



Réponse du Conseil d'Etat à un instrument parlementaire

Question Gaillard Bertrand / Sudan Stéphane

2020-CE-175

Dotation en personnel soignant dans les EMS. Apprenons de l'expérience COVID

I. Question

La dotation en personnel soignant dans les EMS est évaluée par de savants calculs intégrant les besoins en soins des résidents. Un logiciel traite ensuite les données observées et codifiées et définit des minutes de soins par cas. Ce système qui a fait ses preuves a toutefois ses limites. Un-e directeur-riche d'EMS peut voir évoluer sa dotation en personnel rapidement selon les départs et arrivées. La conséquence est que, pour éviter de réduire son personnel, une direction puise dans ses rentrées financières hôtelières. Le déficit en résultant est alors pris en charge par la commune ou les communes propriétaires des institutions.

Lors du COVID-19 les EMS ont dû prendre des mesures drastiques au niveau sanitaire. Confinement par étage, contrôle des visites, par exemple.

Ces mesures ont demandé souvent une augmentation du personnel de permanence et, de ce fait, de nombreuses heures de travail non comprises dans la dotation.

Le COVID est avant tout une maladie qui entraîne des conséquences avec des symptômes d'ordre physique, notamment d'ordre respiratoire, sur les résidents. Cela veut dire que les malades nécessitent plus de soins, donc plus de personnel. De plus, compte tenu du risque élevé de contamination, les soins prodigués à des résidents infectés sont très contraignants (mettre et enlever, lors de chaque contact, du matériel de protection adéquat en respectant une procédure rigoureuse).

La dotation en personnel prend en compte la lourdeur des pathologies à l'entrée en EMS du résident et selon une évolution lente. Afin de réévaluer les changements significatifs des situations, il n'y a aucun outil qui permet de le faire très rapidement actuellement. Cela veut dire que les établissements médico-sociaux fonctionnent avec une dotation en personnel stable, malgré des situations par période beaucoup plus lourdes.

Si le COVID est, nous l'espérons, seulement un événement passager, les mesures sanitaires prises lors de cette pandémie, je cite : « confinement par étage, contrôle des visites », ont montré leur utilité.

Ces mesures utilisées plus régulièrement auront le mérite de préserver les résidents lors d'épidémies de grippe, de gastro-entérites ou autres. Pour assurer cette qualité des soins, une part de dotation en personnel soignant supplémentaire pour pandémie pourrait être intégrée au système actuel.

Un sage disait que l'expérience est une accumulation d'erreurs et de circonstances extraordinaires.

Au vu des faits énoncés ci-dessus, les questions posées au Conseil d'Etat sont :

1. Le Conseil d'Etat, respectivement la Direction concernée, envisage-elle de tirer parti de cette expérience acquise pour corriger la méthode d'évaluation de la dotation en personnel et pour y inclure l'expérience acquise par le COVID-19 ?
2. Si non à la question précédente merci de préciser pourquoi et si la Direction propose d'autres mesures ?
3. Si oui à la question 1, dans quel délai la Direction envisage-t-elle d'augmenter ces dotations en personnel ?

15 septembre 2020

II. Réponse du Conseil d'Etat

La dotation du personnel en soins requise pour chaque personne résidant en EMS se fonde sur les 12 niveaux de soins définis par l'Ordonnance du Département fédéral de l'Intérieur du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (art. 7a). Ces niveaux de soins correspondent au volume de soins requis par la personne, ce dernier étant exprimé en minutes et mesuré au moyen de l'un des outils d'évaluation des besoins agréés par les assureurs maladie. Dans une majorité des cantons, c'est l'outil RAI Nursing Home (RAI-NH) qui est utilisé à cet effet, comme cela est aussi le cas dans le canton de Fribourg.

En comparaison intercantonale, la dotation requise dans les EMS fribourgeois pour les soins et l'accompagnement figure parmi les plus généreuses de Suisse. Elle se fonde en particulier sur l'ordonnance du 3 décembre 2013 sur les besoins en soins et en accompagnement. Conformément à l'article 3 de ladite ordonnance, la dotation requise pour garantir une prise en charge des personnes résidant en EMS est la suivante :

Niveaux RAI	Personnel de soins	Personnel d'accompagnement	Dotation totale
1	0,04	0,05	0,09
2	0,12	0,05	0,17
3	0,20	0,28	0,48
4	0,29	0,28	0,57
5	0,36	0,28	0,64
6	0,43	0,28	0,71
7	0,51	0,28	0,79
8	0,59	0,28	0,87
9	0,66	0,28	0,94
10	0,73	0,28	1,01
11	0,80	0,28	1,08
12	0,91	0,28	1,19

Chaque évolution de l'état de santé fait l'objet d'une nouvelle évaluation des besoins en soins par l'outil RAI-NH. En prenant en considération les besoins réels, le niveau de soins est corrigé et la dotation y relative également. En temps normal, les besoins accrus en soins doivent se prolonger au-delà de 14 jours et être documentés avant d'établir une nouvelle évaluation formelle.

Dans les EMS touchés par le COVID-19, les personnes malades ou devant être isolées nécessitent effectivement temporairement plus de soins. Dès lors, leur niveau de soins habituel, ainsi que la dotation du personnel y relative, doivent être adaptés en conséquence. Afin de répondre à l'urgence et la rapidité des changements et d'éviter toute surcharge administrative, une procédure simplifiée a été mise en place en avril 2020 pour l'utilisation de l'outil RAI-NH. Elle a été confirmée par l'OFSP à la fin de la période de situation extraordinaire en juin 2020. (https://www.curaviva.ch/files/XZWLSQ1/coronavirus_allegement_de_la_charge_administrative_des_institutions_de_soins_senesuisse_curaviva_suisse_2662020.pdf).

Grâce à cette procédure très rapide et simple, seuls les items en lien avec l'infection ou l'isolement doivent être modifiés, ce qui permet d'augmenter la dotation en soins des personnes concernées. Il n'est dès lors pas indiqué de modifier la méthode d'évaluation des besoins en soins.

Le problème majeur auquel certains EMS ont été confrontés n'est pas lié à l'évaluation du besoin en soins et de la dotation y relative. Ceci est d'autant plus vrai que diverses mesures supplémentaires ont été prises en mars 2020 déjà afin de soulager les équipes de soins et d'accompagnement. Ainsi, le délai de carence pour les remplacements maladie a été annulé. Les EMS ont bénéficié de la présence de la protection civile, de l'aide précieuse des élèves de la Haute Ecole de Santé ainsi que d'autres personnes en formation, de la création, en avril déjà, d'une liste de personnes bénévoles, prête à venir en renfort ainsi que, dans les situations de crise, de dotation de soins complémentaires.

Cependant, ces mesures n'ont pas toujours porté leurs fruits car les EMS ont eu de la peine à recruter du personnel qualifié pouvant, **de suite**, remplacer les collaborateurs et collaboratrices malades ou en quarantaine. Durant ces périodes de crise, il a malheureusement pu en résulter parfois une sous-dotation. Le fait d'octroyer du personnel supplémentaire aux EMS par rapport à la dotation déterminée selon les normes actuelles n'est donc pas a priori la solution permettant de régler ce problème de pénurie.

Le Conseil d'Etat a dès lors créé et financé une équipe de soins de 8 EPT pour venir en soutien aux EMS touchés par le COVID-19, soit par l'intervention d'une équipe mobile, soit dans une unité spéciale de soins. En particulier, cette équipe de soins a constitué un renfort précieux en intervenant directement sur les sites touchés.

Diverses formes de collaboration ont en outre pris forme entre les EMS et d'autres fournisseurs de soins, par exemple avec les infirmiers et infirmières indépendant-e-s ou les Services d'aide et de soins à domicile. Au sein des EMS et de ces fournisseurs de soins, une partie du personnel a accepté des augmentations temporaires du taux d'activité ou des reports des vacances afin de porter main forte aux EMS lourdement touchés par la pandémie. De manière générale, on peut faire le constat que certains établissements, de par leur taille, la flexibilité de leur personnel, mais également de par leur capacité de collaborer avec d'acteurs au sein d'un même réseau médico-social ont eu moins de difficulté à surmonter ces périodes très intenses.

Le Conseil d'Etat peut donc répondre aux questions comme suit :

1. *Le Conseil d'Etat, respectivement la Direction concernée, envisage-elle de tirer parti de cette expérience acquise pour corriger la méthode d'évaluation de la dotation en personnel et pour y inclure l'expérience acquise par le COVID-19 ?*
2. *Si non à la question précédente merci de préciser pourquoi et si la Direction propose d'autres mesures ?*

3. Si oui à la question 1, dans quel délai la Direction envisage-t-elle d'augmenter ces dotations en personnel ?

Comme relevé ci-dessus, le système RAI-NH a permis de prendre en considération les soins réels et d'adapter le niveau de soins. Il n'y a donc pas de raison de changer de système d'évaluation.

Le Conseil d'Etat n'envisage pas de corriger la méthode d'évaluation de la dotation en personnel de soins. En effet, celle-ci se base sur le volume de soins effectifs requis par chaque personne résidant en EMS, répartis sur les 12 niveaux déterminés par la législation fédérale. Il ne voit pas non plus la nécessité de prévoir une hausse générale de la dotation par niveau de soins dans les EMS, celle-ci étant actuellement déjà généreuse en comparaison intercantonale. Cette solution ne réglerait d'ailleurs en rien le problème de l'indisponibilité de personnel soignant pouvant remplacer le personnel malade ou en quarantaine.

Par ailleurs, le Conseil d'Etat propose aux réseaux de santé de réfléchir à l'établissement de pools de personnel de soins et d'accompagnement de réserve au sein des différents réseaux de santé pouvant, selon les besoins, remplacer du personnel dans l'un ou l'autre établissement du district ou pouvant prêter main forte aux Services d'aide et de soins à domicile. Ce pool pourrait comprendre des personnes travaillant à temps partiel dans une institution de santé, des personnes en formation, ou des infirmiers et infirmières indépendant-e-s, voire même de jeunes retraité-e-s d'accord de s'impliquer dans une structure de soins pour une durée déterminée en cas de besoins.

Le Conseil d'Etat tient à relever l'engagement et l'excellent travail réalisé par le personnel ainsi que par les réseaux de santé et remercie l'ensemble des acteurs impliqués.

30 mars 2021