



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

OBSAN RAPPORT 67

67

Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse

Evolutions 2006–2013

Sylvie Füglistler-Dousse, Laure Dutoit, Sonia Pellegrini

L'**Observatoire suisse de la santé (Obsan)** est une institution mandatée par la Confédération et les cantons. L'Observatoire suisse de la santé analyse les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions du secteur de la santé publique dans leur planification, leur prise de décisions et leur action. Pour plus d'informations, veuillez consulter www.obsan.ch.

Paraissent dans la **série «Obsan Rapport»** des rapports et des analyses consacrés au domaine de la santé. La réalisation des rapports est assurée par l'Obsan ou confiée à des experts externes. Une commission de révision contrôle la qualité des rapports. Le contenu de ces derniers est de la responsabilité de leurs auteurs. Les rapports de l'Obsan sont généralement publiés sous forme imprimée.

Impressum

Editeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Auteurs

- Sylvie Füglistler-Dousse (Obsan)
- Laure Dutoit (Obsan)
- Sonia Pellegrini (Obsan)

Groupe d'experts

- Silvia Marti, Association suisse des services d'aide et de soins à domicile
- Benno Meichtry, CURAVIVA Suisse
- Matthias Müller, Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées Senesuisse
- Markus Reck, Association Spitex privée Suisse
- Tania Andreani, Flavia Lazzeri et Anthony Francis, Office fédéral de la statistique
- Paul Camenzind, Obsan

Remerciements

Les auteurs adressent leurs sincères remerciements aux experts des domaines des établissements médico-sociaux et des services d'aide et de soins à domicile, qui leur ont fourni des informations précieuses en vue de la réalisation de cette étude.

Série et numéro

Obsan Rapport 67

Référence bibliographique

Füglistler-Dousse, S., Dutoit, L. & Pellegrini, S. (2015). *Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse. Evolutions 2006–2013* (Obsan Rapport 67). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Renseignements/informations

Observatoire suisse de la santé
Espace de l'Europe 10, CH-2010 Neuchâtel
Tél. 058 463 60 45, obsan@bfs.admin.ch, www.obsan.ch

Langue du texte original

Français

Traduction

Services linguistiques de l'OFS

Graphisme et mise en page

DIAM, Prepress/Print, OFS

Page de couverture

Roland Hirter, Berne

Commandes

Tél. 058 463 60 60
Fax 058 463 60 61
order@bfs.admin.ch

Numéro de commande

874-1504

Prix

12 francs (TVA excl.)

Téléchargement du fichier PDF

www.obsan.ch → Publications

ISBN

978-2-940502-50-9

© Obsan 2015

Table des matières

Liste des abréviations	3	4 Prestations des services d'aide et de soins à domicile (SASD)	24
Résumé	4	4.1 Légère augmentation de l'âge moyen	24
Zusammenfassung	7	4.2 Les clients recourent davantage à une seule des deux prestations des SASD	25
1 Introduction	10	4.3 Evolution des prestations	25
2 Recours aux différentes formes de soins de longue durée	12	4.3.1 Nombre d'heures de soins OPAS par client en hausse	25
2.1 Diminution du recours aux longs séjours en EMS	12	4.3.2 Légère évolution dans le type de prestations de soins délivrées	26
2.2 Augmentation du recours aux courts séjours	13	4.4 Durée de la prise en charge	27
2.3 Augmentation du recours aux SASD	13	4.5 Toujours majoritairement une population féminine âgée	27
2.4 Peu de soins aigus et de transition	15	4.6 Structures SASD en évolution	28
2.5 Diminution du recours aux hospitalisations	16	4.6.1 Une majorité d'institutions sans but lucratif	28
2.6 Augmentation du recours aux structures intermédiaires	16	4.6.2 Réorganisation, expansion et professionnalisation	29
3 Longs séjours en EMS	18	4.6.3 Développement de structures de SASD spécialisées	30
3.1 Légère augmentation de l'âge à l'entrée	18	5 Longs séjours dans les hôpitaux	32
3.2 Durée de séjour stable	19	5.1 Forte diminution des longs séjours en soins aigus	32
3.3 Diminution de la part des résidents ne nécessitant pas de soins	21	5.2 Baisse d'un tiers des longs séjours en psychiatrie et en réadaptation	33
3.4 Difficultés à évaluer les niveaux de soins	22	6 Synthèse des évolutions	34
3.5 Toujours une majorité de femmes très âgées	23	7 Références	38

8	Lexique	40
9	Annexes	44
	Annexe 1: Entretiens d'experts	44
	Annexe 2: Evolutions suisses, statistiques additionnelles	45

Liste des abréviations

APH	Alters- und Pflegeheime
EMS	Etablissements médico-sociaux
ESPOP	Statistique de l'état annuel de la population
IABL	Institution d'aide et de soins à domicile à but lucratif
ISBL	Institution d'aide et de soins à domicile sans but lucratif
KS	Statistique des hôpitaux
LAMal	Loi sur l'assurance-maladie
MS	Statistique médicale des hôpitaux
OFS	Office fédéral de la statistique
OPAS	Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins
SASD	Service d'aide et de soins à domicile (Spitex)
SOMED	Statistique des institutions médico-sociales
SPITEX	Statistique de l'aide et des soins à domicile
STATPOP	Statistique de la population et des ménages

Note: les mots annotés dans le texte sont définis plus largement dans le lexique en fin de document.

Résumé

Contexte et objectifs

En 2006, l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) publiait le rapport «Comparaison intercantonale du recours aux soins de longue durée en Suisse» (Jaccard Ruedin et al. 2006). Celui-ci faisait un état des lieux du recours aux établissements médico-sociaux (EMS) et aux services d'aide et de soins à domicile (SASD). Le thème était alors au cœur de l'actualité, avec la prise de conscience politique des défis qu'allait imposer le vieillissement démographique.

La primauté de l'ambulatoire sur le stationnaire, réponse politique formulée face au besoin accru en structures médico-sociales pour la population âgée dépendante ou fragilisée, s'est largement imposée. Cette orientation a en effet été largement suivie, au point que toutes les stratégies cantonales s'orientent aujourd'hui sur ce principe (Oesch et Künzi 2015, non publié).

La présente publication retrace l'évolution du secteur des soins de longue durée sur les années 2006–2013 et s'attache à montrer les grandes tendances dans le recours aux EMS, aux SASD et aux longs séjours hospitaliers. Sans faire partie à proprement parler des structures de soins de longue durée, les hôpitaux ont longtemps joué un rôle tampon en offrant des lits d'attentes dans les régions ayant une offre insuffisante de places en EMS, c'est pourquoi il est pertinent d'observer leur évolution.

Ce rapport, premier d'une série de trois, traite des évolutions de tendance au niveau suisse. Le deuxième se concentre sur l'évolution des différences entre les cantons, s'interrogeant sur l'existence d'une éventuelle convergence, tandis que le troisième propose un inventaire des structures intermédiaires existant en Suisse en 2014 (tous deux à paraître en 2016).

Méthode et données

Les données statistiques disponibles sur le thème des soins de longue durée se sont améliorées depuis le premier rapport, accroissant les possibilités d'analyse.

La Statistique des institutions médico-sociales (SOMED) contient maintenant des données individuelles qui offrent de meilleures informations sur les caractéristiques des résidents. De nouvelles variables ont complété le relevé, notamment la durée de séjour, l'âge à l'entrée et le niveau de soins. Une révision équivalente de la Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX) n'est pas encore prévue. En 2010 néanmoins, un premier pas a été réalisé avec l'élargissement du relevé à l'ensemble des institutions à but lucratif.

Le présent rapport se base essentiellement sur ces deux sources de données (SOMED et SPITEX) et analyse le recours des personnes âgées de 65 ans et plus. En complément aux analyses statistiques, des entretiens qualitatifs ont été réalisés avec des experts du terrain, qui ont corroboré les résultats ou les ont complétés lorsque les données manquaient.

Primauté de l'ambulatoire sur le stationnaire

De manière générale, la décennie écoulée a vu reculer les placements en institution au profit d'autres formes de prise en charge.

- Le taux de recours aux longs séjours en EMS a diminué, passant de 6,4% à 5,8%. Cela signifie qu'une proportion moindre de personnes âgées de 65 ans et plus devient pensionnaire d'un EMS en 2013 qu'en 2006. Cette baisse des taux de recours s'observe pour la classe d'âge des 65 à 79 ans, mais également pour les personnes âgées de 80 ans et plus.
- En parallèle, la part des personnes âgées de 65 ans et plus recourant aux SASD augmente légèrement, de 11,2% en 2007 à 11,7% en 2013¹. Le développement des SASD a suivi l'évolution de la démographie et a même permis de prendre en charge un bon demi-pourcent de patients supplémentaires.

¹ Ce chiffre se réfère aux seules institutions sans but lucratif. La progression est plus marquée si l'on prend en compte les institutions à but lucratif, disponibles dans le relevé depuis 2010. Les institutions sans but lucratif représentent 80,1% de l'ensemble des heures SASD délivrées en 2013.

- Les courts séjours en EMS des personnes âgées de 65 ans et plus, suite à une hospitalisation, à une aggravation temporaire de l'état général ou pour accorder un répit aux proches aidants, deviennent également légèrement plus fréquents (1,2% en 2006 contre 1,3% en 2013).
- Dans les hôpitaux, la proportion de personnes âgées qui effectuent un long séjour de plus de trois mois a diminué de près de moitié dans les soins aigus, et de près d'un tiers en réadaptation, gériatrie et psychiatrie².
- Quant aux soins aigus et de transition, explicitement conçus comme suite d'une hospitalisation, ils sont actuellement une prestation peu utilisée, que ce soit par les EMS ou par les SASD.
- Enfin, les structures intermédiaires, qui échappent encore largement aux relevés statistiques, sont également en croissance.

Repositionnement des EMS dans la chaîne de soins

L'EMS se transforme de plus en plus en lieu d'accueil de personnes en fin de vie, avec forte dépendance ou forme grave de démence. Autrement dit, une proportion moins grande de personnes âgées entrent en EMS, le cas échéant à un âge plus avancé et plus dépendantes de soins (hausse des cas de multimorbidité et de démences). La complexité des cas augmente et nécessite de nouvelles compétences de la part du personnel.

Ces évolutions, relatées par les experts, s'observent dans la statistique, bien que de façon encore discrète: l'âge à l'entrée est en légère hausse, passant de 84,2 ans en 2007 à 84,6 ans en 2013. La durée moyenne de séjour amorce une diminution, en s'établissant juste en dessous de 3 ans en 2013. La part de personnes sans besoin de soins LAMal est en baisse, passant de 7,0% en 2007, à 3,9% en 2013. Enfin, le nombre de minutes de soins quotidiens est actuellement (2013) de 112 minutes en moyenne par résident (correspondant au niveau OPAS 6), avec une tendance à la hausse selon les experts.

D'un établissement à l'autre toutefois, la durée moyenne de séjour peut se révéler très différente, tout comme le nombre moyen de minutes de soins quotidiens. Cela peut être lié à une spécialisation des EMS sur

un segment de patients (par ex. en soins palliatifs), mais aussi à la présence dans la statistique d'EMS offrant des formes mixtes de prise en charge (p. ex. EMS et appartements avec encadrement médico-social³), ou encore à l'hétérogénéité des politiques cantonales en matière de soins de longue durée. La fonction de l'EMS dans la chaîne de soins varie en effet selon les cantons et les orientations stratégiques en matière de prise en charge de longue durée.

Elargissement des tâches des SASD

Les SASD ont connu un vaste processus de réorganisation et de professionnalisation, c'est ce que soulignent unanimement les experts. L'offre s'est élargie, par exemple avec de plus en plus un service continu 24/24 et 7/7, et non en journée uniquement comme c'était souvent le cas en 2006. Souvent aussi, ils se sont regroupés pour constituer de plus grandes unités et emploient des spécialistes formés dans différents domaines. Le personnel est davantage formé, de sorte que les SASD peuvent prendre en charge davantage de missions de différents types.

Dans la statistique, les évolutions suivantes s'observent:

- Le nombre d'heures de soins par client est en hausse. En parallèle, l'âge moyen des clients a légèrement augmenté et la proportion d'examen et de traitements s'est un peu accrue par rapport à celle des soins de base. Ces évolutions suggèrent que les SASD rencontrent des cas plus complexes (démences, suites d'un séjour hospitalier ou personnes multimorbides), ce que les experts confirment.
- Le nombre d'heures d'aide à domicile par client augmente mais surtout chez les prestataires privés, qui ont davantage de latitude pour s'adapter à la demande des clients. Les prestataires publics délivrent par contre proportionnellement moins d'aide à domicile qu'en 2006. Dans l'ensemble, l'aide à domicile reste un pilier important du maintien à domicile, d'autant que le besoin d'accompagnement s'accroît souvent plus vite que le besoin en soins au sens strict.

² Notons toutefois que les longs séjours ne représentent qu'un faible pourcentage de l'ensemble des séjours hospitaliers (0,4%).

³ En principe, seuls les séjours de type EMS devraient être déclarés dans la SOMED, mais l'existence d'imprécisions ne peut être exclue.

Vers un continuum de la prise en charge

Les faits montrent une atténuation de l'opposition classique entre domicile et institution, entre SASD et EMS, par l'émergence de nouvelles formes de prise en charge. Parmi celles-ci, on trouve principalement les structures intermédiaires, c'est-à-dire les formes mixtes de prises en charge, à mi-chemin entre les SASD et les EMS. Les appartements avec encadrement médico-social, les structures de jour et/ou de nuit ainsi que des initiatives plus expérimentales telles que les colocations de personnes âgées et les modèles d'habitats intergénérationnels créent peu à peu un continuum de la prise en charge au grand âge.

D'autres offres se développent en parallèle et viennent compléter le système d'aide et de soins aux personnes âgées. Phénomène encore marginal, la migration pendulaire dans les soins⁴ s'insère dans le système là où «Ni les proches ni le personnel de santé ne peuvent répondre aux besoins en personnel requis pour la prise en charge à domicile de longue durée» (van Holten et al. 2013, p. 9), suscitant un débat éthique et juridique (SECO 2013). Les gérontotechnologies (par exemple montres d'appel d'urgence, systèmes de biovigilance, téléphonie adaptée, etc.) apportent des solutions technologiques complémentaires favorisant le maintien à domicile. Enfin, toute une série de mesures permettant de favoriser le maintien à domicile et de retarder l'entrée en EMS sont en expansion. L'aide des proches est encouragée notamment par le développement de services de relève à domicile, de groupes d'entraide et de formations.

Conclusions

Des évolutions sont en cours dans les soins de longue durée aux personnes âgées. Le système de prise en charge s'adapte à la vague démographique qui désormais se concrétise. L'offre de soins se diversifie, ce qui accroît les possibilités de trouver une prise en charge appropriée aux différentes situations de vie. En même temps, elle se complexifie, faisant de l'orientation des patients vers l'offre adéquate un nouvel enjeu de la politique des soins de longue durée. La coordination des soins et des intervenants autour de la personne dépendante est un autre enjeu essentiel, qui participe de la qualité des soins, mais aussi de la qualité de vie des personnes en fin de vie.

⁴ Par migration de personnel soignant (care-migration ou migration pendulaire), on entend ici le phénomène de personnes venues de l'étranger pour prodiguer de l'aide et des soins à des personnes qui en ont besoin vivant dans des ménages privés.

Ces tendances vont se poursuivre dans les années à venir avec toujours plus de formes intermédiaires de prise en charge. De nombreux projets pilotes et des programmes innovants (voir par exemple Höpflinger F. et Van Wezemaal J. 2014) sont en cours. Le secteur est en pleine mutation et les frontières traditionnelles s'estompent. Mais il est évident que les réformes sont menées à des tempos différents et selon des axes variables, chaque canton faisant face à une situation démographique et des structures socio-sanitaires qui lui sont propres, héritages du passé, d'un contexte géographique ou socio-culturel. Les prochaines publications Obsan sur ce thème rendront compte de cette diversité.

Rapports Obsan à paraître sur le même thème

1. Soins de longue durée dans les cantons: un même défi, différentes solutions. Evolutions 2006–2013 (publication au printemps 2016).
2. Premier inventaire des structures intermédiaires pour les personnes âgées, sur la base d'une enquête auprès des cantons (étude réalisée sur mandat par le bureau de recherche et conseil Ecoplan, publication au premier semestre 2016).

Zusammenfassung

Hintergrund und Ziele

2006 publizierte das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) einen Bericht⁵ zum interkantonalen Vergleich der Inanspruchnahme von Langzeitpflege in der Schweiz. Dieser beinhaltete eine Bestandsaufnahme der Inanspruchnahme von Alters- und Pflegeheimen (APH) sowie der Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex). Das Thema war damals höchst aktuell, da die Herausforderungen der demografischen Alterung gerade in den Fokus der politischen Diskussionen gerückt waren. Mit der Strategie «ambulant vor stationär» reagierte die Politik auf den wachsenden Bedarf an sozialmedizinischen Strukturen für die betagte pflegebedürftige oder gebrechliche Bevölkerung. Diese Ausrichtung auf den ambulanten Bereich wurde weitgehend befolgt, sodass sich alle kantonalen Strategien heute an diesem Grundsatz orientieren (Oesch und Künzi 2015, unpubliziert).

Die vorliegende Publikation zeigt die Entwicklung im Bereich Langzeitpflege in den Jahren 2006–2013 und die wichtigsten Tendenzen bei der Inanspruchnahme der APH, der Spitex und der Langzeitaufenthalte in Spitälern. Ohne wirklich als Bestandteil der Langzeitpflegestrukturen betrachtet zu werden, übernehmen die Spitäler schon seit Langem eine Pufferfunktion, indem sie Betten zur Verfügung stellen, sofern in der entsprechenden Region ein ungenügendes Angebot an APH-Plätzen vorherrscht. Es ist deshalb sinnvoll, auch die Entwicklung von Langzeitaufhalten in Akutspitälern im vergangenen Jahrzehnt in die Betrachtung einzubeziehen.

Dieser erste von insgesamt drei Berichten betrachtet die Entwicklungen in der Langzeitpflege auf gesamtschweizerischer Ebene. Der zweite Bericht konzentriert sich auf die Entwicklung der kantonalen Unterschiede und stellt die Frage, ob es Tendenzen zu einer Vereinheitlichung gibt. Der dritte Bericht enthält ein Inventar der 2014 in der Schweiz bestehenden intermediären Strukturen der Langzeitpflege (beide Berichte werden 2016 publiziert).

Methode und Daten

Die verfügbaren statistischen Daten zur Thematik der Langzeitpflege wurden seit dem ersten Bericht verbessert, was auch die Analysemöglichkeiten erweitert. Die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) beinhaltet nun individuelle Daten, die bessere Informationen über die Merkmale der Bewohnerinnen und Bewohner von APH liefern. Auch wurden neue Variablen in die Erhebung aufgenommen, namentlich zu Aufenthaltsdauer, Eintrittsalter und Pflegebedarf. Eine entsprechende Revision der Spitex-Statistik ist noch nicht vorgesehen. Immerhin wurde 2010 dank einer Erweiterung der Erhebung auf alle gewinnorientierten Institutionen ein erster Schritt getan.

Der vorliegende Bericht basiert hauptsächlich auf diesen beiden Datenquellen (SOMED und Spitex-Statistik) und analysiert die Inanspruchnahme von Langzeitpflege durch die 65-Jährigen und Älteren. Ergänzend zu den statistischen Analysen wurden qualitative Gespräche mit Fachleuten aus der Praxis geführt, die die Ergebnisse bestätigt oder ergänzt haben, wenn die statistischen Daten fehlten.

⁵ «Comparaison intercantonale du recours aux soins de longue durée en Suisse» (Jaccard Ruedin et al. 2006). Publikation auf Französisch mit deutscher Zusammenfassung.

«Ambulant vor stationär»

Allgemein war im vergangenen Jahrzehnt ein Rückgang von Heimeintritten zugunsten anderer Betreuungsformen festzustellen.

- Die Quote der Inanspruchnahme von Langzeitpflege in APH ging von 6,4% auf 5,8% zurück. Dies bedeutet, dass der Anteil der 65-Jährigen und Älteren, die in ein APH eingetreten sind, 2013 geringer war als 2006. Dieser Rückgang ist sowohl bei der Altersklasse der 65- bis 79-Jährigen als auch bei den 80-Jährigen und Älteren zu verzeichnen.
- Parallel dazu hat der Anteil der über 65-Jährigen, die Spitex-Leistungen in Anspruch nehmen, leicht von 11,2% im Jahr 2007 auf 11,7% im Jahr 2013⁶ zugenommen. Der Ausbau der Spitex ist der demografischen Entwicklung gefolgt und hat ermöglicht, dass ein gutes halbes Prozent mehr Klientinnen und Klienten betreut werden konnten.
- Auch Kurzaufenthalte von über 65-jährigen Personen in APH im Anschluss an einen Spitalaufenthalt, aufgrund einer zeitweiligen Verschlechterung des Allgemeinzustands oder zur Entlastung der pflegenden Angehörigen sind leicht häufiger geworden (1,2% im Jahr 2006 gegenüber 1,3% im Jahr 2013).
- In den Spitälern ist der Anteil der über 65-Jährigen mit einem Langzeitaufenthalt von über drei Monaten in der Akutpflege um nahezu die Hälfte zurückgegangen, in der Rehabilitation, Geriatrie und Psychiatrie um rund ein Drittel. Allerdings machen diese Langzeitaufenthalte einen nur sehr kleinen Anteil an allen Aufenthalten in Akutspitälern aus (0,4%).
- Die speziell für den Anschluss an einen Spitalaufenthalt konzipierte Akut- und Übergangspflege wird heute in der Praxis sowohl durch die APH als auch durch die Spitex kaum in Anspruch genommen.
- Schliesslich verzeichnen auch die intermediären Strukturen der Langzeitpflege, die statistisch noch kaum erfasst sind, eine Zunahme.

Neupositionierung der APH in der Pflegekette

Die APH entwickeln sich immer mehr zu Institutionen der Betreuung für Menschen in der letzten Lebensphase, mit hohem Pflegebedarf oder mit ausgeprägter

Demenzerkrankung. Mit anderen Worten: Ein kleinerer Anteil an Betagten, die heute in der Regel älter und stärker pflegebedürftig sind, tritt in die APH ein (Zunahme der Fälle von Multimorbidität und Demenz). Die Fälle werden komplexer und erfordern neue Kompetenzen des Pflegepersonals.

Diese von den Fachleuten dargestellte Tendenz lässt sich, wenn auch begrenzt, auch statistisch beobachten: Das Eintrittsalter hat sich leicht erhöht von 84,2 Jahren 2007 auf 84,6 Jahre 2013. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer zeigt einen leichten Rückgang und liegt 2013 erstmals knapp unter 3 Jahren. Der Anteil der Personen ohne KVG-Pflegebedarf sinkt von 7,0% im Jahr 2007 auf 3,9% im Jahr 2013. Durchschnittlich wurden 2013 pro Klientin bzw. pro Klient 112 Pflegeminuten pro Tag aufgewendet (entspricht dem OPAS-Niveau 6); laut Fachleuten ist hier die Tendenz steigend.

Allerdings gibt es grosse Unterschiede bezüglich der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer und der Zahl der durchschnittlichen täglichen Pflegeminuten je nach Institution. Dies dürfte im Zusammenhang stehen mit der Spezialisierung der APH auf ein bestimmtes Patientensegment (z. B. Palliativpflege), aber auch mit der statistischen Erfassung von APH, die Mischformen der Betreuung anbieten (z. B. APH mit Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung⁷) oder auch mit den heterogenen kantonalen Versorgungsstrukturen in der Langzeitpflege. Tatsächlich sind die Funktionen von APH in den Betreuungsketten je nach Kanton und je nach strategischer Ausrichtung der Langzeitbetreuung unterschiedlich.

Erweitertes Aufgabenspektrum der Spitex

Die Spitex wurde breiten Reorganisations- und Professionalisierungsprozessen unterzogen, was von den Fachleuten einhellig betont wird. Das Angebot wurde beispielsweise immer mehr auf Dienste erweitert, die an sieben Tagen pro Woche rund um die Uhr erreichbar sind, während es 2006 häufig nur Tagesdienste gegeben hatte. Häufig wurden die Spitex-Dienste auch zu grösseren Einheiten mit Fachpersonen verschiedener Fachgebiete zusammengeschlossen. Das Personal ist heute auch besser ausgebildet, sodass die Spitex mehr Aufgaben unterschiedlicher Art wahrnehmen kann.

⁶ Diese Zahl bezieht sich nur auf die nicht gewinnorientierten Institutionen. Die Zunahme der Spitex ist noch markanter, wenn man die seit 2010 in der Erhebung verfügbaren Zahlen der gewinnorientierten Institutionen mit einbezieht. Die nicht gewinnorientierten Institutionen repräsentierten 80,1% aller von der Spitex 2013 geleisteten Arbeitsstunden.

⁷ Im Prinzip sollten nur die Aufenthalte des Typs APH in der SOMED deklariert werden, doch können Ungenauigkeiten nicht ganz ausgeschlossen werden.

Aus der Statistik gehen folgende Entwicklungen hervor:

- Die Zahl der Pflegestunden pro Klientin bzw. pro Klient nimmt zu. Parallel dazu hat sich das durchschnittliche Alter der Klientinnen und Klienten erhöht, und der Anteil der Untersuchungs- und Behandlungsmassnahmen hat gegenüber derjenigen der Grundpflege leicht zugenommen. Diese Entwicklungen suggerieren, dass die Spitex komplexere Fälle antrifft (Demenzkrankungen, Folgen von Spitalaustritten, Multimorbidität), was die Fachleute bestätigen.
- Die Anzahl der hauswirtschaftlichen Leistungen pro Klientin bzw. pro Klient nimmt zu, jedoch vor allem bei den privaten Leistungserbringern, die mehr Spielraum haben, um sich an die Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten anzupassen. Die öffentlichen Leistungserbringer führen hingegen proportional weniger hauswirtschaftliche Leistungen als 2006 durch. Gesamthaft bleiben die hauswirtschaftlichen Leistungen ein wichtiger Garant für die Möglichkeit des Wohnens und Lebens zu Hause, vor allem weil der Bedarf an Betreuung häufig rascher ansteigt als der Bedarf an Pflege im engen Sinn.

Tendenz zum Betreuungskontinuum

Festzustellen ist – dank des Aufkommens neuer Betreuungsformen – eine Aufweichung der klassischen Gegensätze zwischen der Pflege zu Hause und der Pflege in Institutionen, zwischen Spitex und APH. Dazwischen finden sich hauptsächlich die intermediären Strukturen der Langzeitpflege, gemischte Formen der Betreuung durch die Spitex und in APH. Aus Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung, aus Tages- und/oder Nachtstrukturen sowie aus eher experimentellen Initiativen wie Alterswohngemeinschaften und Generationenhäuser-Modellen bilden sich nach und nach durchgehende Kontinuen der Betreuung von betagten Personen bis ins hohe Alter.

Weitere Angebote entwickeln sich parallel dazu und diese beginnen, die Lücken im Hilfs- und Pflegesystem für die betagte Bevölkerung zu schliessen. Obwohl noch eher als marginales Phänomen vorhanden, beginnt die Pendelmigration in der Pflege⁸ das System dort zu ergänzen, wo «für die langandauernde Betreuung daheim weder Angehörige noch Gesundheitsfachpersonen ausreichend personelle Ressourcen zur Verfügung [stellen], so

⁸ Unter Pendelmigration (Care-Migration) versteht man das Phänomen, dass Migrantinnen und Migranten pflegebedürftige Personen in Privathaushalten betreuen.

dass Care-Migrantinnen diese Lücken füllen» (van Holten et al. 2013: 9), was ethische und rechtliche Debatten ausgelöst hat (SECO 2013). Die Gerontotechnologien (z. B. Notruf-Uhren, Vitalüberwachungs- und Kommunikationssysteme usw.) bringen zusätzliche technische Lösungen ein, die das Wohnen und Leben zu Hause ermöglichen und den Eintritt in ein APH hinauszögern. Insbesondere die Angehörigenhilfe wird durch die Entwicklung von Ablösediensten zu Hause, durch Selbsthilfegruppen sowie durch Weiterbildungen gefördert.

Schlussfolgerungen

In der Langzeitpflege betagter Personen sind viele Veränderungen im Gange. Das Betreuungssystem ist daran, sich der sich abzeichnenden demografischen Entwicklung anzupassen. Das Pflegeangebot ist vielfältiger geworden, was die Möglichkeiten erweitert, eine an verschiedene Lebenssituationen angepasste Betreuungsform zu finden. Gleichzeitig wird das Angebot komplexer, was die Ausrichtung der Patientinnen und Patienten auf das für sie passende Angebot zu einer eigenen neuen Aufgabe der Langzeitpflegepolitik macht. Diese Koordination der Pflege und aller Akteure rund um die pflegebedürftige Person ist zu einer weiteren wesentlichen Aufgabe geworden, die zur Qualität der Pflege, aber auch zur Lebensqualität der Menschen in der letzten Lebensphase beiträgt.

Diese Tendenzen werden in den kommenden Jahren weiter anhalten und immer mehr Formen der intermediären Betreuung hervorbringen. Derzeit laufen hierzu zahlreiche Pilotprojekte und Innovationsprogramme (siehe z. B. Höpflinger und Van Wezemaal 2014). Der Bereich der Langzeitpflege befindet sich im Wandel und die traditionell bestehenden Grenzen werden durchlässiger. Es ist jedoch offensichtlich, dass diese Reformen mit unterschiedlichem Tempo und in unterschiedliche Richtungen erfolgen, da jeder Kanton entsprechend seiner demografischen Situation, seiner bestehenden Versorgungsstrukturen, seiner eigenen Traditionen sowie seiner geografischen und soziokulturellen Gegebenheiten reagiert. Zwei kommende Obsan-Publikationen werden näher auf diese Unterschiede eingehen.

G geplante Obsan-Berichte zum selben Thema

1. Langzeitpflege im kantonalen Vergleich: ähnliche Herausforderungen, unterschiedliche Lösungen. Entwicklung 2006–2013 (Publikation der Studie im Frühling 2016).
2. Angebot und Inanspruchnahme von intermediären Strukturen für betagte Personen in der Schweiz (Studie realisiert durch das Forschungs- und Beratungsbüro Ecoplan, Publikation im ersten Halbjahr 2016).

1 Introduction

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) a publié en 2006 un rapport sur les soins de longue durée, sur la base de données datant de 2002 (Jaccard Ruedin et al. 2006). Depuis, des développements importants ont eu lieu tant sur le plan politique que sur celui des données disponibles. L'objectif principal de la présente publication est de mettre en évidence les grandes tendances en matière de recours aux différentes prestations de soins de longue durée en Suisse, à l'aide des données les plus récentes. Ce rapport constitue le premier d'une série de trois, le deuxième s'attachant à analyser les orientations et évolutions cantonales et le troisième à dresser un inventaire des structures intermédiaires.

Quand on parle de soins de longue durée aux personnes âgées, on pense toujours au vieillissement démographique et aux défis que pose ce phénomène. La hausse du nombre de personnes âgées liée à l'augmentation de l'espérance de vie et à la baisse du taux de fertilité a commencé il y a plusieurs décennies. Cette augmentation subit désormais une accélération avec l'arrivée progressive dans le 3^e et le 4^e âge des cohortes du baby-boom, qui sont 30% plus nombreuses que les générations qui précèdent ou qui suivent. Entre 2030 et 2040, le maximum des entrées dans la classe d'âge des 65 à 79 ans devrait être atteint. A ce moment, un habitant sur quatre aura alors plus de 65 ans. Si le nombre d'entrées dans la classe d'âge des 65 à 79 ans va se stabiliser, la progression des 65 ans et plus dans l'ensemble de la population va continuer de progresser, jusqu'à atteindre près de 30% en 2060, selon le scénario démographique moyen de l'OFS.

Conséquence de ce phénomène, les structures du système de santé sont mises sous pression. Comment répondre au mieux aux besoins de personnes âgées toujours plus nombreuses? Que l'on se réfère à la volonté des personnes âgées ou à la volonté politique, la tendance actuelle est plutôt de vieillir à la maison. A côté des EMS, les services d'aide et de soins à domicile sont d'ailleurs devenus un pilier du système sanitaire et social. Les EMS, quant à eux, voient leur type de prise en charge se modifier. Par ailleurs, on assiste au

développement de ce qu'il est convenu d'appeler les *structures intermédiaires*, comme les logements avec encadrement médico-social. En bref, l'organisation des soins de longue durée est en mutation.

Ce rapport analyse l'évolution des soins de longue durée de 2006 à 2013 dans les institutions médico-sociales, dans les services d'aide et de soins à domicile et, dans une moindre mesure, dans les hôpitaux⁹. L'analyse est limitée aux personnes âgées de 65 ans et plus. Par manque de données, les structures intermédiaires ne sont que brièvement abordées. Une enquête est cependant en cours et les résultats feront l'objet d'un rapport détaillé que l'Obsan publiera ultérieurement.

Les résultats se basent sur des données de l'OFS, principalement la statistique des institutions médico-sociales (SOMED), la statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX), la statistique médicale des hôpitaux (MS) et les statistiques de population (ESPOP jusqu'en 2009 et STATPOP depuis 2010)¹⁰.

En outre, afin d'obtenir une meilleure compréhension des résultats, des entretiens ont été menés avec quatre experts, deux du domaine des EMS, deux de celui des SASD (voir annexe pour des renseignements complémentaires). Les informations recueillies lors de ces entretiens sont incluses dans les différents chapitres de ce rapport. Les définitions et explications théoriques (annotées dans le texte) se trouvent dans le lexique, à la fin du rapport.

⁹ Sans faire partie à proprement parler des structures de soins de longue durée, les hôpitaux ont longtemps joué un rôle tampon en offrant des lits d'attente dans les régions ayant une offre insuffisante de places en EMS. C'est pourquoi il est pertinent d'observer l'évolution des longs séjours hospitaliers au cours de la décennie écoulée.

¹⁰ Ces quatre statistiques sont définies dans le lexique.

Le chapitre 1 donne une vue d'ensemble de l'évolution du recours aux différentes formes de soins de longue durée. Le chapitre 2 est consacré aux évolutions dans les EMS, en particulier de l'âge à l'entrée des résidents, de leur durée de séjour, du niveau de soins requis et des caractéristiques de leurs patients. Le chapitre 3 effectue une analyse comparable pour les SASD, en examinant l'évolution de l'âge moyen des patients, des heures d'aide et de soins fournies et plus généralement de l'offre de prestations. Le chapitre 4 enfin, examine l'évolution du nombre de longs séjours dans les hôpitaux. Le chapitre 5 présente une synthèse des évolutions dans le secteur des soins de longue durée.

2 Recours aux différentes formes de soins de longue durée

Ce chapitre présente l'évolution du recours aux différentes formes de soins de longue durée. Si le vieillissement de la population amène à une augmentation générale du volume de prestations dans tous les secteurs, l'analyse de la proportion de 65 ans et plus recourant aux différents services – c'est-à-dire des taux de recours – donne une image plus nuancée. Elle permet de se rendre compte de l'évolution dans les modes et l'organisation de la prise en charge de longue durée.

2.1 Diminution du recours aux longs séjours en EMS

Le long séjour constitue l'activité centrale de l'EMS. Les places en long séjour sont occupées par des personnes s'installant définitivement dans l'établissement. Les résidents en long séjour détiennent donc une résidence – principale ou secondaire – dans la commune de l'établissement. La part des personnes âgées de 65 ans et plus enregistrées en long séjour en EMS recule légèrement depuis 2006.

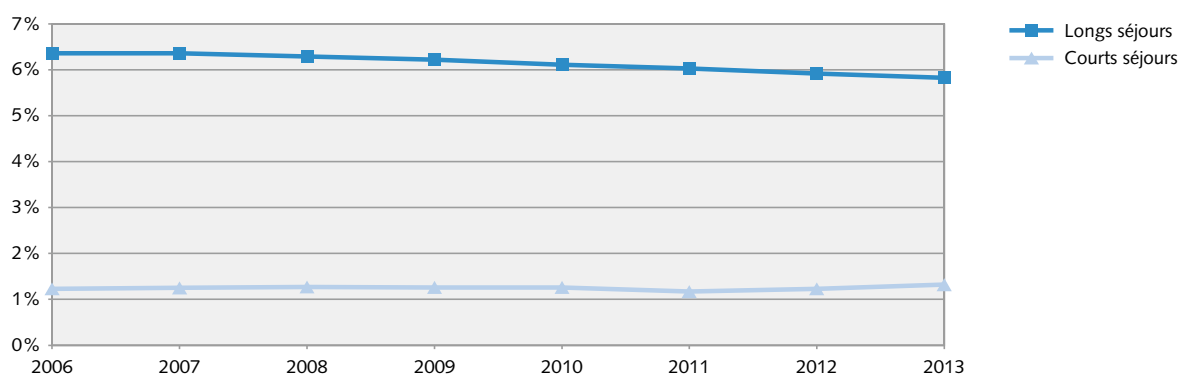
Au 31 décembre 2006, 6,4% des personnes âgées de 65 ans et plus résidaient en EMS¹¹ (Figure 2.1). En sept ans, cette proportion a reculé de 0,6 point de pourcentage pour s'établir à 5,8% en 2013. La proportion de personnes âgées vivant en EMS est donc en recul.

En volume toutefois, les hébergements en longs séjours progressent mais sans suivre l'évolution démographique. En effet, les résidents hébergés en longs séjours au 31 décembre sont en augmentation de 8,0% durant la période 2006–2013, mais cette augmentation est plus faible que celle de la population âgée de 65 ans et plus (+17,8%) durant la même période. Notons encore que la proportion de personnes âgées de 80 ans et plus résidant en EMS se situe à un niveau nettement supérieur et suit aussi une tendance à la baisse, passant de 17,9% en 2006 à 16,8% en 2013 (Figure 9.1 en annexe 2).

Du côté de l'offre, le nombre de places en longs séjours pour 1000 habitants âgés de 65 ans et plus a également reculé sur la même période, passant de 70,3 en 2006 à 64,5 en 2013 (OFS 2008 et OFS 2015a).

Evolution des taux de recours bruts des 65+ aux EMS, en courts et en longs séjours, 2006–2013

Fig. 2.1



Source: OFS – SOMED 2006–2013; ESPOP 2006–2009; STATPOP 2010–2013

© Obsan, Neuchâtel 2015

¹¹ Voir «taux de recours en EMS, longs séjours» dans le lexique pour une définition.

Le taux d'occupation des EMS est de 94,9% au niveau suisse mais de 97,9% en Suisse romande en 2013 (OFS 2015a). Il est donc aussi possible, en particulier dans certains cantons, que des personnes âgées souhaiteraient résider en EMS mais n'y ont pas de place.

Selon les experts consultés, il y a toujours au niveau suisse un besoin grandissant, lié au vieillissement de la population, de places en EMS. Celui-ci peut cependant être en partie réduit grâce aux opportunités qu'ont les personnes âgées de rester plus longtemps à la maison ou d'être prises en charge par d'autres structures telles que les structures intermédiaires ou les prestations de soins intégrés (voir par exemple Curaviva 2012). Les personnes, qui seraient auparavant entrées en EMS, profitent désormais de la professionnalisation des SASD, laquelle leur permet de prendre en charge des cas plus complexes. Des différences régionales importantes existent toutefois dans l'offre de places, entre saturation et lits libres.

2.2 Augmentation du recours aux courts séjours

Les EMS proposent également des séjours de courte durée. Dans la SOMED, les courts séjours¹² sont recensés distinctement des longs séjours. Contrairement aux longs séjours, les courts séjours n'impliquent pas un changement de lieu de domicile. Les personnes séjournent dans l'EMS pour une durée de quelques semaines, voire de quelques mois. Dans certains cantons, la durée est limitée pour atteindre l'objectif qu'est le retour à domicile. En effet, les courts séjours permettent de favoriser et de prolonger le maintien à domicile. Leur intérêt réside notamment dans le fait qu'ils facilitent la récupération suite à une maladie ou à un séjour hospitalier et/ou qu'ils déchargent l'entourage.

La part des personnes âgées de 65 ans et plus effectuant un court séjour augmente très légèrement sur la période. Durant l'année 2006, 1,2% des personnes âgées de 65 ans et plus ont effectué un court séjour. Cette part augmente de 0,1 point de pourcentage pour se situer à 1,3% en 2013 (Figure 2.1). En termes de volume, les résidents en courts séjours affichent une progression considérable (26,3%) entre les années 2006 et 2013. Notons encore que durant l'année 2013, 88,7% des personnes effectuent un court séjour unique, 9,2% effectuent deux séjours et 2,1% trois séjours ou plus. Ces proportions sont stables sur la période considérée.

¹² Voir lexique pour une définition.

Les experts confirment cette tendance à la hausse des courts séjours. Selon l'un d'eux, les courts séjours, tout comme d'ailleurs les accueils de jour et de nuit, permettent de décharger les proches, en particulier de personnes démentes. Avoir expérimenté les accueils temporaires et/ou les séjours de courte durée, permettrait de plus une meilleure acceptation du passage en EMS. Par ailleurs, avec le raccourcissement des durées de séjour en soins aigus, les EMS assurent plus fréquemment la transition entre l'hôpital et le retour au domicile. Les patients y effectuent un séjour de quelques semaines afin de retrouver des forces avant de pouvoir regagner leur domicile.

En parallèle, les EMS ont développé d'autres prestations. Comme mentionné ci-dessus, certains établissements disposent d'une unité d'accueil temporaire (foyer de jour/nuit) pour encadrer les personnes âgées et décharger les proches sur une courte période allant généralement d'un repas à un week-end. D'autres mettent à disposition des appartements protégés permettant aux résidents de bénéficier des services de l'établissement tout en restant autonomes. D'autres encore ouvrent des unités spéciales pour les personnes atteintes de démence ou pour les soins palliatifs. Les conditions d'accès sont spécifiques à chaque canton, voire à chaque établissement. Ces prestations complémentaires permettent aux EMS d'adapter et de diversifier leur offre pour répondre aux besoins croissants et variés des personnes âgées (voir aussi 2.6). Mentionnons encore les soins aigus et de transition nouvellement introduits, qui concernent autant les services d'aide et de soins à domicile que les EMS, qui sont traités plus en détails à la section 2.4.

2.3 Augmentation du recours aux SASD

La statistique SPITEX permet de suivre l'évolution dans les services d'aide et de soins à domicile. L'analyse de l'évolution 2007¹³–2013 est complexifiée par l'extension du relevé aux institutions à but lucratif (IABL) en 2010, ce qui crée une rupture dans la série temporelle. Afin de suivre l'évolution de 2007 à 2013 tout en tenant compte de ces changements, nous observons d'une part l'évolution dans les institutions sans but lucratif (ISBL) de 2007 à 2013 (courbes pleines dans la Figure 2.2) et d'autre part l'évolution dans l'ensemble des institutions dès 2010 (courbes en traitillé dans la Figure 2.2).

¹³ La SPITEX n'est publiée par l'OFS qu'à partir de 2007 (voir lexique, *Statistique SPITEX*), raison pour laquelle l'année 2006 ne fait pas partie de l'analyse.

La proportion de personnes âgées faisant appel aux services d'aide et de soins à domicile¹⁴ augmente très légèrement sur la période 2007–2013, passant de 11,2% en 2007 à 11,7% en 2013 (Figure 2.2, courbes 65+). La proportion de personnes de 65 ans et plus faisant appel aux SASD augmente donc de 0,5 point de pourcentage sur la période. Le développement des SASD a suivi l'évolution démographique et même permis de prendre en charge un bon demi-pourcent de patients supplémentaires. Si l'on prend en compte les IABL, le taux de recours se monte à 13,7% en 2013, soit 2 points de pourcentage additionnels.

Le volume des prestations délivrées suit lui aussi de près l'évolution démographique: le nombre de clients¹⁵ augmente de 20% (avec IABL: 40%) et le nombre d'heures de prestations¹⁶ délivrées de 15% (avec IABL: 44%)¹⁷. La population des 65 ans et plus, quant à elle, augmente de 15% entre 2007 et 2013 (Statistique de la population et des ménages, OFS).

Observé par classes d'âge, le recours aux SASD suit l'évolution démographique pour les 65–79 ans et augmente plus que proportionnellement à l'évolution démographique pour les personnes âgées de 80 ans et plus. Davantage de personnes âgées de 80 ans et plus font appel aux SASD qu'auparavant. Cette évolution est confirmée par les experts, qui relèvent par ailleurs que les personnes âgées repoussent le plus tard possible l'entrée en EMS, préférant rester chez elles avec le soutien des SASD. Ce recours aux SASD se fait cependant lui

aussi à un âge plus avancé qu'auparavant. On observe donc chez les personnes âgées à la fois une augmentation de l'âge de recours aux SASD et un recours plus tardif aux EMS.

Recours aux prestations de soins

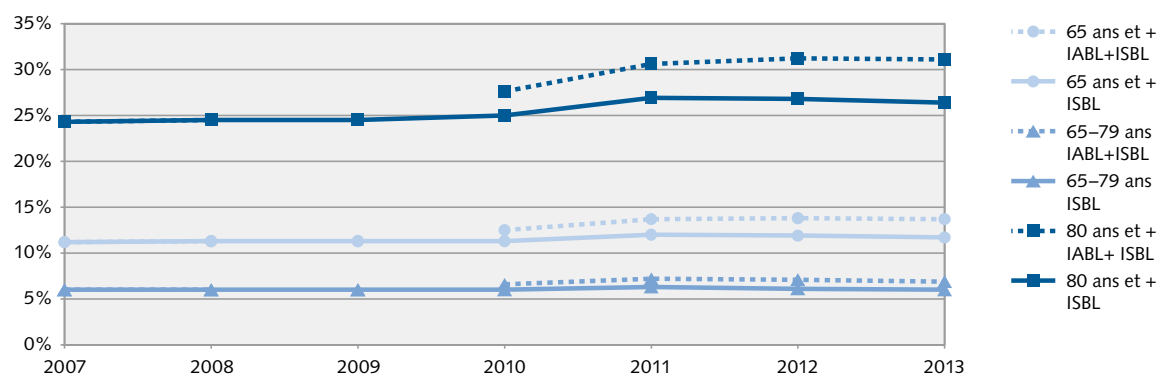
Le taux de recours aux prestations de soins OPAS¹⁸ est resté stable de 2007 à 2013, après une brève augmentation en 2010 (Figure 2.3). Il est de 9,9% en 2013 (ISBL), de 11,7% si on inclut les institutions à but lucratif (IABL).

Le volume de prestations délivrées et le nombre de clients ont toutefois fortement augmenté, suivant en cela l'évolution démographique. Le nombre de clients a crû de 16,2% sur la période (de 38,1% avec IABL); le nombre d'heures OPAS délivrées a augmenté de 24,8% (de 53,9% avec IABL).

Recours à l'aide à domicile

Le taux de recours à l'aide à domicile¹⁹ varie très peu sur la période et s'établit à 5,8% en 2013 (à 6,2% avec les IABL). En termes de volume des prestations, le nombre d'heures d'aide à domicile délivrées par les ISBL diminue de 2,1% sur la période 2007–2013. Il augmente cependant de 25,7% si on considère les IABL. Quant au nombre de clients, il augmente de 9,5% (17,3% avec les IABL). Les institutions sans but lucratif délivrent ainsi proportionnellement moins d'heures de prestations d'aide à domicile par client qu'auparavant.

Evolution du taux de recours des 65+ et des 80+ aux SASD, 2007–2013 Fig. 2.2



Source: OFS – SPITEX 2007–2013; ESPOP 2007–2009; STATPOP 2010–2013

© Obsan, Neuchâtel 2015

¹⁴ Voir lexique pour une définition.

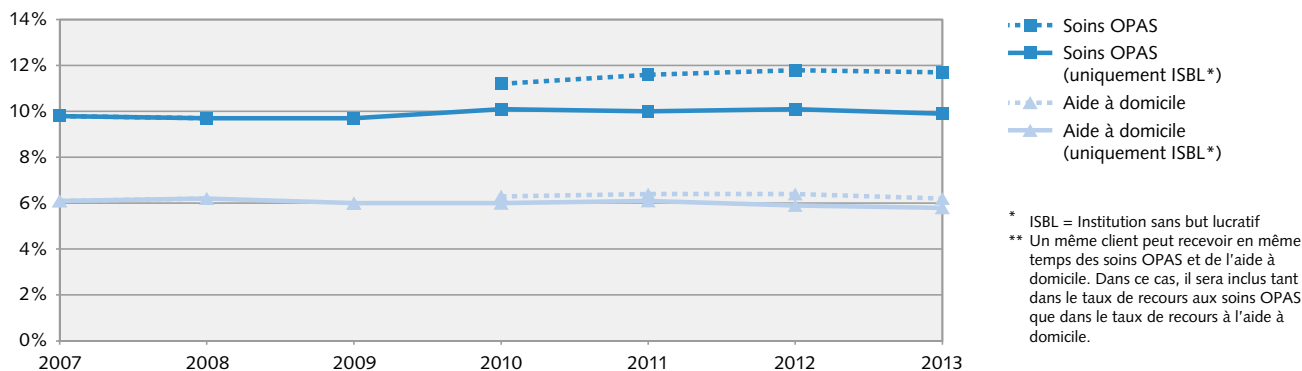
¹⁵ Voir lexique pour une définition.

¹⁶ Voir lexique pour une définition.

¹⁷ Chiffres non représentés ici.

¹⁸ Voir lexique pour une définition.

¹⁹ Voir lexique pour une définition.

Taux de recours aux prestations de soins OPAS et d'aide à domicile , clients 65+, 2007–2013**
Fig. 2.3


Source: OFS – SPITEX 2007–2013; ESPOP 2007–2009; STATPOP 2010–2013

© Obsan, Neuchâtel 2015

2.4 Peu de soins aigus et de transition

Les soins aigus et de transition²⁰ ont été introduits comme nouvelle catégorie tarifaire de soins OPAS²¹ par la loi fédérale du 13 juin 2008 sur le nouveau régime de financement des soins, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2011. Ils peuvent être effectués par les EMS et par les services d'aide et de soins à domicile.

Les soins aigus et de transition fournis en EMS sont recensés à partir de 2011 dans la SOMED. Toutefois, leur relevé n'est obligatoire que depuis 2012 et les résultats sont encore difficilement exploitables, raison pour laquelle aucun chiffre n'est publié ici.

Les soins aigus et de transition fournis par les SASD sont relevés dans la statistique SPITEX dès 2011. Sur ces trois dernières années, ils ne représentent qu'une part infime des soins OPAS: 14'500 heures de soins aigus et de transition ont été délivrées en 2013, ce qui représente 0,1% de l'ensemble des prestations OPAS (9,8 millions d'heures). Les soins aigus et de transition augmentent cependant avec les années, ce qui reflète une adaptation progressive du système à la nouvelle loi (voir Tableau 9.1 en annexe).

Selon les experts consultés, des prestations correspondant à des soins aigus et de transition ont été délivrées par les SASD bien avant 2011. La modification de la loi de 2011 ne consiste donc pas en l'introduction d'une nouvelle prestation pour les SASD, mais en une modification de leur financement. En effet, pour qu'une prestation soit aujourd'hui considérée comme des soins aigus et de transition, de nombreuses conditions doivent être remplies (voir lexique); le financement est quant à lui distinct du reste des prestations OPAS. S'il y a aussi peu de prestations de soins aigus et de transition depuis 2011, c'est parce que, selon les experts, les conditions d'octroi sont trop contraignantes (obtention de l'ordonnance du médecin hospitalier, limitation des soins à deux semaines, nécessité dans chaque canton de négocier des tarifs avec les assurances). La charge administrative découragerait le recours à cette prestation. Une communauté d'intérêts, composée de tous les prestataires, demande actuellement une révision des règles relatives aux soins aigus et de transition (CI Financement des soins, Prise de position du 25 mars 2015).

²⁰ Voir lexique pour une définition.

²¹ Voir lexique pour une définition.

2.5 Diminution du recours aux hospitalisations

Depuis plusieurs années, le virage ambulatoire fait que certains séjours hospitaliers sont remplacés par des soins ambulatoires (voir par exemple Roth et Pellegrini 2015). Par ailleurs, lorsqu'une hospitalisation demeure nécessaire, la durée moyenne de séjour est à la baisse. Cette évolution est en partie liée aux importants progrès médicotecniques permettant des interventions moins invasives, de durée réduite et présentant moins de complications post-opératoires. Il en résulte une diminution des journées d'hospitalisation par habitant de 65 ans et plus.

Quel que soit le type de soins²², les journées d'hospitalisation pour 1000 habitants de 65 ans et plus diminuent (Figure 2.4). La baisse est la plus marquée dans les soins aigus (-14,0%). Outre les avancées techniques déjà mentionnées, l'introduction des forfaits par cas mais aussi des soins aigus et de transition joue certainement un rôle dans cette évolution.

La diminution des journées d'hospitalisation pour 1000 habitants est également prononcée en psychiatrie (-8,2%). Dans ce secteur, on vise à détecter rapidement les patients nécessitant des soins pour contribuer à éviter les hospitalisations, à adapter la prise en charge à leurs besoins et à favoriser leur intégration sociale. Aussi, la tendance est de mettre en place des services d'urgence et de triage, des équipes mobiles, des hôpitaux de jour. Sont privilégiés le secteur ambulatoire et les séjours de

durées plus courtes qu'auparavant, avec pour corollaire une diminution des jours d'hospitalisation par habitant. Enfin, bien que moins marquée, la baisse du nombre de jours par habitant est aussi visible en gériatrie (-6,5%) et dans une moindre mesure en réadaptation (-2,3%).

2.6 Augmentation du recours aux structures intermédiaires

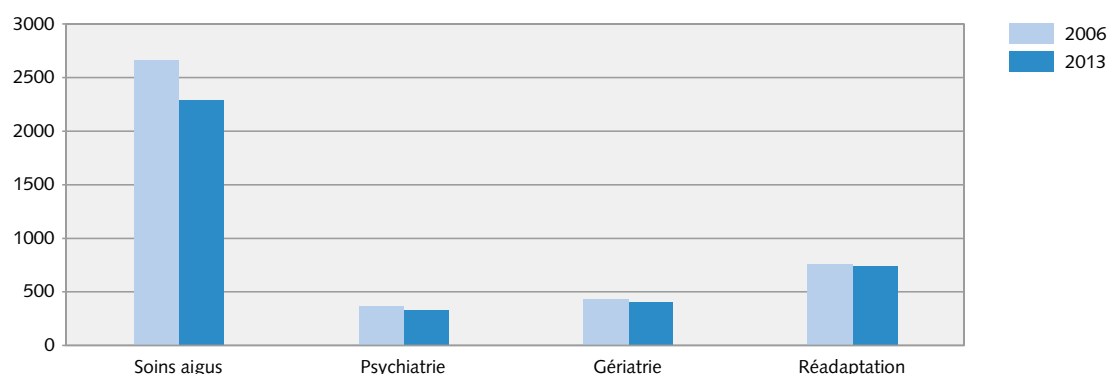
La SOMED récolte des données sur l'accueil en structures de soins de jour ou de nuit. Le relevé de ces informations n'est toutefois obligatoire que depuis 2012 d'où l'impossibilité de dégager une tendance pour cette activité, qui est par ailleurs encore proportionnellement marginale. Pour le reste des structures intermédiaires²³, aucune donnée n'est relevée dans les statistiques de l'OFS.

Pourtant, certaines planifications médico-sociales cantonales mettent l'accent sur le développement des structures intermédiaires, notamment les foyers de jour, de nuit, les unités d'accueil temporaire, de répit et les immeubles avec encadrement médico-social pour personnes âgées.

En avril 2015, un mandat a été attribué par l'Obsan afin de définir les structures intermédiaires et de les recenser dans les cantons. Les résultats seront présentés dans une publication Obsan qui paraîtra ultérieurement et qui viendra compléter l'information contenue dans le présent rapport. En effet, les structures intermédiaires

Journées d'hospitalisation des 65+ pour 1000 habitants selon le type de soins, 2006 et 2013

Fig. 2.4



Source: OFS – MS 2006/2013; KS 2006/2013; ESPOP 2006; STATPOP 2013

© Obsan 2015

²² Voir «types de soins hospitaliers» dans le lexique pour une définition.

²³ Voir lexique pour une définition.

constituent un pan, certes relativement nouveau et en développement, mais de plus en plus important de la prise en charge des personnes âgées.

Selon nos experts, le concept d'appartements protégés existe depuis longtemps, mais le volume à disposition actuellement n'existait pas il y a quelques années. Ce type de prise en charge offrant un logement avec prestations de soins et d'accompagnement est souvent judicieux lorsque rester à domicile n'est plus possible, même avec le concours des SASD. En effet, lorsqu'une personne n'arrive plus à s'alimenter même si elle reçoit des repas à domicile, ou qu'elle est très désorientée et sujette à des angoisses, le logement protégé peut être une alternative à l'entrée en EMS. Beaucoup de communes réfléchissent ou sont en train de mettre en place de tels appartements, l'objectif étant de réserver les EMS aux personnes fortement dépendantes. Toutefois, la population n'est pas encore toujours bien informée de l'existence et des avantages de ce genre d'offre. De plus, sans soutien financier, ce type d'habitat peut se révéler relativement coûteux et n'est pas à la portée de chacun.

3 Longs séjours en EMS

Ce chapitre présente les évolutions dans les caractéristiques des patients en long séjour dans les EMS. Il passe en revue l'âge à l'entrée et la durée de séjour, l'importance des besoins en soins ainsi que les caractéristiques démographiques des résidents.

3.1 Légère augmentation de l'âge à l'entrée

Il s'agit de savoir à quel âge les personnes âgées sont entrées pour la première fois en long séjour dans un EMS et si cet âge évolue au fil du temps. Les analyses montrent qu'elles entrent toujours plus tardivement dans un EMS. La tendance est toutefois encore légère.

Entre 2007 et 2013, l'âge moyen à l'entrée en long séjour dans un EMS passe de 84,2 ans à 84,6²⁴ ans (Figure 3.1), soit un recul de l'âge à l'entrée d'un peu plus d'un tiers d'année en six ans. Cette tendance à rester toujours plus longtemps à domicile s'observe chez les hommes comme chez les femmes, bien qu'elle soit un peu plus marquée chez ces dernières. Ce phénomène d'augmentation de l'âge à l'entrée est en réalité

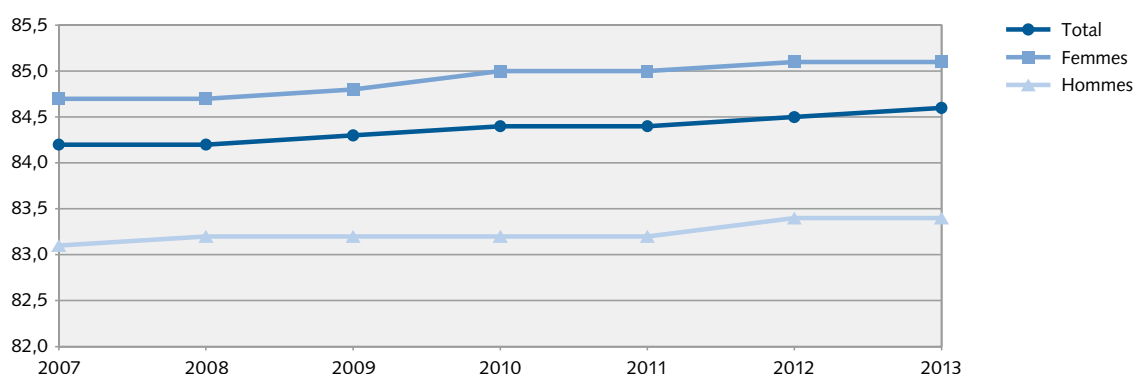
probablement plus important, car on connaît quelques difficultés pour calculer cet indicateur avec les données 2007 à 2009 (voir remarque dans le lexique).

Ces résultats se doivent d'être nuancés par les chiffres sur l'espérance de vie, qui augmente également sur la même période. En effet, l'espérance de vie à 65 ans passe pour les hommes de 18,5 à 19,1 ans et pour les femmes de 21,9 à 22,1 entre 2007 et 2013 (OFS 2015c). L'âge à l'entrée des femmes est supérieur d'une année et huit mois environ à celui des hommes, ce qui peut être également mis en relation avec l'espérance de vie des femmes de 65 ans et plus, qui est supérieure de trois ans à celle des hommes.

Les experts sont unanimes à dire que l'entrée en EMS se fait à un âge plus avancé. Selon eux, les personnes âgées veulent et peuvent rester plus longtemps à la maison pour différentes raisons. D'abord, elles sont en meilleure santé: elles bénéficient d'une alimentation plus adéquate, d'une bonne hygiène et de progrès médicaux remarquables, notamment en matière d'orthopédie technique. Les prothèses de genoux et de hanches, mais aussi l'ablation plus aisée de la cataracte ont une grande

Age moyen à l'entrée en EMS des 65+ selon le sexe, 2007–2013

Fig. 3.1



Source: OFS – SOMED 2007–2013

© Obsan, Neuchâtel 2015

²⁴ Nos résultats diffèrent de ceux de l'OFS (OFS 2015b) car nous ne considérons pas les entrées précoces (résidents entrant en EMS à moins de 65 ans) pour calculer l'âge moyen à l'entrée des personnes âgées. Cf. également lexique.

influence sur l'autonomie. Ensuite, la génération des baby-boomers s'organise, cherche des alternatives, ce qui lui permet de rester plus longtemps à domicile. Le développement et la professionnalisation des SASD, mais aussi plus récemment d'autres formes d'habitats intermédiaires, comme les appartements protégés, permettent de retarder l'entrée en EMS. Cela du moins en théorie. En effet, les préférences varient: certaines personnes décident d'emménager en appartement protégé vers 80 ans alors qu'elles sont en bonne santé. Elles apprécient de se faire décharger au quotidien, d'avoir des contacts et peuvent se le permettre financièrement. D'autres ne peuvent pas se résoudre à quitter leur maison et attendront de ne plus avoir le choix, par exemple suite à une sortie d'hôpital lorsque le retour au domicile n'est plus possible.

Note méthodologique

Seul le premier long séjour de chaque résident est retenu et seulement si le résident est âgé d'au moins 65 ans car nos analyses portent sur le parcours de vie des personnes âgées. L'hypothèse est qu'un résident qui s'installe en long séjour terminera sa vie en EMS. Toutefois, certains résidents changent d'établissement. Pour s'assurer qu'il s'agit de la première entrée du résident, il est fait usage du code de liaison permettant de tracer les clients. Le code de liaison n'est toutefois utilisable qu'à partir de l'année 2007, raison pour laquelle la série ne débute qu'en 2007. L'âge moyen est calculé sur l'âge de l'ensemble des résidents entrés durant la même année.

3.2 Durée de séjour stable

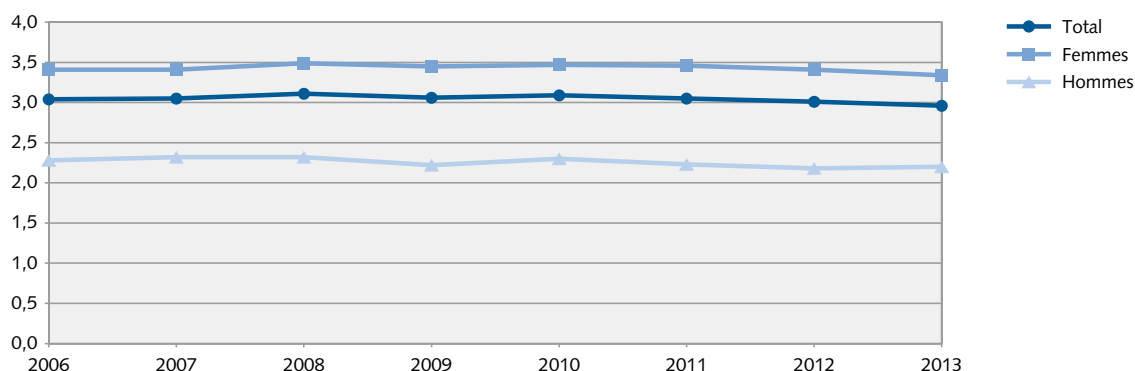
Sur la période 2006–2013, la durée de séjour en EMS²⁵ est restée stable (Figure 3.2). Contrairement à l'affirmation souvent entendue, les données analysées ne permettent pas de conclure à une baisse de la durée de séjour. On observe tout au plus une amorce de diminution durant les dernières années.

La durée de séjour moyenne se situe à environ 3 ans depuis l'année 2006 (Figure 3.2). Une légère tendance à la baisse se dessine depuis 2010 où la durée moyenne était de 3,09. Pour la première fois en 2013, la durée passe en dessous de la barre des trois ans avec une moyenne de 2,96 an. Cela représente une durée diminuée d'un mois et demi entre 2010 et 2013.

La durée médiane se situe quant à elle à un peu moins de 2 ans. Elle tend à augmenter jusqu'en 2010 pour diminuer constamment jusqu'en 2013. La durée médiane est plus courte que la durée moyenne car certains séjours de très longue durée tirent la durée moyenne vers le haut.

Durée moyenne de séjour des 65+ en EMS selon le sexe, 2006–2013

Fig. 3.2



Source: OFS – SOMED 2006–2013

© Obsan, Neuchâtel 2015

²⁵ Voir lexique pour une définition.

Note méthodologique

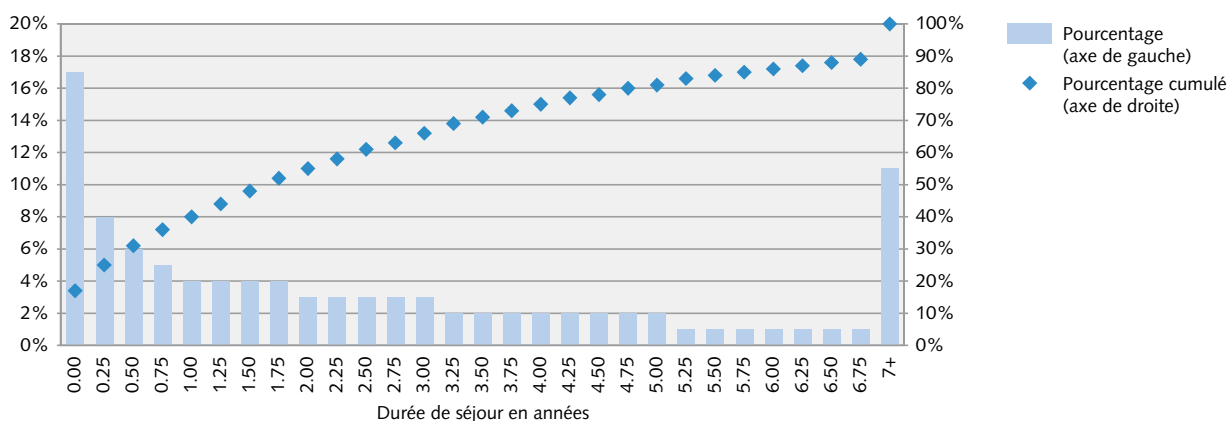
Seuls les séjours se terminant par un décès sont retenus, afin de s'assurer qu'il s'agit du dernier séjour des résidents. L'année représente donc l'année de sortie par un décès du résident. Les durées moyenne et médiane de séjour sont calculées sur l'ensemble des résidents décédés durant la même année, après avoir écarté les résidents entrés en EMS avant leur 65^e anniversaire.

La diminution de la durée de séjour intervient plus tardivement que l'augmentation de l'âge à l'entrée. Cela peut s'expliquer par un décalage lié aux définitions. Les résidents retenus à une telle année pour les deux indicateurs ne sont pas les mêmes: on considère les entrées pour calculer l'âge à l'entrée et les sorties pour le calcul de la durée de séjour. Autrement dit, une résidente qui entre à 80 ans en 2008 et qui sort pour cause de décès à 82 ans sera retenue à l'année 2008 pour l'âge à l'entrée et à l'année 2010 pour la durée de séjour.

Les durées de séjours en 2013 s'étalent entre 1 jour et plus de 30 ans. 10,8% des séjours durent 7 ans et plus, mais les durées supérieures à 15 ans sont très rares et concernent moins de 1% des cas. Il peut s'agir de personnes handicapées vivant en établissement, transférées dans un EMS à leur arrivée à 65 ans. Au-delà de ces cas particuliers ayant des durées de séjour extrêmement longues, il est surtout intéressant de relever que la majorité des séjours en EMS sont relativement courts. Près d'un tiers des séjours durent moins de neuf mois et la moitié moins de deux ans (Figure 3.3). Cette distribution est assez stable depuis 2006.

Tous les experts estiment que la tendance est à la diminution de la durée de séjour. Toutefois, il semble que cette affirmation doive être nuancée d'un établissement à l'autre. Tandis que dans certains EMS, il est difficile d'observer cette tendance car les résidents vivent encore bon nombre d'années, dans d'autres, la durée moyenne de séjour se raccourcit constamment. Dans certains établissements spécialisés, notamment dans les soins palliatifs, il semble même que la durée de séjour ne se chiffre plus en années mais en mois. Parmi les explications possibles, citons le fait que les gens entrent plus tardivement en EMS, mais aussi que les hôpitaux gardent moins longtemps les patients pour les diriger notamment vers les EMS où ils décèdent par la suite, parfois assez rapidement. Auparavant, les décès survenaient probablement plus fréquemment à l'hôpital. Il est vrai d'ailleurs que la proportion de résidents décédés dans l'année en EMS passe de 19,0% en 2006 à 21,4% en 2013.

Si les statistiques peinent à mettre en évidence une réelle tendance, c'est peut-être que différents modèles de prise en charge en EMS continuent à coexister en Suisse. Les durées de séjour plus courtes ne sont peut-être pas visibles partout en Suisse ou seulement dans certains types d'établissements plus spécialisés dans la prise en charge de situations de santé complexes. Notons encore que même à un âge avancé, les patients peuvent être soignés. Selon les désirs des patients ou des proches, les résidents peuvent être hospitalisés plusieurs fois pour des crises aiguës (cardiovasculaire, infections des organes), ce qui nécessite des traitements curatifs classiques et prolonge la vie. La hausse de l'espérance de vie plus importante que la hausse de l'âge à l'entrée irait aussi dans ce sens.

Distribution des séjours en EMS des 65+ selon leur durée, 2013**Fig. 3.3**

Source: OFS – SOMED 2013

© Obsan 2015

3.3 Diminution de la part des résidents ne nécessitant pas de soins

Un certain nombre de résidents en EMS ne reçoivent pas de soins LAMal²⁶. La proportion de ces personnes dans l'ensemble des résidents est toutefois faible et en diminution. Notons à ce sujet que le nombre de maisons pour personnes âgées (incluses dans nos chiffres²⁷) a fortement diminué, passant de 66 en 2007 à 24 en 2013. Une bonne partie d'entre elles sont devenues des EMS.

La part des personnes ne nécessitant pas de soins LAMal au moins une fois dans l'année diminue constamment entre 2007 (7,0%) et 2012 (3,8%). En 2013, le pourcentage se stabilise juste au-dessous de 4% (Figure 3.4).

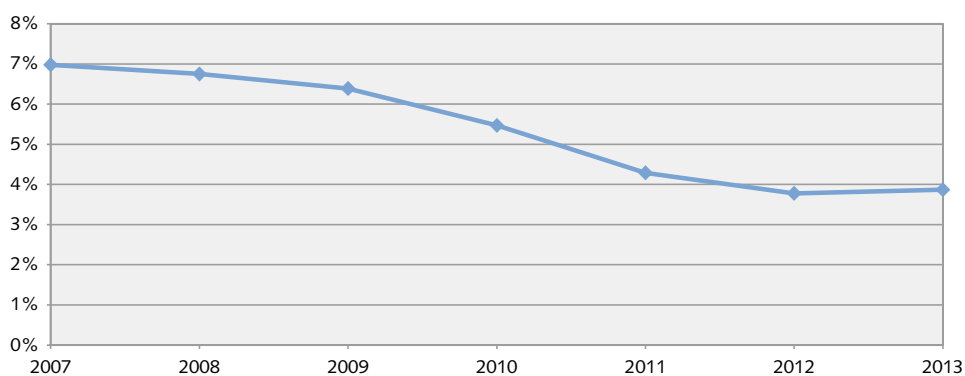
Les experts partagent l'avis qu'il y a de moins en moins de résidents sans besoin de soins dans les EMS. En effet, le virage ambulatoire, voulu par les politiques de santé dans un souci de maîtrise des coûts, tend à faire de l'EMS un dernier recours lorsque les autres possibilités ont été épuisées. Le nouveau régime de financement des soins aurait contribué à ce repositionnement en modifiant les incitatifs, rendant les premiers niveaux de soins financièrement peu attractifs. Les EMS, qui œuvrent la plupart du temps dans un contexte où le nombre de places sont contingentées, réservent les lits aux personnes avec un besoin en soins avéré, car l'infrastructure et le personnel sont disponibles à cet effet. Notons

toutefois que le dernier niveau OPAS est plafonné et que lorsque les résidents reçoivent plus de soins que le niveau maximum, les taxes de soins ne couvrent pas les coûts effectifs des EMS.

Par ailleurs, d'autres raisons que le besoin de soins peuvent motiver une entrée en EMS, telles que l'isolement social ou la difficulté à gérer le quotidien. L'entrée en EMS est aussi souvent liée à un événement particulier comme une chute ou un séjour hospitalier. En effet, les activités qu'exigent le retour à domicile comme effectuer les achats, se nourrir correctement, boire suffisamment peuvent devenir malaisées si bien que la personne âgée ou son entourage se rendent compte que ce n'est plus possible. C'est alors la nécessité d'un accompagnement qui préside à l'entrée en EMS plutôt que le besoin en soins au sens de la LAMal. Une lacune dans les offres alternatives peut aussi jouer un rôle dans ces cas. Dans les zones où les SASD sont moins développés et/ou les structures intermédiaires font défaut, l'EMS reste la seule option lorsque le soutien des proches manque, sachant que de plus en plus souvent les jeunes générations n'habitent plus à proximité, sont engagées professionnellement ou alors sont elles-mêmes dépendantes et ne sont pas en mesure de soutenir leurs parents âgés.

Part des résidents de 65+ en EMS ne nécessitant pas de soins LAMAL, 2007–2013¹

Fig. 3.4



¹ Les données 2006 ne sont pas exploitables.

Source: OFS – SOMED 2007–2013

© Obsan, Neuchâtel 2015

²⁶ Au moins une fois dans l'année sous revue, selon le guide destiné aux établissements pour remplir le questionnaire SOMED (OFS 2013).

²⁷ Voir «Statistiques des institutions médico-sociales (SOMED) de l'OFS» dans le lexique pour une définition.

3.4 Difficultés à évaluer les niveaux de soins

Les besoins des personnes nécessitant des soins LAMal sont relevés par l'intermédiaire d'un outil d'évaluation des patients. En 2011, un changement a eu lieu au niveau de la saisie des soins requis (voir encadré). En conséquence, l'année 2011 est une année de transition dans la SOMED en ce qui concerne l'évaluation du niveau de soins, dont les données ne sont pas exploitables statistiquement. Les nouveaux champs peuvent être utilisés systématiquement à partir de 2012. En raison de ce changement dans la méthode de relevé, la comparaison entre les périodes 2006–2010 et 2012–2013 est délicate, de sorte que nous nous limitons à présenter les résultats des années 2012 et 2013.

Outils d'évaluation des besoins en soins

Dès 2011, les EMS qui facturent des soins à la charge de la LAMal doivent saisir dans la SOMED des données de détail concernant les soins apportés aux résidents. Quatre outils sont reconnus à savoir BESA LK2005 en points, BESA LK2010 en minutes, PLAISIR en minutes et RAI-RUG en niveaux. Selon l'outil, un coefficient de conversion – dépendant de l'année et du canton – permet de traduire les données détaillées en minutes de soins. Il est de la sorte possible d'attribuer l'un des 12 niveaux OPAS à chaque résident. Ces niveaux OPAS correspondent à un certain nombre de minutes de soins par jour définies dans l'art. 7a de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins OPAS. Ces outils offrent une vision d'ensemble des temps de soins requis par les résidents et permettent de comparer entre eux les EMS ainsi que les cantons. Cela n'était pas possible avant 2011 car les anciens instruments étaient définis différemment et présentaient un nombre variable de niveaux.

Tab. 3.1 Nombres moyen et médian de minutes de soins quotidiens pour les résidents en EMS¹, par classe d'âges, 2013

	Moyenne	Médiane
Total	112,0	112,8
65–69	109,1	102,0
70–74	110,4	107,2
75–79	112,6	112,8
80–84	110,3	110,0
85–89	108,5	105,0
90–94	113,1	116,2
95 et plus	124,0	135,0

¹ Pour chaque résident est retenu le dernier niveau de soins relevé dans l'année. Les résidents qui ne reçoivent pas de soins LAMal sont inclus, avec un nombre de minutes égal à 0.

Source: OFS – SOMED 2013

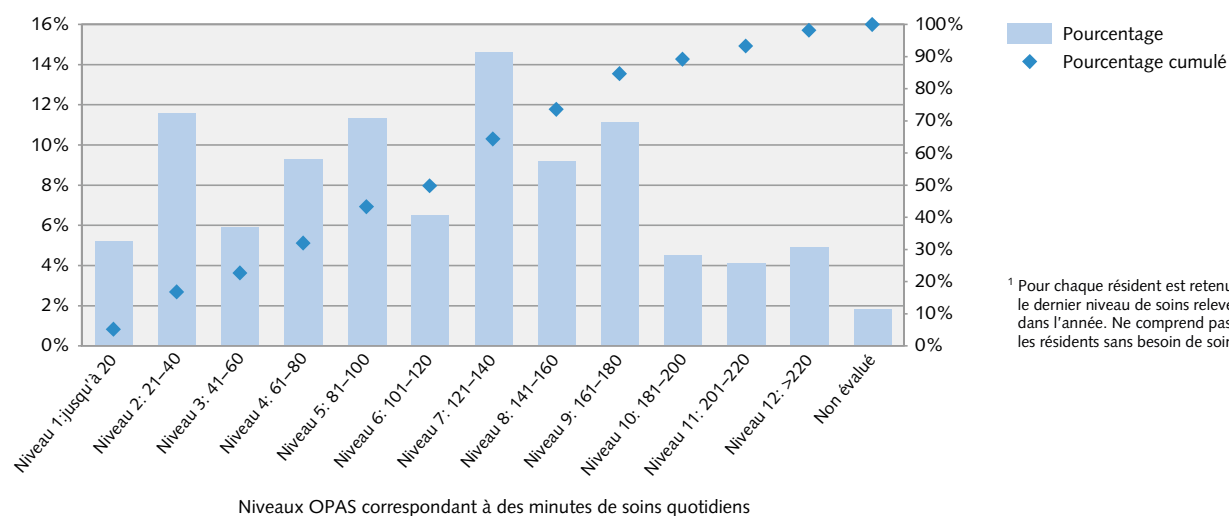
© Obsan 2015

Entre 2012 et 2013, le nombre moyen de minutes de soins quotidiens passe de 111,3 à 112,0 (niveau 6 OPAS), soit une augmentation de 0,6%. Même si elle est faible, cette augmentation va dans le sens de l'évolution générale dans le secteur des EMS, qui tend à prendre en charge des personnes plus lourdement atteintes dans leur santé. Quant à l'augmentation du volume de soins avec l'âge, elle se fait sentir surtout à partir de la classe d'âge des 95 ans et plus qui reçoivent en moyenne 124,0 minutes de soins quotidiens alors que les autres classes d'âges sont en dessous de deux heures en 2013 (Tableau 3.1).

Nos experts indiquent que les personnes âgées entrent en EMS dans un état de grande dépendance, la plupart avec un niveau OPAS d'au moins 6,

Répartition des résidents de 65+ en EMS, selon leur niveau de soins quotidiens¹ OPAS, 2013

Fig. 3.5



¹ Pour chaque résident est retenu le dernier niveau de soins relevé dans l'année. Ne comprend pas les résidents sans besoin de soins LAMal.

Source: OFS – SOMED 2013

© Obsan 2015

correspondant à une fourchette comprise entre 101 et 120 minutes de soins au quotidien, ce qui concorde avec notre niveau moyen. Les résidents sont souvent multimorbides et/ou atteints de démence.

Toutefois, si l'on regarde la répartition des résidents selon leur niveau OPAS, c'est le niveau 7 avec 121 à 140 minutes de soins quotidiens qui enregistre la plus forte proportion de résidents (14,6%). La moitié des résidents se situent à des niveaux OPAS entre 1 et 6, l'autre moitié à des niveaux entre 7 et 12 (Figure 3.5). Les chiffres ne montrent pas une concentration de résidents aux niveaux les plus élevés. En effet, les niveaux 10, 11 et 12 enregistrent chacun moins de 5% des résidents.

Les experts relèvent que l'instrument idéal permettrait de mieux évaluer le travail géro-psycho-social et en soins palliatifs. Les prestataires estiment en effet que le système d'évaluation actuel devrait être amélioré pour mieux tenir compte du travail auprès des personnes atteintes de démences, qui ont besoin de beaucoup d'accompagnement et d'encadrement, mais pas forcément de beaucoup de soins. Aussi, la plupart d'entre elles ne sont pas évaluées aux niveaux OPAS maximaux même si elles exigent de grands efforts. Toujours selon un expert, la part de personnes démentes en EMS est estimée entre 60 et 70%. Parmi elles, 20 à 30% doivent être prises en charge séparément à cause de leurs comportements. En outre, la prise en charge et les soins effectués auprès des personnes en soins palliatifs, en particulier dans la phase de fin de vie, sont peu représentés par le système d'évaluation actuel. Actuellement,

Curaviva travaille conjointement avec la CDS²⁸ au développement d'un instrument permettant d'évaluer l'effort supplémentaire nécessaire pour les patients atteints de démence, de même que pour les soins palliatifs.

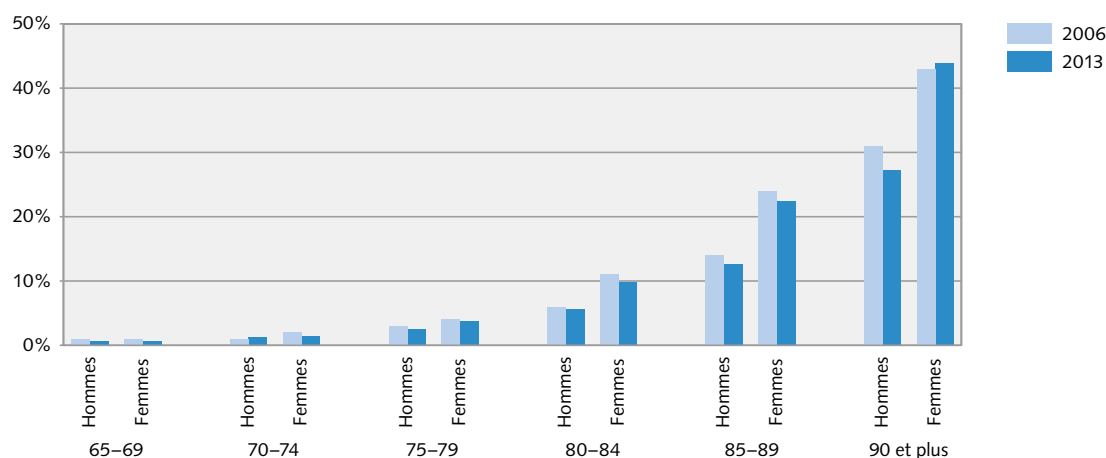
3.5 Toujours une majorité de femmes très âgées

Le recours aux longs séjours en EMS reste fortement dépendant de l'âge et du sexe. Lorsque les diverses possibilités de maintien à domicile sont épuisées, le recours aux EMS devient quasi inévitable. Ceci est d'autant plus vrai pour les femmes très âgées qui bien souvent vivent sans conjoint. En effet, près de la moitié des hommes de 90 ans et plus sont encore mariés, tandis que c'est le cas de moins de 10% des femmes du même âge en 2013 (OFS, STATPOP). Par conséquent, c'est toujours chez les femmes de 90 ans et plus que le recours est le plus élevé, avec un taux de 44% (Figure 3.6).

De façon générale, le taux de recours augmente exponentiellement avec l'âge et est plus élevé chez les femmes que chez les hommes. En considérant l'évolution entre 2006 et 2013, le taux de recours a tendance à diminuer pour presque toutes les catégories d'âge et de sexe. Font exception les hommes de 65 à 69 ans et les femmes de 90 ans et plus, car la population augmente moins fortement que le nombre de résidents, respectivement de résidentes, dans ces deux groupes.

Taux de recours des 65+ aux EMS selon le sexe et l'âge, 2006 et 2013

Fig. 3.6



Source: OFS – SOMED 2006/2013; ESPOP 2006; STATPOP 2013

© Obsan 2015

²⁸ Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé.

4 Prestations des services d'aide et de soins à domicile (SASD)

Ce chapitre présente les évolutions dans les caractéristiques des clients des services d'aide et de soins à domicile (SASD). Son objectif serait, comme nous l'avons fait pour les EMS, de passer en revue l'âge moyen de la clientèle et la durée de la prise en charge, l'importance des besoins en soins, ainsi que les caractéristiques démographiques des résidents. Cependant, la statistique SPITEX, contrairement à la statistique SOMED, ne recense pas des données individuelles sur les clients, mais des données agrégées par âge, sexe et type de prestations fournies²⁹. Il en résulte que certains indicateurs calculés pour les EMS ne peuvent pas être établis pour les SASD et que la comparaison directe avec l'évolution au sein des EMS est en conséquence parfois impossible. Les indicateurs concernés sont:

- Le niveau moyen de soins délivrés aux clients, indicateur permettant d'évaluer l'importance du besoin en soins des clients.
- L'âge moyen des clients à leur première prise en charge par les SASD, indicateur qui, comparé avec celui de la SOMED, permettrait de vérifier l'hypothèse d'une prise en charge plus tardive en EMS, substituée par une prise en charge par les SASD.

- La durée de la prise en charge par les SASD. En particulier, il n'est pas possible de distinguer entre les missions de quelques jours ou semaines et les missions de longue durée, s'étendant sur de nombreux mois.

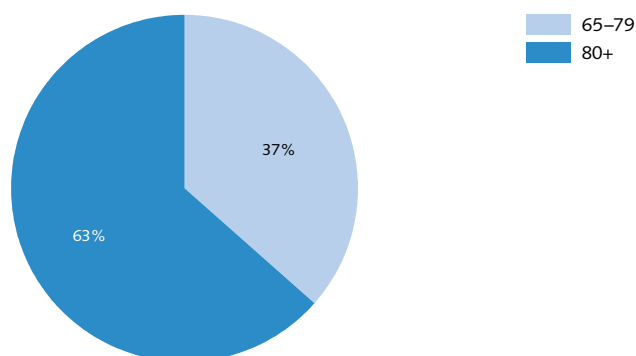
Face à ces limitations, les entretiens menés avec deux experts du domaine des services d'aide et de soins à domicile (voir liste des experts en annexe) nous ont permis de compléter les données par des informations venant du terrain.

4.1 Légère augmentation de l'âge moyen

La statistique de l'aide et des soins à domicile ne contenant pas d'information sur l'âge des clients à l'entrée en soins, nous présentons ici la répartition des clients par âge. Parmi les clients âgés de 65 ans et plus, près de deux tiers ont 80 ans et plus (Figure 4.1). Ce pourcentage a légèrement augmenté depuis 2007, passant de 62% des clients ayant plus de 80 ans en 2007 à 63% en 2013.

Répartition des clients dans les classes d'âge 65–79 et 80+, 2013

Fig. 4.1



Source: OFS – SPITEX 2013

© Obsan 2015

²⁹ La statistique SPITEX distingue entre les prestations de soins OPAS, les soins aigus et de transition, et l'aide au ménage, voir lexique.

4.2 Les clients recourent davantage à une seule des deux prestations des SASD

Les organisations SASD offrent deux types de prestations: les prestations de soins OPAS et les prestations d'aide à domicile. La statistique SPITEX recense d'un côté le nombre de clients recevant des prestations de soins OPAS et de l'autre le nombre de clients recevant de l'aide à domicile (deux premières lignes du Tableau 4.1).

Un client peut recevoir ces deux types de prestations en même temps. Le nombre de personnes faisant appel aux SASD (sans distinction du type de prestations reçues) est de ce fait inférieur à la somme des clients de soins OPAS et des clients d'aide à domicile (comparer les 3^e et 4^e lignes du tableau).

Il y a en 2013 plus de clients recourant à seulement une des deux prestations qu'en 2007. En effet, le nombre de clients recevant des soins OPAS a augmenté de 38,1% entre 2007 et 2013 et de 17,3% pour l'aide à domicile. Le nombre de clients faisant appel aux SASD a quant à lui augmenté dans une plus grande mesure (de 40,5%) dans la période observée. Ainsi, le pourcentage de clients recevant aussi bien des prestations de soins OPAS que des prestations d'aide à domicile a passé de 29,5% en 2007 à 24% en 2013. Selon les experts, cette augmentation dans la statistique du nombre de clients recourant à une seule prestation est en partie due à une tendance à la spécialisation des ISBL dans les soins et des IABL dans l'aide à domicile, ainsi qu'à l'arrivée sur le marché de prestataires n'offrant que de l'accompagnement et de l'aide au ménage (sans autorisation de pratique pour fournir des soins). On peut dès lors partir de l'idée que les personnes âgées n'ont pas moins besoin d'aide et d'accompagnement que par le passé, mais qu'elles s'adressent aujourd'hui à deux organisations et non plus une seule comme auparavant.

4.3 Evolution des prestations

Des informations quant au niveau de soins moyen n'étant pas disponibles, nous présentons deux indicateurs décrivant l'évolution des prestations de soins. La première est le nombre moyen d'heures délivrées par client. La seconde est la répartition entre les différents types de prestations de soins (évaluation et conseils, examen et traitement, soins de base).

4.3.1 Nombre d'heures de soins OPAS par client en hausse

Le nombre d'heures par client et par an est présenté pour les prestations de soins OPAS et pour les prestations d'aide à domicile.

Le nombre moyen d'heures par client et par an de soins OPAS délivrées par les organisations ISBL augmente de 3,8 heures au fil des années (7,4%): il se montait à 52,2 heures par client en 2007 et il passe à 56,0 heures par client en 2013 (Figure 4.2). Cette augmentation est encore plus marquée lorsqu'on inclut les IABL: le nombre d'heures par client passe de 52,2 heures par client en 2007 à 58,1 heures en 2013 (+11,3%, c'est-à-dire 6 heures par client). Entre 2010 et 2013, l'augmentation est de 1,2 heures par client (ISBL+IABL). Il semblerait que l'augmentation du nombre d'heures délivrées par client reflète trois phénomènes distincts:

- premièrement, les clients entrant plus tard en EMS, les SASD prennent en charge aujourd'hui des personnes ayant un plus grand besoin en soins.

Tab. 4.1 Nombre de clients selon le type de prestation et nombre de clients total, ISBL et IABL, 65+, 2007–2013

Moyenne	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Soins OPAS	121 758	123 614	126 930	148 965	157 714	165 667	168 171
Aide à domicile	75 981	78 737	79 107	83 826	87 153	88 965	89 109
Total selon les prestations reçues	197 739	202 351	206 037	232 791	244 867	254 632	257 280
Nombre de clients SASD	139 313	143 774	147 364	165 624	187 414	192 959	195 660
% clients recevant les 2 types de prestations	29,5	28,9	28,5	28,9	23,5	24,2	24,0

¹ Pour chaque résident est retenu le dernier niveau de soins relevé dans l'année. Les résidents qui ne reçoivent pas de soins LAMal sont inclus, avec un nombre de minutes égal à 0.

Source: OFS – SPITEX 2007–2013

© Obsan 2015

- deuxièmement, une augmentation des démences ou d'autres maladies qui, par leur nature, ralentissent l'exécution des prestations. En effet, selon les experts, le temps nécessaire à effectuer un soin OPAS ou une prestation d'aide à domicile est plus long chez les patients avec démences. Ainsi, un patient recevant plus d'heures ne nécessite pas forcément des prestations plus complexes.
- troisièmement, l'augmentation du nombre d'heures délivrées de soins OPAS par client pourrait aussi refléter l'augmentation du nombre de missions pour les patients sortant de l'hôpital: ces missions sont généralement de courte durée, mais peuvent être intensives en soins et donc en nombre d'heures de prestations délivrées.

Dans l'aide à domicile, la tendance au sein des ISBL est inverse: le nombre d'heures par client diminue de 10,5%, en passant de 45,5 en 2007 à 40,7 en 2013 (Figure 4.2). Celle-ci pourrait refléter un effet prix, d'autres prestataires étant en mesure d'offrir la prestation à un tarif plus intéressant, ou étant plus libre de s'adapter aux demandes des clients. Les missions d'aide des ISBL sont en principe limitées au strict besoin du client. Cette diminution du nombre d'heures d'aide à domicile par client dans les ISBL est compensée par une augmentation au sein des IABL: lorsque celles-ci sont considérées, le nombre d'heures par client augmente de 7%

entre 2007 et 2013. Entre 2010 et 2013, le nombre d'heures délivrées a diminué d'environ 110'000 heures au sein des IABL et a augmenté de 133'000 heures dans les ISBL. Les prestataires publics ont ainsi délivré proportionnellement moins d'aide à domicile qu'en 2006. Comme le relève Strohmeier (2012), en Suisse, les logiques de marché gagnent en importance dans le marché émergent de l'accompagnement des personnes dépendantes. Elle relève une tendance à la privatisation – vers le marché ou les familles – de certaines tâches auparavant fournies ou organisées par l'Etat. L'ouvrage de Reck (2015) aborde également cette thématique, mettant en lumière les différences dans les tâches et les philosophies des deux types d'organisation.

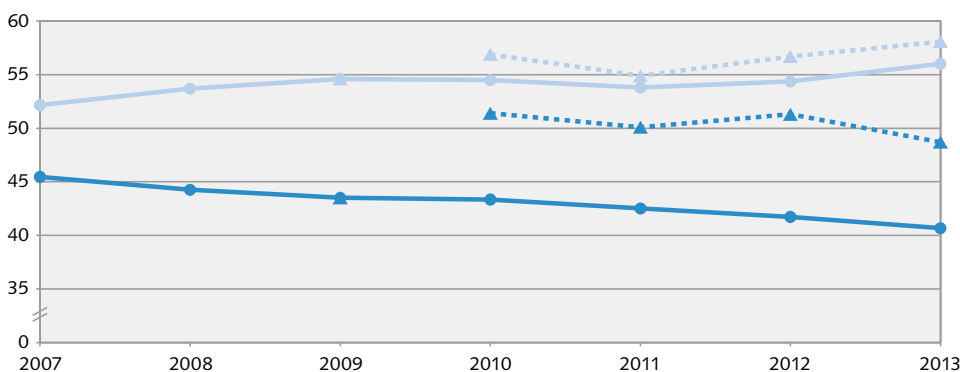
4.3.2 Légère évolution dans le type de prestations de soins délivrées

Les prestations de soins OPAS se décomposent en trois types: l'évaluation & conseils, les examens & traitements et les soins de base (voir lexique pour une définition). Ces trois types de prestations correspondent à des soins de nature différente. Comme on peut le voir dans la Figure 4.3³⁰, la majorité des soins apportés sont des soins de base.

Il n'y a pas d'évolution notable entre 2011 et 2013 dans la répartition entre les types de prestations de soins dans la classe d'âge 65–79 (Figure 4.3)³¹. Par contre, parmi les 80 et plus, on observe une légère

Nombre moyen d'heures délivrées par client¹ et par an selon le type de prestation, ISBL 65+, 2007–2013

Fig. 4.2



Source: OFS – SPITEX 2007–2013

© Obsan, Neuchâtel 2015

- Soins OPAS (que ISBL)
- Aide à domicile (que ISBL)
- ... Soins OPAS
- ... Aide à domicile

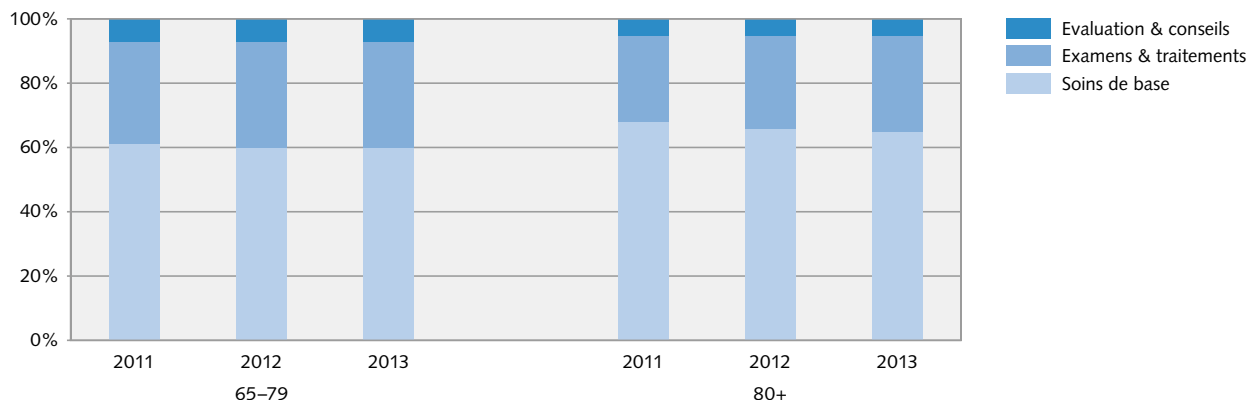
¹ Un client peut recevoir tant des soins OPAS que de l'aide à domicile. Il sera donc inclus tant dans le nombre d'heures de soins OPAS que dans le nombre d'heures d'aide à domicile. Il ne sera cependant compté qu'une seule fois lorsqu'on calcule le nombre d'heures par client pour l'ensemble des prestations SASD. Le nombre d'heures par client SASD n'est donc pas la somme du nombre d'heures par client de soins OPAS et du nombre d'heures par clients d'aide à domicile.

³⁰ Vu que les soins aigus et de transition ne représentent qu'une part infime de l'ensemble des soins «OPAS», ceux-ci ne sont pas présentés ici.

³¹ La différenciation entre les trois types de soins OPAS n'est disponible qu'à partir de 2011 dans la statistique de l'aide et des soins à domicile.

Répartition du nombre d'heures délivrées selon le type de prestations de soins, 65–79 et 80+, 2011–2013

Fig. 4.3



Source: OFS – MS 2006/2013; KS 2006/2013; ESPOP 2006; STATPOP 2013

© Obsan 2015

augmentation du pourcentage des examens & traitements (27% en 2011, 30% en 2013), à laquelle correspond une diminution du pourcentage des soins de base (68% en 2011 à 65% en 2013).

Selon les experts, ce léger transfert des soins de base vers les examens & traitements pourrait refléter d'une part le fait que les SASD prennent aujourd'hui plus rapidement le relais des hôpitaux et ont à traiter des patients en soins aigus. D'autre part, les SASD ont aujourd'hui un personnel mieux formé et emploient des spécialistes des soins (par exemple, pour les escarres, le diabète ou encore dans les SASD spécialisés dans l'oncologie ou les soins palliatifs). Les SASD peuvent ainsi assumer des cas plus complexes qu'auparavant augmentant la part des examens & traitements.

4.4 Durée de la prise en charge

La durée de la prise en charge – le nombre de jours pendant lesquelles un client reçoit des soins et de l'aide à domicile – n'est pas disponible dans la statistique SPITEX. La connaître permettrait de vérifier l'hypothèse que les clients des SASD sont suivis sur une durée plus longue que par le passé, avec éventuellement des retours à l'indépendance, puis avec un niveau de soins augmentant petit à petit.

En matière de durée, les experts distinguent deux types de missions des SASD, avec des besoins distincts:

- D'une part, les missions pour des patients en soins aigus sortant de l'hôpital, qui concernent des clients de tout âge, en moyenne plus jeunes que le reste des

clients SASD, et qui ont besoin de soins aigus. L'intervention des SASD auprès de ces clients est en général de courte durée.

- D'autre part, les missions de longue durée, qui sont effectuées en grande partie auprès de personnes âgées. Celles-ci peuvent rester aujourd'hui plus longtemps à la maison grâce à la prise en charge par les SASD. Par contre, elles recourent souvent aux SASD à un âge plus avancé et/ou avec un état de santé davantage détérioré, ce qui peut réduire la durée durant laquelle les SASD sont à même de les assumer. Ces deux facteurs ayant une influence opposée, il ne semble donc pas y avoir une évolution claire concernant la durée de la prise en charge.

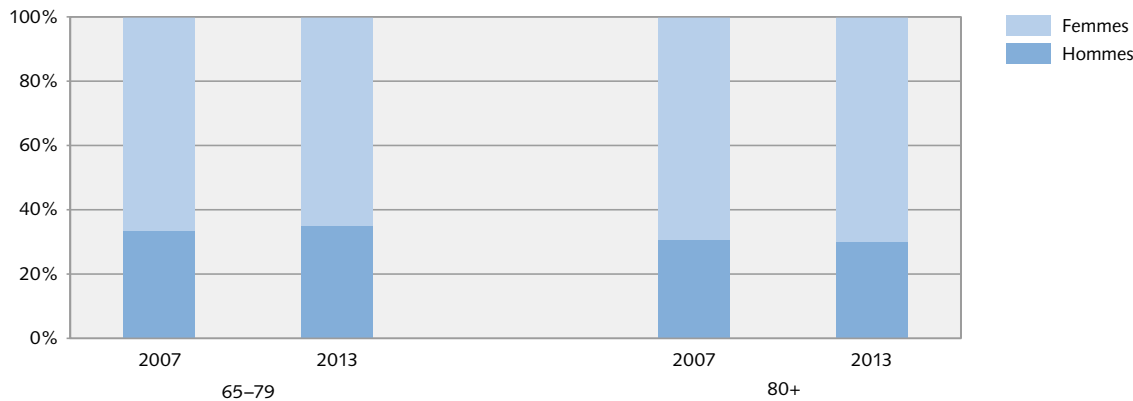
4.5 Toujours majoritairement une population féminine âgée

La répartition entre les femmes et les hommes dans les SASD a très peu évolué entre 2007 et 2013. Les femmes représentent toujours environ 65% des clients entre 65 et 79 ans et un peu moins de 70% dans la classe d'âge 80+ (Figure 4.4). Dans les SASD comme dans les EMS, la clientèle des 65+ est ainsi constituée majoritairement d'une population féminine âgée à très âgée³².

³² A noter qu'il y a autant de clients SASD dans la classe d'âge 0–64 ans que dans la classe d'âge 65–79 ans.

Pourcentage d'hommes et de femmes parmi les clients, classes d'âge 65–79 et 80+, 2007 et 2013

Fig. 4.4



Source: OFS – SPITEX 2007/2013

© Obsan 2015

4.6 Structures SASD en évolution

4.6.1 Une majorité d'institutions sans but lucratif

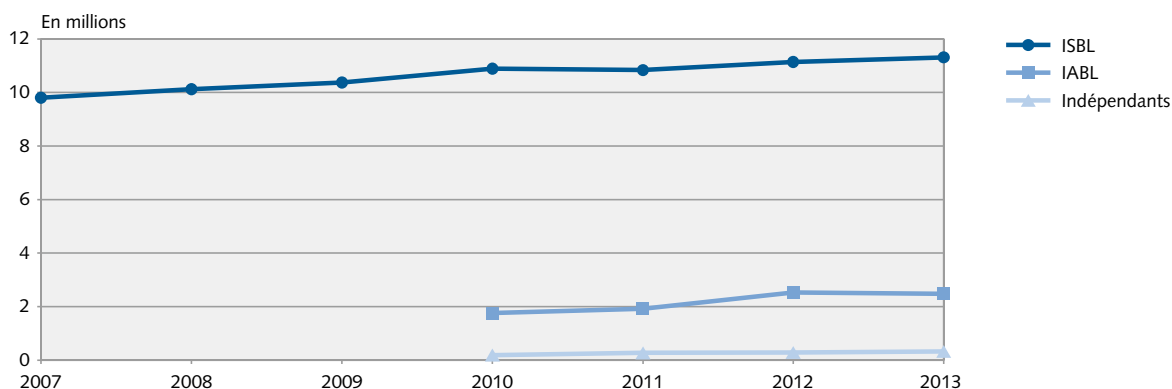
Les institutions sans but lucratif (ISBL) constituent le socle historique de l'aide et des soins à domicile (Figure 4.5). Les ISBL délivrent en effet un peu plus de 11 millions d'heures en 2013. En comparaison, les institutions avec but lucratif (IABL) délivrent autour de 2 millions d'heures, représentant 17,5% du nombre total d'heures délivrées en 2013. Les infirmiers indépendants, quant à eux, représentent une part minime de l'ensemble des heures délivrées (2,3%).

Depuis 2010, année où la statistique a intégré les IABL et les indépendants, la part des IABL est passée de 13,7% en 2010 à 17,5% en 2013. La part des indépendants a augmenté régulièrement de 2010 à 2013, passant de 1,5% des heures délivrées à 2,3%. En proportion, on note une légère tendance à un rôle accru du secteur privé à but lucratif.

L'aide à domicile représente 30% de l'activité des ISBL, contre près de 40% de celle des IABL (Figure 4.6). Cette différence s'intensifie légèrement lorsqu'on ne considère que les heures délivrées auprès des personnes âgées de 80 ans et plus. Selon les experts, les IABL

Nombre d'heures délivrées par les SASD selon la forme juridique, 65+, 2007–2013

Fig. 4.5

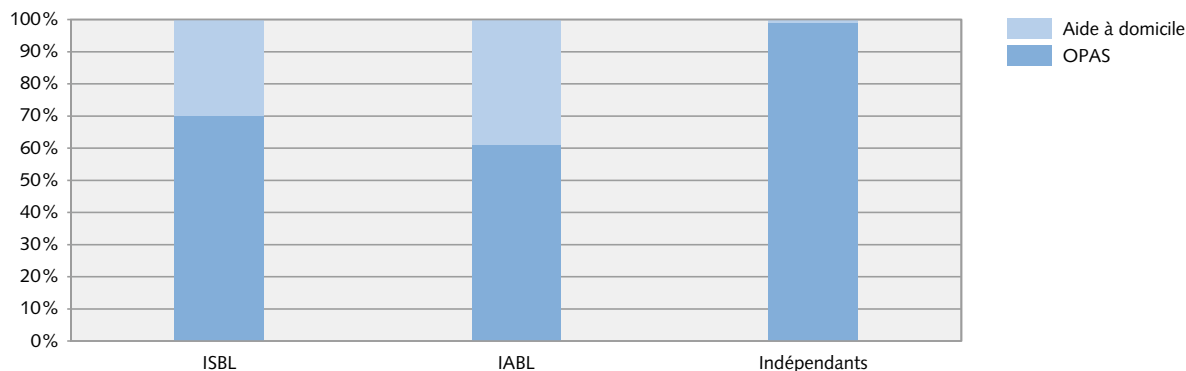


Source: OFS – SOMED 2007–2013

© Obsan, Neuchâtel 2015

Pourcentage d'heures délivrées selon le type de prestation (OPAS et aide à domicile) et la forme juridique, 65+, 2013

Fig. 4.6



Source: OFS – SPITEX 2007/2013

© Obsan 2015

sont en effet davantage concentrées sur l'aide à domicile que les ISBL. Ceci est en partie dû à leur nature et à leur organisation: du fait que les IABL ne reçoivent pas de financement des pouvoirs publics pour l'aide à domicile, elles ne sont pas limitées par un nombre maximal d'heures et peuvent adapter leurs prestations au souhait du patient (qui paie).

4.6.2 Réorganisation, expansion et professionnalisation

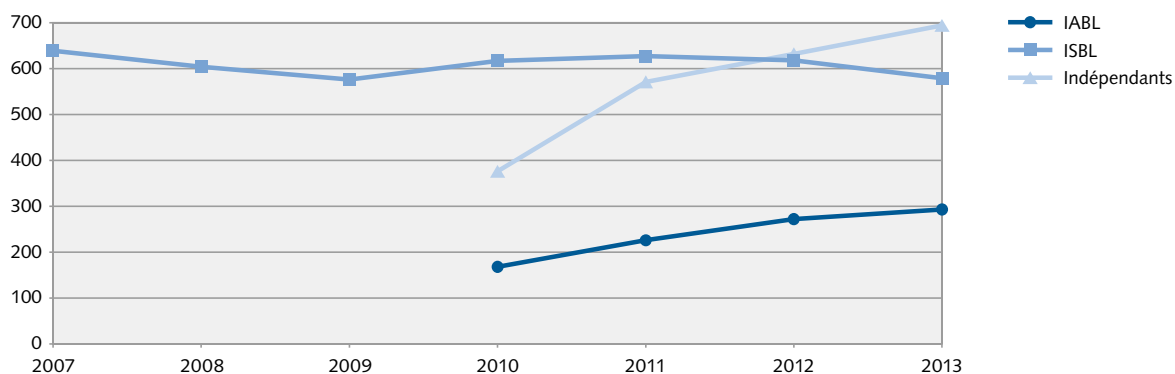
La décennie écoulée a été marquée par un intense processus de réorganisation et de professionnalisation des services d'aide et de soins à domicile. Les organisations Spitex à but non lucratif se sont souvent regroupées en unités plus grande, parfois jusqu'à ne former plus qu'une organisation cantonale (p. ex Genève, Vaud, Zoug ou encore Obwald). Ce processus ne se reflète que peu

dans la statistique, qui relève les données au niveau des organisations régionales et non des faitières. La Figure 4.7 illustre l'évolution du nombre d'organisations selon la forme juridique sur la période 2007–2013³³. En 2013, on dénombre environ 600 organisations Spitex et 300 organisations privées d'aide et de soins à domicile, auxquelles s'ajoutent environ 700 infirmiers et infirmières indépendants.

Les processus de travail ont beaucoup été formalisés. Des outils d'évaluation standardisés, tels que le RAI-HC ou d'autres, ont été introduits de manière quasi systématique. Ces évolutions s'accompagnent d'une certaine standardisation de la prise en charge des patients et d'une répartition accrue des tâches entre les différents corps de métiers (infirmières, assistantes etc.).

Nombre d'établissements selon la forme juridique, 2007–2013

Fig. 4.7



Source: OFS – SPITEX 2007–2013

© Obsan, Neuchâtel 2015

³³ A noter qu'il est possible que le nombre d'établissements avec but lucratif soit surestimé: un IABL peut être actif dans plusieurs cantons et être ainsi compté plusieurs fois.

4.6.3 Développement de structures de SASD spécialisées

Les SASD peuvent offrir des soins spécialisés. La statistique SPITEX n'est cependant pas assez détaillée pour pouvoir identifier ce genre de soins. Ces offres spécialisées sont décrites ci-après.

Equipes mobiles

Les équipes mobiles sont des équipes interprofessionnelles spécialisées, composées de médecins et d'infirmiers spécialisés dans un domaine spécifique, intervenant dans les SASD. Elles s'adressent en première ligne au personnel des SASD en lui fournissant des conseils, des enseignements et lui faisant bénéficier de leur expérience spécialisée et en deuxième ligne seulement aux patients et à leurs proches. Elles interviennent auprès de patients pour lesquels des soins de premier recours ne sont pas suffisants et des soins spécialisés sont nécessaires. En outre, elles offrent leur soutien lors des transferts de l'hôpital au domicile. L'objectif est de permettre le maintien du patient à domicile et de lui faciliter le passage du stationnaire à l'ambulatoire.

Les équipes mobiles sont inscrites dans différentes structures, selon le canton. Elles peuvent être considérées comme: une organisation SASD spécialisée, une équipe ou un service spécialisé à l'intérieur d'une organisation SASD, une unité d'organisation d'un hôpital, un élément d'une institution couvrant plusieurs domaines d'activité ou encore, faisant partie d'un programme cantonal, organisées et financées en dehors des structures hospitalières (Wächter et al. 2014). A noter que les équipes mobiles auprès des SASD – ou «équipes mobiles extrahospitalières» – sont souvent précédées, en amont dans la chaîne des soins, par des «équipes mobiles intrahospitalières», qui jouent le même rôle de consultants et d'experts, mais au niveau stationnaire.

Des équipes mobiles existent dans différents domaines:

- Les équipes mobiles de soins palliatifs, qui interviennent dans des situations où des soins palliatifs spécialisés sont nécessaires (Eychmüller et al. 2012). Elles étaient au nombre de 18 en 2011 (von Wartburg et al. 2012). Elles se retrouvent surtout au Nord-Est de la Suisse (Zurich, St-Gall) et en Suisse romande (Vaud, Neuchâtel, Fribourg, Valais), ainsi qu'au Tessin. Peu d'offres existent en Suisse centrale et sur le Plateau.
- Les équipes mobiles de retour à domicile, qui prennent en charge le patient sortant de l'hôpital pendant 2 à 5 jours, avant de transmettre le patient à une organisation SASD. Les prestations délivrées – repas, soins, hygiène et sécurité – permettent une sortie d'hôpital et un retour à domicile du patient dans de meilleures conditions. Cette prestation existe à notre connaissance dans le canton de Vaud (www.avasad.ch).
- Les équipes mobiles de psychiatrie de l'âge avancé, qui interviennent à domicile ou en EMS auprès de patients souffrant de troubles psychiatriques aigus de l'âge avancé. Elles se composent d'un médecin psychiatre et d'infirmières en psychiatrie. Elles offrent un soutien au personnel des SASD, en aidant à diagnostiquer, soutenir et proposer un traitement avec une prise en charge intensive de courte durée (Mendez-Rubio et al. 2012). Cette prestation existe à notre connaissance dans les cantons de Vaud, Neuchâtel et Fribourg.
- Les équipes mobiles de réadaptation gériatrique, qui assurent la continuité de la réadaptation gériatrique effectuée à l'hôpital (équipes mobiles intrahospitalières). Ces équipes sont composées d'infirmiers, d'auxiliaires, d'ergothérapeutes ainsi que de physiothérapeutes. Elles ont pour objectif de faciliter la sortie des patients de l'hôpital, de leur permettre de retrouver un maximum d'indépendance dans les activités de la vie quotidienne et d'améliorer leurs performances physiques (CMS Readom & CHUV 2012).

Service de présence à domicile Alzami pro

Le service de présence de jour et de nuit à domicile Alzami pro, créé par la section vaudoise de l'Association Alzheimer Suisse, intervient auprès des personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer. Il propose, à travers les accompagnatrices Alzami pro, un accompagnement rassurant et stimulant par des activités de loisirs (entre autres: promenades, lecture, repas, jeux). Ce service permet de soulager les proches du malade, de favoriser le bien-être du patient, d'encourager son autonomie, de l'assister dans les actes de la vie quotidienne et de favoriser son maintien à domicile (<http://alzheimer-vaud.ch>). Il existe des structures similaires dans d'autres cantons (notamment Genève, Fribourg, Zürich).

Gérontechnologies

En parallèle des services SPITEX spécialisés, les gérontechnologies se sont fortement développées ces dernières années. Les gérontechnologies sont des produits, services et technologies qui, d'une part, aident les patients à conserver leur autonomie physique, psychologique et sociale ou compensent des déficiences fonctionnelles. D'autre part, elles soutiennent les aidants (professionnels et proches) dans leurs tâches, sans toutefois les remplacer. Comme exemples de ces technologies, on peut citer le système de téléalame, permettant aux personnes âgées à domicile d'appeler de l'aide en cas de besoin; le système Gait up, appareil cherchant à prévenir les chutes; la télémédecine, permettant de tenir des consultations médicales à distance ou de transmettre des données du patient (par exemple, dosage glycémique) par téléphone mobile; la géolocalisation ou encore la robotique (comme par exemple le robot Paro thérapeutique, permettant de réduire la prise de médicaments par les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer). Ces technologies viennent donc seconder le travail des SASD; face à l'augmentation du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie et aux ressources limitées des SASD en soignants, ces technologies auront certainement un rôle de plus en plus important à jouer à l'avenir (www.arbt.ch, Bloch 2015, Curaviva 2013).

5 Longs séjours dans les hôpitaux

Les longs séjours à l'hôpital des patients âgés de 65 ans et plus concernent plusieurs types de soins³⁴. Ils peuvent relever des soins aigus, de la réadaptation, de la psychiatrie ou de la gériatrie. C'est le centre de prise en charge des coûts et la typologie de l'établissement qui permettent d'attribuer les cas aux différents types. Comme l'avait abordé le précédent rapport (Jaccard Ruedin et al. 2006, p. 2), il existe une relation triangulaire entre les hôpitaux, les EMS et les SASD: une relation de complémentarité avec les SASD / les EMS lorsque ceux-ci prennent en charge un patient suite à une hospitalisation ou lorsque les hôpitaux prennent en charge un de leurs patients au cours d'un épisode aigu; une relation de substitution avec les EMS lorsque les hôpitaux prennent en charge un patient en attente d'un hébergement. Ce rapport prédisait une intensification des interactions entre les trois prestataires ainsi qu'un recul des lits dits d'attente dans les hôpitaux, deux évolutions qui se sont concrétisées.

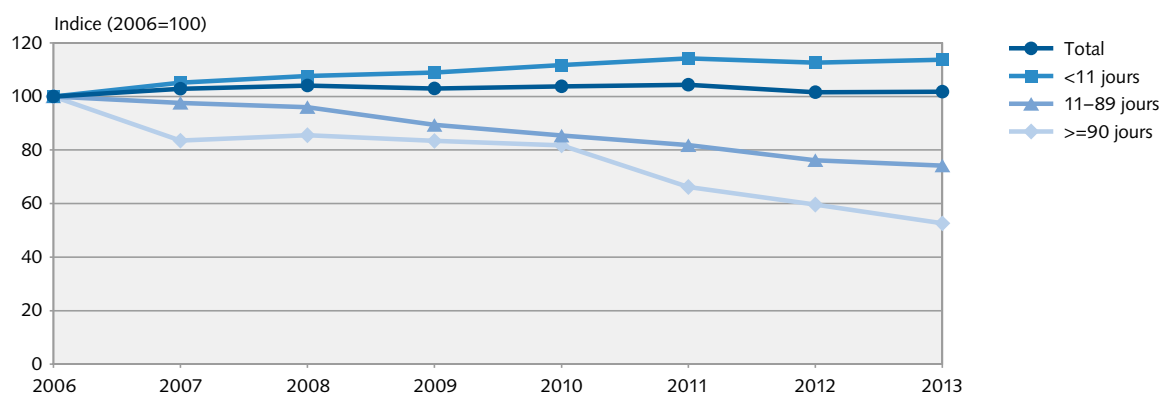
5.1 Forte diminution des longs séjours en soins aigus

Selon leur durée, les cas sont classés en courts séjours (jusqu'à 10 jours), moyens séjours (entre 11 et 89 jours) et longs séjours (90 jours et plus). Les figures ci-après permettent de comparer dans le temps les taux de recours des personnes âgées de 65 ans et plus aux différents types de soins selon la durée de séjour.

Même si le taux de recours aux soins aigus des personnes âgées de 65 ans et plus augmente légèrement depuis 2006 (+1,8%), les taux de recours diminuent de plus d'un quart (-25,8%) en ce qui concerne les séjours de moyenne durée et de près de moitié (-47,4%) pour les longs séjours (Figure 5.1). Les personnes âgées semblent être orientées plus rapidement vers d'autres services ou institutions. L'introduction du nouveau financement hospitalier en 2012 a pu accentuer ce phénomène, comme le suggère le rapport OBSAN 62 (Kohler et al. 2015), montrant une augmentation des cas transférés vers la réadaptation, vers les EMS et vers les soins à domicile. Notons encore que les longs séjours ne concernent qu'une très faible proportion de l'ensemble des séjours en soins aigus (0,1%).

Evolution des taux de recours des 65+ aux services de soins aigus, selon la durée de séjour, 2006–2013

Fig. 5.1



Source: OFS – MS 2006–2013; KS 2006–2013; ESPOP 2006–2009; STATPOP 2010–2013

© Obsan, Neuchâtel 2015

³⁴ Voir lexique pour une définition.

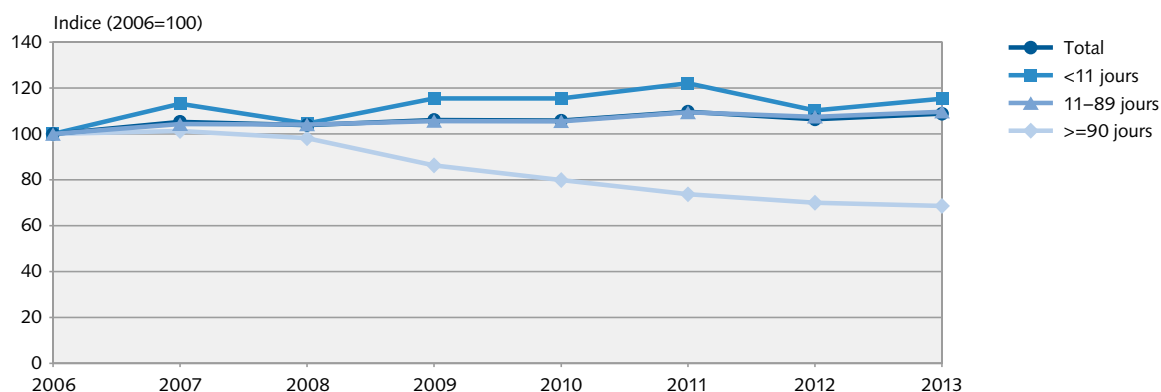
5.2 Baisse d'un tiers des longs séjours en psychiatrie et en réadaptation

Les taux de recours des personnes âgées de 65 ans et plus aux services psychiatriques, gériatriques et de réadaptation des hôpitaux augmentent plus fortement (+8,8%) que ceux des soins aigus entre 2006 et 2013 (Figure 5.2). Pourtant, le recours aux longs séjours diminue de près d'un tiers depuis 2006. Même si la baisse est encore plus marquée dans les soins aigus, les taux de recours aux séjours hospitaliers de longue durée des personnes âgées de 65 ans et plus sont en nette diminution, quel que soit le service concerné (psychiatrie -31%, réadaptation -45%, gériatrie -23%).

Notons encore qu'en 2013, pour les personnes âgées de 65 ans et plus, la plupart des séjours de longue durée (> 3 mois) ont lieu dans les services de psychiatrie et de gériatrie avec des pourcentages respectifs de 42,1 et 31,4. Les séjours en réadaptation concernent 15,3% des séjours de longue durée (Figure 5.3). Toutefois, les longs séjours ne concernent qu'une faible proportion de tous les séjours. Ils représentent les volumes suivants: en psychiatrie (7,9%), en gériatrie (3,1%) et en réadaptation (0,7%).

Evolution des taux de recours des 65+ aux services de psychiatrie, gériatrie et réadaptation, selon la durée de séjour, 2006-2013

Fig. 5.2

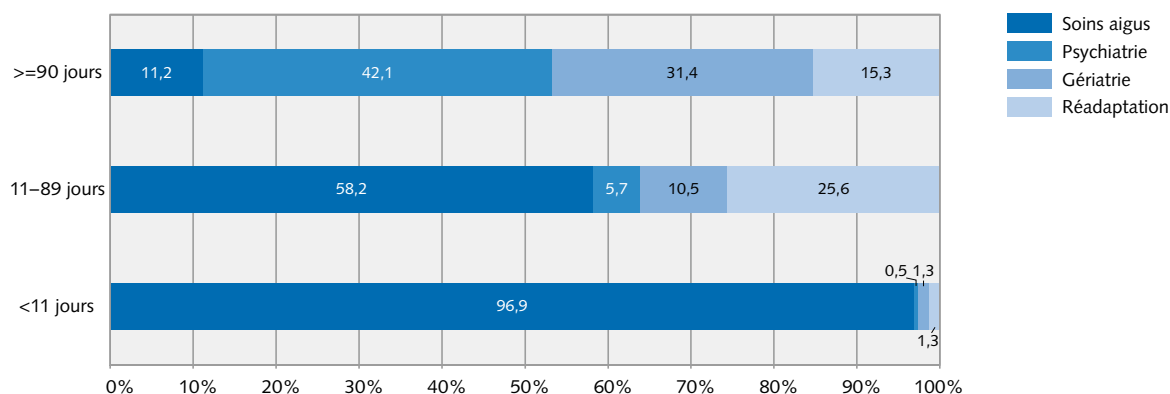


Source: OFS - MS 2006-2013; KS 2006-2013; ESPOP 2006-2009; STATPOP 2010-2013

© Obsan, Neuchâtel 2015

Répartition des séjours hospitaliers selon la durée et le type, 2013

Fig. 5.3



Source: OFS - MS 2013; KS 2013

© Obsan 2015

6 Synthèse des évolutions

Une décennie d'évolutions

Marquée par le virage ambulatoire, la prise en charge des personnes âgées a considérablement évolué. Les chiffres à disposition montrent une baisse de la proportion de personnes âgées recourant aux longs séjours en EMS et une forte diminution des taux de recours en long séjour dans les hôpitaux quel que soit le service concerné.

En parallèle, on observe une légère hausse à la fois du pourcentage de personnes recourant aux courts séjours en EMS et des personnes faisant appel aux SASD (encadré ci-dessous). Les structures intermédiaires gagnent en importance, même si en proportion leur rôle reste encore marginal dans le système. Les effets du principe de la primauté de l'ambulatoire sur le stationnaire commencent à être perceptibles dans les chiffres.

Principales tendances, 2006–2013

- Diminution du recours aux longs séjours en EMS
- Augmentation du recours aux courts séjours en EMS
- Augmentation du recours aux SASD
- Peu de soins aigus et de transition
- Diminution des longs séjours hospitaliers
- Augmentation du recours aux structures intermédiaires

Source: OFS – SOMED, SPITEX, MS, KS 2006–2013; ESPOP 2006–2009; STATPOP 2010–2013 et avis d'experts

© Obsan 2015

Repositionnement des EMS dans la chaîne de soins

De plus en plus, l'EMS devient un établissement réservé aux personnes moyennement à fortement dépendantes. La tendance est donc à l'augmentation de l'âge à l'entrée en long séjour, probablement encore plus marquée que les chiffres ne le montrent pour la période 2006 à 2013. Le pourcentage de résidents sans besoin de soins LAMal recule. Quant aux résidents qui ont besoin de soins, les avis d'experts nous confirment dans l'idée que le nombre de minutes de soins par jour est à la hausse, même si nous ne pouvons l'observer que légèrement entre 2012 et 2013. Enfin, même si on pourrait s'attendre à une baisse de la durée moyenne de séjour vu ce qui précède, la tendance n'est pas marquée dans les

données à disposition. Les experts estiment cependant que l'état de santé à l'entrée en EMS est souvent davantage dégradé (multimorbidité, démence) et qu'en conséquence la durée de séjour se réduit continuellement. Ils l'estiment à une moyenne de 2–2,5 ans (contre 3 ans environ dans nos chiffres).

Tendances pour les longs séjours en EMS, 2006–2013

- Légère augmentation de l'âge à l'entrée
- Durée de séjour stable, amorce de diminution
- Diminution de la part des résidents ne nécessitant pas de soins
- En moyenne 112 minutes de soins par jour, tendance à la hausse
- Toujours une majorité de femmes très âgées

Source: OFS – SOMED 2006–2013; ESPOP 2006–2009; STATPOP 2010–2013

© Obsan 2015

Expansion et professionnalisation des SASD

Au cours de la décennie écoulée, les SASD ont connu un vaste processus de réorganisation et de professionnalisation, ainsi qu'un élargissement de leurs activités. Leur développement, légèrement plus important que le vieillissement démographique, leur permet de prendre en charge une proportion un peu plus grande de patients qu'en 2006.

Les SASD étendent leurs capacités non seulement en volume, mais aussi en intensité de la prise en charge. Les soins OPAS prodigués sont tendanciellement plus intenses, avec un nombre annuel moyen d'heures de soins par client en hausse (en moyenne 6 heures annuelles de plus par client qu'en 2007). En parallèle, l'âge moyen des clients augmente un peu et la proportion d'examen et de traitements s'accroît légèrement par rapport à celle des soins de base. Ces évolutions suggèrent que les SASD rencontrent des cas plus complexes (démences, sorties d'hôpital ou personnes multimorbides), ce que les experts confirment.

Les SASD sans but lucratif (ISBL) restreignent par contre leur activité dans l'aide à domicile: le nombre d'heures annuelles par client diminue (en moyenne

3 heures annuelles de moins par client qu'en 2010, correspondant à environ 110'000 heures en moins). Ce phénomène concerne uniquement les ISBL. En effet, cette diminution du nombre d'heures est compensée par une augmentation au sein des IABL: lorsque celles-ci sont prises en compte, le nombre d'heures total délivrées augmente de 133'000 heures entre 2010 et 2013. L'aide à domicile reste donc un pilier important du maintien à domicile.

Tendances pour les services d'aide et de soins à domicile, 2007–2013

- Nombre d'heures de soins par client en hausse; en moyenne 6 heures de soins en plus par client et par an
- Légère augmentation de l'âge moyen des clients
- Légère évolution dans le type de prestations de soins délivrées
- Nombres d'heures d'aide à domicile par client en baisse dans le public, en hausse dans le privé
- Toujours une majorité de femmes très âgées

Source: OFS – SPITEX 2007–2013; ESPOP 2007–2009; STATPOP 2010–2013

© Obsan 2015

L'analyse statistique ne rend que partiellement justice au travail accompli. De nombreux paramètres restent inconnus, dont la durée de prise en charge et le niveau de complexité des soins fournis. Une statistique plus détaillée serait souhaitable et profitable aux SASD. Elle apporterait simultanément un soutien au pilotage.

De plus en plus de solutions intégratives et d'interconnexions entre les secteurs

Il est difficile de donner une image complète du recours aux soins de longue durée, d'une part car certains secteurs ne sont pas couverts par la statistique (structures intermédiaires, fournisseurs d'aide et accompagnement à domicile³⁵, travail des associations³⁶, soutien par les proches aidants et par le personnel soignant migrant) et d'autre part, car la limite entre les différentes formes de prise en charge devient floue. Les EMS redéfinissent leur activité et il existe de plus en plus de solutions intégratives et d'interconnexions entre les secteurs. Ainsi par exemple, des appartements protégés gérés par un EMS bénéficient de services de type SASD (Spitex In-House dit Spitin).

³⁵ Par exemple Home Instead.

³⁶ Par exemple Pro Senectute, Croix-Rouge Suisse, Association Alzheimer Suisse, associations religieuses et autres.

Le repositionnement des EMS vers les dépendances moyennes à fortes s'accompagne en effet souvent d'une spécialisation et/ou d'une diversification de l'offre. Les EMS, tout comme les SASD d'ailleurs, œuvrent dans un contexte influencé par les stratégies nationales en matière de démence et de soins palliatifs ou encore par des nouveaux concepts de soins (encadré ci-dessous). Les exigences s'élèvent en vue d'améliorer la prise en charge. Certains EMS se spécialisent ou ouvrent des unités spécialisées en psycho-gériatrie ou en soins palliatifs.

Mesures politiques 2007–2013

- Elaboration de la Stratégie nationale en matière de démence 2014–2017, adoptée en novembre 2013
- Stratégie nationale en matière de soins palliatifs, mise en œuvre en 2010 et transformée en plate-forme en 2015
- Entrée en vigueur du nouveau financement des soins au 1^{er} janvier 2011 et adaptations législatives en découlant dans les cantons
- Plan d'action de soutien et de décharge en faveur des proches aidants – découlant de la stratégie nationale «Santé2020» – approuvé en décembre 2014

Le même mouvement s'observe dans les SASD, dont l'activité s'est diversifiée et spécialisée au cours de la décennie écoulée, certes à des degrés divers selon les régions. En complément à l'activité traditionnelle, des équipes mobiles³⁷ ont été développées à certains endroits, parfois rattachées aux SASD, parfois aux hôpitaux ou encore à d'autres institutions couvrant plusieurs domaines d'activité. Les experts mentionnent le fait que les SASD fonctionnent de façon toujours plus intégrée avec les autres institutions de soins et assument désormais davantage de tâches médico-sociales et de coordination entre différents systèmes d'aide. Souvent, des solutions intégratives se mettent en place et on assiste à davantage d'interconnexions avec les différents acteurs.

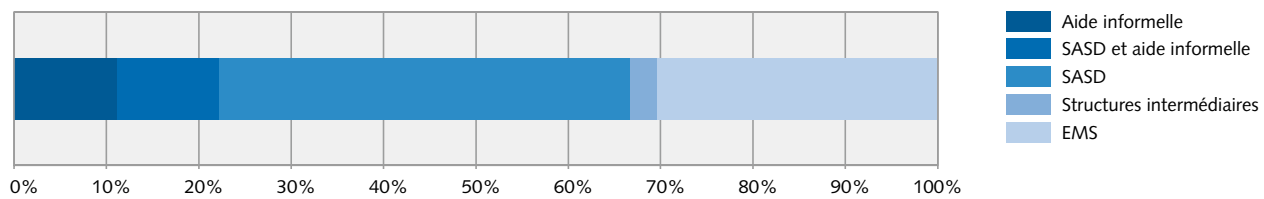
Développement d'un continuum de la prise en charge

La prise en charge des personnes âgées a considérablement évolué en dix ans. Le rapport précédent (Jaccard Ruedin et al, 2006) soulignait déjà la transformation des homes non médicalisés en EMS, la réorganisation et la professionnalisation des activités des SASD et les interactions entre les différents prestataires. La présente étude montre que le mouvement de décloisonnement et de diversification de l'offre se poursuit.

³⁷ Il s'agit d'équipes interprofessionnelles spécialisées qui s'adressent d'abord aux SASD en leur fournissant des conseils, ensuite aux patients pour lesquels des soins de premier recours restent insuffisants, leur but premier étant de favoriser leur maintien à domicile.

Développement d'un continuum de la prise en charge (illustration)

Fig. 6.1



Source: schéma OBSAN

© Obsan 2015

Les offres se multiplient et se diversifient et l'opposition entre SASD et EMS s'atténue en conséquence. On se dirige vers un continuum de la prise en charge (Figure 6.1)³⁸, comme en témoigne le développement de formes intermédiaires de prise en charge, à mi-chemin entre l'ambulatoire et le stationnaire. Le développement de ces structures intermédiaires – d'initiative publique ou privée – telles que les logements avec services de soins et d'accompagnement, mais aussi les places en accueil de jour/de nuit ou les courts séjours permettent de repousser l'entrée en EMS, mais aussi de trouver une prise en charge aussi adaptée que possible aux besoins du patient (solutions individualisées).

De nouvelles approches en germination

Des prestations nouvelles et complémentaires à celles fournies par les acteurs dits « traditionnels », EMS et SASD, émergent. La migration pendulaire³⁹ comme forme complémentaire de prise en charge à domicile des personnes âgées s'insère là où « Ni les proches ni le personnel de santé ne peuvent répondre aux besoins en personnel requis pour la prise en charge à domicile de longue durée » (van Holten et al. 2013, p. 9). Cette main-d'œuvre répondrait en particulier au besoin des personnes ayant des limitations fonctionnelles, en leur permettant de bénéficier d'une aide tout au long de la journée.

Des réflexions sont en cours quant à la meilleure manière d'apporter du soutien aux proches aidants (voir par exemple le Rapport du Conseil fédéral du 5 décembre 2014). Ceux-ci sont un pilier indispensable au maintien à domicile comme l'illustre l'étude réalisée par Perrig-Chiello et al. (2011).

Les gérontotechnologies⁴⁰, qui s'appuient sur des appareils électroniques (par exemple montres d'appel d'urgence, systèmes de biovigilance, téléphonie adaptée, etc.), apportent des solutions technologiques complémentaires favorisant le maintien à domicile. La France a récemment adopté un projet de loi visant à mieux intégrer l'accès aux aides techniques et aux gérontotechnologies dans l'aide à domicile⁴¹. Les experts soulignent que les moyens techniques au sens large, donc y compris les prothèses de genoux, de hanche et les interventions sur la vue, ont une influence non négligeable sur la préservation de l'autonomie.

Enfin, l'un de nos experts estime que l'avenir est à des solutions intégratives, offrant à l'échelle d'un quartier tous les éléments de la chaîne d'aide et de soins de longue durée. L'étude de Curaviva (2012) cite l'exemple de la Fondation RaJoVita (www.rajovita.ch), dans le canton de Saint-Gall, qui réunit six structures auparavant indépendantes (EMS, SASD, unités de soins et foyer de jour). Les personnes âgées s'adressent à la fondation, qui les conseille et leur garantit des prestations ambulatoires, stationnaires et d'accompagnement. L'entreprise Hom'Care (www.homcare.ch), dans le canton de Zurich, quant à elle organise l'ensemble des services et soins aux personnes âgées (activités, logements seniors, logements protégés, SASD et soins stationnaires de longue durée) pour la commune de Hombrechtikon. Finalement, le Forum des aînés de Winterthour (www.altersforum.ch) est une association regroupant tous les fournisseurs de prestations aux personnes âgées et coordonnant l'offre de services.

³⁸ Ce schéma se base sur le nombre de clients des SASD et EMS, ainsi que des estimations tirées de l'ouvrage d'Höpflinger et al. (2011) ainsi que des hypothèses propres. Il a vocation essentiellement illustrative et ne saurait être compris comme une estimation des parts effectives de patients pris en charge selon les différents acteurs.

³⁹ Par migration de personnel soignant (care-migration), on entend ici le phénomène de personnes venues de l'étranger pour prodiguer de l'aide et des soins à des personnes qui en ont besoin vivant dans des ménages privés.

⁴⁰ Technologies qui peuvent apporter une aide très appréciable dans le soin gérontologique au sens large. Elles peuvent en particulier aider les professionnels à remplir leurs tâches ou aider les patients à conserver leur autonomie ou à compenser les déficiences fonctionnelles. Source: <https://fr.wikipedia.org/wiki/Gérontotechnologie>, accès le 28.09.2015.

⁴¹ Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes 2014.

Conclusion et discussion

Globalement, on note une évolution du secteur vers davantage d'ambulatoire ou de semi-ambulatoire, conformément à la volonté politique. Celle-ci s'accompagne des phénomènes de spécialisation et de complexification de l'offre qui permettent de mieux adapter la prise en charge aux différents stades d'évolution de la dépendance. La coordination et la continuité des soins autour de la personne âgée, mais aussi l'orientation des patients deviennent les enjeux de cette nouvelle complexité⁴².

De manière plus large, il est frappant de constater que sur plusieurs aspects, les dires des personnes actives sur le terrain ne se retrouvent pas aussi clairement dans les statistiques. Les raisons à cela peuvent être d'ordres statistique et/ou empirique. Il peut y avoir dans la SOMED des institutions qui sont un mélange d'EMS et d'appartements protégés⁴³, voire des EMS qui ont une clientèle encore largement non médicalisée. La présence de formes mixtes de prise en charge rend les chiffres plus diffus, les tendances moins nettes. Les données concernant l'aide et les soins à domicile sont aussi particulièrement peu détaillées, ne permettant que de rendre compte de manière assez superficielle de l'activité auprès des personnes âgées.

Il se peut aussi que différentes réalités coexistent sur le terrain. Au sein d'un canton, où des institutions très différentes peuvent coexister, l'une spécialisée en soins palliatifs avec des durées très courtes mais intenses, l'autre ayant encore de nombreux résidents sans besoin en soins. Entre les cantons qui, s'ils s'orientent tous selon le principe de la primauté de l'ambulatoire sur le stationnaire (Oesch et Künzi 2015, non publié), ont travaillé sur leur stratégie en matière de soins de longue durée selon des calendriers et des axes variables. Un prochain rapport Obsan (à paraître début 2016) s'intéresse spécifiquement à ces évolutions cantonales. Il examine si les différences régionales observées dans le recours aux soins de longue durée en 2006 (Jaccard Ruedin et alii 2006) se maintiennent en 2013 ou au contraire s'estompent.

Enfin, un troisième rapport (à paraître en 2016) portera sur l'offre et le recours aux structures intermédiaires pour personnes âgées en Suisse. Ces structures, à mi-chemin entre l'ambulatoire et le stationnaire, ne sont encore que partiellement documentées dans la statistique. Elles sont pourtant devenues un élément incontournable dans l'adaptation du système médico-social au vieillissement de la population. Ce rapport, réalisé par le bureau de recherche et conseil Ecoplan, proposera un état des lieux des offres existantes basé sur une enquête auprès des cantons.

⁴² Face à cette complexité et en réponse au postulat de la conseillère nationale J. Fehr de 2012, le Conseil fédéral est en train d'élaborer une stratégie pour les soins de longue durée. Le rapport à ce sujet devrait être disponible à la fin de l'année 2015.

⁴³ En principe, les EMS doivent uniquement saisir les données relatives à leur activité EMS, tout ce qui est annexe comme les appartements protégés ne doit pas être considéré. Des imprécisions sont toutefois constatées et ce aussi car les EMS ne correspondent plus à une définition complètement figée et les formes mixtes sont de plus en plus courantes.

7 Références

- ASSASD (2012). Cadre de compétences pour les collaborateurs et collaboratrices de l'aide et des soins à domicile, Recommandations. Association suisse des services d'aide et de soins à domicile, Berne.
- ASSASD, ASPS et Santésuisse (2011). Convention administrative entre l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile et l'Association Spitex Privée Suisse d'une part, et santésuisse d'autre part. Association suisse des services d'aide et de soins à domicile, Association Spitex Privée Suisse, Santésuisse.
- Bloch, G. (2015). La technologie cible de plus en plus les aînés. *Le Temps*, 25 mai 2015.
- CDS (2009). Recommandations sur la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins. Berne, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé.
- CI Financement des soins (2015). Prise de position financement des soins. Berne, 25 mars 2015.
- CMS Readom et CHUV (2012). Le programme REAGER-READOM, Pour initier votre réadaptation à l'hôpital et la poursuivre à domicile. Centre médico-social Readom, Centre hospitalier universitaires vaudois.
- Conseil fédéral (2014). Soutien aux proches aidants, Analyse de la situation et mesures requises pour la Suisse, Rapport du Conseil fédéral du 5 décembre 2014. Berne.
- CSSS-N (2013). Mise en œuvre dans les cantons de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins du 13 juin 2008, Rapport explicatif du 3 octobre 2013. Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national, Berne.
- CURAVIVA (2012). Prestations de soins intégrés, Les alliances en matière de soins intégrés et d'accompagnement dans le domaine des personnes âgées. CURAVIVA Suisse, Domaine spécialisé personnes âgées, Berne.
- CURAVIVA (2013). Gérontechnologies, L'EMS avance dans l'ère high-tech. CURAVIVA Suisse, Domaine spécialisé personnes âgées, Berne.
- DFI (2009). Ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS), Commentaire et teneur des modifications. Berne. <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/02874/11567/?lang=fr> (consulté le 30.09.2015).
- Eychmüller, S., Coppex, P. et Von Wartburg, L. (2012). Structures spécialisées de soins palliatifs en Suisse. Berne, palliative.ch, CDS et OFSP.
- Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L. et Zumbrunn A. (2011). La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée, Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé, Huber Verlag, Berne.
- Höpflinger, F. et Van Wezemaal, J. (2014). Age Report III: Wohnen im höheren Lebensalter. Grundlagen und Trends. Zürich: Seismo Verlag, Sozialwissenschaften und Gesellschaftsfragen AG.
- Jaccard Ruedin, H., Weber, A., Pellegrini, S. et Jeanrenaud, C. (2006). Comparaison intercantonale du recours aux soins de longue durée en Suisse, Document de travail 17. Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel.
- Kohler, D., Widmer, M. et Weaver, F. (2015). Les effets du nouveau financement hospitalier sur la qualité des prestations hospitalières stationnaires, Rapport 62. Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel.
- Mendez-Rubio, M., Giannakopoulos, P., Gaillard, M., Dan, L. et Budry P. (2012). Equipes mobiles de psychiatrie de l'âge avancé, Création de deux équipes mobiles dans les régions nord et ouest vaudoises. *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, 163 (2), pp. 65–69.

- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes (2014). Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, Dossier de Presse du 9 septembre 2014. www.social-sante.gouv.fr.
- Oesch, T. et Künzi, K. (2015). Strategien der Kantone im Bereich der Langzeitpflege, Bericht im Auftrag des Bundesamt für Gesundheit (unveröffentlicht). Büro BASS, Bern.
- OFS (2008). Statistique des institutions médico-sociales (SOMED) – Tableaux standards 2006. Actualités OFS, Neuchâtel.
- OFS (2013). Statistique des institutions médico-sociales (SOMED) – Guide destiné aux établissements pour remplir le questionnaire. OFS, Neuchâtel.
- OFS (2015a). Statistique des institutions médico-sociales (SOMED) – Tableaux standards 2013. Actualités OFS, Neuchâtel.
- OFS (2015b). Indicateurs des établissements médico-sociaux 2013. Actualités OFS, Neuchâtel.
- OFS (2015c). ESPOP, BEVNAT, STATPOP Portrait démographique de la Suisse. OFS, Neuchâtel
- Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F. et Hutchinson, S. (2011). Qui soigne et s'occupe des personnes âgées qui restent chez elles ? La situation des proches et leurs prétentions à l'Aide et aux soins à domicile. Association suisse des services d'aide et de soins à domicile (éd.), Berne.
- Reck, M. (2015), *Spitex – zwischen Staat und Markt*. Bern: Hogrefe Verlag.
- Roth, S. et Pellegrini, S. (2015). Virage ambulatoire. Transfert ou expansion de l'offre de soins ? Rapport Obsan 68, Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel.
- SECO (2013). Soins aux personnes âgées: encadrer la migration pendulaire, Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat Schmid-Federer 12.3266 du 16 mars 2012. Secrétariat d'Etat à l'économie, Berne.
- Strohmeier Navarro Smith, R. (2012). *Alterspflege in der Schweiz. Ein föderal geprägtes Politikfeld im europäischen Vergleich*, Social Strategies vol. 47. Bern: Peter Lang Verlag.
- Van Holten, K., Jähnke, A. et Bischofberger, I. (2013). Care-Migration – transnationale Sorgearrangements im Privathaushalt, Bericht 57. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.
- Von Wartburg, L. et Näf F. (2012). Stratégie nationale en matière de soins palliatifs 2013–2015. OFSP et CDS, Berne.
- Wächter, M. et Bommer, A. (2014). Les équipes mobiles de soins palliatifs en Suisse, Etat des lieux, réalisé sur mandat de l'OFSP. Institut d'économie régionale et d'économie d'entreprise (IBR) de la Haute école de Lucerne.

8 Lexique

Age moyen à l'entrée en EMS

A l'aide des variables concernant la date d'entrée et le code de liaison anonyme de la SOMED, on ne garde que le premier long séjour de chaque résident âgé d'au moins 65 ans. Seuls sont retenus les enregistrements à partir de 2007 pour des raisons de disponibilité du code de liaison. Sur l'ensemble des résidents entrés durant la même année, on calcule l'âge moyen. Ce calcul est effectué pour les années comprises entre 2007 et 2013.

Remarque: il est probable que l'âge à l'entrée entre 2007 et 2010 soit surestimé. En effet, le nombre d'observations est le plus élevé en 2007, ce qui est inhabituel. Etant donné que le code de liaison n'est pas disponible/utilisable avant 2007, les résidents qui ont déjà une entrée avant 2007 puis une nouvelle entrée en 2007 (par exemple suite à un changement d'EMS) ne seront comptés qu'en 2007 comme première entrée – donc à un âge supérieur à leur âge de première entrée – puisqu'il n'est pas possible de les tracer, et ainsi de suite pour 2008 et 2009. A partir de 2010, le nombre d'observations laisse penser que ce phénomène s'atténue.

Aide à domicile

Les prestations d'aide à domicile relèvent du soutien aux activités de la vie quotidienne (ménage, lessive, courses, encadrement social, etc.). Elles ne sont pas remboursées par la LAMal et sont payées en principe par les clients eux-mêmes ou par une assurance complémentaire. Dans la majorité des cantons, les ISBL touchent cependant des subventions pour ces prestations, réduisant leur prix. En outre, dans certains cas, ces prestations peuvent être remboursées en partie par le biais de prestations complémentaires.

Aide et soins à domicile

L'aide et les soins à domicile désignent l'ensemble des prestations d'aide et de soins extra-hospitalières permettant le maintien à domicile. Elle a pour objectif de maintenir et de stimuler l'autonomie du client. Grâce aux

prestations d'aide et de soins à domicile, les personnes concernées peuvent continuer à vivre dans leur environnement familial en dépit d'incapacité ou réintégrer plus rapidement leur domicile au lendemain d'une hospitalisation. Les prestations d'aide et de soins à domicile se distinguent dans les catégories suivantes: prestations de soins en cas de maladie ou soins «OPAS», prestations d'aide à domicile, autres prestations et service de repas.

Autres prestations en SASD

Les autres prestations regroupent des prestations de toute sorte, entre autre les prestations des services sociaux, la puériculture, les services thérapeutiques, les consultations parentales, les transports et les systèmes d'alarme. Dépendamment du type de prestations (entrant ou non dans la LAMal, comme par ex. l'ergothérapie), elles peuvent être remboursées par la LAMal.

Durée moyenne de séjour en EMS

A l'aide des variables concernant les dates d'entrée et de sortie ainsi que la destination après la sortie de la SOMED, on ne retient que les séjours se soldant par un décès afin d'être sûr qu'il s'agit du dernier long séjour de chaque résident. Sur l'ensemble des résidents décédés durant la même année, on calcule la durée moyenne et médiane de séjour après avoir écarté les résidents entrés en EMS avant leur 65^e anniversaire. Ce calcul est effectué pour les années comprises entre 2006 et 2013.

Echelle d'activités de la vie quotidienne (AVQ)

Echelle mesurant l'indépendance du client dans la réalisation d'activités élémentaires telles que se laver, s'habiller, se nourrir, aller aux toilettes et contrôler ses sphincters.

Echelle d'activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)

Echelle mesurant l'indépendance du client dans la réalisation d'activités instrumentales, comme utiliser le téléphone, faire ses courses, préparer le repas, entretenir le ménage, faire la lessive, utiliser les moyens de transports, prendre des médicaments, tenir son budget.

Nombre de clients SASD

Un client SASD peut recevoir aussi bien des prestations de soins OPAS que des prestations d'aide à domicile.

Ainsi:

- Le nombre de clients OPAS est le nombre de personnes recevant des prestations de soins OPAS.
- Le nombre de clients aide à domicile est le nombre de personnes recevant des prestations d'aide à domicile.
- Le nombre de clients SASD est le nombre de personnes recevant au moins une prestation d'un SASD dans l'année, qu'elle reçoive des soins OPAS, de l'aide à domicile ou les deux.

Ainsi, le nombre de clients SASD n'est pas la somme du nombre de clients OPAS et du nombre de clients aide à domicile, puisqu'un client recevant aussi bien des soins OPAS que de l'aide à domicile ne sera compté qu'une seule fois dans le nombre de clients SASD.

Prestations de soins OPAS

Les prestations de soins comprennent (art. 7 al. 1 et 2 OPAS, ASSASD 2012, ASSASD et al. 2011):

- 1) L'évaluation, les conseils et la coordination des soins: ces prestations regroupent l'évaluation des besoins et la mise en place des interventions nécessaires, l'information et les conseils de santé pour les usagers et leur famille, la coordination du réseau avec le médecin, la famille et les autres intervenants et l'orientation vers d'autres services selon le besoin. L'évaluation, conseils & coordination sont des prestations délivrées par des infirmières avec une formation de niveau tertiaire.
- 2) Les examens et les traitements: les examens regroupent entre autres les prises de sang et glycémies, le contrôle des signes vitaux et de la tension artérielle et les prélèvements; les traitements comprennent entre autres le rinçage, nettoyage et pansement de plaies, la pose de sondes et cathéters et les soins liés, les lavements, exercices respiratoires,

injections, perfusions, soins psychiatriques, préparation et administration des médicaments, surveillance du traitement. Les examens & traitements sont dispensés par des infirmières ou par des infirmières assistantes.

- 3) Les soins de base: ces soins comprennent bander les jambes, mettre des bas de compression, refaire le lit, installer le patient, lui faire faire des exercices, le mobiliser, prévenir les escarres, aider aux soins d'hygiène; aider le patient à s'habiller, à se dévêtir, à s'alimenter, ainsi que des mesures destinées à surveiller et à soutenir les malades psychiques pour accomplir les actes ordinaires de la vie. Les soins de base sont généralement dispensés par des assistantes de soins de formation secondaire (ASSC ou ASE par exemple). Les auxiliaires de soins CRS peuvent effectuer certains soins de base sous la responsabilité d'une collègue.

Services d'aide et de soins à domicile (SASD)

Les services d'aide et de soins à domicile sont les institutions délivrant des prestations d'aide et de soins à domicile. Le paysage des SASD se compose d'une part d'organisations d'aide et de soins à domicile privées et publiques à but non lucratif (ISBL), qui reçoivent des contributions aux prestations de soins et un financement public en raison de leur mandat de prestations. D'autre part, on trouve des organisations privées à but lucratif (IABL – dont des infirmières indépendantes), qui ne reçoivent en principe que les contributions aux prestations de soins (dépendamment des dispositions cantonales).

Soins «OPAS»

Les soins dits OPAS, car découlant de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, sont les soins ambulatoires ou dispensés dans un établissement médico-social pris en charge par la LAMal. Ils peuvent être délivrés par des infirmiers, des organisations de soins et d'aide à domicile et des EMS. Ces prestations comprennent les prestations de soins et les soins aigus et de transition (art. 7 OPAS).

Soins aigus et de transition

Les soins aigus et de transition sont des prestations dispensées à domicile ou en EMS, à la suite d'un séjour hospitalier et lorsque les problèmes de santé aigus sont connus et stabilisés. Le patient ne nécessite plus de prestations diagnostiques ni thérapeutiques dans un hôpital de soins aigus et un séjour dans une clinique de réadaptation ou dans une unité de gériatrie d'un hôpital n'est pas indiqué. Les soins aigus et de transition sont prescrits par un médecin d'hôpital pour une durée de maximum deux semaines dans le but de pouvoir à nouveau exploiter les aptitudes et possibilités disponibles dans l'environnement habituel du patient avant son séjour hospitalier (art. 49a LAMal, CDS 2009). Ils représentent une étape d'un traitement et ne sont en aucun cas prévus pour le financement d'éventuelles périodes d'attente de placement en réadaptation ou dans un home (DFI 2009).

Leur financement est réparti entre les cantons (55% au moins) et les assureurs, ces derniers convenant de forfaits avec les fournisseurs de prestations. Selon un rapport sur la mise en œuvre du nouveau régime de financement (CSSS-N 2013), peu de conventions tarifaires ont été conclues jusqu'à aujourd'hui pour ce type de soins.

Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX) de l'OFS

La SPITEX était initialement publiée par l'Office fédéral des assurances sociales. Elle fait partie des banques de données de l'OFS depuis 2007. Les données les plus récentes au moment de ce rapport sont celles de 2013.

Cette statistique présente plusieurs difficultés:

Tout d'abord, la SPITEX ne recense pas des données individuelles sur les clients, mais des données agrégées par âge, sexe et type de prestations fournies (prestations de soins, soins aigus et de transition, aide à domicile). Ceci limite fortement la précision des informations que l'on peut tirer de cette statistique.

Ensuite, cette statistique a subi un changement important: jusqu'en 2009, seules les organisations à but non lucratif (privées et publiques) étaient incluses dans la statistique. Depuis 2010, les organisations de droit privé à but lucratif et les infirmiers indépendants y sont inclus, sauf pour les cantons de ZH et GE. Dès 2011, toutes les institutions sont dans le relevé. Afin de tenir compte de ce changement dans la statistique, lorsque cela fait sens, les graphiques représentant les évolutions au sein des SASD incluent deux courbes, l'une regroupant les

institutions sans but lucratif uniquement (selon la définition du relevé jusqu'en 2009) et l'autre regroupant l'ensemble des organisations dès 2010 (voir par exemple Figure 2.2).

Une autre difficulté avec cette base de données réside dans le fait que les clients qui recourent tant à des soins OPAS qu'à de l'aide à domicile sont comptabilisés pour chaque type de prestations reçues, ce qui est désigné par «nombre de cas» dans la statistique. Le nombre de clients recevant des services SASD (indépendamment du nombre de différentes prestations reçues) est approximé à partir du nombre de cas (élimination des doubles comptages).

Statistique des hôpitaux (KS) de l'OFS

La KS renseigne annuellement sur l'infrastructure et l'activité des hôpitaux en Suisse. La variable sur la typologie des hôpitaux est une des variables permettant de regrouper les séjours en soins aigus, en psychiatrie, réadaptation et gériatrie.

Statistique des institutions médico-sociales (SOMED) de l'OFS

La SOMED a été révisée en 2006. Depuis lors, on dispose de données individuelles permettant des analyses beaucoup plus précises. Les données les plus récentes sont celles de 2013. Dans le cadre du présent rapport, on s'intéresse au relevé A, c'est-à-dire le questionnaire destiné aux établissements médico-sociaux et aux maisons pour personnes âgées, par opposition au questionnaire B qui s'adresse aux établissements accueillant des personnes handicapées. Pour faciliter la lecture, nous parlerons d'EMS mais les chiffres incluent les maisons pour personnes âgées (moins de 0,5% des résidents en 2013).

Sont utilisées avant tout les données relatives aux clients âgés de 65ans et plus et hébergés en longs séjours pour calculer différents indicateurs comme le taux de recours, le recours standardisé par âge, la durée de séjour, l'âge à l'entrée et le niveau de soins.

Cette base de données révisée offre beaucoup plus de possibilités que l'ancienne proposant des données agrégées.

Finalement, seul le canton où l'institution a son siège est connu; le canton d'habitation du client est inconnu. Cela a pour conséquence que les résultats cantonaux sont imprécis, puisqu'on doit partir du principe que le client est établi dans le canton où est située l'institution.

Seront présentés à partir de cette statistique entre autres, le taux de recours aux services d'aide et de soin à domicile, le nombre d'heures délivrées, le nombre d'heures par client et le recours standardisé par âge, en général pour les clients de 65 ans et plus.

Statistique médicale des hôpitaux (MS) de l'OFS

La MS fournit chaque année des données individuelles sur les séjours hospitaliers. Chaque clinique ou hôpital effectue le relevé obligatoire. La MS collecte des informations socio-démographiques sur les patients comme l'âge, le sexe ou la région de domicile, des données administratives comme des informations sur l'admission et la sortie, des données économiques comme le centre de prise en charge, des informations médicales ainsi que des données sur l'établissement.

Statistiques de population (ESPOP jusqu'en 2009 et STATPOP dès 2010) de l'OFS

Dès 2010, la statistique de la population et des ménages (STATPOP), basée sur les registres de personnes de la Confédération et sur les registres des habitants des communes et des cantons, remplace la statistique de l'état annuel de la population (ESPOP).

L'introduction de STATPOP coïncide avec la redéfinition de la notion de «population résidente permanente» compte tenu des recommandations internationales. A partir de 2010, la population résidente permanente comprend aussi les personnes dans le processus d'asile résident depuis 12 mois ou plus en Suisse.

Structures intermédiaires

Les structures intermédiaires représentent l'ensemble des offres d'initiative privée ou publique répondant aux besoins médico-sociaux des personnes âgées en voie de fragilisation ou dépendantes, se situant entre les SASD et l'EMS. Il s'agit de formes mixtes de prise en charge, ni complètement ambulatoires ni complètement stationnaires. Elles peuvent prendre forme, entre autres, d'habitats intergénérationnels (maison ou quartier) avec contrat social, d'appartements adaptés, d'appartements protégés, aussi appelés logements avec encadrement médico-social pour personnes âgées (appartement individuel ou colocation), de centres ou foyers de jour/accueil de nuit, d'unités ou centres d'accueil temporaires ou encore de courts séjours en EMS ou en unités de réadaptation.

Taux de recours aux EMS, courts séjours

$$Taux = \frac{\text{Résidents 65 + en court séjour en EMS durant l'année}}{\text{Population résidente 65 +}} \times 100$$

Taux de recours aux EMS, longs séjours

$$Taux_{\text{classe d'âge } y} = \frac{\text{Résidents en long séjour en EMS au 31.12}_{\text{classe d'âge } y}}{\text{Population résidente}_{\text{classe d'âge } y}} \times 100$$

Taux de recours aux SASD

$$Taux_{\text{classe d'âge } y} = \frac{\text{Résidents en long séjour en EMS au 31.12}_{\text{classe d'âge } y}}{\text{Population résidente}_{\text{classe d'âge } y}} \times 100$$

$$Taux_{\text{recours OPAS}} = \frac{\text{Nombre cas SASD 65+ avec soin OPAS}}{\text{Population résidente 65 + canton } i} \times 100$$

$$Taux_{\text{recours aide à domicile}} = \frac{\text{Nombre cas SASD 65+ avec aide à domicile}}{\text{Population résidente 65 +}} \times 100$$

Types de soins hospitaliers

Les cas hospitaliers sont regroupés en différents types de soins selon les définitions suivantes:

- Soins aigus: le cas n'est pas attribué au centre de prise en charge des coûts M500 (psychiatrie), M900 (gériatrie) ou M950 (réadaptation) et ne provient pas d'un établissement de type K21 (cliniques psychiatriques), K221 (cliniques de réadaptation), K234 (cliniques spécialisées en gériatrie) ou K235 (cliniques spécialisées diverses).
- Psychiatrie: le cas est attribué au centre de prise en charge des coûts M500 (psychiatrie) ou provient d'un établissement de type K21 (cliniques psychiatriques).
- Gériatrie: le cas est attribué au centre de prise en charge des coûts M900 (gériatrie) ou provient d'un établissement de type K234 (cliniques spécialisées en gériatrie).
- Réadaptation: le cas est attribué au centre de prise en charge des coûts M950 (réadaptation) ou provient d'un établissement de type K221 (cliniques de réadaptation).

9 Annexes

Annexe 1: Entretiens d'experts

Afin d'avoir une meilleure compréhension des résultats obtenus, nous avons décidé de faire appel à deux experts du domaine des EMS et deux experts du domaine des SASD. Les entretiens ont été menés face à face et ont porté en particulier sur l'évolution de la clientèle et de ses besoins, l'évolution des prestations fournies, les soins aigus et de transition, la trajectoire des clients, l'évolution des conditions-cadres, les perspectives d'avenir et les différences intercantionales. Les informations recueillies à travers ces entretiens sont incorporées dans les différents chapitres de ce rapport.

Les experts interrogés sont les suivants:

EMS:

Monsieur Matthias Müller, responsable Senevita Westside, membre du comité de l'Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées Senesuisse

Monsieur Benno Meichtry, Domaine spécialisé personnes âgées, Responsable du secteur gérontologie, CURAVIVA Suisse, Association des homes et institutions sociales suisses

SASD:

Madame Silvia Marti, Adjointe Secrétaire centrale/Responsable Politique, Membre de la direction, Association suisse des services d'aide et de soins à domicile

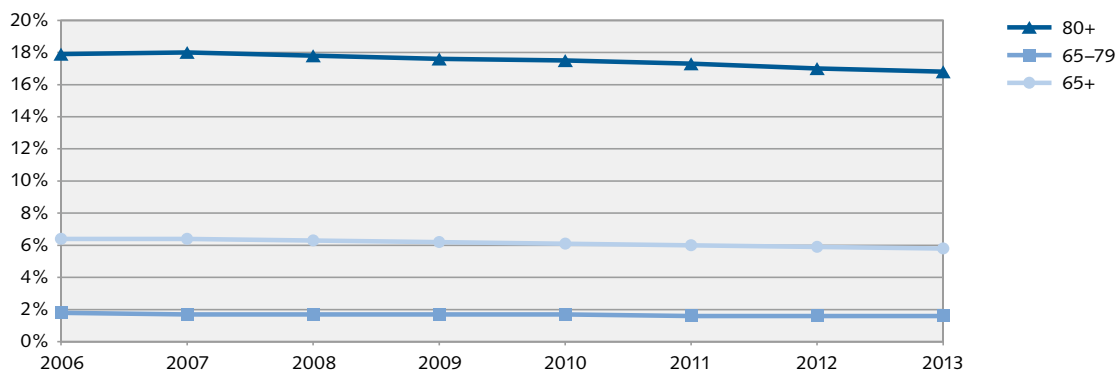
Monsieur Markus Reck, membre du comité de l'Association Spitex privée Suisse, directeur de l'Assistance à domicile pour la ville et la campagne

Annexe 2: Evolutions suisses, statistiques additionnelles

EMS

Evolution des taux de recours bruts des 65+ aux EMS en long séjour, par classe d'âge, 2006–2013

Fig. 9.1



Source: OFS – SOMED 2006–2013; ESPOP 2006–2009; STATPOP 2010–2013

© Obsan, Neuchâtel 2015

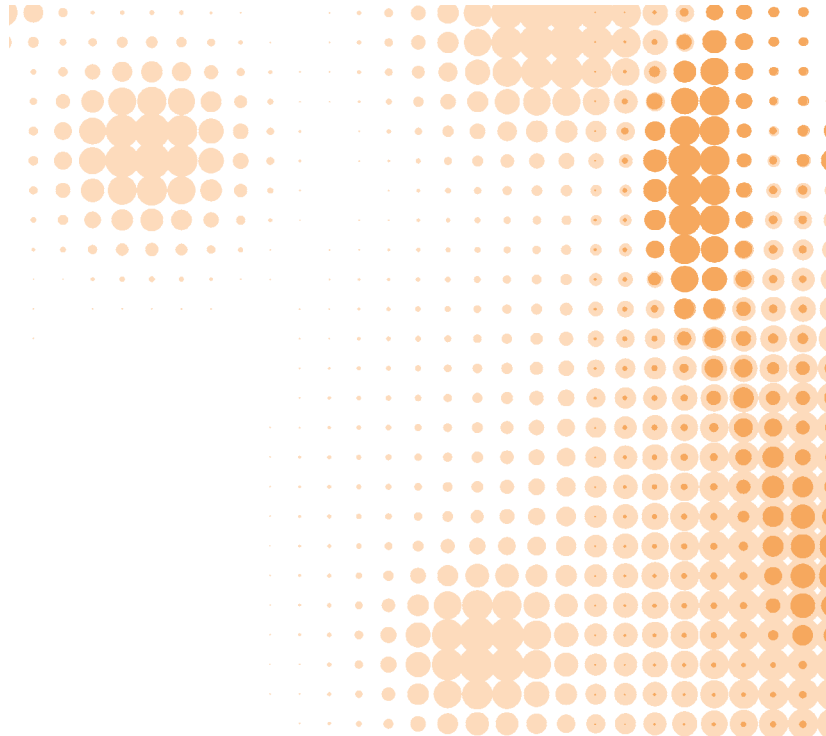
SASD

Tab. 9.1 Soins OPAS: prestations de soins et soins aigus & de transition, nombre d'heures délivrées en milliers, 65+, 2007–2013

Nombre d'heures délivrées, milliers	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Prestations de soins	6351	6638	6931	8523	8665	9387	9776
Soins aigus & de transition	NA	NA	NA	NA	6	9	14
Pourcentage					0,1%	0,1%	0,1%

Source: OFS – Statistique de l'aide et des soins à domicile 2007–2013

© Obsan 2015



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.