du respect des prescriptions. Troisièmement, des inspections ont lieu en fonction d'un risque ou suite à une dénonciation à l'autorité de surveillance. Les établissements sont contrôlés en moyenne tous les cinq ans. Les inspections sont annoncées en général pour s'assurer que les responsables soient sur place et puissent fournir les renseignements nécessaires. A noter qu'en cas de signalement ou de dénonciation à l'autorité de surveillance, la visite se fait à l'improviste. Quatrièmement, l'autorité procède à divers contrôles dans le cadre d'une dénonciation. En vertu de l'art. 27 OFoy, toute personne peut en effet signaler à l'OPAH des faits qui semblent justifier une intervention de l'autorité de surveillance. En pareille situation, celle-ci examine le cas et prend les mesures qui s'imposent.

Les personnes chargées de la surveillance ont suivi différents cursus : certaines ont une formation de degré tertiaire en soins infirmiers – complétée dans certains cas par une spécialisation en soins palliatifs ou en gestion dans le secteur de la santé – d'autres sont au bénéfice d'un diplôme en sciences sociales ou en gérontologie. Cette diversité est voulue dans la mesure où le contrôle doit s'effectuer dans plusieurs domaines et avec des approches distinctes. Les visites sur place se font en général par équipe de deux. Le tandem comprend la plupart du temps une personne formée en soins infirmiers et une autre en sciences sociales ou en gérontologie, afin de couvrir au mieux les multiples aspects de la surveillance.

Point 4

De l'avis du Conseil-exécutif, la Division Personnes âgées de l'OPAH n'a pas le personnel nécessaire pour assumer la surveillance générale qu'ont réclamée divers membres du Grand Conseil du canton de Berne. En effet, pour contrôler les 320 EMS, elle ne dispose que de 4,5 postes à 100 pour cent (répartis sur 6 personnes). Cet effectif ne permet pas un contrôle régulier et exhaustif de l'ensemble des établissements. Du coup, l'activité de surveillance se concentre en priorité sur l'examen des documents fournis par ces derniers et surtout, sur l'examen des dénonciations à l'autorité de surveillance ainsi que sur les institutions ou les cas problématiques connus. Les inspections dans les institutions sont donc organisées en fonction des risques.

Point 5

Si un établissement ne remplit pas les conditions d'octroi ou qu'en dépit d'une sommation, il contrevient de manière répétée aux exigences définies par l'OPAH, ce dernier peut

- assortir l'autorisation de charges à mettre en œuvre dans un délai défini,

- infliger une amende
- limiter l'autorisation d'exploiter dans le temps ou
- retirer l'autorisation et décider la fermeture immédiate de l'institution.

En ce qui concerne le respect de la dotation en personnel, l'OPAH vérifie chaque année au 1^{er} janvier le plan des postes de tous les EMS. Les institutions qui ne satisfont pas à la dotation type ont six mois pour y remédier. Si, passé ce délai, les conditions ne sont toujours pas remplies, l'autorité de surveillance prononce un gel des admissions ou limite l'autorisation d'exploiter dans le temps. Et si cela s'avère nécessaire, l'autorisation peut même être retirée. Ces moyens de sanction sont jugés suffisants par le Conseil-exécutif.

Dans son appréciation des plans de postes, l'OPAH examine aussi l'occupation des institutions. Presque tous les établissements respectent le nombre maximal de places autorisées ou sont au bénéfice d'une autorisation de dépassement provisoire. Ce point ressort notamment de l'évaluation 2013 (voir point 6). Généralement, l'institution informe l'autorité de surveillance quand elle se trouve provisoirement en situation de suroccupation. Le plus souvent, le dépassement résulte d'une situation sociale d'urgence, par exemple quand l'établissement accepte d'accueillir à titre provisoire une personne dont le proche soignant est tombé malade. Dans pareil cas, l'autorité de surveillance autorise la suroccupation sous réserve que l'institution respecte les directives relatives à la dotation en personnel soignant et dispose de capacités suffisantes.

Point 6

A ce jour, l'autorité de surveillance ne produit de statistique ni sur les cas de violation des dispositions légales définies aux articles 7 à 9 OFoy régissant l'octroi ou le renouvellement d'une autorisation d'exploiter, ni sur les mesures qu'elle a ordonnées.

L'OPAH vérifie chaque année le plan des postes de tous les EMS au 1^{er} janvier. Le contrôle effectué au 1^{er} janvier 2013 selon la motion 219-2014 a abouti aux résultats que voici.

- Deux des 303 institutions sont dotées d'un effectif insuffisant en personnel soignant (dotation quantitative).
- 14 foyers n'ont pas rempli les exigences quant à la dotation minimale en personnel soignant diplômé (dotation qualitative), mais engagé un nombre d'assistantes et assistants en soins et santé communautaire (SSC) plus élevé que nécessaire. Il en résulte que les prescriptions en matière de dotation sont remplies puisque l'effectif de personnel soignant est suffisant même si ce dernier n'est pas suffisamment qualifié.

Point 7

Le contrôle des conditions de travail n'entre pas dans la mission de surveillance des EMS assignée à la SAP. Dans le cas d'un signalement ou d'une dénonciation pour non-respect des dispositions légales, l'autorité de surveillance peut néanmoins réunir des informations concernant le plan d'affectation ou les fluctuations du personnel.

Point 8

Le Conseil-exécutif juge peu judicieux d'introduire des critères de transparence applicables aux salaires des cadres et aux bénéficiaires. Contrairement à ce que suppose l'auteur de l'interpellation, le financement des soins dans les EMS est axé sur la personne qui y réside et non pas sur l'institution en tant que telle. Ainsi, des dispositions spécifiques régissent le plafond tarifaire pour les bénéficiaires de prestations complémentaires (services hôteliers), les frais d'investissement (forfait d'infrastructure par jour et par pensionnaire), ainsi que la limite supérieure des coûts de soins.

La gestion économique des EMS appartient aux institutions ou à leurs organismes responsables. Ceux-ci ont toute latitude pour fixer les salaires, dans la mesure où ils supportent entièrement le risque entrepreneurial. Par ailleurs, les établissements sont tenus de constituer des provisions en prévision de travaux de rénovation ou pour compenser les pertes dues à de faibles rendements. Avec l'aggravation de la pénurie de personnel (soignant) qualifié, les EMS se trouvent en concurrence avec d'autres institutions et sont donc contraints de payer des salaires conformes au marché.

Au Grand Conseil