



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

OBSAN RAPPORT 69

69

Soins de longue durée dans les cantons: un même défi, différentes solutions

Evolutions 2006–2013

Laure Dutoit, Sylvie Füglister-Dousse, 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

- Laura Dutoit (Obsan)
- Sylvie Füglistler-Dousse (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
- Sophie Chevrey-Schaller, Service de la santé publique du canton du Jura
- Pia Coppex-Gasche, Professeure HES-SO, Institut et Haute Ecole de la Santé La Source
- Pierre-Olivier Barman, Patrick Beetschen et Pierre Stadelmann, Service de la santé publique du canton de Vaud
- Daniel Wicki, Gesundheits- und Sozialdepartement, canton de Lucerne
- Volker Zaugg, Gesundheits- und Sozialdirektion, canton de Nidwald
- 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 69

Référence bibliographique

Dutoit, L., Füglistler-Dousse, S. & Pellegrini, S. (2016). *Soins de longue durée dans les cantons: un même défi, différentes solutions. Evolutions 2006–2013* (Obsan Rapport 69). 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

874-1601

Prix

14 francs (TVA excl.)

Téléchargement du fichier PDF

www.obsan.ch → Publications

ISBN

978-2-940502-54-7

© Obsan 2016

Table des matières

Liste des abréviations	3	4	Prise en charge par les SASD	27
Résumé	4	4.1	Importance du recours aux SASD	28
Zusammenfassung	8	4.2	Nombre d'heures par client	33
1 Introduction	13	4.3	Peu de soins aigus et de transition	35
2 Des structures de populations différentes	15	4.4	Présence variable d'IABL et d'indépendants	36
2.1 Typologie des cantons selon leur vieillissement démographique	15	5	Synthèse des évolutions	38
2.2 Part des personnes âgées de 80 ans et plus en hausse	16	5.1	Importance des différences cantonales en 2013	38
3 Longs séjours en EMS	17	5.2	Groupes de cantons ayant des pratiques similaires	40
3.1 Importance du recours aux longs séjours	17	5.3	Peu de convergence dans les pratiques cantonales	44
3.2 Age moyen à l'entrée	20	6	Conclusion	47
3.3 Durée moyenne de séjour	21	7	Références	49
3.4 Besoin en soins	23	8	Lexique	51
3.5 Interactions entre âge, durée et niveau de soins en EMS	24	9	Annexes	56

Liste des abréviations

APH	Alters- und Pflegeheime
EMS	Etablissements médico-sociaux
ESPOP	Statistique de l'état annuel de la population
IABL	Institutions de services de soins et d'aide à domicile à but lucratif
ISBL	Institutions de services de soins et d'aide 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
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

Il y a près de dix ans, l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) publiait une première étude sur les différences intercantionales dans la prise en charge des personnes âgées par les établissements médico-sociaux (EMS) et les services d'aide et de soins à domicile (SASD)¹. Le présent rapport actualise les résultats et étend l'analyse à de nouvelles dimensions, dont la durée de séjour et le besoin en soins. Il apporte ainsi un éclairage sur l'évolution dans le temps des différences intercantionales en matière de soins de longue durée.

Ce rapport poursuit deux objectifs. Il s'intéresse d'une part aux différences entre les régions, cherchant à identifier les similitudes et dissemblances des pratiques cantonales. Il examine d'autre part l'évolution de ces différences entre 2006 et 2013, dans le but d'observer si les pratiques cantonales en matière de soins de longue durée ont tendance à s'uniformiser ou, au contraire, à se diversifier. À l'aide de méthodes de classification, il cherche finalement à identifier des modèles-types de prise en charge en regroupant les cantons ayant des pratiques similaires.

L'analyse des pratiques cantonales est ainsi menée selon trois axes:

- (1) l'ampleur des différences cantonales en 2013,
- (2) l'évolution de ces différences au cours de la décennie écoulée et
- (3) l'identification des cantons ayant beaucoup modifié leurs pratiques sur la même période.

Ce rapport est le deuxième d'une série de trois rapports sur la prise en charge des personnes âgées en Suisse. Le premier traite des évolutions de tendance pour l'ensemble de la Suisse². Le troisième, quant à lui, propose un premier inventaire des structures intermédiaires en Suisse en 2014 (à paraître en 2016).

Méthode et données

Les résultats présentés sont le fruit d'analyses statistiques effectuées sur deux sources de données principales: la statistique des institutions médico-sociales (SOMED) et la statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX), complétées ponctuellement par la statistique médicale des hôpitaux (MS).

Dans les EMS, l'étude se concentre sur les résidents en longs séjours âgés de plus de 65 ans, sur la période 2006–2013. Dans les SASD, elle prend en compte les personnes âgées de 65 ans et plus, durant les années 2007–2013³. Les analyses sont effectuées par canton et les chiffres cantonaux sont comparés, ainsi que leurs évolutions dans le temps. Des entretiens avec quatre experts – deux du domaine des EMS, deux des SASD – ont été menés afin de confirmer les résultats obtenus ou de les compléter lorsque les données manquaient.

La structure de la population et son vieillissement diffèrent d'un canton à l'autre. Afin de neutraliser cet effet démographique, les taux de recours sont standardisés, la population suisse de 2013 étant utilisée comme base. Les cantons sont ainsi comparés comme s'ils avaient une structure de population identique. Des différences dans les taux de recours standardisés reflètent donc des différences dans les préférences individuelles et dans l'offre de prise en charge et non pas dans la structure de la population.

¹ Jaccard Ruedin, H., Weber, A., Pellegrini, S. & Jeanrenaud, C. (2006). Comparaison intercantonale du recours aux soins de longue durée en Suisse, Document de travail 17. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

² 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.

³ La SPITEX n'est publiée par l'OFS qu'à partir de 2007 (voir «Statistique SPITEX» dans le lexique pour une définition), raison pour laquelle l'année 2006 ne fait pas partie de l'analyse.

Un clivage est-ouest toujours marqué

Le principe de la primauté de l’ambulatoire sur le stationnaire fait son chemin. Depuis 2007, dans la majorité des cantons, le taux de recours aux SASD a augmenté et le taux de recours aux EMS a soit diminué, soit moins augmenté que le taux de recours aux SASD. C’est le cas dans 17 des 26 cantons. Dans sept autres cantons, le recours aux SASD aussi bien qu’aux EMS a diminué.

Ce principe n’est cependant pas suivi dans les mêmes proportions à travers la Suisse. Les nettes différences observées en 2002 dans la place attribuée aux EMS et aux SASD en Suisse romande et en Suisse alémanique sont toujours actuelles. La Suisse alémanique, en particulier les régions de Suisse centrale et orientale, se caractérise par un fort recours aux EMS et un faible recours aux SASD. Dans certains de ces cantons, il y a même autant de personnes âgées recourant aux EMS qu’aux SASD, alors qu’en moyenne suisse ce rapport est de un à deux. La Suisse romande s’appuie au contraire plus fortement sur les SASD et il peut y avoir jusqu’à trois à quatre fois plus de personnes âgées recourant aux SASD qu’aux EMS.

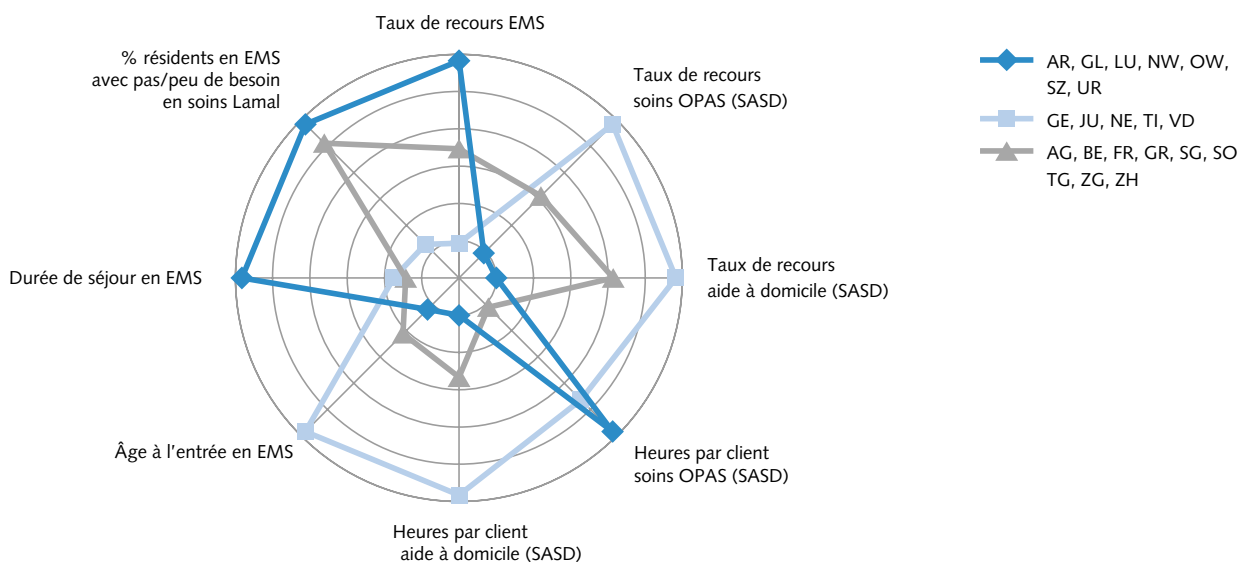
Trois modèles-types de prise en charge

Une analyse de classification a permis de regrouper les cantons semblables et de faire émerger trois modèles-types de prise en charge des personnes âgées, illustrés ci-après.

Méthode de classification

La méthode de classification permet de regrouper les cantons présentant des similarités dans les indicateurs choisis, en minimisant la distance dans les groupes. Les indicateurs utilisés pour cette classification sont les taux de recours standardisés aux EMS, aux SASD, aux soins OPAS (en SASD), à l’aide à domicile (en SASD) et aux moyens et longs séjours en hôpital, ainsi que la durée de séjour en EMS, le nombre d’heures par client de prestation SASD, le nombre d’heures par client de prestation de soins OPAS et le nombre d’heures par client de prestation d’aide à domicile. L’analyse de classification a été menée sur tous les sous-ensembles possibles de ces indicateurs, afin d’obtenir des groupes de cantons robustes. La cohérence des trois groupes identifiés a ensuite été vérifiée en comparant manuellement la valeur moyenne des différents indicateurs entre les groupes.

Modèles-types d’organisation des soins de longue durée



Notes: Ce schéma a une valeur illustrative. En effet, les valeurs des différents indicateurs sont exprimées sous formes d'index: elles ont été normalisées de manière à ce que tous les indicateurs aient la même valeur maximale. Les axes ne représentent donc pas les valeurs réelles. Pour une question de lisibilité, l'ensemble des indicateurs utilisés pour l'analyse de classification (cf. encadré) ne peut être représenté sur ce schéma. Les indicateurs présentés ont été choisis de manière à ce que les caractéristiques du recours tant en EMS qu'en SASD soient représentées. Les cantons de BL, BS, SH, AI et VS ne peuvent être rattachés à aucun de ces trois modèles-types. Ils ne sont par conséquent pas représentés sur le schéma.

Source: OFS – SOMED 2013; SPITEX 2013; STATPOP 2013, Schéma Obsan

© Obsan 2016

Le **premier modèle-type**, observé dans les cantons d'AR, GL, LU, NW, OW, SZ et UR, se caractérise par un recours aux EMS plus fort et un recours aux SASD moins fort qu'en moyenne suisse: dans ce modèle-type, le taux de recours moyen aux EMS est de 7,3% (CH: 5,8%) et celui aux SASD de 9,0% (CH: 13,7%).

Les résidents entrent plus tôt en EMS et y séjournent deux mois de plus que dans le reste des cantons. En outre, la proportion de résidents sans ou avec peu de besoin en soins LAMal est la plus haute de Suisse (26,6%). Dans ce premier modèle-type, le nombre d'heures par client SASD est supérieur à la moyenne suisse pour les prestations de soins OPAS et inférieur pour les prestations d'aide à domicile.

Le recours aux structures «formelles⁴» – c'est-à-dire aux prestations cumulées des EMS et des SASD – est plus faible que dans le reste de la Suisse. C'est aussi le cas pour le recours aux longs séjours en hôpitaux. Ce premier modèle-type est donc vraisemblablement complété par d'autres offres professionnelles ou privées permettant de prendre en charge les personnes âgées, offres qui ne sont pas visibles dans les données statistiques (aide des proches, structures intermédiaires, prestataires spécialisés dans l'accompagnement des personnes âgées, migration pendulaire⁵).

A l'opposé, dans le **deuxième modèle-type**, le recours aux SASD est plus fort et celui aux EMS moins fort qu'en moyenne suisse: le taux de recours aux SASD est de 17,9% (CH: 13,7%); il est de 5,0% en EMS (CH: 5,8%).

Les personnes entrant en EMS sont plus âgées de neuf mois que la moyenne suisse et plus dépendantes en soins. Avec une proportion de 3,3% de résidents sans ou avec peu de besoin en soins LAMal, il y a dans ce modèle huit fois moins de résidents en EMS dont le besoin de soins est nul ou faible que dans le modèle-type 1. Dans les structures SASD, le nombre d'heures par client est supérieur à la moyenne suisse tant dans les soins OPAS que dans l'aide à domicile. En outre, les hôpitaux prennent en charge plus de personnes âgées sur une longue durée qu'en moyenne suisse. Ce modèle-type 2 a un taux de recours élevé aux structures formelles. Il se retrouve dans les cantons de GE, JU, NE, TI et VD.

Le **troisième modèle-type**, qui reprend des éléments tant du premier que du deuxième modèle, a des taux de recours aux EMS et aux SASD proches de la moyenne suisse.

Les personnes âgées entrant en EMS sont plus âgées que dans le modèle 1 et plus jeune que dans le modèle 2. Elles séjournent cependant moins longtemps en EMS que les résidents des modèles 1 et 2. Le pourcentage de résidents nécessitant pas ou peu de soins est, avec 24,1%, proche du modèle 1. Quant au nombre d'heures de prestations délivrées par client, il est légèrement inférieur à la moyenne, tant pour les soins OPAS que pour l'aide à domicile.

EMS et SASD considérés comme un tout, le taux de recours aux structures formelles est de 19,1% dans ce modèle-type, constitué des cantons d'AG, BE, FR, GR, SG, SO, TG, ZG et ZH.

Des cantons avec de fortes évolutions

Le recours aux structures formelles (SASD, EMS) a suivi de forts mouvements dans certains cantons. Les cantons de VD, AI et ZG ont vu leur taux de recours aux structures formelles considérablement augmenter sur la période 2007–2013. Dans ces cantons, la diminution du recours aux EMS a été plus que compensée par l'augmentation du recours en SASD. La politique de prise en charge dans ces cantons a ainsi suivi un virage marqué vers l'ambulatoire. A noter que dans les cantons d'AI et de ZG, le développement des SASD a été particulièrement fort, puisqu'il a permis de répondre aux besoins d'une population vieillissant rapidement entre 2006 et 2013.

A l'opposé, dans les cantons d'UR, BS, AG, LU et BL, le taux de recours aux structures formelles a diminué de plus de 10%. Le vieillissement de la population a probablement été plus rapide dans ces cantons que le développement de structures formelles de prise en charge. Le vieillissement a en l'occurrence été particulièrement marqué (augmentation de plus de 10% des personnes âgées de 80 ans et plus) dans les cantons de BL, AG, LU et NW entre 2006 et 2013.

⁴ La notion de structures formelles est utilisée par opposition à celle d'aide informelle.

⁵ Par migration pendulaire (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 (voir le Rapport du Conseil fédéral du 5 décembre 2014).

Les pratiques de prise en charge ne convergent pas

Suite au virage ambulatoire, les différences cantonales en matière de prise en charge «formelle» pourraient s'être amoindries dans la décennie écoulée. Cependant, les analyses montrent qu'il y a eu peu d'uniformisation des prises en charge en EMS et en SASD entre 2006 et 2013 entre les cantons. Malgré une diminution du taux de recours en EMS et une augmentation du taux de recours aux SASD dans une majorité des cantons, l'ampleur des différences intercantionales n'a pas diminué depuis 2006.

Concernant les caractéristiques des prises en charge, on n'observe pas non plus de convergence ni dans l'âge moyen à l'entrée en EMS, ni dans le recours aux soins OPAS (taux de recours et nombre d'heures par client), ni dans le taux de recours à l'aide à domicile. Les seuls indicateurs présentant une uniformisation entre les cantons sont la durée de séjour en EMS et le nombre d'heures par client de prestations d'aide à domicile.

Conclusions

Un même défi, différentes solutions: c'est ce que suggèrent les résultats de cette étude. Face au vieillissement démographique, les cantons suivent des politiques de prise en charge différentes. Tout comme en 2002, les différences de recours sont marquées entre l'est et l'ouest de la Suisse. Le regroupement des cantons présentant des caractéristiques de prise en charge similaires fait apparaître trois modèles-types de prise en charge: un premier modèle où l'EMS est le pilier principal de la prise en charge des personnes âgées; un deuxième modèle à l'opposé du premier, où les personnes âgées sont soutenues principalement par les SASD, puis par les EMS; un troisième modèle qui s'inspire des deux premiers.

Les pratiques de prises en charge cantonales ne se sont pas uniformisées avec les années. La majorité des indicateurs indiquent que les différences se sont maintenues, que ce soit au niveau des taux de recours ou des caractéristiques des prises en charge. Une évolution commune, cependant, est la mise en œuvre dans la majorité des cantons du principe de la primauté de l'ambulatoire sur le stationnaire. On a en effet assisté à un déplacement du recours aux EMS vers les SASD. Cette hétérogénéité des pratiques peut refléter d'une part des conditions-cadres et des préférences distinctes entre les régions, d'autre part des stades d'avancement différents des réflexions et des réformes.

Le recours aux structures formelles – EMS et SASD – peut être très différent entre les cantons et on observe dans certains cantons romands jusqu'à 1,7 fois plus de personnes recourant à ces structures qu'en Suisse centrale. Au-delà des différences dans les politiques de prise en charge et dans les préférences des personnes âgées, ce résultat doit nous rendre attentifs au fait que l'analyse porte sur les seuls EMS et SASD. Or l'offre de prise en charge est plus large: l'aide apportée par des non professionnels (proches, milieux associatifs) ou par des prestataires spécialisés dans l'accompagnement aux personnes âgées (y compris les migrantes pendulaires), ainsi que les structures intermédiaires, sont présentes diversement sur le territoire. Il est ainsi probable que ces alternatives à la prise en charge par les EMS et les SASD expliquent une partie des différences observées. L'image est de ce fait nécessairement incomplète, ce qui souligne l'intérêt de disposer de données statistiques sur l'ensemble d'un secteur. Le troisième rapport de cette série – inventaire des structures intermédiaires – est une tentative dans ce sens.

Rapports Obsan parus récemment ou à paraître sur le même thème

1. Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse, Evolutions 2006–2013, Rapport Obsan 67, décembre 2015.
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 de conseil Ecoplan, publication au premier semestre 2016).

Zusammenfassung

Hintergrund und Ziele

Vor knapp zehn Jahren veröffentlichte das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) eine erste Studie zu den kantonalen Unterschieden bei der Betreuung von älteren Menschen durch Alters- und Pflegeheime (APH) und durch Organisationen für Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex)⁶. Der vorliegende Bericht aktualisiert die Ergebnisse und erweitert die Analyse um neue Dimensionen, wie beispielsweise die Aufenthaltsdauer und den Pflegebedarf. Er beleuchtet damit die Entwicklung der interkantonalen Unterschiede bei der Langzeitpflege im Laufe der Zeit.

Dieser Bericht verfolgt zwei Ziele. Einerseits erörtert er die Disparitäten zwischen den Regionen und versucht, Ähnlichkeiten und Unterschiede bei den kantonalen Praktiken auszumachen. Andererseits untersucht er die Entwicklung der Unterschiede zwischen 2006 und 2013, um festzustellen, ob sich die kantonalen Praktiken bei der Langzeitpflege tendenziell angleichen oder – im Gegenteil – sich voneinander entfernen. Mittels Klassifikationsmethoden (Clustering) versucht er schliesslich, Betreuungsmuster zu erkennen, indem er Gruppen von Kantonen mit ähnlichen Praktiken bildet.

Die Analyse der kantonalen Praktiken hat drei Schwerpunkte:

- (1) das Ausmass der kantonalen Unterschiede im Jahr 2013,
- (2) die Entwicklung der Unterschiede im Laufe des letzten Jahrzehnts und
- (3) die Ermittlung der Kantone, die ihre Praktiken im selben Zeitraum stark verändert haben.

Dies ist der zweite von insgesamt drei Berichten zur Betreuung älterer Menschen in der Schweiz. Der erste Bericht befasst sich mit den Entwicklungen in der

Langzeitpflege auf gesamtschweizerischer Ebene⁷. Der dritte Bericht enthält ein erstes Inventar der 2014 in der Schweiz bestehenden intermediären Strukturen der Langzeitpflege (erscheint 2016).

Methode und Daten

Die hier vorgestellten Resultate sind das Ergebnis statistischer Analysen, die auf zwei Hauptdatenquellen beruhen – der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) und der Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX). Diese wurden punktuell durch die Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) ergänzt.

Bei den APH konzentriert sich die Studie auf die über 65-jährigen Bewohnerinnen und Bewohner mit Langzeitaufenthalt im Zeitraum 2006–2013. Bei den Spitex-Organisationen berücksichtigt sie die Personen ab 65 Jahren im Zeitraum 2007–2013⁸. Die Analysen wurden nach Kanton durchgeführt und die kantonalen Zahlen sowie deren Entwicklung im Laufe der Zeit miteinander verglichen. Vier Fachpersonen – je zwei der Bereiche APH und Spitex – wurden interviewt, um die erzielten Ergebnisse zu bestätigen oder zu ergänzen, wenn Daten fehlten.

Struktur und Alterung der Bevölkerung sind von Kanton zu Kanton verschieden. Um diesen demografischen Effekt auszugleichen, wurden die Inanspruchnahmeraten standardisiert, indem die Schweizer Bevölkerung von 2013 als Basis diente. Die Kantone werden somit unter der Annahme einer identischen Bevölkerungsstruktur verglichen. Die Unterschiede bei den standardisierten Inanspruchnahmeraten widerspiegeln somit unterschiedliche individuelle Präferenzen sowie ein unterschiedliches Betreuungsangebot und nicht Unterschiede bei der Bevölkerungsstruktur.

⁶ Jaccard Ruedin, H., Weber, A., Pellegrini, S. & Jeanrenaud, C. (2006). Comparaison intercantonale du recours aux soins de longue durée en Suisse, Arbeitsdokument 17 (Publikation auf Französisch mit deutscher Zusammenfassung). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel

⁷ Füglistler-Dousse, S., Dutoit, L. & Pellegrini, S. (2015). Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse. Evolutions 2006–2013, Obsan Bericht 67 (Publikation auf Französisch mit deutscher Zusammenfassung). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

⁸ Bis 2006 wurde die Spitex-Statistik vom Bundesamt für Sozialversicherungen veröffentlicht. Seit 2007 wird sie vom BFS geführt.

Weiterhin grosse Kluft zwischen Ost und West

Der Grundsatz «ambulant vor stationär» setzt sich immer stärker durch. Seit 2007 ist die Rate der Spitex-Inanspruchnahme in der Mehrheit der Kantone gestiegen, während jene der APH-Inanspruchnahme gesunken oder zumindest weniger stark angestiegen ist. Dies trifft auf 17 der 26 Kantone zu, während in sieben Kantonen sowohl die Spitex- als auch die APH-Inanspruchnahme zurückgegangen ist.

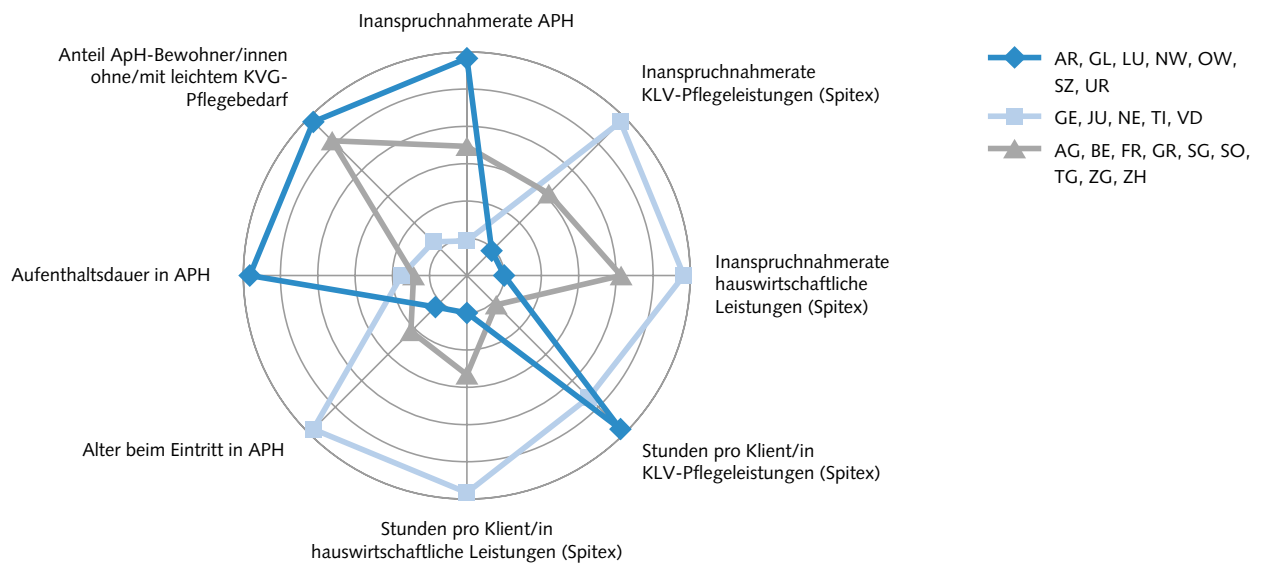
Der erwähnte Grundsatz wird nicht überall in der Schweiz im selben Ausmass umgesetzt. Die deutlichen Unterschiede, die 2002 zwischen der Deutsch- und der Westschweiz bezüglich des Stellenwerts der APH und der Spitex zu beobachten waren, sind noch immer aktuell. Die Deutschschweiz, namentlich die Zentral- und die Ostschweiz, zeichnet sich durch eine starke

APH-Inanspruchnahme und eine schwache Spitex-Inanspruchnahme aus. In einigen Deutschschweizer Kantonen ist die Rate der Inanspruchnahme der APH sogar gleich hoch wie jene der Spitex. Im gesamtschweizerischen Durchschnitt beträgt dieses Verhältnis jedoch 1:2. In der Westschweiz lassen sich die älteren Menschen hingegen häufiger von Spitex-Organisationen betreuen: Ihr Anteil liegt in einigen Kantonen drei- bis viermal höher als jener der Personen, die in APH leben.

Drei Betreuungsmodelle

Anhand einer Klassifikationsanalyse wurden ähnliche Kantone zusammengefasst und drei im Folgenden vorgestellte Modelle der Betreuung von älteren Menschen erarbeitet.

Modelle der Organisation der Langzeitpflege



Anmerkungen: Dieses Schema dient zur Veranschaulichung. Die Werte der verschiedenen Indikatoren werden in Form von Indizes ausgedrückt: Sie wurden so standardisiert, dass alle Indikatoren denselben Maximalwert haben. Die Achsen bilden somit nicht die tatsächlichen Werte ab.

Der Lesbarkeit halber wurde darauf verzichtet, sämtliche für die Klassifikationsmethode (vgl. Kasten) verwendeten Indikatoren im Schema darzustellen. Die dargestellten Indikatoren wurden so ausgewählt, dass die Merkmale der APH- wie auch der Spitex-Inanspruchnahme berücksichtigt werden.

Die Kantone BL, BS, SH, AI und VS können keinem der drei Modelle zugeordnet werden. Folglich fehlen sie im Schema.

Quelle: BFS – SOMED 2013; SPITEX 2013; STATPOP 2013, Schema Obsan

© Obsan 2016

Klassifikationsmethode (Clustering)

Dank der Klassifikationsmethode konnten Kantone, die bei den ausgewählten Indikatoren Ähnlichkeiten aufwiesen, zusammengefasst indem die Differenzen innerhalb der Gruppen minimiert wurden. Die für diese Klassifikation verwendeten Indikatoren sind die standardisierten Raten der Inanspruchnahme von APH, Spitex, KLV-Pflegeleistungen (im Rahmen der Spitex), hauswirtschaftlichen Leistungen (im Rahmen der Spitex) und von mittellangen und langen Spitalaufenthalten, sowie die Aufenthaltsdauer in APH, die Anzahl Stunden pro Spitex-Klientin bzw. -Klienten, die Anzahl Stunden für KLV-Pflegeleistungen pro betreute Person und die Anzahl Stunden für hauswirtschaftliche Leistungen pro betreute Person bezieht. Die Klassifikationsanalyse wurde für alle bei diesen Indikatoren möglichen Untergruppen durchgeführt, um robuste Kantonsgruppen zu erhalten. Die Kohärenz der drei ermittelten Gruppen wurde anschliessend überprüft, indem der Durchschnittswert der verschiedenen Indikatoren manuell zwischen den Gruppen verglichen wurde.

Das **erste Betreuungsmodell** kommt in den Kantonen AR, GL, LU, NW, OW, SZ und UR zur Anwendung. Die Rate der APH-Inanspruchnahme (7,3%) liegt in diesem Modell über und jene der Spitex-Inanspruchnahme (9,0%) unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt (5,8% bzw. 13,7%).

Die älteren Menschen treten früher in ein APH ein und bleiben zwei Monate länger als in den übrigen Kantonen. Ausserdem ist der Anteil der APH-Bewohnerinnen und -Bewohner ohne oder mit leichtem KVG-Pflegebedarf bei diesem ersten Modell schweizweit am höchsten (26,6%). Die Anzahl Stunden pro Spitex-Klientin bzw. -Klienten liegt bei den KLV-Pflegeleistungen über und bei den hauswirtschaftlichen Leistungen unter dem Schweizer Durchschnitt.

Die Inanspruchnahme «formeller» Betreuung⁹ – d.h. von APH- und Spitex-Leistungen zusammen – ist geringer als in der übrigen Schweiz. Dasselbe trifft auf die Langzeitaufenthalte in Spitälern zu. Dieses erste Modell wird somit vermutlich durch andere berufliche oder private Betreuungsangebote für ältere Menschen ergänzt. Diese Angebote sind in den analysierten Daten nicht sichtbar (Angehörigenhilfe, intermediäre Strukturen, in Betagtenbetreuung spezialisierte Dienstleister, Care-Migration¹⁰).

⁹ Das Konzept der «formellen Strukturen» ist der Gegenbegriff zur «informellen Hilfe».

¹⁰ Unter Care-Migration versteht man das Phänomen, dass Migrantinnen und Migranten pflegebedürftige Personen in Privathaushalten betreuen (siehe Bericht des Bundesrates vom 5. Dezember 2014).

Beim **zweiten Betreuungsmodell** liegt die Inanspruchnahme von Spitex-Organisationen über und jene von APH unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt: Die Rate der Spitex-Inanspruchnahme beträgt 17,9% (CH:13,7%) und jene der APH-Inanspruchnahme 5,0% (5,8%).

Die in APH lebenden Personen sind älter (um neun Monate) und pflegebedürftiger als im schweizweiten Durchschnitt. Mit 3,3% ist der Anteil der APH-Bewohnerinnen und Bewohner ohne oder mit leichtem KVG-Pflegebedarf in diesem Modell achtmal kleiner als beim ersten Modell. Im Bereich Spitex liegt die Anzahl Stunden pro Klientin bzw. Klienten sowohl bei den KLV-Pflegeleistungen als auch bei den hauswirtschaftlichen Leistungen über dem Schweizer Durchschnitt. Ausserdem betreuen die Spitäler mehr ältere Menschen langfristig als im gesamtschweizerischen Durchschnitt. Das zweite Modell verfügt über eine hohe Rate der Inanspruchnahme von formellen Strukturen und ist in den Kantonen GE, JU, NE, TI und VD zu finden.

Im **dritten Betreuungsmodell**, das Elemente vom ersten und vom zweiten Modell enthält, entsprechen die Raten der APH- und Spitex-Inanspruchnahme in etwa dem Schweizer Durchschnitt.

Die älteren Menschen, die in APH leben, sind älter als beim ersten Modell, aber jünger als beim zweiten Modell. Sie bleiben jedoch weniger lange in einem APH als die Bewohnerinnen und Bewohner in den ersten beiden Modellen. Der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner ohne oder mit leichtem KVG-Pflegebedarf liegt mit 24,1% im Bereich des Anteils des ersten Modells. Die Anzahl Stunden pro Klientin bzw. Klienten liegt sowohl bei den KLV-Pflegeleistungen als auch bei den hauswirtschaftlichen Leistungen leicht unter dem Durchschnitt.

Nimmt man APH und Spitex zusammen, so beträgt die Rate der Inanspruchnahme von formellen Strukturen 19,1%. Dieses Modell umfasst die Kantone AG, BE, FR, GR, SG, SO, TG, ZG und ZH.

Kantone mit starken Veränderungen

Die Inanspruchnahme formeller Strukturen (Spitex, APH) hat in einigen Kantonen starke Veränderungen erfahren. In den Kantonen VD, AI und ZG ist die Rate der Inanspruchnahme formeller Strukturen im Zeitraum 2007–2013 deutlich angestiegen. In diesen Kantonen wurde der Rückgang der APH-Inanspruchnahme durch den Anstieg der Spitex-Inanspruchnahme mehr als kompensiert. Es war somit eine deutliche Verlagerung hin zur ambulanten Betreuung festzustellen. In den

Kantone AI und ZG war das Aufkommen der Spitex besonders stark ausgeprägt, wodurch auf die Bedürfnisse der zwischen 2006 und 2013 rasch gealterten Bevölkerung reagiert werden konnte.

Die Kantone UR, BS, AG, LU und BL hingegen verzeichneten einen Rückgang der Rate der Inanspruchnahme formeller Strukturen um über 10%. Die Alterung der Bevölkerung war in diesen Kantonen wohl schneller als die Entwicklung formeller Betreuungsstrukturen. Besonders markant war die Alterung zwischen 2006 und 2013 in den Kantonen BL, AG, LU und NW (Zunahme der Personen ab 80 Jahren um mehr als 10%).

Keine einheitlichen Betreuungspraktiken

Infolge der Verlagerung hin zur ambulanten Betreuung könnten sich die kantonalen Unterschiede bei der formellen Betreuung im vergangenen Jahrzehnt verringert haben. Die Analysen zeigen jedoch, dass sich die Betreuung durch APH und Spitex-Organisationen zwischen 2006 und 2013 unter den Kantonen kaum harmonisiert hat. Trotz eines Rückgangs der APH-Inanspruchnahme und einer Zunahme der Spitex-Inanspruchnahme in der Mehrheit der Kantone sind die interkantonalen Unterschiede seit 2006 nicht zurückgegangen.

Bei den Betreuungsmerkmalen ist ebenfalls keine Annäherung zu beobachten, weder beim Durchschnittsalter beim Eintritt in ein APH, noch bei der Inanspruchnahme von KLV-Pflegeleistungen (Inanspruchnahmerate und Anzahl Stunden pro Klient/in) oder von hauswirtschaftlichen Leistungen. Die einzigen Indikatoren, die eine Vereinheitlichung zwischen den Kantonen aufweisen, sind die Aufenthaltsdauer in APH und die Anzahl Stunden pro Klientin bzw. Klienten bei den hauswirtschaftlichen Leistungen.

Schlussfolgerungen

Gleiche Herausforderung, unterschiedliche Lösungen: So lautet das Fazit aus den Ergebnissen dieser Studie. Angesichts der demografischen Alterung verfolgen die Kantone unterschiedliche Politiken der Betreuung. Wie schon 2002 bestehen in der Schweiz bezüglich der Inanspruchnahme markante Unterschiede zwischen Ost und West. Kantone mit ähnlichen Betreuungsmerkmalen wurden zusammengefasst, wodurch drei Betreuungsmodelle entstanden: Beim ersten stellen die APH den Hauptpfeiler der Betreuung der älteren Menschen dar, beim zweiten werden die älteren Personen überwiegend von Spitex-Organisationen betreut und das dritte orientiert sich an beiden Modellen.

Die kantonalen Betreuungspraktiken haben sich über die Jahre nicht angenähert. Die Mehrheit der Indikatoren zeigt, dass die Unterschiede fortbestehen, sei es bei den Inanspruchnahmeraten oder den Betreuungsmerkmalen. Eine gemeinsame Entwicklung ist jedoch die Umsetzung der Strategie «ambulant vor stationär» in der Mehrzahl der Kantone. So war tatsächlich eine Verschiebung von der Betreuung in APH hin zur Spitex-Betreuung festzustellen. Diese uneinheitlichen Entwicklungen der Praktiken können ein Indiz für je nach Region unterschiedliche Rahmenbedingungen und Präferenzen einerseits und für verschiedenen Entwicklungsstadien bezüglich Überlegungen und Reformen andererseits sein.

Die Inanspruchnahme formeller Strukturen (APH und Spitex) kann sich von Kanton zu Kanton sehr stark unterscheiden. So nehmen in einigen Westschweizer Kantonen bis zu 1,7-mal mehr Personen formelle Strukturen in Anspruch als in der Zentralschweiz. Abgesehen vom Umstand, dass die Kantone unterschiedliche Betreuungspraktiken favorisieren und ältere Menschen unterschiedliche Präferenzen haben, gilt es bei diesem Ergebnis zu beachten, dass sich die Analyse lediglich auf die APH und die Spitex-Organisationen bezieht. Das Betreuungsangebot ist jedoch umfassender: Unterstützung durch Laien (Angehörige, Verbände), durch in Betagtenbetreuung spezialisierte Dienstleister (inkl. Care-Migration) sowie intermediäre Strukturen sind in diesem Bereich unterschiedlich anzutreffen. Somit ist es möglich oder gar wahrscheinlich, dass diese Alternativen zur Betreuung durch APH und Spitex-Organisationen einen Teil dieser Unterschiede erklären. Das Bild ist somit zwangsläufig unvollständig. Dies unterstreicht, wie wichtig es ist, über statistische Daten für den gesamten Sektor zu verfügen. Der dritte Bericht dieser Reihe – zum Inventar der intermediären Strukturen – ist ein Versuch in diese Richtung.

Jüngst erschienene oder geplante Obsan-Berichte zum selben Thema

1. Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse, Evolutions 2006–2013, Obsan Bericht 67 (Publikation auf Französisch mit deutscher Zusammenfassung), Dezember 2015.
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

Avec ce rapport, l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) propose une actualisation des chiffres du recours aux soins de longue durée dans les cantons. Parue il y a près de dix ans, la première étude (Jaccard Ruedin et al. 2006) mettait en lumière l'importance des différences régionales dans le recours aux établissements médico-sociaux (EMS) et aux services d'aide et de soins à domicile (SASD). Le présent rapport présente la situation actuelle (2013) en matière de soins de longue durée et questionne l'existence d'une éventuelle convergence dans les pratiques cantonales. Il s'inscrit dans une série de trois rapports sur la prise en charge des personnes âgées en Suisse, destinés à informer et soutenir les décideurs politiques à un moment où la question de l'organisation et du financement de la prise en charge au grand âge occupe à nouveau l'agenda politique.

Le premier rapport de cette série présente les tendances sur le plan national (Füglister-Dousse et al. 2015). Il met en évidence les grandes évolutions dans le recours aux soins de longue durée entre 2006 et 2013 en Suisse. Le présent rapport, deuxième de la série, poursuit le même objectif à l'échelle des cantons en s'intéressant aux évolutions dans le temps du recours aux EMS et aux SASD. Enfin, les structures intermédiaires¹¹, peu abordées dans ce rapport par manque de données, font l'objet du troisième volet de cette série, lequel propose un premier inventaire de ces structures dans les cantons.

Dans l'approche cantonale qui caractérise la présente publication, le recours aux soins de longue durée est analysé selon trois axes:

- (1) l'ampleur des différences cantonales en 2013,
- (2) l'évolution de ces différences au cours de la décennie écoulée et
- (3) l'identification des cantons où le recours s'est beaucoup modifié sur la même période.

Les analyses 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) et, dans une moindre mesure, la statistique médicale des hôpitaux (MS)¹². Les résultats des EMS se concentrent sur les longs séjours¹³ des résidents âgés de 65 ans et plus et concernent les années 2006 à 2013. Ceux des SASD concernent les clients âgés de 65 ans et plus durant les années 2007 à 2013. Les définitions et explications détaillées sur les méthodes de calculs sont fournies dans un lexique, figurant en annexe du rapport.

Le vieillissement démographique s'exprime différemment d'un canton à l'autre. Les proportions de personnes âgées sont inégales et certains cantons sont davantage confrontés, déjà à court terme, à l'augmentation de leur population âgée. Afin de tenir compte de l'effet démographique, les analyses sont menées avec des taux de recours standardisés pour que les cantons soient comparés comme s'ils avaient une structure de population identique¹⁴. Ainsi, des différences dans les taux de recours reflètent d'autres influences comme les préférences individuelles et l'étendue de l'offre – y compris les alternatives aux EMS et SASD – proposée dans le canton.

Enfin, des entretiens ont été menés avec quatre experts, deux du domaine des EMS, deux des SASD, afin d'obtenir une meilleure compréhension des résultats. Les informations recueillies lors de ces entretiens sont incluses dans les différents chapitres de ce rapport (voir annexe 1 pour des renseignements complémentaires).

¹¹ Telles que des appartements protégés ou des structures d'accueil de jour ou de nuit; voir lexique pour une définition.

¹² Voir lexique pour une définition.

¹³ Nos résultats incluent les quelques maisons pour personnes âgées existant encore en Suisse, voir lexique «statistique des institutions médico-sociales (SOMED) de l'OFS».

¹⁴ Standardisation sur la base de la population suisse à l'année 2013; voir lexique pour une explication de la méthode de calcul. Les taux non standardisés sont disponibles en annexe.

Le chapitre 2 présente, en guise de préambule, l'intensité du vieillissement démographique dans les cantons. Le chapitre 3 est consacré aux établissements médico-sociaux (EMS). Il illustre l'importance relative du recours aux longs séjours dans les cantons, la variabilité de l'âge à l'entrée, de la durée de séjour et du besoin en soins en 2013 et leurs évolutions dans le temps. Le chapitre 4 porte sur les services d'aide et de soins à domicile (SASD). Il fait le point sur le recours à ces services dans les cantons, sur l'intensité de la prise en charge et les différentes combinaisons de soins et d'aide à domicile, ceci en 2013 et dans une perspective temporelle. Le chapitre 5 enfin livre une synthèse des différences et des évolutions observées. Il expose la variation dans le recours aux soins formels dans les cantons, identifie des groupes de cantons ayant des pratiques de prise en charge similaires et fait le point sur les éléments de convergence et de divergence entre les cantons. Une brève conclusion aborde, au chapitre 6, la portée et les limites de l'analyse.

2 Des structures de populations différentes

Depuis longtemps, la proportion de personnes âgées est en augmentation dans la population suisse. Au début des années quatre-vingt, la part de personnes âgées de 65 ans et plus était inférieure à 14% alors qu'elle approche les 18% en 2013. L'arrivée des enfants nés du baby-boom après la Seconde Guerre mondiale dans la classe d'âges des 65 ans et plus accentue et accélère ce phénomène.

Les cantons sont toutefois diversement touchés, puisqu'on observe des différences importantes dans les proportions de personnes âgées (65+) et très âgées (80+) dans les populations cantonales. La section 2.1 présente une typologie des cantons en fonction du degré de vieillissement de leur population. La section 2.2 montre l'évolution démographique des cantons entre 2006 et 2013.

2.1 Typologie des cantons selon leur vieillissement démographique

En Suisse en 2013, la part des personnes âgées de 65 à 79 ans est de 12,7% et celle des personnes de 80 ans et plus de 4,9%. Cela donne une proportion totale de personnes âgées de 65 ans et plus de 17,6%. La Figure 2.1 représente les cantons en fonction de ces deux paramètres: proportion de personnes âgées (65–79 ans) et de grands âgés (80 ans et plus) dans la population¹⁵. Les axes se coupent au niveau de la moyenne suisse afin de créer une typologie. L'encadré ci-contre présente les résultats de manière synthétique.

¹⁵ Notre analyse porte sur ces deux classes d'âge, car elles correspondent aux classes d'âges disponibles dans la statistique SPITEX (voir lexique pour une définition de cette statistique). Ce sont aussi les classes d'âge habituellement utilisées lorsque l'on aborde la question de la dépendance et des soins de longue durée.

Typologie des cantons selon leur vieillissement démographique

Cantons avec relativement peu de personnes âgées et peu de très âgées:

→ FR, VD, GE, ZG, SZ, OW, LU, ZH, AG, TG, SG

Cantons avec relativement beaucoup de personnes âgées, mais peu de personnes très âgées:

→ NW, VS

Canton avec relativement peu de personnes âgées, mais beaucoup de personnes très âgées:

→ AI¹⁶

Cantons avec relativement beaucoup de personnes âgées et beaucoup de très âgées:

→ BS, BL, SH, AR, GR, BE, SO, GL, UR, TI, JU, NE

Source: OFS – STATPOP 2013

© Obsan 2016

Le canton de FR est le plus jeune de Suisse en 2013. Il se distingue par le pourcentage le plus bas à la fois des 65–79 ans (10,9%) et des 80 ans et plus (3,7%). A l'opposé, le canton de BS présente un pourcentage de 65–79 ans au-delà de la moyenne suisse (13,4%) et la part la plus élevée de Suisse de personnes de 80 ans et plus (7,1%). Les cantons du TI et de BL enregistrent les plus fortes proportions de personnes âgées de 65 à 79 ans (respectivement 15,3% et 15,1%) et des pourcentages de personnes très âgées au-delà de la moyenne suisse (respectivement 6,0% et 5,6%).

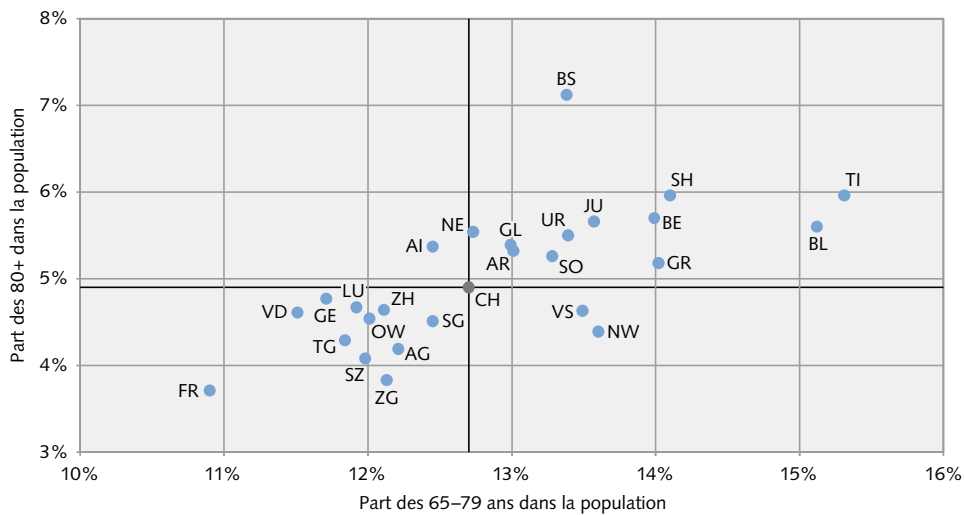
De telles différences dans la structure démographique peuvent avoir un effet sur les politiques mises en place. Certains cantons font face à un vieillissement déjà bien avancé tandis que d'autres ont une population en moyenne plus jeune¹⁷. Il n'en reste pas moins qu'en

¹⁶ En théorie, on pourrait craindre que ce classement soit le résultat d'un aléa statistique puisque, en raison de la taille de ce canton, même de petites évolutions démographiques peuvent avoir un grand impact sur la proportion de personnes âgées. Les résultats pour AI sont toutefois stables dans le temps, le canton appartenant à cette catégorie depuis 2011.

¹⁷ A noter que ces différences démographiques sont aussi en partie le reflet d'une immigration différente selon les cantons: certains cantons ont connu ces dernières années une forte immigration de personnes plutôt jeunes, ce qui réduit mathématiquement la proportion de personnes âgées dans la population. La problématique de la prise en charge des personnes âgées est cependant tout aussi importante dans ces cantons.

Proportion de personnes âgées, par canton et classe d'âges, 2013

Fig. 2.1



Source: OFS – STATPOP 2013

© Obsan 2016

volume, le nombre de personnes âgées augmente partout et que le défi de la prise en charge des personnes dépendantes ou fragilisées est présent dans tous les cantons.

2.2 Part des personnes âgées de 80 ans et plus en hausse

Dans ce qui suit, nous examinons comment la part de personnes très âgées a évolué dans les cantons sur la période 2006–2013. La Figure 2.2 montre la proportion de personnes de 80 ans et plus à l'année de départ 2006 et la variation de cette proportion entre 2006 à 2013.

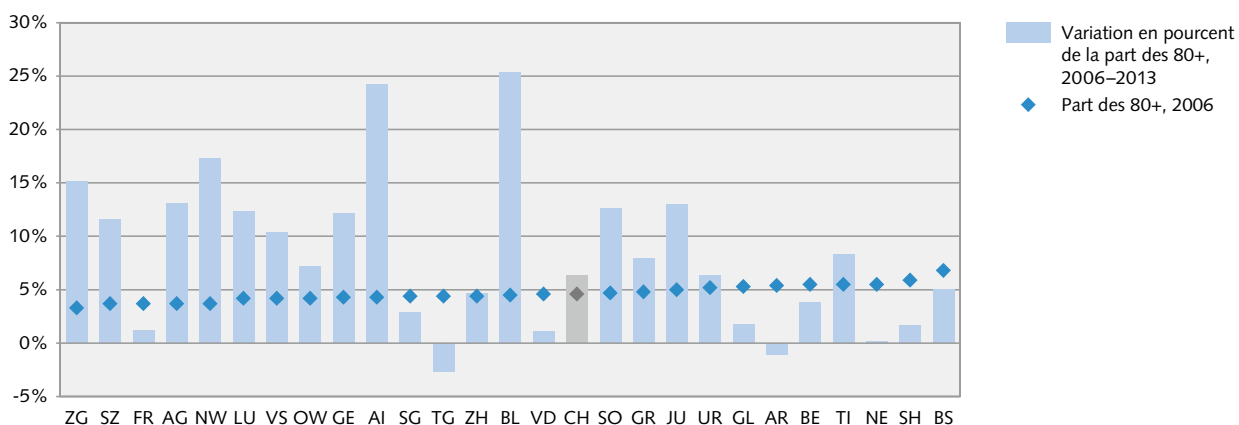
En préambule, mentionnons que la proportion des personnes âgées de 65–79 ans (non représentée) augmente dans tous les cantons excepté le canton de BS.

Ensuite, relevons que tous les cantons (sauf TG et AR) enregistrent une hausse, parfois importante, de leur population très âgée (80+, Figure 2.2). Les cantons de BL et d'AI présentent les progressions les plus fortes de cette part. Alors que ces deux cantons affichaient en 2006 un pourcentage de personnes très âgées en-dessous de la moyenne suisse, ces hausses considérables les font passer au-delà en 2013. Tous les autres cantons qui présentaient des proportions de personnes très âgées en-dessous de la moyenne suisse en 2006 restent en-dessous en 2013.

En conclusion, la plupart des cantons relativement jeunes en 2006 (proportion des personnes de 80 ans et plus inférieure à la moyenne suisse) le restent en 2013 et ceux relativement âgés en 2006 le sont toujours en 2013.

Part des 80+ dans la population 2006, évolution de cette part 2006–2013

Fig. 2.2



Source: OFS – ESPOP 2006; STATPOP 2013

© Obsan 2016

3 Longs séjours en EMS

L'objectif de ce chapitre est d'observer les similarités et les différences entre les cantons quant aux recours aux EMS¹⁸, à l'âge moyen à l'entrée, à la durée moyenne de séjour et au nombre de minutes de soins quotidiens, ainsi que l'évolution de ces différences dans le temps.

3.1 Importance du recours aux longs séjours

3.1.1 Recours aux EMS plus fréquent en Suisse orientale et centrale

Au niveau suisse, 5,8% des personnes âgées de 65 ans et plus résident en EMS en 2013. D'un canton à l'autre, cette proportion peut varier considérablement: elle varie de 4,6% (VD) à 8,9% (AR). Ces différences sont cependant dues en partie à des différences de structure de population entre les cantons. Afin de corriger ces différences démographiques, les taux sont standardisés (voir encadré ci-après).

Standardisation – neutralisation des différences liées à la structure démographique

La structure démographique du canton a un impact sur le niveau du recours aux EMS: comme le taux de recours augmente avec l'âge, une plus forte proportion de personnes très âgées (80 ans et plus) dans un canton implique un taux de recours plus élevé, et inversement (voir chapitre 1). La structure démographique a aussi un effet lors d'une comparaison temporelle, dans le cas où cette structure change au cours du temps. Pour comparer le recours entre les cantons, il est souhaitable d'éliminer cet effet démographique, ce que permet la standardisation des taux. La standardisation (méthode directe) est effectuée en pondérant le taux de recours observé pour chaque classe d'âge dans le canton par la structure d'âge de la population de référence (ici, la population suisse de 2013)¹⁹. La standardisation permet ainsi de connaître quel serait le taux de recours dans un canton si sa population avait la même structure que la population suisse en 2013.

Après standardisation, les divergences persistent. Tandis que le taux suisse se situe toujours à 5,8%, les cantons de GE et de VD présentent les recours les plus bas en 2013, avec des taux de 4,4% (Figure 3.1). A l'opposé, les cantons de GL, AR, UR, SH, SZ et SG présentent les taux les plus élevés, compris entre 7,1 et 8,5%. Le recours aux longs séjours en EMS varie donc du simple au double selon les régions du pays.

Les autres cantons se situent dans la moyenne suisse, ou présentent un faible écart par rapport à la moyenne²⁰. De façon générale, tous les cantons latins excepté FR sont au-dessous ou dans la moyenne suisse tandis que les cantons alémaniques sont dans la moyenne suisse ou au-dessus. On retrouve donc le clivage connu entre l'est et l'ouest de la Suisse.

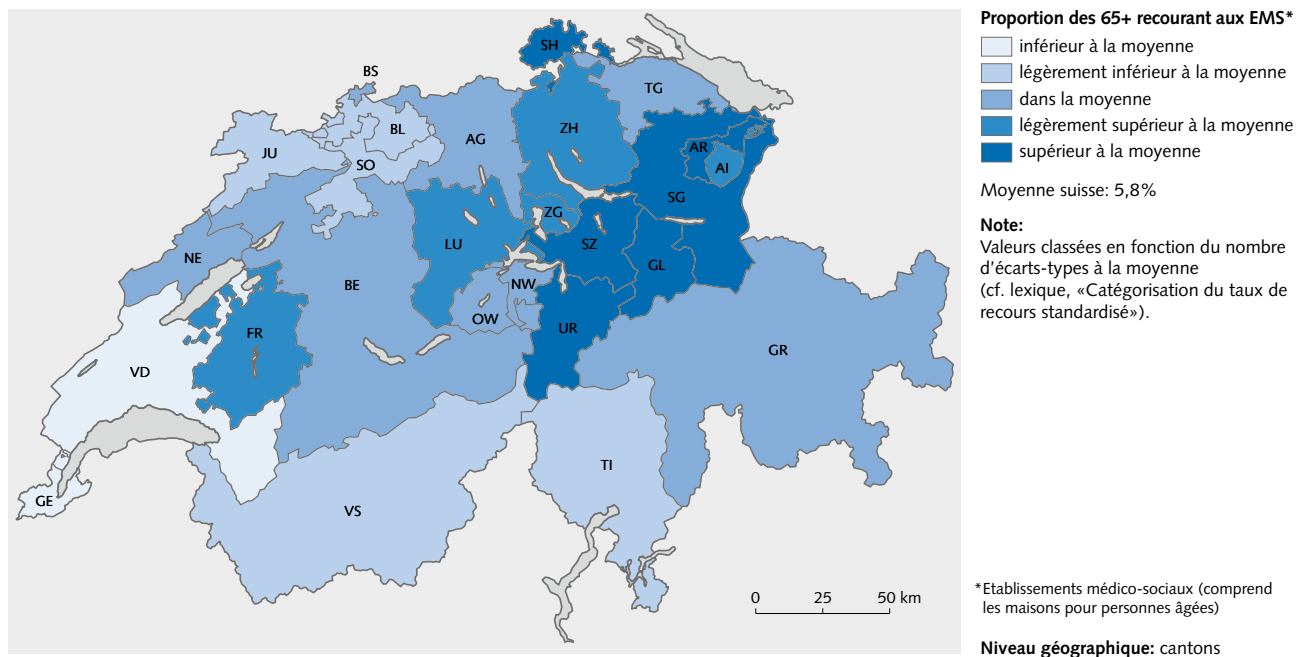
¹⁸ Voir lexique pour une définition.

¹⁹ Voir «taux de recours standardisé» dans le lexique pour une explication détaillée de la méthode de calcul.

²⁰ Les taux standardisés de tous les cantons se trouvent dans un tableau en annexe, Tableau 9.1.

Taux de recours standardisés aux EMS* des 65+, en 2013

Fig. 3.1



Sources: OFS – SOMED 2013; STATPOP 2013; calculs Obsan

© OFS, ThemaKart, Neuchâtel 2016

Si l'on considère l'offre, on observe des différences considérables entre les cantons concernant le nombre de places en long séjour²¹ pour 1000 habitants âgés de 65 ans et plus. En 2013, le taux varie de 48,4 (GE) à 123,3 places pour 1000 habitants (AR) (OFS 2015a). Les taux d'occupation des places en long séjour en EMS sont quant à eux compris entre 90,2% (AR) et 98,6% (GE) (OFS 2015a)²². Dans les cantons où l'offre est relativement modeste, le taux d'occupation est très élevé²³.

De manière générale, les taux d'occupation sont supérieurs en Suisse romande²⁴ où il est envisageable que certaines personnes âgées souhaitent entrer en EMS mais n'y trouvent pas de place. L'éventuelle saturation des EMS dans certaines zones du pays pourrait expliquer en partie les taux de recours inférieurs qui y sont observés. Par des phénomènes de vases communicants, dans ces cantons, les recours aux SASD et aux longs séjours en hôpitaux sont plus élevés (voir point 5.2 de la synthèse).

²¹ Nos résultats incluent les maisons pour personnes âgées, voir lexique.

²² Les données complètes concernant l'offre de places et le taux d'occupation par canton sont disponibles en annexe (Tableau 9.1).

²³ La corrélation entre ces deux variables est de -0,5, significative à 1%.

²⁴ Le taux d'occupation relativement faible du canton du Jura en 2013 s'explique par l'ouverture d'un établissement en milieu d'année. Or, les taux d'occupation se calculent sur la base du nombre de places au 31 décembre. Sans ce nouvel établissement, le taux d'occupation serait aussi très élevé dans le canton du Jura.

3.1.2 Rapprochement partiel des taux de recours cantonaux aux EMS

La Figure 3.2 montre comment les différences dans les taux de recours aux EMS ont évolué dans le temps. Différentes mesures de variation sont effectuées sur les taux des 26 cantons entre 2006 et 2013 pour mettre en évidence d'éventuelles tendances: l'évolution de la moyenne, du 10^e et du 90^e percentile, ainsi que les mesures de l'écart-type et du coefficient de variation (axe de droite; voir définition dans l'encadré ci-après).

Au fil du temps, le recours moyen aux EMS diminue assez régulièrement, passant de 6,4% à 5,8%, indiquant que la proportion de personnes en institution recule. En parallèle, le coefficient de variation passe de 18,1% en 2006 à 19,9% en 2013, signe que les divergences des pratiques cantonales demeurent, voire s'accroissent sur la période.

La stabilité du 10^e percentile indique que les 10% des cantons ayant le recours le plus faible aux placements en EMS restent proches d'un taux de 5% sur toute la période, ce qui suggère un éventuel socle incompressible aux alentours de cette valeur. Autrement dit, il pourrait être structurellement difficile de descendre très en-dessous d'un taux de recours en EMS de 5%. Le 90^e percentile diminue sur la période, mais moins vite que la moyenne, creusant l'écart entre les cantons ayant une

forte propension à recourir aux EMS et la moyenne suisse. L'analyse détaillée par canton (Figure 3.3) permet de voir dans quels cantons les taux ont le plus évolué.

Interprétation de l'écart-type et du coefficient de variation

L'écart-type est une mesure de la dispersion autour de la moyenne. Plus l'écart-type est grand, plus les valeurs sont largement dispersées autour de la moyenne. Un écart-type augmentant avec le temps signifie donc que les valeurs sont de plus en plus éparpillées, autrement dit, que les différences entre les valeurs augmentent.

Le coefficient de variation permet d'analyser la dispersion autour de la moyenne, même si les moyennes sont exprimées dans des unités différentes. Il est calculé en rapportant l'écart-type à la moyenne et s'exprime en pourcentage. Plus la valeur du coefficient est élevée, plus la dispersion autour de la moyenne est grande.

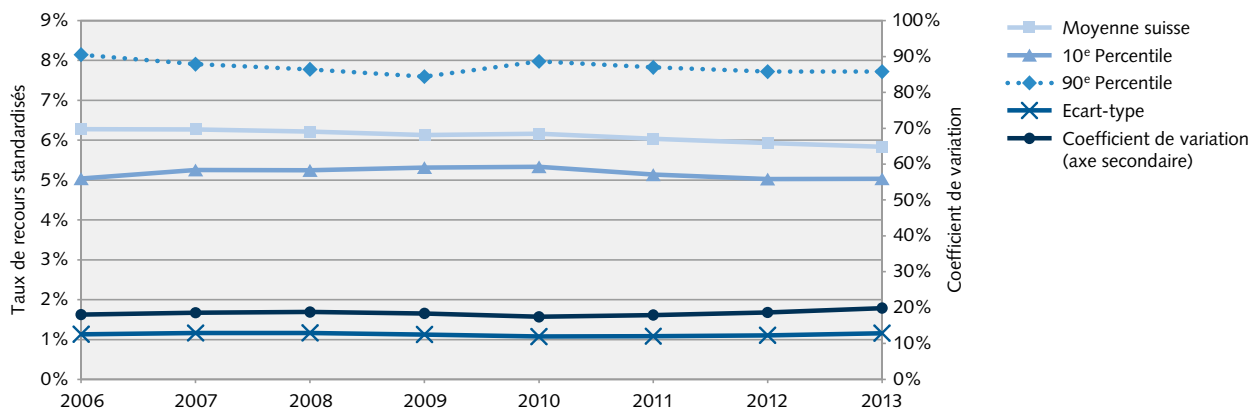
3.1.3 Recul du recours aux EMS dans la plupart des cantons

La plupart des cantons voient leur taux de recours aux EMS diminuer entre 2006 et 2013 (Figure 3.3). Parallèlement, le nombre de places en long séjour pour 1000 habitants diminue en moyenne suisse de 72,8 en 2006 à 64,8 places en 2013 (maisons pour personnes âgées incluses). Les reculs les plus importants sont enregistrés dans trois cantons de Suisse centrale (NW, OW, LU). Tous les trois figuraient parmi les dix cantons ayant les taux de recours les plus élevés en 2006.

Trois cantons enregistrent à l'inverse une croissance de leur recours aux EMS (AI, SZ, VS, GL). La hausse particulièrement forte dans le canton d'AI (+27,6%) s'explique par l'ouverture d'un EMS en 2007, faisant augmenter le nombre de places en long séjour de près de 50%.

Evolution des taux de recours standardisés aux EMS des 65+ dans les 26 cantons, 2006–2013

Fig. 3.2

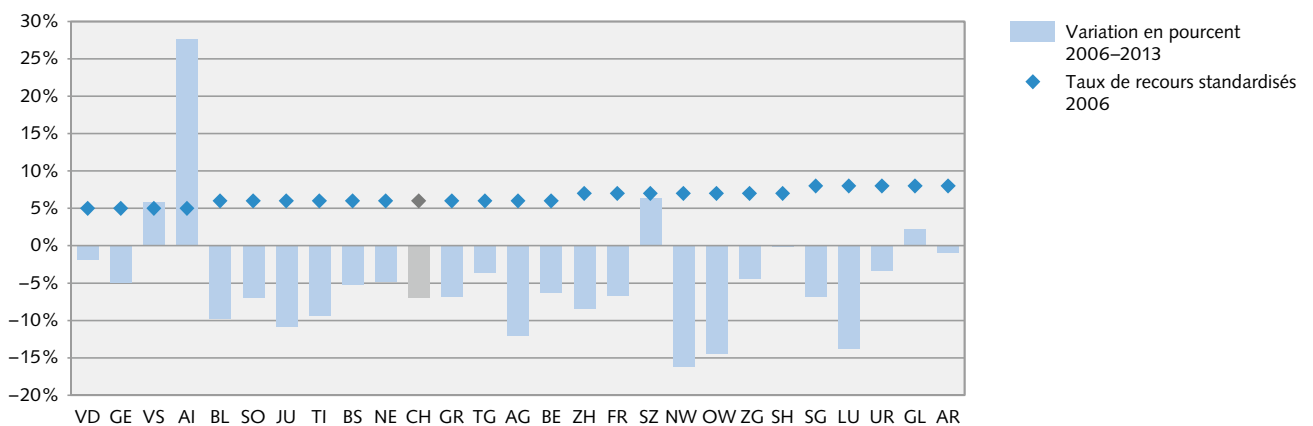


Source: OFS – SOMED 2006–2013; ESPOP 2006–2009; STATPOP 2010–2013

© Obsan 2016

Taux de recours standardisés des 65+ en 2006 et variation 2006–2013 en pourcent, par canton

Fig. 3.3



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

© Obsan 2016

Dans les petits cantons, l'augmentation même modérée du nombre de places peut avoir un effet important sur le taux de recours.

3.2 Age moyen à l'entrée

3.2.1 Différence de deux ans dans l'âge moyen à l'entrée

En Suisse en 2013, l'âge moyen à l'entrée en EMS est de 84,6 ans²⁵. D'un canton à l'autre, les âges moyens à l'entrée varient notablement (Figure 3.4). L'écart le plus important, observé entre ZG (83,3 ans) et VD (85,6 ans), est de deux ans et trois mois²⁶. Dans la plupart des cantons situés dans le quart nord-est de la Suisse (excepté OW), les résidents entrent plus tôt que la moyenne en EMS, tandis que ceux des cantons de GE, VD, JU, BS et OW y entrent plus tard que la moyenne.

Notons à ce propos que l'espérance de vie à 65 ans diffère également d'un canton à l'autre. Les écarts entre les valeurs les plus hautes et les plus basses sont de 1,4 ans pour les hommes et de 1,7 ans pour les femmes

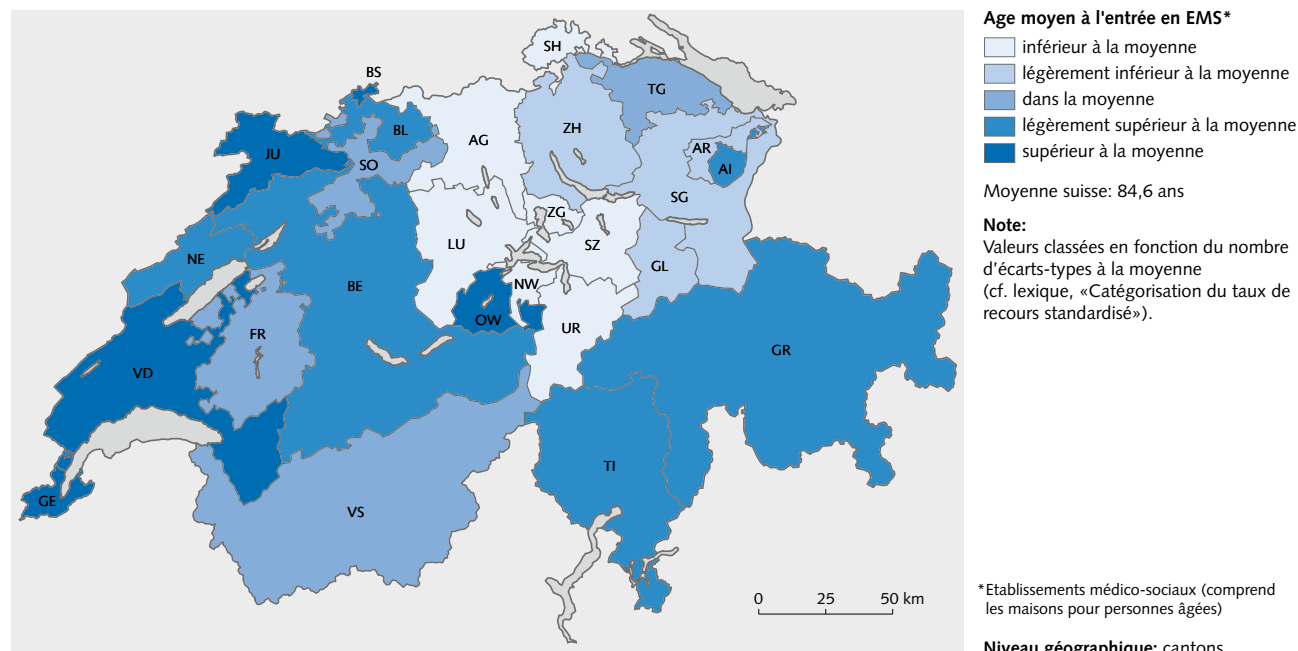
en 2012/2013²⁷ (OFS: BEVNAT, STATPOP), de sorte que dans certains cantons, une espérance de vie supérieure peut expliquer en partie un âge à l'entrée plus avancé et inversement. Toutefois, l'allongement de l'espérance de vie peut avoir une influence ambivalente. Si les mois de vie gagnés sont des mois en bonne santé, l'âge à l'entrée en EMS pourrait effectivement être retardé²⁸. Par contre, s'il s'agit d'un prolongement de la vie en mauvaise santé, l'âge à l'entrée pourrait rester le même mais la durée de vie en EMS être allongée²⁹.

Mode de calcul de l'âge à l'entrée

Seul le premier long séjour de chaque résident âgé d'au moins 65 ans est retenu pour le calcul de l'âge à l'entrée. L'hypothèse faite 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 anonyme, lequel permet de suivre les résidents dans leur parcours en EMS. 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.

Age moyen à l'entrée en EMS*, en 2013

Fig. 3.4



Source: OFS – SOMED 2013; calculs Obsan

© OFS, ThemaKart, Neuchâtel 2016

²⁵ 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. Voir également lexique.

²⁶ Les résultats cantonaux détaillés sur l'âge à l'entrée se trouvent en annexe (Tableau 9.1).

²⁷ Espérance de vie min. et max. Hommes: [83,4 ans (NE); 84,8 ans (NW)]; Femmes: [86,3 ans (AR); 88,0 ans (GE)].

²⁸ Voir par exemple Fries (1989) ou Jacobzone et al. (2000) pour une discussion des effets de compression ou d'expansion de la morbidité.

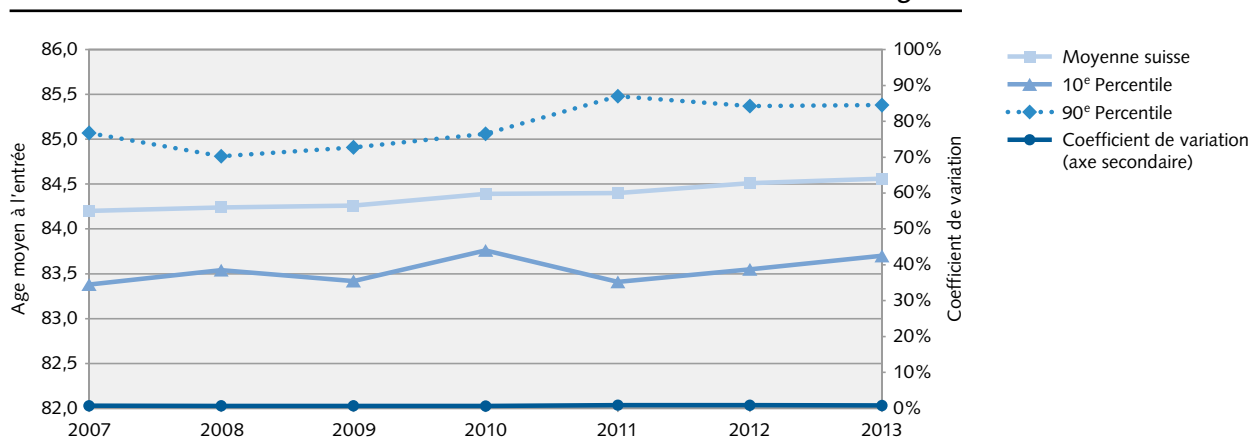
²⁹ Dans ce contexte, il n'est pas pertinent de standardiser l'âge à l'entrée en fonction de l'espérance de vie à 65 ans, mais en fonction de l'espérance de vie en bonne santé, information toutefois non disponible.

3.2.2 Différences stables dans le temps

Sur la période 2007–2013, l'âge moyen à l'entrée tend à augmenter légèrement (Figure 3.5). Les 10^e et 90^e percentiles suivent également cette tendance. L'écart-type (non représenté sur la figure) est faible et se situe autour de 0,6. Le coefficient de variation oscille entre 0,6 et 0,9% (axe de droite), ce qui signifie que les divergences cantonales restent assez stables. En d'autres termes, l'âge moyen à l'entrée augmente généralement, mais les différences régionales persistent dans le temps.

Evolution de l'âge moyen à l'entrée en EMS dans les 26 cantons, 2007–2013

Fig. 3.5



Source: OFS – SOMED 2007–2013

© Obsan 2016

3.3 Durée moyenne de séjour

La durée de séjour ne montre pas d'évolution statistique très marquée au niveau suisse, même si les experts affirment qu'elle se raccourcit. Au niveau des cantons, il est intéressant de constater que des divergences existent, mais qu'elles tendent à se réduire.

3.3.1 Ecart d'une année dans la durée moyenne de séjour

La durée de séjour moyenne varie entre 2,5 ans (GR) et 3,6 ans (SZ), soit un écart d'une bonne année. Des durées de séjour longues et courtes s'observent un peu partout sur le territoire, il est difficile ici de dégager une tendance géographique claire. En effet, même si les durées les plus longues sont enregistrées dans des cantons de Suisse centrale et de Suisse orientale (SZ, SH, AR et ZG), la durée la plus courte se trouve dans le canton des GR. Inversement, même si deux cantons romands (VD, NE) présentent les

durées parmi les plus courtes, d'autres cantons comme GE, JU et FR affichent des durées légèrement plus longues que la moyenne (Figure 3.6)³⁰.

Calcul de la durée de séjour

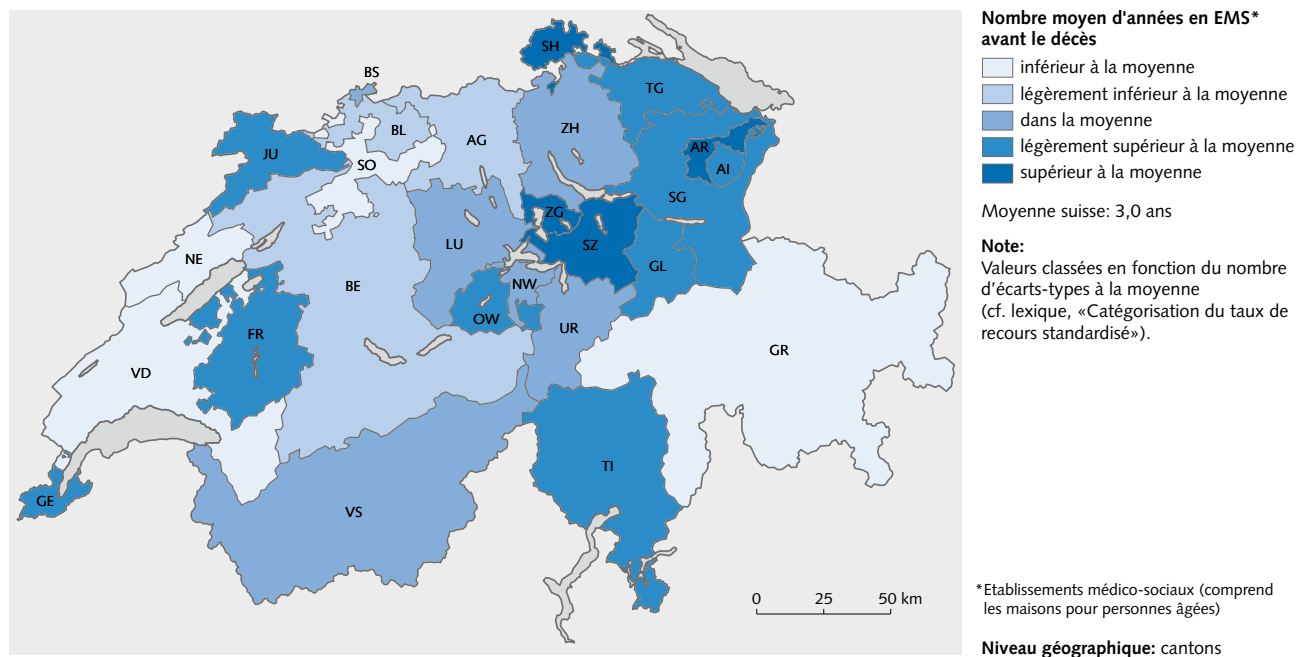
Pour le calcul de la durée de séjour, seuls les séjours se terminant par un décès sont retenus, afin de s'assurer qu'il s'agit du dernier séjour des résidents. L'année représente donc l'année de sortie par un décès du résident. Les durées moyenne et médiane de séjour sont calculées sur l'ensemble des résidents décédés durant la même année, après avoir écarté les résidents entrés en EMS avant leur 65^e anniversaire (se référer au lexique pour une explication plus détaillée)³¹.

³⁰ Les résultats cantonaux détaillés peuvent être consultés en annexe (Tableau 9.1).

³¹ Si la période d'analyse était plus longue, il serait intéressant de calculer la durée moyenne des séjours selon la date d'entrée, c'est-à-dire la durée de séjour des personnes entrées au cours de chacune des années de la première année (2006) et décédées durant la période d'observation, ceci afin de voir si les personnes récemment entrées présentent une durée de séjour raccourcie.

Durée moyenne de séjour en EMS* des 65+, en 2013

Fig. 3.6



Source: OFS – SOMED 2013; calculs Obsan

© OFS, ThemaKart, Neuchâtel 2016

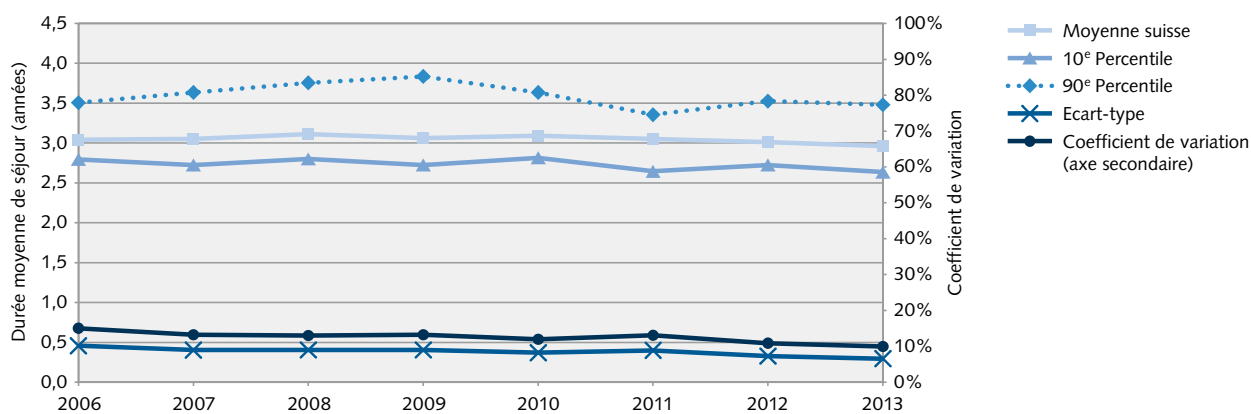
3.3.2 Rapprochement des cantons concernant la durée moyenne de séjour

Au fil du temps, les différences cantonales de durée de séjour s'amenuisent (Figure 3.7). La durée moyenne de séjour présente une amorce de diminution à partir de 2011. L'écart-type diminue, passant de 0,5 en 2006 à 0,3 en 2013, ce qui signifie qu'une majorité des cantons se rapprochent de la moyenne. Ceux qui sont situés dans les extrêmes ne suivent pas cette tendance comme l'illustre le fait que le 10^e percentile et le 90^e percentile

tendent à s'éloigner de la moyenne. L'analyse du coefficient de variation confirme que les divergences cantonales tendent à diminuer. En effet, l'écart-type diminue plus fortement que la durée moyenne de séjour, de telle sorte que le coefficient de variation passe de 15,0% en 2006 à 10,0% en 2013.

Evolution de la durée moyenne de séjour en EMS dans les 26 cantons, 2006–2013

Fig. 3.7



Source: OFS – SOMED 2006–2013

© Obsan 2016

3.4 Besoin en soins

3.4.1 Fortes divergences cantonales en termes de minutes de soins quotidiens

Le nombre de minutes de soins quotidiens est utilisé dans ce rapport comme un indicateur de la lourdeur des cas. Cependant tous les cantons n'utilisent pas le même instrument pour évaluer le nombre de minutes de soins quotidiens. La plupart des cantons romands utilisent l'échelle PLAISIR, tandis que les régions alémaniques appliquent les échelles BESA ou RAI-RUG. Notons que l'outil PLAISIR évalue le besoin en soins, tandis que les autres se réfèrent aux soins donnés. Or, une partie des soins requis peuvent ne pas être dispensés, ce qui peut créer une distorsion entre les instruments d'évaluation. Des comparaisons ont montré qu'il n'y a pas une concordance totale entre les outils, sans qu'il soit réellement possible de dire si l'un des outils évalue systématiquement plus haut ou plus bas que les autres³². Si ces différences existent, elles ne sauraient expliquer toute l'ampleur des différences observées entre l'est et l'ouest de la Suisse.

Le nombre moyen de minutes de soins quotidiens varie en effet considérablement selon le canton, entre 76 minutes (AI) et 170 minutes (VD), soit une différence

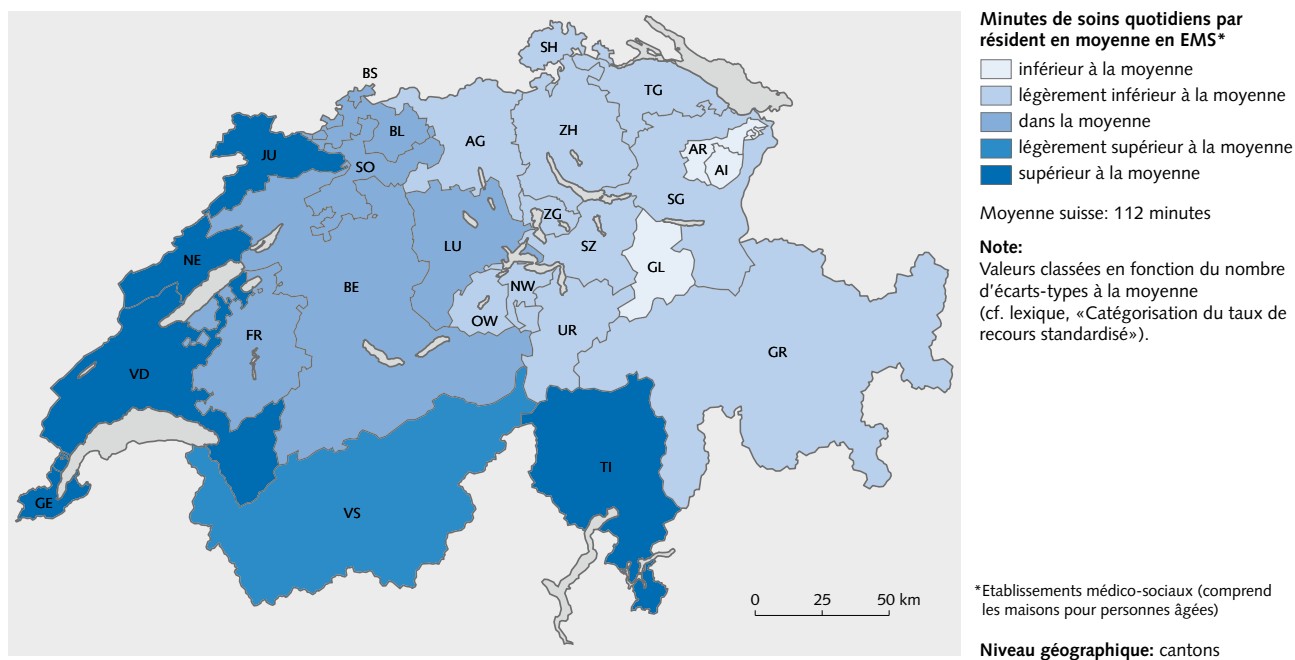
de plus d'une heure et demie par jour. Les cantons de VD, GE, JU, NE et le TI enregistrent des durées de soins supérieures à la moyenne suisse (112 minutes par jour). A l'opposé, les cantons d'AR et d'AI ainsi que de GL présentent les durées les plus basses (Figure 3.8)³³.

Ainsi, les quatre cantons qui utilisent l'instrument PLAISIR sont aussi les quatre cantons qui enregistrent les plus hauts niveaux de soins. Par contre, le canton du TI dont le niveau est aussi parmi les plus élevés utilise quant à lui l'instrument RAI-RUG et le VS, dont le niveau est légèrement supérieur à la moyenne, utilise le système BESA-points.

L'évolution dans le temps du besoin en soins ne peut être calculée, car les données nécessaires ne sont disponibles que depuis 2012 (sans toutefois que cette première année soit fiable). Les indicateurs de dispersion ne sont donc indiqués que pour l'année 2013 (Tableau 3.1). Avec un coefficient de variation de 24,2% en 2013, le nombre de minutes de soins quotidiens est l'indicateur où la dispersion autour de la moyenne est la plus élevée, ce qui signifie que les différences entre les cantons sont particulièrement fortes en ce qui concerne cet aspect de la prise en charge en EMS.

Nombre moyen de minutes de soins quotidiens des 65+ en EMS*, en 2013

Fig. 3.8



Source: OFS – SOMED 2013; calculs Obsan

© OFS, ThemaKart, Neuchâtel 2016

³² Voir par exemple l'arrêt du tribunal fédéral ATF 2C_333/2012 du 5 novembre 2012 dans le canton de BS ou encore Seematter-Bagnoud et al. 2012 pour la comparaison de ces instruments.

³³ Les résultats cantonaux détaillés se trouvent en annexe (Tableau 9.1).

Tab. 3.1 Nombre de minutes de soins quotidiens en EMS dans les 26 cantons, 2013

	Médiane
Moyenne suisse	112,0
10 ^e percentile	85,2
90 ^e percentile	161,0
Coefficient de variation	24,2%
Ecart-type	27,1

Source: OFS – SOMED 2013

© Obsan 2016

3.4.2 Grandes différences entre les cantons quant à la proportion de personnes relativement peu dépendantes en EMS

Même si le nombre moyen de minutes de soins quotidiens est déjà très évocateur des divergences cantonales en matière de niveau de soins dans les EMS, il est aussi interpellant de regarder la proportion de résidents qui ne nécessitent pas de soins LAMal ou très peu (niveaux 1 et 2 OPAS, soit jusqu'à 40 minutes de soins quotidiens)³⁴.

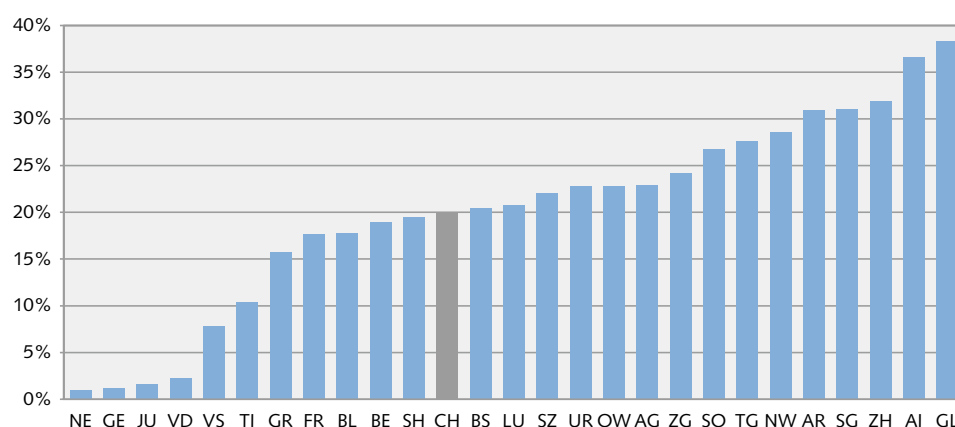
Tandis que la moyenne suisse se situe à 20,1% de résidents de 65 ans et plus en EMS ne nécessitant pas plus de 40 minutes de soins quotidiens, les pourcentages vont de 1% pour le canton de NE à 38,3% pour le canton de GL. Tous les cantons romands sauf FR présentent une valeur inférieure à la moyenne (située à

<0,5 écart-type) et quatre cantons de Suisse orientale (GL, AI, AR, SG), ainsi que le canton de ZH, enregistrent une valeur supérieure à la moyenne (>0,5 écart-type; carte non présentée). Les quatre cantons romands (NE, GE, JU, VD) utilisent l'échelle PLAISIR. En comparaison avec les autres cantons, cet instrument pourrait amener à une sous-estimation du nombre de personnes avec pas ou peu de besoins en soins, sans toutefois que cela puisse remettre en cause la position de ces cantons dans le classement.

La plupart du temps, les cantons qui présentent un nombre moyen de minutes de soins quotidiens élevé enregistrent une faible proportion de résidents peu dépendants de soins. En ce sens, le canton des GR est assez atypique puisqu'il présente un nombre moyen de minutes de soins légèrement inférieur à la moyenne (cf. Figure 3.8) mais aussi une proportion de résidents peu dépendants légèrement inférieure à la moyenne.

3.5 Interactions entre âge, durée et niveau de soins en EMS

Dans ce chapitre, nous examinons les interactions entre les trois paramètres de la prise en charge en EMS, à savoir la durée de séjour, l'âge à l'entrée et le besoin en soins.

Pourcentage de résidents 65+ en EMS pas ou peu dépendants de soins (0 – 40 minutes par jour), par canton, 2013**Fig. 3.9**

Source: OFS – SOMED 2013

© Obsan 2016

³⁴ On considère ici tous les résidents durant l'année et pas uniquement les résidents qui séjournent en EMS au 31 décembre. Les résidents qui décèdent durant l'année sont inclus et leur niveau de soins est généralement supérieur. Le pourcentage de résidents pas ou peu dépendants de soins est donc inférieur à ce qu'il aurait été s'il avait été calculé sur la base des résidents en établissement au 31 décembre. Il s'agit en d'autres termes d'une valeur conservatrice.

3.5.1 Nombre de minutes de soins et âge à l'entrée

Lorsque les personnes âgées entrent tardivement en EMS, on s'attend à ce qu'elles soient plus dépendantes et donc à ce qu'il y ait un lien entre l'âge à l'entrée et le niveau de soins. Ce phénomène est particulièrement marqué en Suisse latine (Figure 3.10).

Une relation statistique positive existe entre l'âge à l'entrée et le nombre moyen de minutes de soins quotidiens (coefficient de corrélation de 0,61, significatif à 1%, voir encadré à la section 3.5.3). Plus l'entrée est tardive, plus le niveau de soins est élevé. Cela est surtout vrai pour les cantons latins où la relation est très forte (coefficient de corrélation de 0,97, significatif à 1%). En revanche, pour les cantons alémaniques, la relation entre l'âge à l'entrée et le niveau de soins est moins nette (coefficient de corrélation de 0,21, non-significatif). A noter que la plupart des cantons romands (GE, JU, NE, VD) utilisent l'instrument PLAISIR³⁵, ce qui peut dans une certaine mesure influencer le résultat.

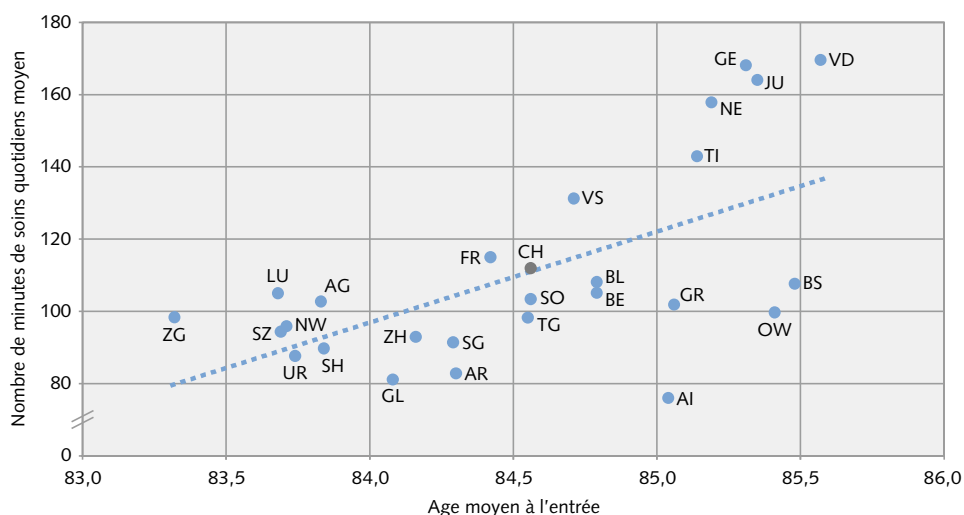
3.5.2 Durée de séjour et âge à l'entrée

Lorsque les personnes entrent tardivement en EMS, on pourrait imaginer qu'elles y séjournent moins longtemps. La corrélation entre l'âge moyen à l'entrée et la durée de séjour est faible et peu significative (coefficient de corrélation de $-0,33$, significatif à 10%, voir encadré à la section 3.5.3). Cela suggère un lien ténu entre une entrée en EMS tardive et une durée de séjour plus courte. On observe en effet la coexistence de différents cas de figure, qui montrent que ce lien n'est pas univoque et que d'autres facteurs que l'âge à l'entrée influencent la durée de séjour, dont possiblement des facteurs liés à l'offre.

Parmi les cas de figure contradictoires, notons par exemple que dans les cantons de Suisse centrale, les résidents de LU, NW et UR réalisent des séjours en EMS de moyenne durée malgré une entrée précoce, contrairement aux résidents de ZG et SZ qui, avec une entrée au même âge, séjournent plus longtemps que la moyenne. A l'opposé de l'échelle, OW tout comme GE et JU se distinguent par un âge à l'entrée élevé et une durée de séjour supérieure à la moyenne, tandis que les résidents de NE et VD entrent tardivement en EMS et y séjournent moins longtemps. Pour le canton de GE, cette situation s'explique peut-être par l'espérance de vie à 65 ans la plus élevée de Suisse pour les femmes et la deuxième plus haute pour les hommes (OFS: BEVNAT, STATPOP).

Lien entre l'âge à l'entrée et le nombre de minutes de soins quotidiens en EMS, par canton, 2013

Fig. 3.10

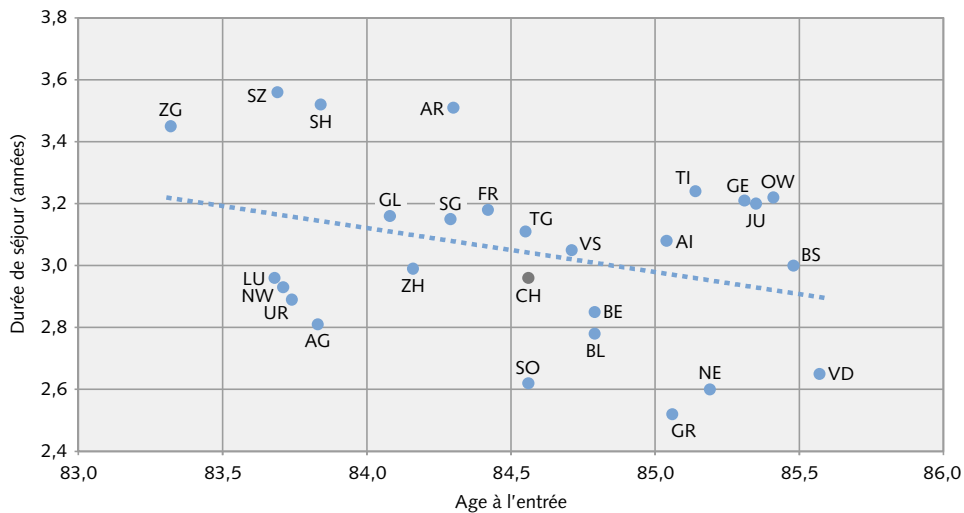


Source: OFS – SOMED 2013

© Obsan 2016

³⁵ La principale différence provient du fait que PLAISIR évalue les besoins en soins tandis que RAI évalue les soins donnés. Cette différence peut engendrer des besoins en soins statistiquement plus élevés dans les cantons utilisant PLAISIR par rapport aux cantons utilisant RAI si, pour un motif ou un autre, il y a un décalage (à la baisse dans notre exemple) entre les besoins en soins évalués et les soins reçus. Dans un tel cas, avec RAI le patient sera dans une catégorie OPAS inférieure qu'avec PLAISIR.

Lien entre l'âge à l'entrée et la durée de séjour en EMS, par canton, 2013 Fig. 3.11



Source: OFS – SOMED 2013

© Obsan 2016

3.5.3 Vue d'ensemble des corrélations entre âge, durée et niveau de soins

Comme nous l'avons vu, il existe une relation positive entre l'âge à l'entrée et le nombre moyen de minutes de soins quotidiens en particulier pour les cantons romands, ainsi qu'une faible corrélation négative entre l'âge à l'entrée et la durée de séjour. On ne trouve par contre pas de corrélation significative entre le nombre de minutes de soins quotidiens et la durée moyenne de séjour (encadré ci-contre). Notons que l'absence de corrélation pourrait être liée au fait que la durée de séjour est calculée uniquement sur les résidents sortant (par décès), tandis que le nombre de minutes de soins se calcule sur l'ensemble des résidents³⁶.

La matrice de corrélation donne un premier aperçu des relations entre deux variables. Pour se faire une idée plus précise, il faudrait vérifier si les liens persistent lorsque l'on contrôle pour l'effet d'autres variables. Il s'agirait par exemple de vérifier si le lien entre l'âge à l'entrée et le nombre de minutes de soins persiste lorsque l'on tient compte du taux de recours aux EMS. La manière dont les différentes variables interagissent

entre elles ne peut pas être examinée plus en avant avec les méthodes linéaires. Une régression multiple ne serait par exemple pas adéquate du fait qu'il n'y a pas une variable expliquée et des variables explicatives, mais des caractéristiques qui évoluent ensemble. Dans ce contexte, une analyse à l'aide d'une méthode de classification, comme celle qui est proposée en synthèse (chapitre 5.2) est plus appropriée.

Matrice des coefficients de corrélation des caractéristiques des séjours en EMS

	Age à l'entrée	Durée de séjour	Minutes de soins quotidiens
Age à l'entrée	1,00	-0,33*	0,61***
Durée de séjour		1,00	-0,24
Minutes de soins quotidiens			1,00

Notes: *** significatif à 1%, ** significatif à 5%, * significatif à 10%, sans étoile: non significatif

Source: OFS – SOMED 2013

© Obsan 2016

³⁶ Notons également une corrélation négative entre le taux de recours aux EMS et le nombre de minutes de soins: lorsque le taux de recours est faible, le besoin en soins est élevé et inversement (-0,74, significatif à 1%). Un autre élément qui pourrait être lié avec le niveau de soins est le fait que le patient décède en EMS ou non. Si dans un canton, relativement beaucoup de résidents décèdent en EMS, on peut s'attendre à ce que le niveau moyen de soins soit supérieur. Le pourcentage de résidents décédés varie de 15,9% (SH) à 23,8% (SO), avec une moyenne suisse de 21,4%. Le pourcentage des cantons romands est généralement supérieur. Toutefois, on ne trouve pas de corrélation significative entre le niveau de soins et la proportion de résidents décédés en EMS (coefficient de 0,14, non significatif).

4 Prise en charge par les SASD

Les SASD fournissent deux types de prestations:

- des soins OPAS, comprenant les soins de base, les examens et traitements, l'évaluation et les conseils, ainsi que les soins aigus et de transition;
- de l'aide à domicile, comprenant l'aide au ménage, les repas à domicile et l'accompagnement.

L'objectif de ce chapitre est d'examiner les différences cantonales, d'une part dans le recours aux SASD, d'autre part dans le recours à chacun des deux types de prestations – aide et soins (section 4.1). Ce taux de recours représente la proportion d'habitants qui sollicitent les SASD, mais pas le temps ni l'étendue des prestations qui leur sont consacrés. Cet aspect est analysé à la section 4.2, par l'intermédiaire du nombre d'heures dispensées par client dans les cantons. L'évolution des différences cantonales entre 2007³⁷ et 2013 est analysée en parallèle dans les différentes sections. Les données proviennent de la statistique SPITEX (voir encadré ci-dessous concernant les limites de cette statistique).

En préambule, il faut signaler que les SASD sont organisés diversement selon les cantons, ce qui peut expliquer en partie les différences de recours entre les cantons. En effet, les experts soulignent que l'ouest de la Suisse a eu une forte volonté politique de développer les SASD et de redéfinir les rôles entre les SASD, les EMS et les hôpitaux. Ces politiques sont plutôt centralisées et top-down, avec une vision du développement des SASD pour l'ensemble du canton. Dans ces cantons romands, les fusions ont fait que les organisations SASD sans but lucratif sont généralement peu nombreuses (voire uniques) et plus grandes que dans d'autres cantons.

Toujours selon les experts, dans les cantons alémaniques, ce sont souvent les communes qui ont la charge de la planification médico-sociale. Le canton interviendrait donc peu dans le développement et l'organisation des SASD. Les experts mentionnent cependant que

dans beaucoup de communes, aucune planification n'est menée. En outre, ces cantons ont en général un grand nombre de petites organisations, ce qui peut potentiellement ralentir la prise de décision et la coordination en vue de réformes. De plus, au vu de leur taille, ces organisations n'ont pas la possibilité d'offrir la même palette de prestations que les organisations plus grandes.

Limites des données de la Statistique Spitex

Jusqu'en 2009, la SPITEX ne prenait en compte que des institutions sans but lucratif (ISBL); à partir de 2010, les institutions avec but lucratif (IABL) et les infirmiers et infirmières indépendants sont intégrés dans le relevé, ce qui cause une rupture dans la série temporelle. De manière à pouvoir examiner l'évolution des SASD sur l'ensemble de la période 2007–2013, les analyses ne portent que sur les institutions sans but lucratif (ISBL). Comme les ISBL représentent la plus grande partie du marché (85%, voir Figure 4.11, page 37), on peut, dans une certaine mesure, considérer leur évolution comme étant représentative de l'évolution de l'ensemble des SASD. Il faut cependant avoir à l'esprit que les organisations privées, qui font de plus en plus leur entrée sur le marché, ne sont pas tout à fait comparable aux ISBL, notamment puisqu'elles travaillent avec des concepts et des prestations supplémentaires aux ISBL (voir à ce sujet Reck 2015, chap. 5.5).

Une seconde limite concerne les organisations actives dans plusieurs cantons. Les données de celles-ci sont relevées selon le canton d'établissement de l'institution et non pas selon le canton de domicile du client. Certains résultats peuvent être ainsi surévalués dans le canton d'établissement, lorsqu'une organisation implantée dans ce canton délivre des prestations dans d'autres cantons.

En outre, la statistique SPITEX ne donne aucune information sur l'âge moyen des clients à leur première prise en charge par les SASD, sur la durée de la prise en charge ou encore sur le niveau moyen de soins délivrés aux clients. Ces caractéristiques de la prise en charge en SASD ne peuvent donc pas être comparées avec celles de la prise en charge en EMS. Le seul indicateur disponible du besoin en soins des clients est le nombre d'heures de prestations fournies. Notons finalement que 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 fournies.

D'autres limites sont présentées dans le lexique (voir «Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX) de l'OFS »).

³⁷ La SPITEX n'est publiée par l'OFS qu'à partir de 2007 (voir «Statistique SPITEX» dans le lexique pour une définition), raison pour laquelle l'année 2006 ne fait pas partie de l'analyse.

4.1 Importance du recours aux SASD

4.1.1 Recours aux SASD plus important en Suisse romande

En 2002 déjà, on observait un clivage marqué entre la Suisse romande et la Suisse allemande (Jaccard Ruedin et al. 2006). Si cette frontière s'est un peu déplacée vers l'est, les différences entre cantons sont toujours fortes en 2013.

La proportion de personnes âgées faisant appel aux SASD en Suisse en 2013 est de 13,7% (organisations SASD de toutes formes juridiques confondues). C'est dans le canton de NW que cette proportion est la plus basse (7,8%) et dans le canton du JU qu'elle est la plus haute (19,2%)³⁸. Le recours aux SASD par les personnes âgées varie ainsi du simple ou double, voire du simple au triple, entre certains cantons³⁹. Ces taux sont

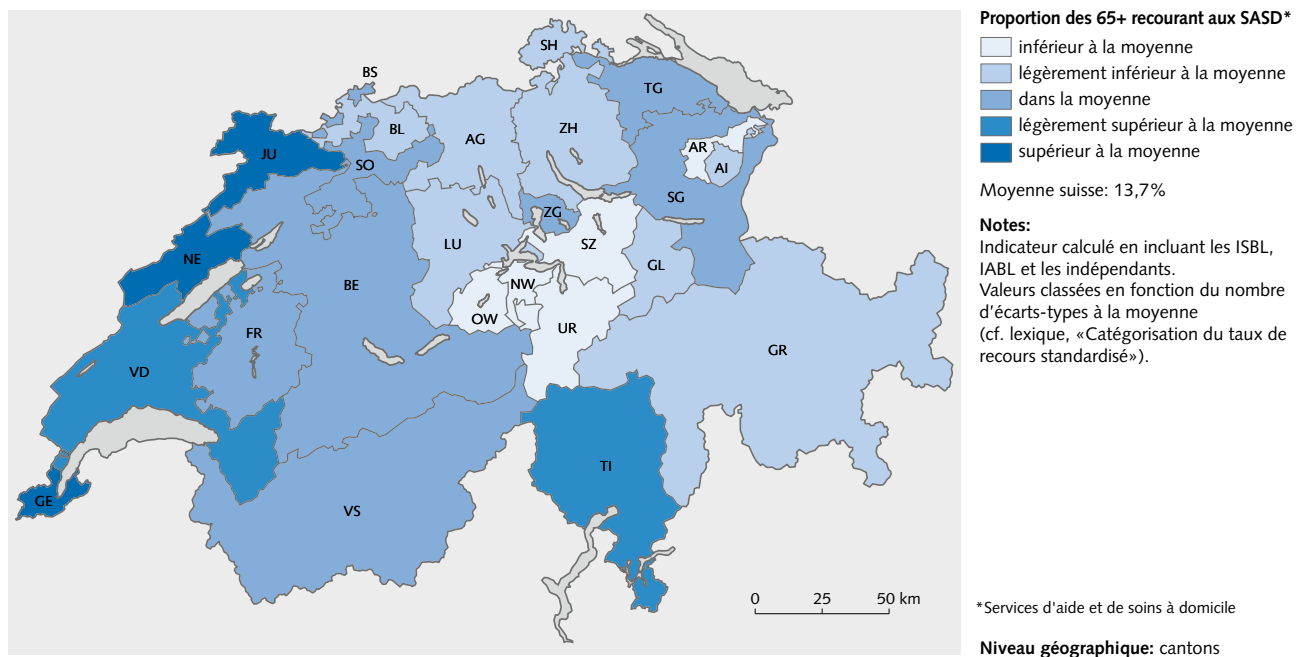
cependant bruts et sont influencés par la structure des populations cantonales. Dans ce qui suit, les taux sont standardisés afin de neutraliser cet effet démographique (voir encadré dans la section 3.1 et lexique).

Même après correction, on observe toujours une forte différence dans le recours aux SASD entre les régions de Suisse (taux de recours standardisés, Figure 4.1). Le pays se partage selon un axe allant du nord-ouest vers le sud-est, le long d'une ligne partant du JU, longeant les cantons de SO, BE et VS et se terminant au TI.

Dans les régions de l'ouest de la Suisse, composées des cantons de GE, VD, (NE), JU et TI, la proportion de personnes âgées ayant recours aux SASD est supérieure à la moyenne. Les taux de recours standardisés dépassent même les 19% dans les cantons de GE, (NE) et JU. Les cantons de BE, FR, SO et VS ont aussi des taux de recours légèrement supérieurs à la moyenne suisse.

Taux de recours standardisés aux SASD* des 65+, en 2013

Fig. 4.1



Sources: OFS – SPITEX 2013; STATPOP 2013; calculs Obsan

© OFS, ThemaKart, Neuchâtel 2016

³⁸ Les données indiqueraient en réalité que c'est le canton de NE qui a le recours le plus haut de Suisse (21,2%). Ce taux est cependant surévalué en raison d'un problème de double comptage d'un certain nombre de clients. Les infirmières indépendantes se partagent en effet souvent les clients, ce qui amène à ce que les mêmes clients soient comptés deux fois. Comme le confirment les responsables cantonaux, ce biais est particulièrement important à Neuchâtel au vu du nombre exceptionnel d'infirmières indépendantes (100). Nous avons par conséquent décidé de commenter les résultats de NE avec réserve. Le canton est ainsi indiqué entre parenthèses dans le texte lorsque cette réserve s'applique.

³⁹ Les taux de recours bruts peuvent être consultés au Tableau 9.2 en Annexe 2.

Dans les régions de Suisse, situées à l'est de cet axe, la proportion de personnes âgées faisant appel aux SASD (avec et sans but lucratif) est en général inférieure à la moyenne (à l'exception des trois cantons TG, SG et ZG). Cette proportion est particulièrement basse dans les cantons d'OW, NW, UR, SZ et AR. Dans cette zone, moins de 9% des personnes âgées bénéficient de prestations des SASD. Cet îlot quasi sans prestations de soins à domicile soulève des questions, notamment celle de qui, en-dehors des EMS, assure l'aide et les soins dans ces régions. Les proches, le personnel migrant et/ou les milieux associatifs y jouent vraisemblablement un rôle important.

4.1.2 Pas de rapprochement des taux de recours cantonaux

L'analyse de l'évolution du taux de recours (aux ISBL) entre 2007 et 2013 montre que les situations cantonales n'ont pas convergé et que l'évolution a été très hétérogène entre les cantons.

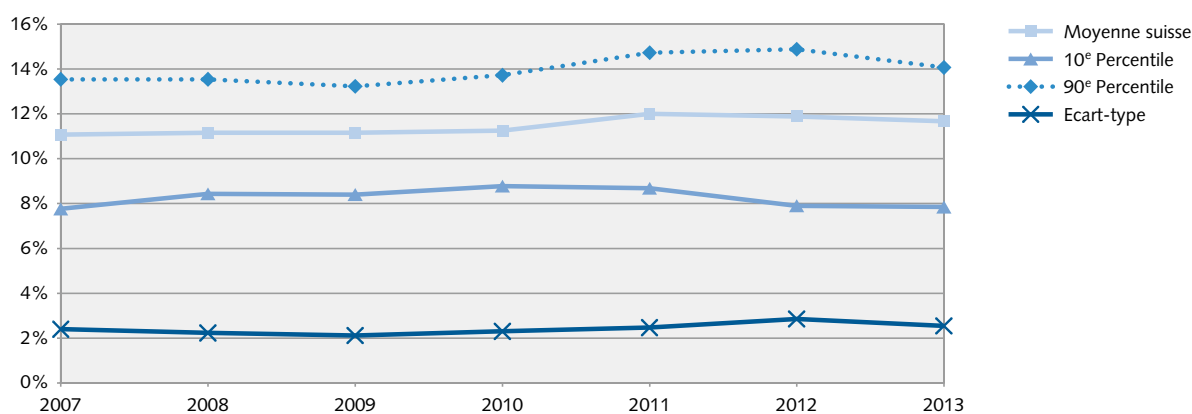
Les données ne montrent aucune convergence des taux de recours entre les cantons. Au contraire, les différences ont augmenté entre 2007 et 2013: en 2007, la différence entre le 10^e et le 90^e percentile était de

5,8 points de pourcentage et elle est de 6,2 points en 2013 (Figure 4.2). De plus, l'écart-type, qui mesure la dispersion du taux de recours entre les cantons, augmente sur la même période. A noter que lorsqu'on analyse l'évolution pour l'ensemble des organisations (ISBL, IABL et indépendants, Figure 9.3, Annexe 2), on observe une divergence encore plus marquée⁴⁰. Autrement dit, l'absence de convergence ne provient pas de l'absence des organisations à but lucratif (IABL) dans l'analyse. Au contraire, on observe que les IABL ont tendance à se développer là où les ISBL sont déjà bien présentes et contribuent ainsi à accentuer l'écart entre les régions.

Cette divergence dans les taux de recours peut être le reflet de deux éléments. D'une part, les politiques cantonales peuvent ne pas avoir évolué dans le même sens, certains cantons misant fortement sur les SASD pour la prise en charge des personnes âgées et d'autres comptant davantage sur d'autres types de structures ou sur l'aide des proches. D'autre part, les préférences de la population face aux structures proposées peuvent différer entre les cantons: les experts mentionnent, par exemple, qu'en Suisse romande et dans les villes, l'aide extérieure à la famille est plus facilement acceptée que dans le reste de la Suisse, où l'aide des proches est préférée et plus présente.

Evolution des différences intercantionales du taux de recours SASD standardisé des 65+, ISBL, 2007–2013

Fig. 4.2



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

© Obsan 2016

⁴⁰ Dans le détail, on peut relever que l'augmentation des différences est plus forte pour les 80+ et pour les soins OPAS. Elles ont très légèrement diminué dans le recours à l'aide à domicile.

4.1.3 Développement variable des SASD selon les cantons

L'évolution dans le temps du taux de recours⁴¹ est ici analysée par canton. La Figure 4.3 montre la variation en pourcent du taux de recours aux SASD sans but lucratif (ISBL)⁴² entre 2007 et 2013 (bâtons) et met en parallèle le taux de recours à l'année de départ (2007) (losanges). Les cantons sont classés dans l'ordre croissant des taux de recours de 2007. L'évolution est très variable selon les cantons. On constate autant des hausses que des baisses du recours aux SASD publics sur la période. En moyenne, le taux de recours augmente de 5,4% entre 2007 et 2013.

Recul marqué du recours aux ISBL dans trois cantons

Les cantons d'UR et AR (et dans une moindre mesure NW, AG, LU et BL) ont vu leur taux de recours diminuer entre 2007 et 2013, alors que leur taux de recours de 2007 était inférieur à la moyenne suisse. Comme leur population vieillit (voir chapitre 1), il se peut que le développement des SASD n'ait pas pu suivre le rythme du vieillissement démographique, ce qui se traduit mathématiquement par une baisse du taux de recours. Les experts mentionnent par exemple que dans un canton, l'organisation SASD a fait face durant cette période à des problèmes organisationnels, lui empêchant d'élargir son offre.

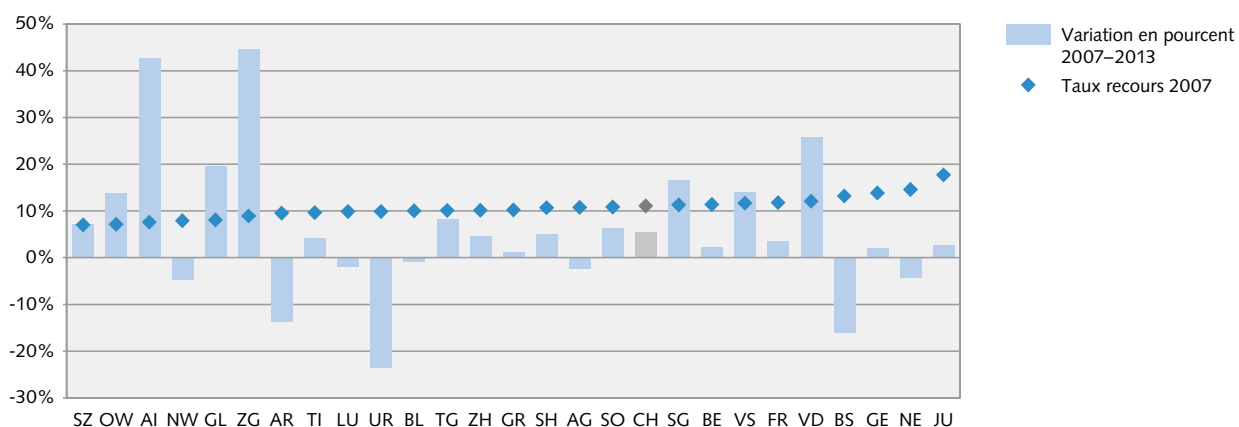
Le taux de recours a aussi diminué dans le canton de BS (et dans une moindre mesure NE), mais ceux-ci maintiennent un taux de recours supérieur à la moyenne. Les experts mentionnent aussi que les organisations IABL se sont fortement développées dans le canton de BS et qu'un transfert d'activité entre les ISBL et les IABL a eu lieu. A noter que, faute de données sur l'ensemble de la période, nous ne pouvons rendre compte du développement des IABL. Plusieurs experts mentionnent cependant leur important développement dès 2010.

Hausses marquées du recours aux ISBL dans sept cantons

Les autres cantons ont vu leur taux de recours augmenter entre 2007 et 2013. Deux types de cantons se distinguent: d'une part, les cantons d'AI et ZG (et dans une moindre mesure GL et OW), qui avaient un taux de recours relativement bas en 2007 et qui ont fortement développé leurs SASD. Ces cantons ont consenti un effort de rattrapage durant cette période. D'autre part, les cantons de SG, VS et VD, qui avaient déjà un taux de recours supérieur à la moyenne en 2007 et qui ont continué à fortement développer leurs SASD.

Taux de recours standardisés 2007, évolution des taux de recours standardisés 2007–2013, ISBL, 65+, par canton

Fig. 4.3



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

© Obsan 2016

⁴¹ Pour rappel, le taux de recours étant standardisé, l'effet de la structure démographique sur le taux de recours est supprimé.

⁴² Ne connaissant pas le taux de recours aux IABL en 2007, nous ne pouvons pas suivre l'évolution de ce taux de recours entre 2007 et 2013.

4.1.4 Combinaisons variables de soins et d'aide à domicile

Les cantons divergent non seulement dans le recours général aux SASD, mais aussi dans le recours aux deux types de prestations que sont d'une part les soins OPAS et d'autre part l'aide à domicile⁴³.

Le recours aux soins OPAS est supérieur à la moyenne (CH: 11,7%) à l'ouest de la Suisse, avec des taux standardisés allant de 12,9% (FR) à 15,7% (GE) (voir Figure 9.1 en Annexe 2). Il est plutôt faible à l'est de la Suisse, avec un taux minimum de 6,2% dans le canton d'UR. Autrement dit, la proportion de personnes âgées bénéficiant de soins fournis par les SASD varie du simple au double selon les régions.

L'aide à domicile est, quant à elle, particulièrement développée en Suisse orientale ainsi que dans les cantons de GE, JU et BS, avec un taux standardisé maximal de 9,9% dans le JU (Figure 9.2 en Annexe 2). Dans le reste de la Suisse, ce taux est dans ou en-dessous de la moyenne (CH: 6,2%).

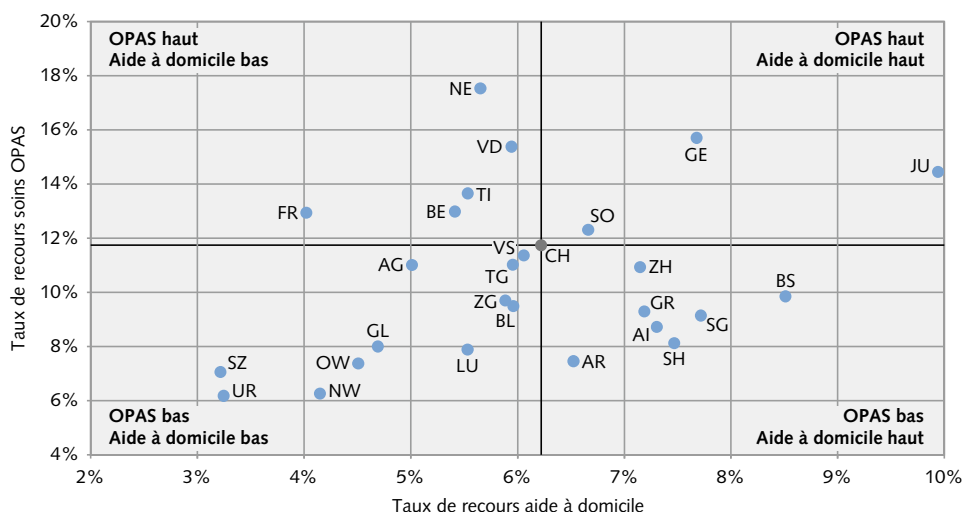
Ainsi, la combinaison des soins OPAS et de l'aide à domicile (toutes formes juridiques confondues) est différente selon les cantons et le développement de l'un n'est pas toujours lié au développement de l'autre⁴⁴. On distingue quatre groupes de cantons (Figure 4.4):

- Les cantons – notamment de Suisse centrale – qui ont un faible recours aux deux prestations (cadran en bas à gauche).
- Les cantons comme GE et JU, qui ont fortement développé les deux prestations (cadran en haut à droite).
- Les cantons qui mettent l'accent sur les soins, les prestations de soins OPAS étant proportionnellement plus développées que l'aide à domicile (VD, FR, TI, BE, NE; cadran en haut à gauche).
- Les cantons où, même si le recours à l'aide à domicile est, comme dans tous les cantons, inférieur au recours aux soins OPAS, l'aide à domicile y est proportionnellement plus développée (cadran en bas à droite; en particulier AR, SH, BS).

Comme il est peu probable que les besoins en soins et en aide à domicile soient très différents entre les cantons, ces situations reflètent plusieurs autres aspects.

Premièrement, dans les cantons où le recours à l'une de ces prestations des SASD (ou aux deux) est plutôt bas, les personnes âgées sont vraisemblablement prises en charge par d'autres structures. Les soins OPAS y sont certainement plus souvent délivrés en EMS. L'aide à domicile y est, quant à elle, davantage délivrée par

Taux de recours standardisés aux soins OPAS et à l'aide à domicile des 65+, par canton, 2013 Fig. 4.4



Note: Indicateur calculé en incluant les ISBL, IABL et les indépendants.

Source: OFS – SPITEX 2013; STATPOP 2013

© Obsan 2016

⁴³ Voir lexique pour une définition de ces prestations.

⁴⁴ Le coefficient de corrélation entre les deux taux de recours est en effet faible (0,33, significatif à 10%).

des proches ou d'autres prestataires (personnes issues des milieux associatifs⁴⁵, autres structures spécialisées dans l'accompagnement de personnes âgées, personnel migrant ou femmes de ménage par exemple). Les structures intermédiaires viennent par endroit encore compléter l'offre de soins et d'aide à domicile. La statistique ne couvre pas ces offres alternatives aux EMS et aux SASD.

Deuxièmement, les sources de financement ont, selon les experts, un impact important sur le développement de ces prestations: dans certains cantons, des acteurs différents (cantons vs communes) financent les soins OPAS et l'aide à domicile, ce qui implique que la stratégie et le pilotage de ces deux prestations sont séparés.

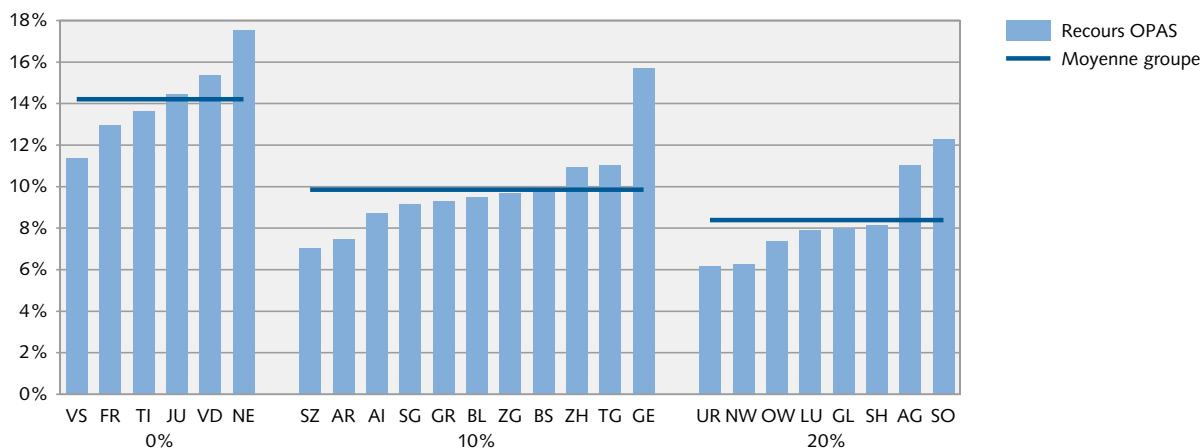
Troisièmement, les différentes règles de financement mises en place par les cantons ont certainement un impact sur le recours, puisque celles-ci déterminent le prix payé par le client. En matière de soins OPAS, cette hypothèse est confirmée dans le chapitre 4.1.5. Quant à l'aide à domicile, les conditions-cadres au niveau du financement sont aussi différentes entre les cantons, certains cantons subventionnant cette prestation et d'autres ne le faisant pas ou plus. Le montant de la subvention diverge d'un canton à l'autre. En déterminant le montant payé par les clients pour l'aide à domicile, ces conditions-cadres ont certainement une influence sur le recours à la prestation.

4.1.5 Recours aux prestations OPAS et règles de financement

Avec le nouveau financement des soins, une participation financière des patients pour les prestations OPAS peut être perçue en plus de la quote-part et de la franchise habituelle. Le montant de la participation étant laissé à la décision des cantons, certains cantons ont fixé la participation au maximum de 20% et d'autres à 0%. Comme le montre la Figure 4.5, il y a un lien entre le montant de la participation et le taux de recours aux prestations OPAS: les cantons avec la participation à 0% ont des taux de recours en général plus élevés que la moyenne; au contraire, les cantons avec une participation à 20% ont des taux de recours plutôt bas⁴⁶. En matière de SASD, le montant de la participation peut donc être considéré comme un indicateur de la politique de soins de longue durée du canton. En effet, les cantons avec un faible montant de participation avaient déjà de hauts taux de recours aux SASD avant 2011 (année de l'entrée en vigueur du nouveau régime de financement des soins), et inversement.

Taux de recours standardisés aux soins OPAS des 65+ et participation du patient, 2013

Fig. 4.5



Note: Indicateur calculé en incluant les ISBL, IABL et les indépendants.

Source: OFS – SPITEX 2013; STATPOP 2013; ASSASD (2012) (b); Assistance à domicile pour la ville et la campagne (2013)

© Obsan 2016

⁴⁵ Pro Senectute et Croix rouge, par exemple.

⁴⁶ Dans le canton de BE, la participation du patient est fixée selon l'âge et le revenu, raison pour laquelle il n'est pas représenté sur cette figure. En outre, dans le canton de GE, la participation de 10% consiste en un maximum; le montant exact est déterminé en fonction du revenu du client.

4.2 Nombre d'heures par client

Le taux de recours analysé dans la section précédente indique la proportion de personnes âgées qui sollicitent les SASD, mais pas le temps ni l'étendue des prestations qui leur sont consacrées. Ce chapitre montre que l'intensité de la prise en charge peut être très différente entre les cantons et qu'elle ne s'est pas uniformisée au fil des années, même si les ISBL ont suivi une tendance commune consistant à renforcer leurs activités de soins et réduire leur engagement dans l'aide à domicile.

4.2.1 Grande variabilité du nombre d'heures par client et par an

Le nombre d'heures de prestations SASD délivrées par client et par an varie grandement entre les cantons (Figure 4.6): il est de 72 heures en moyenne suisse, au minimum de 49 heures en VS⁴⁷ et au maximum de 99 heures à BS. Les SASD passent donc en moyenne deux fois plus de temps par client à BS qu'en VS. La majorité des cantons se situent entre 60 et 80 heures par client et par an. Ces différences sont liées au profil des patients pris en charge, mais aussi à l'étendue de l'offre. Ainsi que le mentionnent les experts, les cantons qui ont eu une politique de développement des soins à domicile ont aujourd'hui une prise en charge plus longue, plus intense et qui couvre un champ de prestations plus large (palette de prestations, horaires de couverture).

4.2.2 Pas de rapprochement des cantons quant au nombre d'heures par client

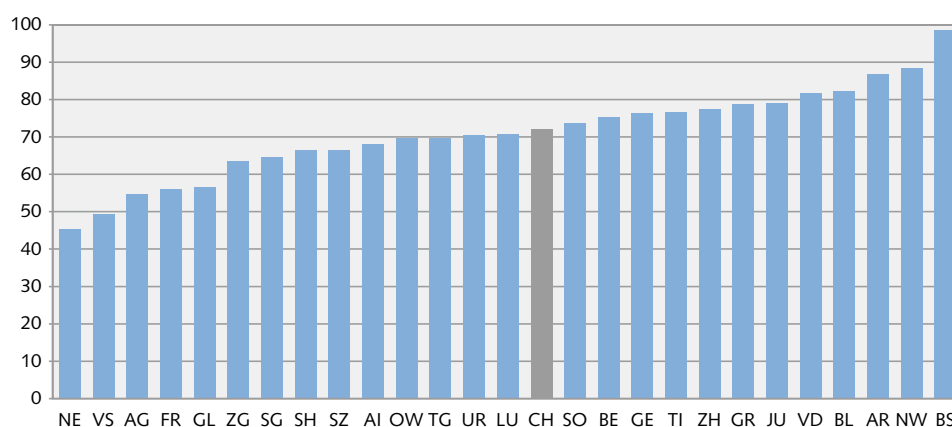
L'absence de convergence des pratiques cantonales se confirme lorsque l'on considère l'évolution du nombre d'heures par client et par an: les différences intercantonales dans le nombre d'heures de soins OPAS délivrées par client et par an ont à peine diminué et aucune convergence n'est observée en ce qui concerne l'aide à domicile.

Dans les soins OPAS (Figure 4.7), l'écart entre le 10^e et le 90^e percentile, de même que l'écart-type, ont très légèrement diminué entre 2007 et 2013. Lorsque l'ensemble des formes juridiques sont considérées (ISBL, IABL et indépendants), cette légère convergence disparaît: les différences entre les cantons mesurées par l'écart entre le 10^e et le 90^e percentile, ainsi que par l'écart-type, augmentent.

En matière d'aide à domicile, l'évolution est encore plus claire: que l'on ne considère que les ISBL (Figure 4.8) ou l'ensemble des formes juridiques, on observe une divergence des pratiques cantonales.

Nombre d'heures SASD par client et par an, 65+, 2013

Fig. 4.6



Note: Indicateur calculé en incluant les ISBL, IABL et les indépendants.

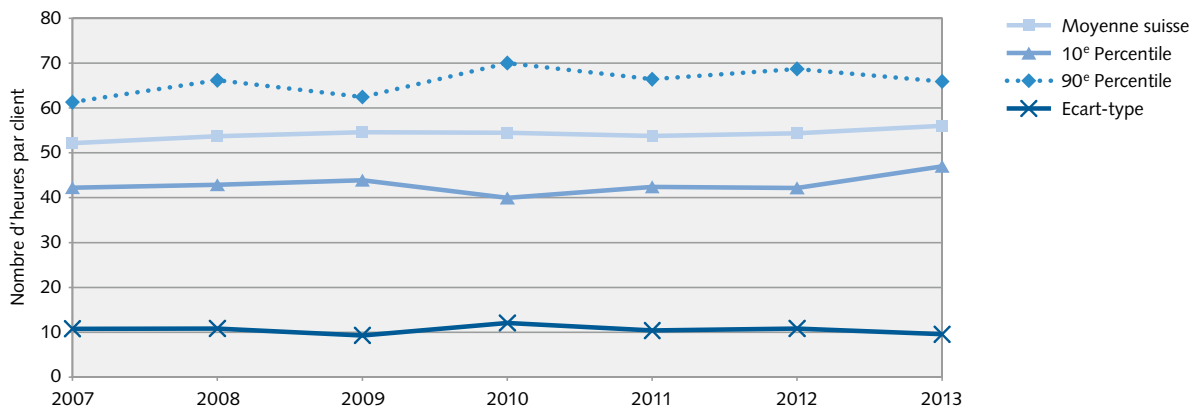
Source: OFS – SPITEX 2013

© Obsan 2016

⁴⁷ Rappelons que les résultats du canton de NE sont influencés par un problème de double comptage des clients et doivent être interprétés avec réserve (voir note de bas de page n° 38).

Evolution des différences intercantionales du nombre d'heures de soins OPAS par client, ISBL, 65+, 2007–2013

Fig. 4.7

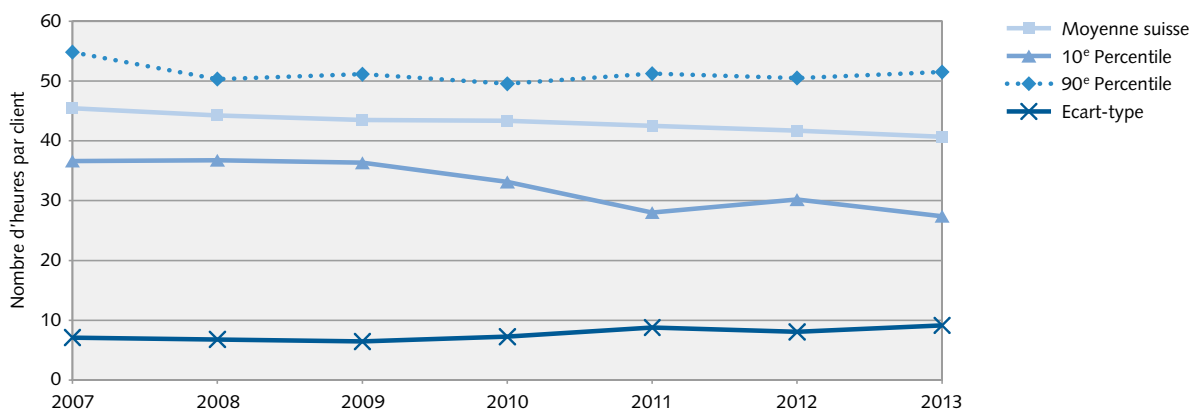


Source: OFS – SPITEX 2007–2013

© Obsan 2016

Evolution des différences intercantionales du nombre d'heures d'aide à domicile par client, ISBL, 65+, 2007–2013

Fig. 4.8



Source: OFS – SPITEX 2007–2013

© Obsan 2016

Evolutions inverses du nombre d'heures de soins OPAS et d'aide à domicile par client

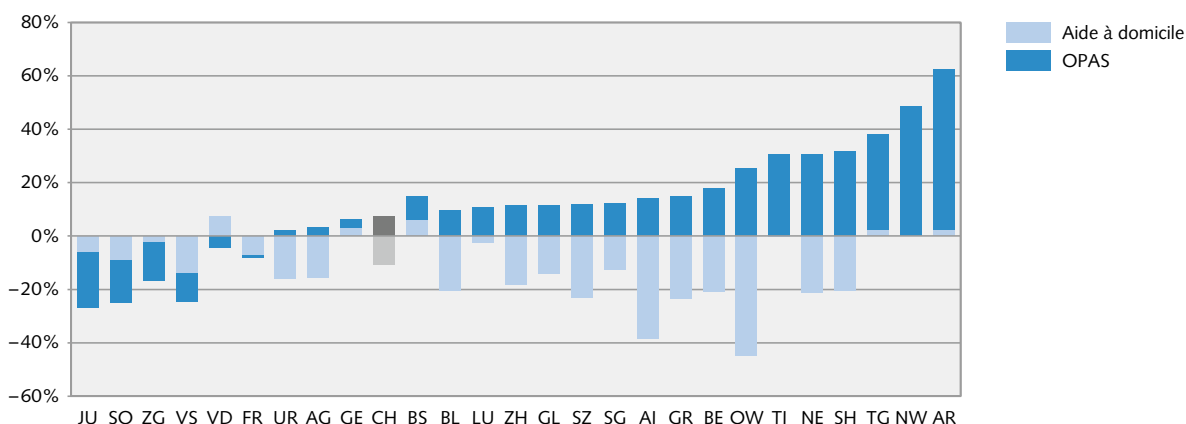
Le nombre d'heures de soins OPAS et d'aide à domicile par client ont suivi une évolution inverse dans la majorité des cantons (Figure 4.9). En effet, au sein des ISBL, le nombre d'heures de soins OPAS par client a généralement augmenté dans l'ensemble des cantons (augmentation moyenne de 7,4%), alors que le nombre d'heures d'aide à domicile par client a lui diminué dans presque tous les cantons (diminution moyenne de 10,5%).

Dans la majorité des cantons, la diminution du nombre d'heures d'aide à domicile par client est contrebalancée par l'augmentation du nombre d'heures de soins OPAS par client. Les cantons de JU, SO, ZG, VS, FR font exception à la règle: le nombre d'heures par client diminue dans les deux prestations. Au contraire, les cantons de GE, BS, TG, NW, AR ont vu le nombre d'heures par client augmenter dans les deux prestations. Seul le canton de VD a vu le nombre d'heures par client de soins OPAS diminuer et celui de l'aide à domicile augmenter⁴⁸.

⁴⁸ Un expert mentionne cependant que cette évolution dans le canton de VD pourrait être un effet de rattrapage de l'aide à domicile: il semblerait qu'avant 2007, il y ait eu une forte croissance des soins OPAS, mais pas de l'aide à domicile.

Evolution du nombre d'heures par client et par an 2007–2013, soins OPAS et aide à domicile, ISBL, par canton, 65+

Fig. 4.9



Source: OFS – SPITEX 2007–2013

© Obsan 2016

4.2.3 Absence de lien entre recours aux SASD et nombre d'heures par client

On peut se demander si un grand nombre de personnes prises en charge est corrélé avec un petit nombre d'heures par client (et inversement). L'hypothèse serait alors l'existence de deux stratégies, l'une de saupoudrage où les SASD apportent peu de soins à beaucoup de clients, l'autre de concentration où les SASD prodiguent des soins plus intenses à moins de patients. Cette hypothèse n'est toutefois pas vérifiée.

On n'observe en effet pas de lien entre le recours (ou le nombre de clients⁴⁹) et le nombre d'heures de prestations SASD délivrées par client (les coefficients de corrélation ne sont pas significativement différents de zéro). Les deux cantons avec le minimum (VS⁵⁰) et le maximum (BS) d'heures par client de prestations SASD ont tous les deux un taux de recours aux SASD supérieur à la moyenne suisse (comparer la Figure 4.6 avec la Figure 4.1). Quant aux cantons ayant un faible taux de recours (OW, NW, UR, SZ et AR) et peu de clients, le nombre d'heures par client peut être autant bas (SZ, 66 heures) que haut (NW, 88 heures).

L'hypothèse n'est pas non plus vérifiée lorsque l'analyse est effectuée séparément pour les prestations de soins OPAS et pour les prestations d'aide à domicile: on ne trouve aucun lien entre le taux de recours (ou le nombre de clients) et le nombre d'heures par client.

4.3 Peu de soins aigus et de transition

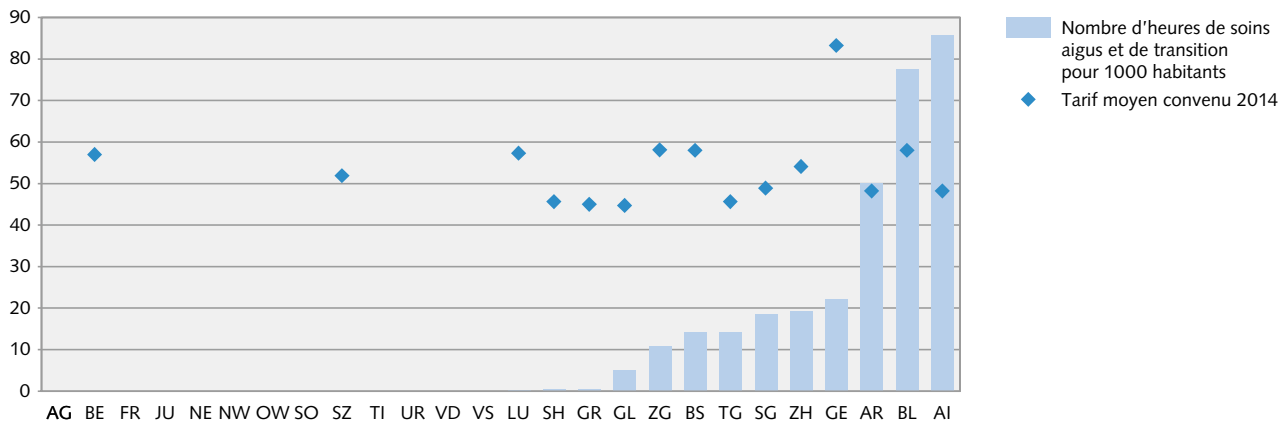
Dans la statistique SPITEX, les soins aigus et de transition n'apparaissent que dans environ la moitié des cantons (Figure 4.10). De plus, ils ne représentent qu'une part infime de l'ensemble des soins délivrés par les SASD, comme indiqué dans le premier rapport traitant des évolutions dans les soins de longue durée au niveau suisse (Obsan rapport 67). En moyenne suisse, 10 heures de soins aigus et de transition pour 1000 habitants ont été enregistrés en 2013. Parmi les cantons ayant enregistré des soins aigus et de transition, les différences sont importantes: environ 30 minutes de soins pour 1000 habitants ont été délivrées dans le canton de LU et plus de 85 heures dans le canton d'AI. Le nombre d'heures de soins aigus et de transition pour 1000 habitants est nul dans la grande majorité des cantons romands.

⁴⁹ Voir Tableau 9.2 en Annexe 2.

⁵⁰ Rappelons que les résultats du canton de NE sont à considérer avec prudence (voir note de bas de page 38).

Nombre d'heures de soins aigus et de transition pour 1000 habitants de 65+ en 2013 et tarif moyen 2014, par canton

Fig. 4.10



Note: Indicateur calculé en incluant les ISBL, IABL et les indépendants.

Source: OFS – SPITEX 2013; Tarifs des assureurs pour les soins ambulatoires aigus et de transition 2014 (Association suisse des services d'aide et de soins à domicile)

© Obsan 2016

L'utilisation de la nouvelle catégorie tarifaire des soins aigus et de transition n'est possible que si un tarif a été convenu dans le canton entre les organisations SASD et les assurances. En effet, la fixation du tarif des soins aigus et de transition a été laissée aux cantons dans le nouveau régime de financement des soins. Ainsi, seuls les cantons où une convention tarifaire a été passée avec les assurances ont enregistré des heures de soins aigus et de transition. Exceptions à ceci, les cantons de BE et de SZ (Figure 4.10), qui disposent d'une convention tarifaire mais n'enregistrent aucune heure. De manière générale, peu d'heures de soins aigus et de transition sont enregistrées. Les raisons mentionnées par les experts (méconnaissance de ce type de soins par les médecins, ordonnance compliquée à obtenir, durée maximale des soins, décisions politiques) peuvent expliquer cette situation.

On pourrait imaginer que le montant convenu du tarif fonctionne comme un incitatif et que le nombre d'heures de soins aigus et de transition augmente avec celui-ci. Cependant, ce lien n'est pas observé dans la statistique (Figure 4.10): le canton de GE a le plus haut tarif moyen⁵¹ (83,25 fr.), mais n'a enregistré que 22 heures de soins aigus et de transition pour 1000 habitants. Au contraire, AI a plus de 85 heures avec un tarif presque deux fois plus bas (48,21 fr.).

⁵¹ Moyenne arithmétique des tarifs des trois catégories de prestations «évaluation & conseil», «examens & traitements» et «soins de base».

4.4 Présence variable d'IABL et d'indépendants

La présence plus ou moins importante d'institutions à but lucratif et, dans une moindre mesure, d'indépendants, est une autre composante des différences structurelles intercantionales.

En effet, les ISBL et les IABL ont une organisation et un financement différents: les ISBL travaillent sur la base de contrats de prestation avec l'Etat (canton ou communes) qui leur imposent un cadre (par ex. au niveau des tarifs de l'aide à domicile) et en général l'obligation de prise en charge pour laquelle elles sont indemnisées. Certains cantons permettent aussi aux IABL intéressées de conclure un tel contrat de prestations (sans nécessairement avoir une obligation de prise en charge).

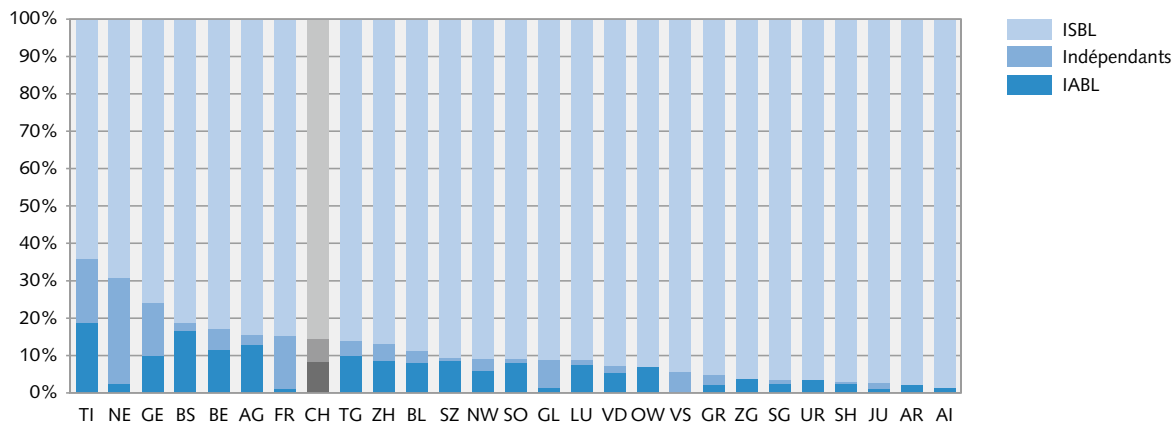
En conséquence, les organisations se spécialisent dans des tâches différentes. Par exemple, dans certains cantons, les IABL se dédient plus à l'aide à domicile ou se concentrent sur certaines interventions (prise en charge de longue durée, malades chroniques stabilisés, temps de déplacement court) ou encore sur les soins de base (voir rapport Obsan 67, figure 3.6).

Avec 85,5% de l'activité totale déployée⁵², les ISBL constituent le socle historique des SASD en Suisse (voir Figure 4.11). Les IABL et les indépendants représentent ainsi 14,5% de l'activité suisse. Seuls les cantons de TI (36%), NE (30,9%) et GE (24,1%) connaissent une présence nettement plus forte d'IABL et d'indépendants sur leur territoire.

⁵² Mesurée en termes de pourcentage de clients.

Répartition de l'activité SASD selon la forme juridique, 65+, 2013

Fig. 4.11



Note: Indicateur calculé en incluant les ISBL, IABL et les indépendants.

Source: OFS – SPITEX 2013

© Obsan 2016

Considérées seules, les IABL représentent en moyenne 8,2% de l'activité SASD suisse. Elles sont particulièrement peu présentes dans les cantons du VS, FR et JU, où elles représentent à peine 1% du marché, et sont à l'inverse fortement présentes dans les cantons de BS et TI (plus de 16% du marché). Quant aux infirmiers et infirmières indépendants, ils peuvent occasionnellement représenter aussi une part importante de l'activité des SASD, comme c'est le cas par exemple dans les cantons de NE, TI et FR. A l'inverse, les indépendants ne sont absolument pas présents dans cinq cantons de Suisse centrale ou orientale (AI, AR, UR, ZG et OW).

La part de l'activité des IABL et des indépendants est directement liée à l'importance de l'activité des SASD dans le canton. En effet, dans les cantons où le taux de recours aux SASD est bas (UR, NW, SZ, AR, OW, voir Figure 3.1), la part des IABL et indépendants l'est également. Dans les cantons où le taux de recours aux SASD est haut (TI, VD, GE, JU, NE), c'est l'inverse. Ce lien est encore confirmé par une corrélation entre le taux de recours aux SASD et la part de marché des ISBL de $-0,5$ (significatif au seuil de 1%). Ce lien témoigne du fait que les organisations avec but lucratif cherchent à s'implanter dans des marchés dynamiques, ouverts et présentant un potentiel pour elles.

5 Synthèse des évolutions

5.1 Importance des différences cantonales en 2013

Face au vieillissement de la population, les cantons ont suivi des directions différentes, certains développant les offres aux personnes âgées en mettant l'accent sur les soins et l'aide à domicile, d'autres sur les prises en charge en établissement médico-social et d'autres intervenant peu sur ce terrain-là, laissant le marché et les proches déterminer les offres adéquates. Les structures intermédiaires et les autres offres de prise en charge professionnelle suivent aussi un développement dissemblable dans les cantons. Les premières font parfois partie intégrante d'une politique globale pour une prise en charge des personnes âgées et sont d'autres fois quasi inexistantes. Il en résulte une grande hétérogénéité entre les cantons aussi bien au niveau du recours aux EMS et aux SASD qu'au niveau des caractéristiques de ce recours.

Recours aux EMS: clivage toujours marqué entre la Suisse romande et alémanique

Le clivage entre la Suisse romande et la Suisse alémanique observé en 2002 au niveau du recours en EMS (Jaccard Ruedin et al. 2006) est toujours actuel en 2013. Dans l'ensemble des cantons latins (à l'exception de FR), la population âgée de 65 ans et plus recourt généralement moins aux EMS qu'en moyenne suisse. Au contraire, dans les cantons alémaniques, en particulier dans les régions de Suisse centrale et orientale, le recours aux EMS est supérieur à la moyenne suisse.

Les modes de prise en charge sont aussi clivés. En Suisse centrale en particulier, l'EMS a en partie gardé sa fonction de «lieu de vie», avec des clients nécessitant moins de soins, entrant plus jeunes et résidant plus longtemps en EMS. A l'inverse, dans les cantons romands, l'EMS est souvent devenu la dernière étape d'un continuum de la prise en charge, accueillant des résidents plus dépendants et plus âgés pour une durée plus courte.

Principaux résultats pour les longs séjours en EMS, 2013

- Recours aux EMS variant du simple au double selon les cantons
- Différence de deux ans dans l'âge moyen à l'entrée
- Ecart d'une année dans la durée moyenne de séjour
- Différence de plus d'une heure et demie par jour dans le nombre moyen de minutes de soins quotidiens

Source: OFS – SOMED 2013; STATPOP 2013
et avis d'experts

© Obsan 2016

Recours aux SASD: toujours plus important en Suisse latine

Les SASD ont une place prépondérante dans la prise en charge et les soins aux personnes âgées dans les cantons romands du nord-ouest de la Suisse (GE, VD, NE, JU) ainsi que TI, avec un taux de recours jusqu'à une fois et demi supérieur à la moyenne suisse. Dans certains de ces cantons, c'est l'ensemble des prestations SASD (soins OPAS et aide à domicile) qui ont été développées et dans d'autres, la priorité a été mise sur les soins OPAS. Profitant d'un marché plus développé, c'est parmi ces cantons que la présence des IABL et des indépendants est la plus forte.

Les SASD du centre de la Suisse (OW, NW, UR, SZ et, dans une moindre mesure, LU et GL) ont opté pour une politique inverse: ils y sont peu présents, tant dans les soins OPAS que pour l'aide à domicile, avec des taux de recours atteignant à peine la moitié de la moyenne suisse⁵³.

Dans les cantons à l'est de la Suisse (SH, ZH, SG, AR, AI, GR), le recours à l'aide à domicile est plus fort que dans le reste de la Suisse (mais reste inférieur au recours aux soins OPAS, comme dans l'ensemble des cantons). Selon les experts, l'aide à domicile y est plus fortement subventionnée. Ainsi, bien que les soins soient toujours l'activité centrale des SASD, l'aide à domicile s'y est plus développée.

⁵³ Rappelons que ces comparaisons étant effectuées sur les taux de recours standardisés, l'effet des différences démographiques est neutralisé (on utilise comme base de comparaison la population suisse de 2013).

Principaux résultats pour les SASD, 2013

- Recours aux SASD variant du simple au double, voire du simple au triple, entre certains cantons
- Recours aux soins OPAS fort en Suisse romande
- Recours aux prestations d'aide à domicile fort à l'est de la Suisse
- Temps passé avec chaque client variant du simple au double entre les extrêmes
- Nombre d'heures de soins aigus et de transition nul dans la grande majorité des cantons romands, faible ailleurs

Source: OFS – SPITEX 2013; STATPOP 2013 et avis d'experts © Obsan 2016

Fort recours aux structures formelles dans les cantons latins

La proportion de personnes âgées faisant appel aux structures formelles (EMS et SASD) est de 19,5% en moyenne suisse en 2013 (taux standardisés, Figure 5.1). Au sein des cantons, cette proportion est très hétérogène et les clivages observés précédemment se retrouvent. Dans les cantons latins (VS excepté), cette proportion est particulièrement haute et dépasse même les 23% dans les cantons de GE et JU. A l'inverse, dans une grande partie de la Suisse centrale (NW, OW, SZ et UR), le recours aux structures formelles est de moins de 16%. Il y a ainsi une différence de 12 points de pourcentage entre le haut et le bas de la distribution.

Dans l'hypothèse qu'il existe des phénomènes de vases communicants entre EMS, SASD et hôpitaux, il est intéressant de noter que les cantons qui ont un taux de recours formel bas ne s'appuient pas plus sur les structures hospitalières. En effet, la proportion de personnes âgées effectuant un long séjour (plus de 90 jours) à l'hôpital est inférieure à la moyenne suisse (0,15%) dans les cantons de NW, OW, SZ et UR⁵⁴. A l'inverse dans les cantons ayant un haut taux de recours aux structures formelles (FR, TI, VD, GE, JU, NE), cette proportion est généralement supérieure à la moyenne suisse. Elle est même très haute dans le canton de GE (0,89%)⁵⁵.

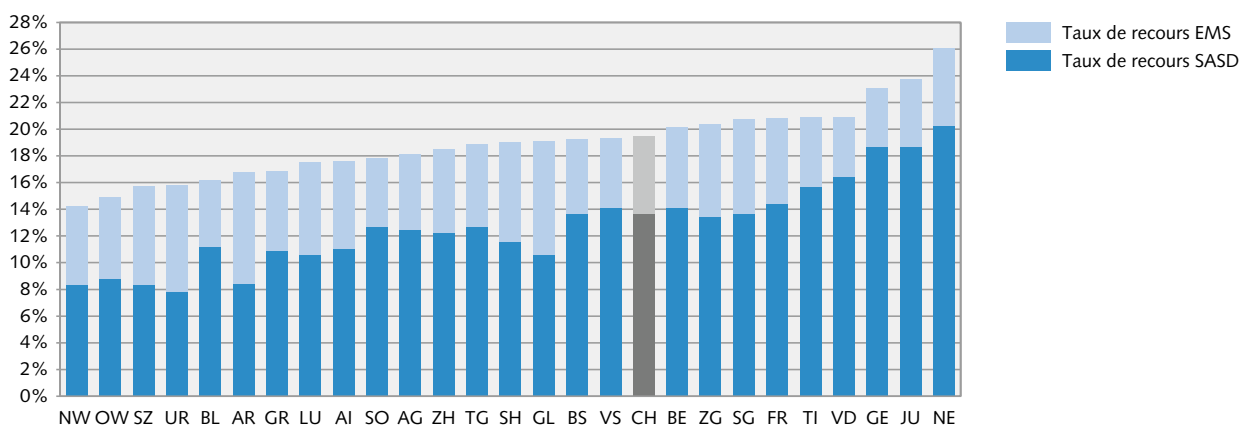
A noter que ces différences de recours aux structures formelles (EMS et SASD) s'appuyant sur des taux de recours standardisés, elles ne sont pas le reflet des structures démographiques différentes entre les cantons (population plus ou moins âgée). Elles sont aussi trop importantes pour être le fait de vulnérabilités différentes des personnes âgées face à la dépendance et à la maladie.

Relation de substitution entre SASD et EMS

En moyenne suisse, avec un taux de recours aux EMS de 5,8% et de 13,7% aux SASD, il y a environ deux fois plus de personnes âgées recourant aux SASD qu'aux EMS (Figure 5.1). Toutefois, ce rapport varie beaucoup d'un canton à l'autre: certains cantons ont vu se développer aussi bien les EMS que les SASD, alors que d'autres ont mis l'accent sur l'une ou l'autre des deux structures.

Taux de recours aux SASD et aux EMS, taux standardisés et cumulés, 65+, 2013

Fig. 5.1



Source: OFS – SOMED 2013; SPITEX 2013; STATPOP 2013

© Obsan 2016

⁵⁴ Le taux de recours aux longs séjours en hôpital varie de 0,03% à 0,09%.

⁵⁵ Les hôpitaux peuvent être amenés à jouer un rôle tampon quand les places en EMS manquent, en mettant à disposition des lits d'attente.

Sur le plan statistique, on observe une relation de substitution entre EMS et SASD: lorsque le recours aux SASD augmente, le recours aux EMS diminue (corrélation de $-0,6$, significative à $<1\%$, voir Figure 5.2). Autrement dit, les cantons ayant un recours aux SASD plutôt bas par rapport à la moyenne suisse ont un recours aux EMS plutôt haut (et inversement).

Par exemple, les cantons de TI, VD, JU et GE, qui ont un taux de recours aux SASD de plus de 15%, ont un recours aux EMS de moins de 5,5%. Il y a ainsi 3 à 4 fois plus de personnes âgées recourant aux SASD qu'aux EMS dans ces cantons. A l'opposé, les cantons d'UR, SZ, AR, GL, qui ont un taux de recours aux SASD de moins de 11%, ont un taux de recours aux EMS de plus de 7%. Il y a ainsi à peu près autant de personnes âgées recourant aux SASD qu'aux EMS dans ces cantons. Dans les cantons d'UR et AR, il y a même moins de personnes âgées recourant aux SASD qu'aux EMS.

5.2 Groupes de cantons ayant des pratiques similaires

La prise en charge au grand âge est organisée différemment selon les cantons. Une analyse de classification (voir encadré) a permis de faire apparaître trois groupes de cantons avec une organisation des soins de longue durée similaire. Les groupes sont représentés à la Figure 5.3. Les caractéristiques de ces trois groupes sont présentées aux Figure 5.4, Figure 5.5, Figure 5.6 et Figure 5.7. Dans ces graphiques, la moyenne de chaque

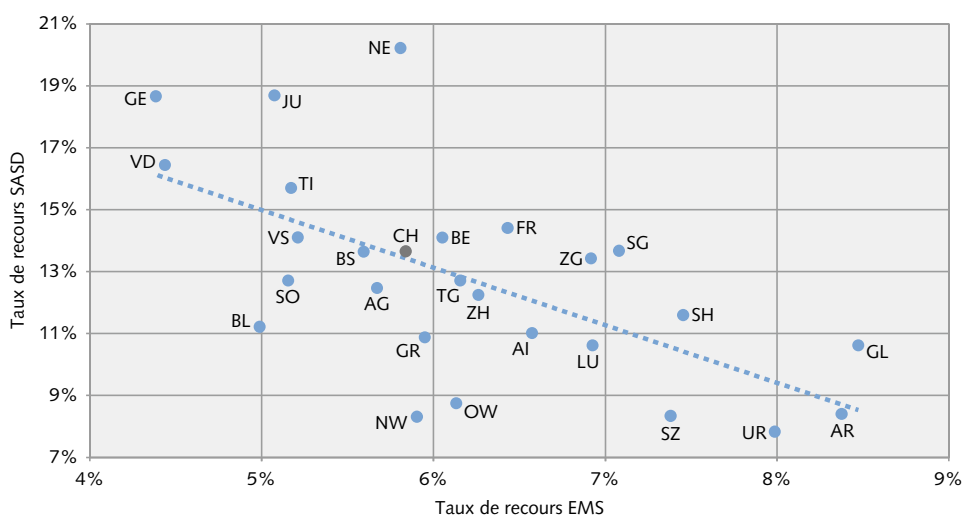
groupe est indiquée, ainsi que la moyenne suisse, accompagnée des intervalles de confiance à 90% correspondants. Finalement, la Figure 5.8 résume de manière illustrative les caractéristiques de ces trois groupes.

Méthode de classification

L'analyse de classification a pour but de regrouper les cantons qui se ressemblent le plus selon des indicateurs choisis. La méthode calcule la distance entre les différents indicateurs et regroupe les cantons de manière à minimiser cette distance entre les groupes. Pour l'analyse de classification menée ici, les indicateurs retenus sont principalement les taux de recours standardisés aux EMS, aux SASD, aux soins OPAS et à l'aide à domicile. Le taux de recours aux seuls longs séjours en hôpitaux ne pouvant pas être standardisé, c'est le taux de recours (standardisé) aux moyens et longs séjours qui a été utilisé. La description des groupes est cependant ensuite effectuée sur les longs séjours. Les méthodes de classification ne donnant pas des résultats incontestables, l'analyse de classification a été menée sur tous les sous-ensembles possibles de ces indicateurs. Une analyse de classification incluant la durée de séjour en EMS ainsi que le nombre d'heures par client a aussi été menée. Ces différentes analyses permettent d'examiner si des groupes robustes émergent. La cohérence des trois groupes apparaissant a été encore confirmée en comparant manuellement la moyenne des indicateurs entre chaque groupe. Liste des indicateurs utilisés pour la classification: taux de recours standardisés aux EMS, taux de recours standardisés aux SASD, taux de recours standardisés aux soins OPAS (en SASD), taux de recours standardisés à l'aide à domicile (en SASD), taux de recours standardisés aux moyens et longs séjours hospitaliers, durée de séjour en EMS, nombre d'heures par client en SASD, nombre d'heures par client de soins OPAS, nombre d'heures par client d'aide à domicile.

Lien entre les taux de recours standardisés SASD et les taux de recours standardisés EMS, 65+, 2013

Fig. 5.2

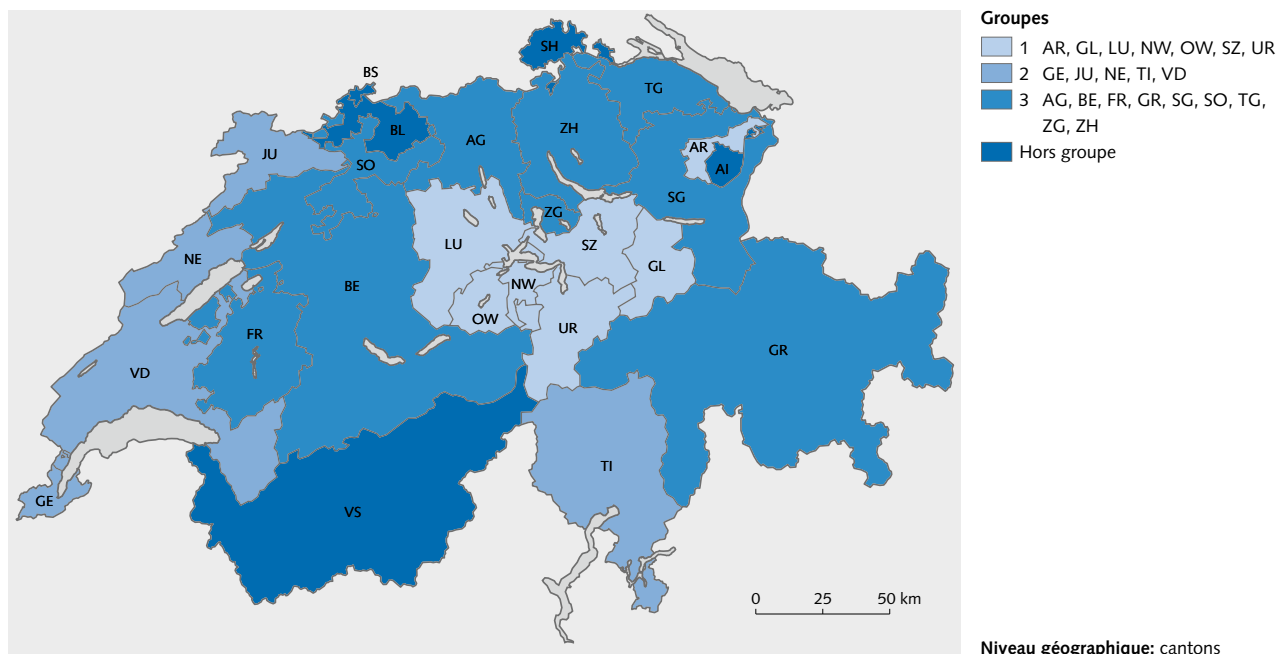


Source: OFS – SOMED 2013; SPITEX 2013; STATPOP 2013

© Obsan 2016

Représentation des groupes, 2013

Fig. 5.3



Sources: OFS – SOMED 2013; SPITEX 2013; MS 2013; KS 2013; STATPOP 2013; calculs Obsan

© OFS, ThemaKart, Neuchâtel 2016

Groupe 1: forte présence des EMS**AR, GL, LU, NW, OW, SZ, UR**

Dans ces cantons, la prise en charge des personnes âgées s'appuie plus sur les EMS et moins sur les SASD que dans le reste des cantons. EMS et SASD considérés ensemble, le recours aux structures formelles est, avec un taux de 16,3%, relativement faible comparé aux autres cantons⁵⁶, ces cantons s'appuyant plus sur l'aide des proches et sur d'autres offres professionnelles (structures intermédiaires, prestataires spécialisés dans l'accompagnement des personnes âgées, migration pendulaire⁵⁷ par exemple, voir Figure 5.4).

Dans les cantons du groupe 1, les personnes âgées soignées en EMS sont relativement plus jeunes à leur arrivée que dans le reste de la Suisse (bien que la variance est grande dans ce groupe, voir Figure 5.5). Elles séjournent en moyenne deux mois de plus en EMS que dans les autres cantons. Les EMS de ces cantons hébergent une proportion de personnes sans besoin en

soins ou avec un besoin en soins léger qui est nettement plus haute que la moyenne suisse. Le besoin en soins des pensionnaires est ainsi en moyenne plus faible (92 minutes de soins quotidiens contre 112 en moyenne suisse, Figure 5.6). Finalement, le nombre d'heures de prestations délivrées par client et par an est supérieur à la moyenne suisse en ce qui concerne les soins OPAS et inférieure en ce qui concerne l'aide à domicile.

Les caractéristiques du groupe 1 sont illustrées par les points bleus foncés à la Figure 5.8.

Groupe 2: forte présence des SASD**GE, JU, NE, TI, VD**

Avec 23% de la population âgée faisant appel aux SASD ou aux EMS (contre 19,5% en Suisse, Figure 5.4), ces cantons ont fortement développé les structures formelles de prise en charge, en particulier les structures SASD. Les longs séjours en hôpitaux sont aussi plus fréquents dans le groupe 2 que dans le reste de la Suisse⁵⁸.

⁵⁶ La moyenne suisse est de 19,5%.

⁵⁷ 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 (voir le Rapport du Conseil fédéral du 5 décembre 2014).

⁵⁸ A noter que le taux de recours aux longs séjours en hôpitaux est de 8,9 pour mille dans le canton de GE, ce qui augmente fortement la moyenne du groupe 2. Cependant, sans le canton de GE (taux de 8,9 pour mille), ce taux est en moyenne de 1,5 pour mille dans le reste du groupe, ce qui est supérieur à la moyenne suisse de 1 pour mille (sans GE).

En ce qui concerne les séjours en EMS, le groupe 2 présente les caractéristiques inverses du groupe 1: les personnes âgées entrent plus tard en EMS que dans les autres cantons et leur durée de séjour est plus courte (Figure 5.5). Peu de résidents (3,3%) sont sans ou avec peu de besoin en soins LAMaI. Il y a ainsi dans ces cantons six fois moins de personnes en EMS qui n'ont pas ou peu besoin de soins qu'en moyenne suisse et huit fois moins en comparaison avec le modèle 1 (Figure 5.6). Le besoin en soins moyen en EMS est plus important que dans le reste de la Suisse (160 minutes contre 112 en moyenne suisse⁵⁹). En ce qui concerne les SASD, le nombre d'heures de prestations délivrées par client est supérieur à la moyenne suisse aussi bien dans les soins OPAS que dans l'aide à domicile.

Les caractéristiques du groupe 2 sont résumées par les points bleus clairs de la Figure 5.8.

Groupe 3: un mélange d'EMS et de SASD AG, BE, FR, GR, SG, SO, TG, ZG, ZH

Ces cantons s'inspirent aussi bien du modèle de prise en charge du groupe 1 que du groupe 2. Ils favorisent moins une structure de prise en charge en particulier et s'appuient de manière plus égale sur les structures EMS, SASD et sur les longs séjours en hôpitaux. Le pourcentage de personnes de plus de 65 ans recourant aux structures formelles (EMS + SASD) est, avec 19,1%, très proche de la moyenne suisse.

Les personnes âgées prises en charge dans les EMS ont un âge à l'entrée et un besoin en soins en termes de minutes de soins journaliers proches des moyennes suisses. Le pourcentage de résidents nécessitant pas ou peu de soins est proche de celui du groupe 1: il est de 24,1% contre 26,6% dans le groupe 1). Les résidents restent cependant moins longtemps en EMS que dans les groupes 1 et 2. En ce qui concerne les caractéristiques des prestations des SASD, le nombre d'heures de prestations délivrées par client est légèrement inférieur à la moyenne tant pour les soins OPAS que pour l'aide à domicile.

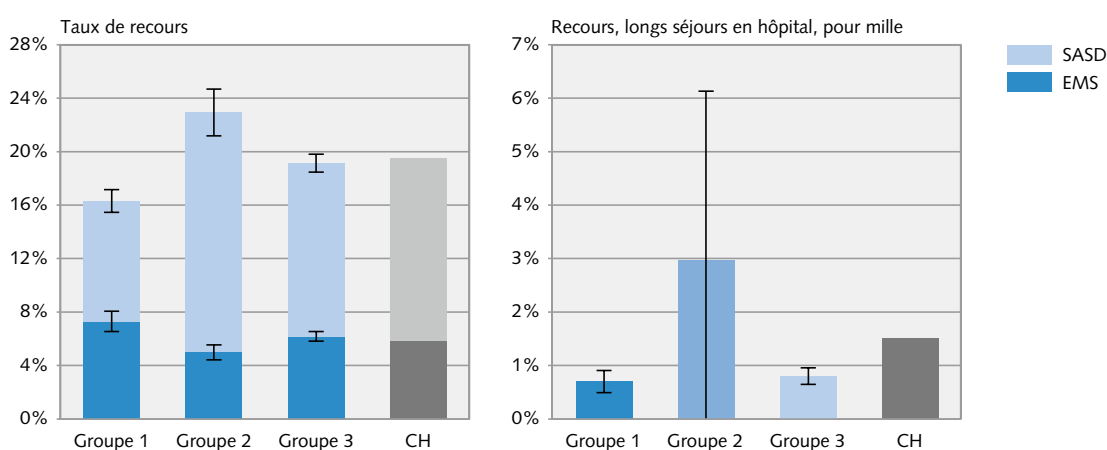
Ce groupe 3 est représenté par les points gris de la Figure 5.8.

Hors groupe: AI, BL, BS, SH et VS

Certains cantons n'entrent statistiquement dans aucun des groupes, car leur degré de similarité n'est suffisant avec aucun d'entre eux. Les cantons de VS, BS et BL se situent entre les groupes 2 et 3. Les cantons de AI et SH se trouvent quant à eux entre les groupes 1 et 3.

Taux de recours par groupe de cantons, 65+, 2013

Fig. 5.4

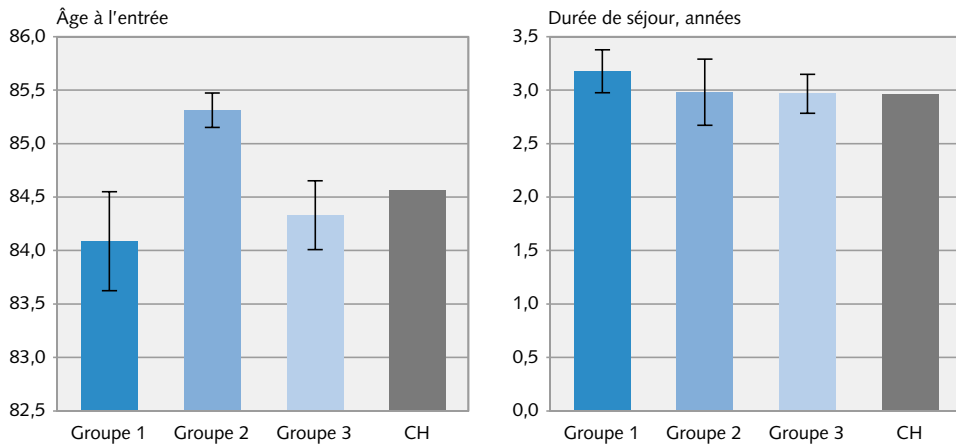


Source: OFS – SOMED 2013; SPITEX 2013; STATPOP 2013; MS 2013; KS 2013

© Obsan 2016

⁵⁹ Il est possible qu'une partie des différences dans le niveau de soins proviennent de l'instrument d'évaluation: la plupart des cantons romands utilisent l'échelle PLAISIR tandis que les cantons alémaniques utilisent RAI ou BESA.

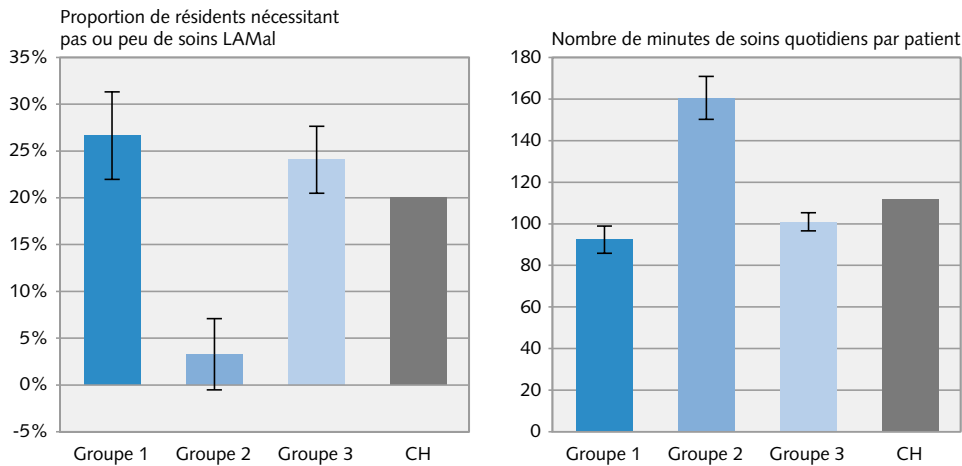
Caractéristiques du recours aux EMS par groupe de cantons, 65+, 2013 Fig. 5.5



Source: OFS – SOMED 2013

© Obsan 2016

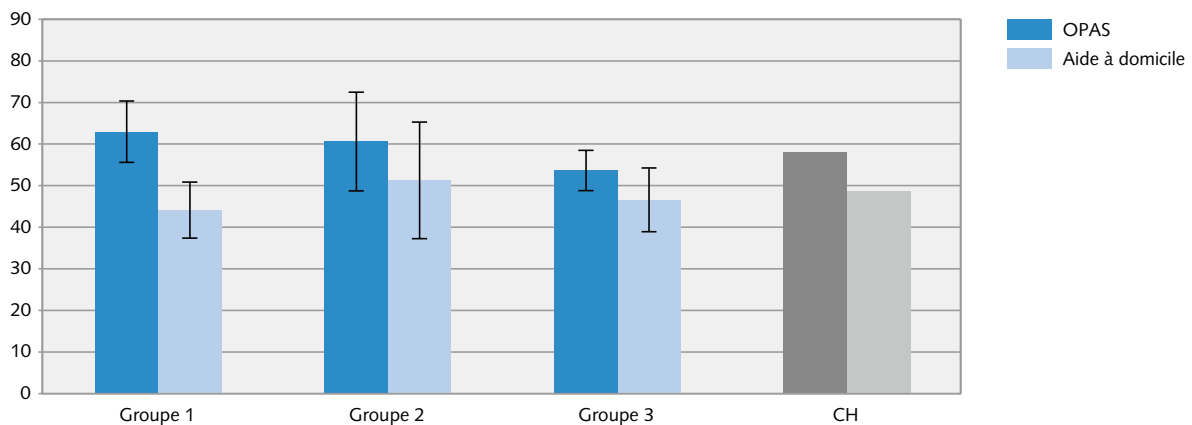
Besoin en soins en EMS par groupe de cantons, 65+, 2013 Fig. 5.6



Source: OFS – SOMED 2013

© Obsan 2016

Nombre d'heures par client délivrées par les SASD, par type de prestation et par groupe de cantons, 65+, 2013 Fig. 5.7

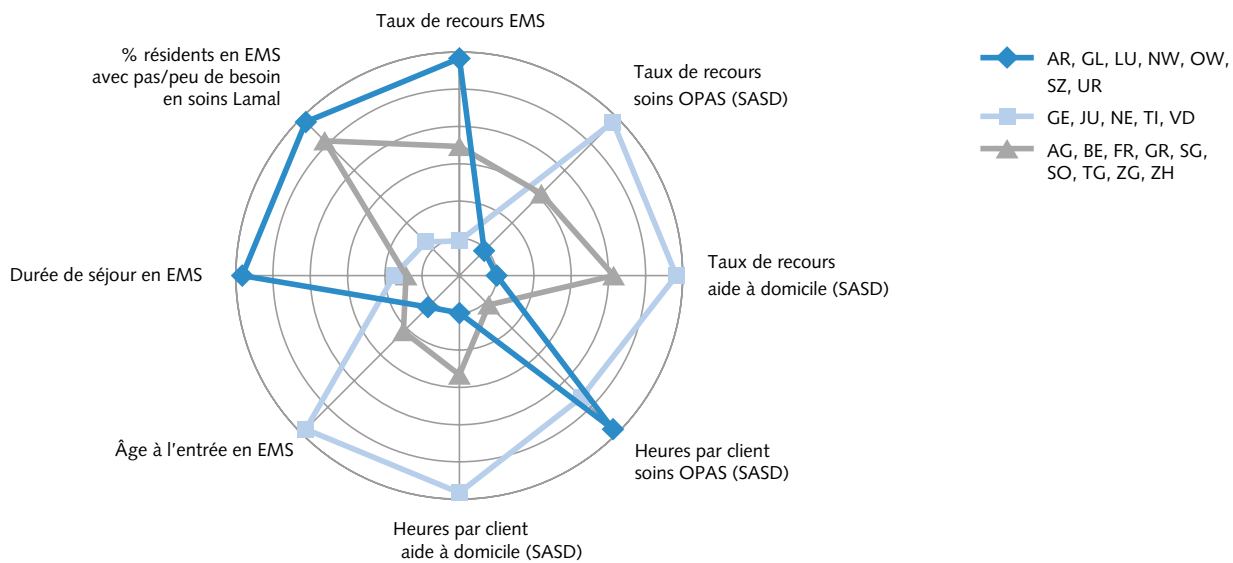


Source: OFS – SPITEX 2013

© Obsan 2016

Modèles-types d'organisation des soins de longue durée

Fig. 5.8



Notes: Ce schéma a une valeur illustrative. En effet, les valeurs des différents indicateurs sont exprimées sous formes d'index: elles ont été normalisées de manière à ce que tous les indicateurs aient la même valeur maximale. Les axes ne représentent donc pas les valeurs réelles. Pour une question de lisibilité, l'ensemble des indicateurs utilisés pour l'analyse de classification (cf. encadré) ne peut être représenté sur ce schéma. Les indicateurs présentés ont été choisis de manière à ce que les caractéristiques du recours tant en EMS qu'en SASD soient représentées.

Les cantons de BL, BS, SH, AI et VS ne peuvent être rattachés à aucun de ces trois modèles-types. Ils ne sont par conséquent pas représentés sur le schéma.

Source: OFS – SOMED 2013; SPITEX 2013; STATPOP 2013; Schéma Obsan

© Obsan 2016

5.3 Peu de convergence dans les pratiques cantonales

Face à la problématique du vieillissement de la population, les cantons ont tous entrepris des réflexions et s'orientent tous désormais selon le principe de la primauté de l'ambulatoire sur le stationnaire (Oesch et Künzi 2015 non publié). Ces réflexions et réformes ont été entreprises à des moments différents et selon des axes variables. En 2006, on considérait que les différences cantonales observées étaient en grande partie le reflet d'héritages du passé, seuls certains cantons ayant déjà entrepris des réformes (Jaccard Ruedin et al. 2006). Si l'empreinte culturelle et structurelle reste marquée, certains cantons ont depuis fait évoluer leur politique de prise en charge des personnes âgées.

Dans les chapitres précédents, EMS et SASD ont été analysés séparément. Dans ce chapitre, leurs évolutions sont mises en regard dans le but de repérer des phénomènes de substitution (et d'analyser l'évolution de leurs recours cumulés – aussi appelés recours aux structures «formelles»). Nous cherchons à voir dans quelles mesures les offres de prise en charge tendent à s'uniformiser. La limite d'une telle analyse réside dans la période d'observation, relativement courte: il est possible que certains cantons aient suivi une évolution peu marquée

entre 2007 et 2013 parce qu'ils avaient déjà réformé en bonne partie le secteur en 2006. En outre, le nouveau régime de financement, introduit en 2011, a certainement eu un impact sur ces évolutions cantonales, impact difficilement isolable. Les principales évolutions en EMS et SASD sont résumées dans l'encadré ci-dessous.

Principales évolutions, 2007–2013

- Déplacement du recours des EMS vers les SASD dans la plupart des cantons
- Baisse du recours aux structures formelles (SASD⁶⁰+EMS) dans quelques cantons
- Absence de convergence des taux de recours, aussi bien aux EMS qu'aux SASD
- En EMS: pas de convergence de l'âge moyen à l'entrée; convergence de la durée de séjour
- En SASD: pas de convergence du nombre d'heures par client ni pour les soins, ni pour l'aide

Source: OFS – SOMED 2007–2013; SPITEX, 2007–2013; © Obsan 2016
ESPOP 2007–2009; STATPOP 2010–2013 et avis d'experts

⁶⁰ L'analyse ne prend en compte que les ISBL; voir encadré dans l'introduction du chapitre 4.

5.3.1 Déplacement du recours des EMS vers les SASD

Les taux de recours aux EMS et aux SASD ont suivi des évolutions contraires entre 2007 et 2013 et, dans la majorité des cantons, une substitution des EMS vers les SASD a eu lieu sur cette période. En effet, dans 17 des 26 cantons, le recours aux SASD a augmenté tandis que le recours aux EMS a diminué (Figure 5.9)⁶¹. Seul le canton d'AR a opéré une substitution allant dans le sens contraire, à savoir qu'il a accru son recours aux EMS et diminué son recours aux SASD.

Dans sept cantons, les deux taux de recours ont diminué (UR, BS, AG, LU, BL, NW et NE), suggérant une diminution de l'offre formelle relativement à la population. En d'autres termes, on peut imaginer que dans ces cantons, le développement de l'offre a été plus lent que le vieillissement démographique, amenant les capacités de prise en charge à se réduire. A l'inverse, les cantons de VS, SZ et SH ont vu les deux taux de recours augmenter. Finalement, il faut signaler les cantons de VD, d'AI et de ZG, qui ont fortement accru leur offre et leur recours aux soins formels (augmentation de plus de 40% dans AI et ZG).

5.3.2 Les différences intercantionales dans les recours aux EMS et SASD persistent

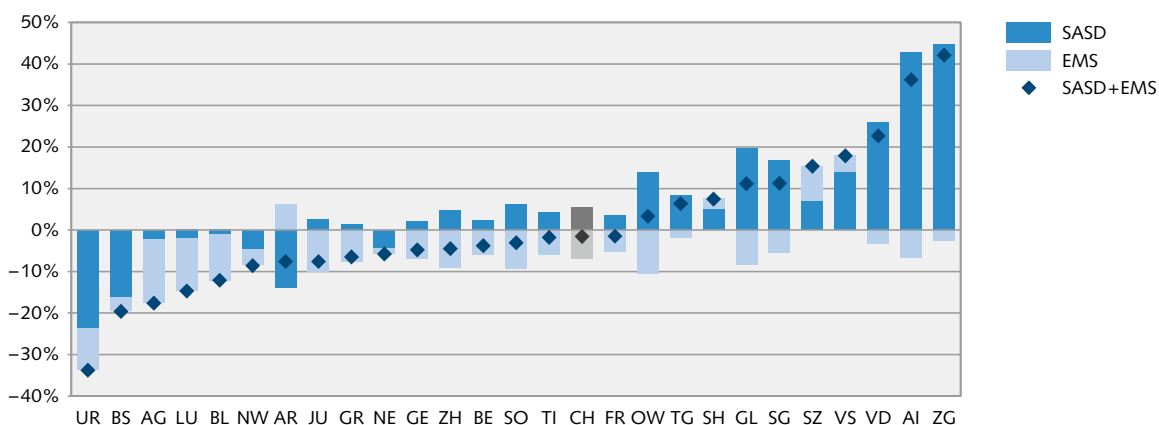
La substitution des EMS vers les SASD n'a pas mené à des pratiques cantonales plus semblables: que l'on considère les taux de recours aux EMS et aux SASD séparément ou conjointement, aucune convergence n'apparaît.

En effet, malgré la diminution du taux de recours en EMS dans la majorité des cantons, les différences entre les cantons n'ont pas diminué (voir Figure 3.2). Les différences dans les taux de recours aux SASD ne diminuent pas davantage (voir Figure 4.4).

L'analyse de l'évolution conjointe du recours aux SASD et aux EMS montre que les pratiques cantonales ne se sont pas uniformisées. Cette évolution conjointe est examinée en observant le nombre de personnes recourant aux SASD pour chaque personne recourant aux EMS. Ce rapport⁶² est de 1,8 en 2007 (Figure 5.10, «Moyenne CH»), ce qui signifie qu'il y a en moyenne en 2007 1,8 personne recourant aux SASD pour chaque personne recourant aux EMS. Une convergence de cet indicateur indiquerait qu'au fil du temps, le rôle relatif des SASD et des EMS dans la prise en charge des personnes âgées est de plus en plus semblable entre les cantons.

Evolution des taux de recours standardisés aux SASD (ISBL) et aux EMS des 65+, 2007–2013, par canton

Fig. 5.9



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

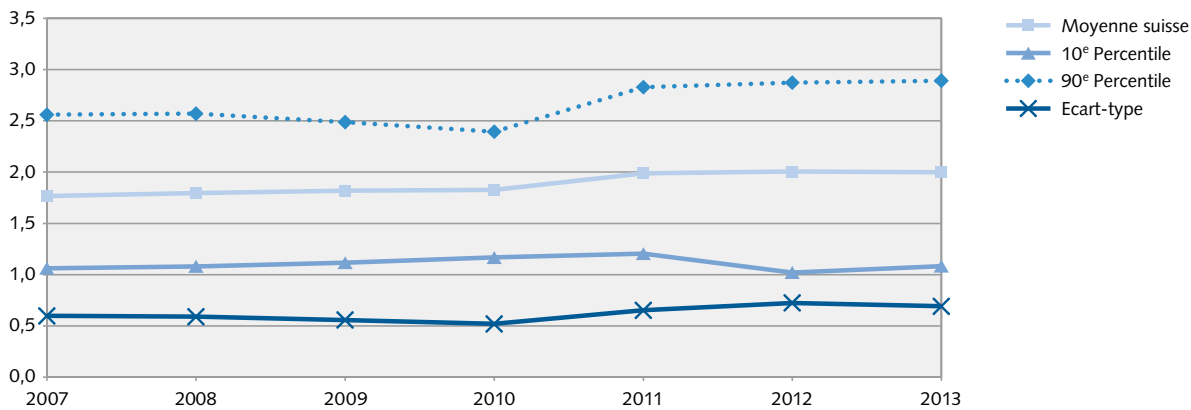
© Obsan 2016

⁶¹ Notons que l'ouverture en 2007 de nouveaux EMS dans les cantons d'AI et de GL entraîne une variation positive du taux de recours entre 2006 et 2013 (voir Figure 3.3) et une variation négative entre 2007 et 2013 (voir Figure 5.9).

⁶² Ce rapport est calculé en divisant le taux de recours aux SASD par le taux de recours aux EMS. Seules les organisations SASD à but non lucratif ISBL sont considérées pour analyser cette évolution.

Evolution du rapport taux SASD/taux EMS des 65+, ISBL, 2007–2013, par canton

Fig. 5.10



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

© Obsan 2016

La Figure 5.10 montre cependant que cette convergence n'a pas lieu: l'évolution de l'écart entre le 10^e et le 90^e percentile augmente avec le temps, témoignant d'une augmentation des divergences entre cantons. Dans le canton situé au 10^e percentile, le rapport entre les taux de recours aux SASD et aux EMS est proche de 1 aussi bien en 2007 qu'en 2013, ce qui signifie qu'il y a autant de personnes recourant aux SASD qu'aux EMS dans ce canton. Dans le 90^e percentile, ce rapport est de 2,5 en 2007 et passe à 3 en 2013. L'écart entre le 90^e et le 10^e percentile se creuse ainsi dans le temps. En parallèle, l'écart-type augmente avec les années, confirmant l'accroissement de la dispersion, autrement dit des différences de pratiques.

Dans les SASD, la même observation s'impose: dans les soins OPAS, les différences intercantionales autant dans le taux de recours que dans le nombre d'heures par client sont restées stables. Au niveau de l'aide à domicile, le taux de recours a très légèrement convergé alors que les différences dans le nombre d'heures par client ont augmenté.

5.3.3 Les différences dans les caractéristiques de la prise en charge n'ont pas diminué

Pas plus qu'il n'y a eu convergence dans les taux de recours, il n'y a eu convergence dans les pratiques au sein du secteur EMS, respectivement du secteur des SASD. Les caractéristiques de la prise en charge varient toujours beaucoup entre les cantons.

Au sein des EMS, l'âge moyen à l'entrée a augmenté de près de cinq mois entre 2007 et 2013 (voir Figure 3.5). Cependant, cela ne s'est pas traduit en une diminution des différences intercantionales au niveau de l'âge moyen à l'entrée. La durée de séjour a quant à elle légèrement diminué sur les trois dernières années et a convergé entre les cantons.

6 Conclusion

Un même défi, différentes solutions. Telle est la conclusion qui vient à l'esprit à l'issue de cette étude. Les chiffres mettent en effet en lumière l'ampleur des différences entre les cantons à la fois dans le recours aux soins formels et dans l'organisation des soins. Certains cantons sont très centrés sur les SASD, d'autres sur les EMS, tandis qu'un troisième groupe s'appuie de manière plus équilibrée sur les deux. Les taux de recours à l'un ou à l'autre varient du simple au double entre les extrêmes. Il apparaît ainsi clairement qu'à l'heure actuelle, différents modèles d'organisation des soins de longue durée coexistent en Suisse.

Les différences ne se sont pas atténuées au cours de la décennie écoulée. La plupart des écarts se sont maintenus dans le temps, tant dans les taux de recours que dans les caractéristiques de la prise en charge au sein d'un secteur. On constate par exemple en 2013 des différences de deux ans dans l'âge moyen à l'entrée en EMS, différences stables dans le temps, et de fortes divergences cantonales en termes de minutes de soins quotidiens. Celles-ci varient du simple au double entre les extrêmes, aussi bien dans les EMS que dans les SASD, et sans signe de convergence au cours de la décennie écoulée.

Principale évolution commune, une substitution des EMS vers les SASD a eu lieu dans la plupart des cantons. Dans beaucoup de cantons en effet, on observe un recul du recours aux EMS et une expansion des SASD. Autre point de convergence, les durées moyennes de séjour évoluent en direction de la moyenne nationale dans beaucoup de cantons. L'écart reste néanmoins d'une année dans la durée moyenne de séjour. Les pratiques ne semblent pas s'être uniformisées sur le territoire entre 2007 et 2013. Il se peut que cette diversité perdure à l'avenir, reflet des conditions-cadres et de préférences différentes selon les régions. Il se peut aussi qu'elle renvoie en partie aux stades d'avancement différents des réflexions et des réformes dans les cantons.

Certains cantons, peu nombreux, ont par exemple connu une variation importante de leurs taux recours aux SASD, aux EMS ou aux deux, signalant que des mesures politiques ont été mises en œuvre et ont déployé leurs effets entre 2006 et 2013. Dans d'autres cantons, les réformes sont à l'état de réflexion ou de projets et leurs effets seront visibles dans la décennie à venir. On observe aussi des degrés d'interventionnisme différents, voire des philosophies différentes quant au rôle de l'Etat dans la prise en charge de la dépendance. D'un devoir de l'Etat à la primauté de la responsabilité individuelle, on retrouve sur ce sujet les mêmes clivages que dans d'autres débats.

Un résultat frappant réside dans les différences régionales dans le recours cumulé aux EMS et aux SASD. Les personnes âgées recourent 1,7 fois plus aux structures de soins formelles dans certains cantons romands que dans certains cantons de Suisse centrale. Comment est-ce possible, considérant que le fait que la population est plus ou moins âgée selon les régions est neutralisé par l'utilisation de taux standardisés et que des différences massives dans l'état de santé sont peu vraisemblables? Il apparaît ici une des limites de l'approche statistique: tous les prestataires non soumis à autorisation de pratique et donc à l'obligation de fournir des statistiques échappent à l'analyse.

Ainsi, tous les soins et l'accompagnement fournis par des non professionnels, qu'ils soient prodigués par les proches, par des milieux associatifs ou par des prestataires spécialisés dans l'accompagnement aux personnes âgées (sans autorisation pour les soins) y compris les migrantes pendulaires des soins, n'apparaissent dans aucune statistique. Il est probable, sinon vraisemblable, que ces alternatives à la prise en charge par les EMS et les SASD ne soient pas présents de manière uniforme sur le territoire et expliquent une partie des différences observées. Il manque aussi un pan complet de l'offre, qui selon les cantons, commence à jouer un rôle non négligeable dans la prise en charge, à savoir toutes les structures dites intermédiaires, à mi-chemin

entre le domicile et l'EMS, lacune que le troisième rapport de cette série viendra partiellement combler. L'image est de ce fait nécessairement incomplète, laissant d'une part beaucoup de questions ouvertes et d'incertitudes dans l'interprétation des résultats chiffrés, et soulignant d'autre part, une fois de plus, l'intérêt de statistiques aussi complètes que possible en vue d'un pilotage éclairé.

Quoi qu'il en soit, avec un délai de presque dix ans par rapport à la dernière publication sur le même sujet, ce rapport apporte une actualisation bienvenue des chiffres et des tendances. Il amène des éclairages nouveaux sur la question de l'organisation des soins de longue durée dans les cantons, grâce à des données plus détaillées et à l'apport des méthodes de classification. Il espère ainsi soutenir les décideurs et planificateurs dans leurs réflexions et contribuer à alimenter le débat autour de la question qui préoccupe: les cantons sont-ils prêts à faire face à la vague démographique qui commence à se dérouler?

7 Références

- ASSASD (2012) (a). 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 (2012) (b). Financement des soins dans les cantons – soins ambulatoires (état mai 2012). Association suisse des services d'aide et de soins à domicile, Berne.
- ASSASD (2014). Tarifs des assureurs pour les soins ambulatoires aigus et de transition 2014; Etat: 28.01.2014, Berne.
- ASSASD, ASPS & 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.
- Assistance à domicile pour la ville et la campagne (2013). Régime de financement des soins 2013. http://www.homecare.ch/fileadmin/user_upload/pdf_webseite/NPF_Info_Kunden_franzoesisch_mit_Patbeteiligung.pdf (consulté le 26.10.2015).
- 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.
- 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.
- 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).
- Fries, J.F., (1989). The Compression of Morbidity: Near or Far?, *The Milbank Quarterly*, 67:208–232.
- Füglister-Dousse, S., Dutoit, L. & Pellegrini, S. (2015). Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse, Evolutions 2006–2013, Rapport 67. Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel.
- Jaccard Ruedin, H., Weber, A., Pellegrini, S. & Jeanrenaud, C. (2006). Comparaison intercantonale du recours aux soins de longue durée en Suisse, Document de travail 17. Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel.
- Jacobzone, S., Cambois, E. & Robine, J.M. (2000). Is the Health of Older Persons in OECD Countries Improving Fast Enough to Compensate for Population Ageing?, Technical Report, Paris: OECD.
- Oesch, T. & Künzi, K. (2015, unveröffentlicht). 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.

Reck, M. (2015), Spitex – zwischen Staat und Markt. Bern: Hogrefe Verlag.

Seematter-Bagnoud, L., Fustinoni, S., Meylan, L., Monod, S., Junod, A., Büla, C. & Santos-Eggimann, B. (2012). Le Resident Assessment Instrument (RAI) et autres instruments d'évaluation, d'orientation et de communication relatif aux personnes âgées dans le réseau de soins, Raisons de santé 191. Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne.

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 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. Elles ont pour objectif de maintenir et de stimuler l'autonomie du client. Grâce à ces prestations, 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.

Catégorisation du taux de recours standardisé

Les différences de pratique entre les cantons sont illustrées sur des cartes, au moyen de cinq catégories. Ces catégories ont été définies sur la base de l'écart à la moyenne. Les valeurs-seuils retenues sont indiquées dans le Tableau 8.1 ainsi que les couleurs utilisées pour chaque catégorie.

Tab. 8.1 Mode de catégorisation du taux de recours standardisé

Catégorie	Ecart-type à la moyenne ¹
Inférieur à la moyenne	Plus de 1 écart-type inférieur de la moyenne ($Z < -1$)
Légèrement inférieur à la moyenne	Entre 1 et 0,33 écart-type inférieur à la moyenne ($-1,0 < Z < -1/3$)
Dans la moyenne	Compris entre $\pm 0,33$ écart-type autour de la moyenne ($-1/3 < Z < 1/3$)
Légèrement supérieur à la moyenne	Entre 0,33 et 1 écart-type supérieur à la moyenne ($1/3 < Z < 1$)
Supérieur à la moyenne	Plus de 1 écart-type supérieur à la moyenne ($1 < Z$)

¹ La valeur Z est définie comme étant la différence entre la valeur considérée et la moyenne de la distribution, divisée par l'écart type.
En formule: $Z = \frac{x - \mu}{\sigma}$

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. Les durées de séjour des résidents ayant changé d'établissement ne sont pas cumulées.

Etablissements médico-sociaux – homes médicalisés

Institutions qui soignent des personnes âgées nécessitant des soins et/ou des malades chroniques. Ces institutions sont admises à fournir des prestations LAMal à des patients pour une longue durée. Les activités des cliniques gériatriques ne sont pas comprises (définition selon la Conception détaillée OFS de la Statistique des établissements de santé non hospitaliers de Novembre 2005).

Dans certains cantons, des institutions à orientation psychiatrique accueillant de jeunes adultes sont assimilées à des EMS (voir OFS 2015b, p.2). Comme ce rapport cible exclusivement les personnes âgées de 65 ans et plus, ce problème de définition n'impacte pas nos résultats.

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 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 (SASD)

Les prestations de soins comprennent (art. 7 al. 1 et 2 OPAS, ASSASD 2012 (a), 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 et à se dévêtir, ainsi qu'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 privée et publiques à but non lucratif (ISBL), qui reçoivent des contributions aux prestations de soins et un financement public en raison de leur activité d'intérêt général. 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 (selon les dispositions cantonales).

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.

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).

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 au moment des analyses 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.

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 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). En outre, la différenciation au niveau de l'âge est limitée à deux classes d'âge: 65–79 ans et 80 ans et plus. 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 (ISBL) étaient incluses dans la statistique. Depuis 2010, les organisations de droit privé à but lucratif (IABL) 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, la situation 2013 est représentée en incluant l'ensemble des formes juridiques (ISBL, IABL et indépendants) alors que les évolutions entre 2007 et 2013 ne prennent compte que des ISBL.

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).

En outre, seul le canton où l'institution est située 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.

Finalement, la qualité des données au niveau des cantons est connue pour ne pas être toujours satisfaisante. Dans certains cantons, par exemple, le nombre de clients est surévalué de par la grande proportion des infirmières indépendantes chez qui le problème de double comptage des clients est particulièrement fort (cela est particulièrement le cas dans le canton de NE).

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.

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 résidant depuis 12 mois ou plus en Suisse.

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.

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.

Structures intermédiaires

Les structures intermédiaires représentent l'ensemble des offres 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

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

Taux de recours aux EMS, longs séjours

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

Taux de recours aux SASD

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

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

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

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).

Taux de recours standardisé

Le taux standardisé est calculé selon la méthode directe. Il est établi en pondérant le taux de recours observé pour chaque classe d'âge dans le canton par la structure d'âge de la population de référence. La population de référence est ici la population suisse de 2013; cette population suisse de 2013 est utilisée comme population de référence pour le calcul du taux de recours standardisé de l'ensemble des années considérées (2006 à 2013).

La standardisation permet ainsi de connaître quel serait le taux de recours dans un canton si sa population avait la même structure que la population suisse en 2013. Les cantons sont ainsi comparés – entre eux et à travers les années – comme s'ils avaient une structure de population identique.

9 Annexes

Annexe 1: Entretiens d'experts

Afin d'avoir une meilleure compréhension des résultats statistiques, nous avons fait appel à deux experts du domaine des EMS et deux experts du domaine des SASD. Les entretiens ont été menés en face à face à l'aide d'une grille d'entretien. Ils ont porté sur les thèmes suivants: 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 des représentants de chacune des quatre associations faitières, publiques et privées, des EMS et des SASD. Il s'agit des personnes suivantes:

Pour les EMS:

Monsieur Benno Meichtry, CURAVIVA Suisse, Association des homes et institutions sociales suisses, responsable du secteur gérontologie au sein du domaine spécialisé personnes âgées.

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

Pour les SASD:

Madame Silvia Marti, Association suisse des services d'aide et de soins à domicile, Secrétaire centrale adjointe et membre de la direction, responsable du secteur Politique et bases.

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

Annexe 2: Evolutions cantonales, statistiques additionnelles

EMS

Tab. 9.1 EMS, 65+ en longs séjours, indicateurs par canton, 2013

Canton	Taux de recours bruts	Taux de recours standardisés (population de base: CH 2013)	Evolution des taux de recours standardisés 2006-2013, en % (population de base: CH 2013)	Places d'hébergement pour 1000 habitants de 65 ans et plus	Taux d'occupation des places long séjour	Age moyen à l'entrée	Durée moyenne du dernier séjour	Nombre moyen de minutes de soins
ZH	6,2	6,3	-8,5	71,7	93,0	84,2	3,0	92,9
BE	6,3	6,1	-6,3	72,5	92,8	84,8	2,9	105,1
LU	6,9	6,9	-13,8	75,0	95,3	83,7	3,0	105,0
UR	8,4	8,0	-3,3	85,4	97,0	83,7	2,9	87,7
SZ	6,6	7,4	6,4	74,5	93,7	83,7	3,6	94,4
OW	6,0	6,1	-14,5	69,5	95,8	85,4	3,2	99,7
NW	5,2	5,9	-16,2	58,3	97,1	83,7	2,9	95,9
GL	8,7	8,5	2,2	97,7	91,3	84,1	3,2	81,1
ZG	6,0	6,9	-4,5	65,5	94,9	83,3	3,5	98,4
FR	6,0	6,4	-6,7	62,0	97,8	84,4	3,2	115,0
SO	5,1	5,2	-7,0	53,9	95,7	84,6	2,6	103,4
BS	6,9	5,6	-5,3	70,1	98,3	85,5	3,0	107,7
BL	4,7	5,0	-9,8	49,0	94,6	84,8	2,8	108,1
SH	7,8	7,5	-0,2	95,8	94,3	83,8	3,5	89,7
AR	8,9	8,4	-0,9	123,3	90,2	84,3	3,5	82,8
AI	6,5	6,6	27,6	68,2	91,4	85,0	3,1	76,0
SG	6,8	7,1	-6,8	72,6	94,6	84,3	3,2	91,4
GR	5,7	5,9	-6,9	65,7	92,9	85,1	2,5	101,9
AG	5,1	5,7	-12,1	57,2	95,3	83,8	2,8	102,7
TG	5,9	6,2	-3,7	70,6	93,9	84,6	3,1	98,3
TI	5,4	5,2	-9,4	55,0	97,2	85,1	3,2	142,9
VD	4,6	4,4	-1,9	52,6	97,8	85,6	2,7	169,6
VS	4,7	5,2	5,8	48,5	98,5	84,7	3,1	131,3
NE	6,3	5,8	-4,8	72,1	98,6	85,2	2,6	157,9
GE	4,6	4,4	-4,9	48,4	98,6	85,3	3,2	168,1
JU	5,3	5,1	-10,8	55,8	91,5	85,4	3,2	164,1
CH	5,8	5,8	-7,0	64,8	94,9	84,6	3,0	112,0

Source: OFS – SOMED 2013; STATPOP 2013

© Obsan 2016

SASD

Tab. 9.2 SASD, 65+, indicateurs par canton, 2013

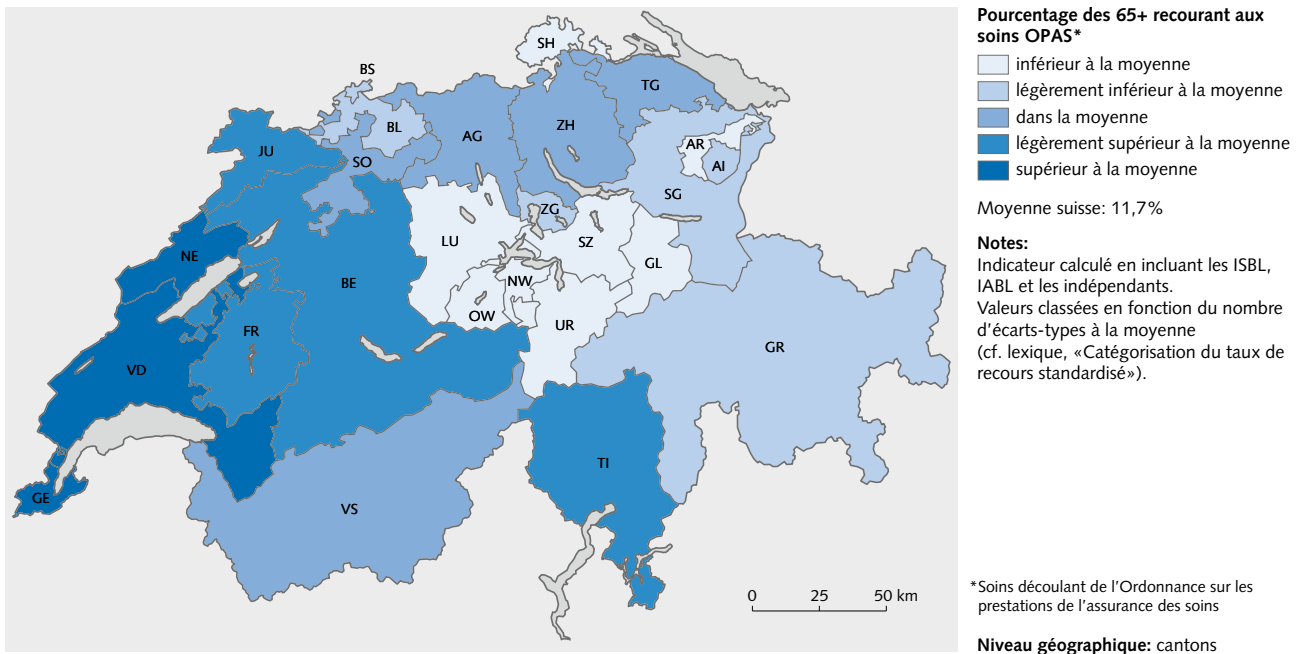
Canton	Taux de recours brut			Taux de recours standardisés (méthode directe)			Nombre d'heures par client			Nombre d'heures par habitant			Nombre de clients SASD
	SASD	Soins OPAS	Aide à domicile	SASD	Soins OPAS	Aide à domicile	SASD	Soins OPAS	Aide à domicile	SASD	Soins OPAS	Aide à domicile	
AG	11,98	10,57	4,80	12,47	11,01	5,01	54,84	44,43	38,94	6,57	4,70	1,87	12 502
AI	11,48	9,10	7,61	11,02	8,72	7,31	68,13	62,85	27,64	7,82	5,72	2,10	323
AR	8,57	7,61	6,66	8,40	7,46	6,52	86,7	61,12	41,79	7,43	4,65	2,78	844
BE	14,40	13,26	5,53	14,10	12,98	5,41	75,21	64,95	40,17	10,83	8,61	2,22	28 387
BL	11,04	9,34	5,86	11,22	9,49	5,96	82,23	61,42	57,01	9,08	5,74	3,34	6 373
BS	15,17	10,96	9,47	13,65	9,85	8,51	98,72	78,93	66,83	14,98	8,65	6,33	5 888
FR	13,87	12,44	3,86	14,41	12,94	4,02	56,08	49,84	40,71	7,78	6,20	1,57	6 029
GE	19,01	16,00	7,82	18,66	15,70	7,68	76,32	55,94	71,1	14,51	8,95	5,56	14 706
GL	10,86	8,19	4,79	10,62	8,00	4,69	56,46	47,79	46,28	6,13	3,91	2,22	791
GR	10,69	9,13	7,05	10,88	9,29	7,19	78,76	64,47	35,87	8,42	5,89	2,53	3 999
JU	19,20	14,85	10,20	18,69	14,45	9,94	79,15	73,45	42,04	15,20	10,91	4,29	2 648
LU	10,67	7,93	5,56	10,62	7,89	5,53	70,62	62,5	46,4	7,54	4,96	2,58	6 910
NE	21,18	18,38	5,90	20,22	17,53	5,65	45,38	41,5	33,65	9,61	7,63	1,99	6 830
NW	7,79	5,85	3,90	8,31	6,27	4,15	88,35	81,39	54,29	6,88	4,76	2,12	587
OW	8,68	7,32	4,47	8,75	7,37	4,51	69,69	66,74	26,07	6,05	4,88	1,17	524
SG	13,38	8,95	7,55	13,67	9,14	7,72	64,73	52,63	52,34	8,66	4,71	3,95	11 155
SH	11,98	8,40	7,72	11,60	8,13	7,47	66,39	56,18	41,9	7,95	4,72	3,23	1 893
SO	12,83	12,43	6,73	12,71	12,31	6,66	73,72	55,87	37,4	9,46	6,94	2,52	6 217
SZ	8,01	6,78	3,09	8,34	7,06	3,22	66,41	59,13	42,54	5,32	4,01	1,31	1 947
TG	12,44	10,78	5,82	12,71	11,02	5,95	69,83	53,27	50,57	8,69	5,74	2,94	5 221
TI	15,76	13,70	5,55	15,70	13,65	5,53	76,74	63,98	59,93	12,09	8,77	3,33	11 613
UR	8,01	6,32	3,32	7,83	6,18	3,25	70,49	62,21	51,62	5,64	3,93	1,71	542
VD	16,67	15,59	6,02	16,45	15,38	5,94	81,64	68,15	49,57	13,61	10,62	2,98	20 135
VS	13,56	10,90	5,84	14,11	11,36	6,06	49,39	38,55	42,68	6,70	4,20	2,49	8 034
ZG	12,57	9,08	5,50	13,43	9,70	5,88	63,42	42,01	75,57	7,97	3,81	4,16	2 369
ZH	12,22	10,91	7,13	12,25	10,93	7,15	77,41	55,55	47,71	9,46	6,06	3,40	29 194
CH	13,66	11,74	6,22	13,66	11,74	6,22	72,15	58,13	48,71	9,85	6,82	3,03	195 660

Source: OFS – SOMED 2013; STATPOP 2013

© Obsan 2016

Taux de recours standardisés aux soins OPAS* des 65+, en 2013

Fig. 9.1

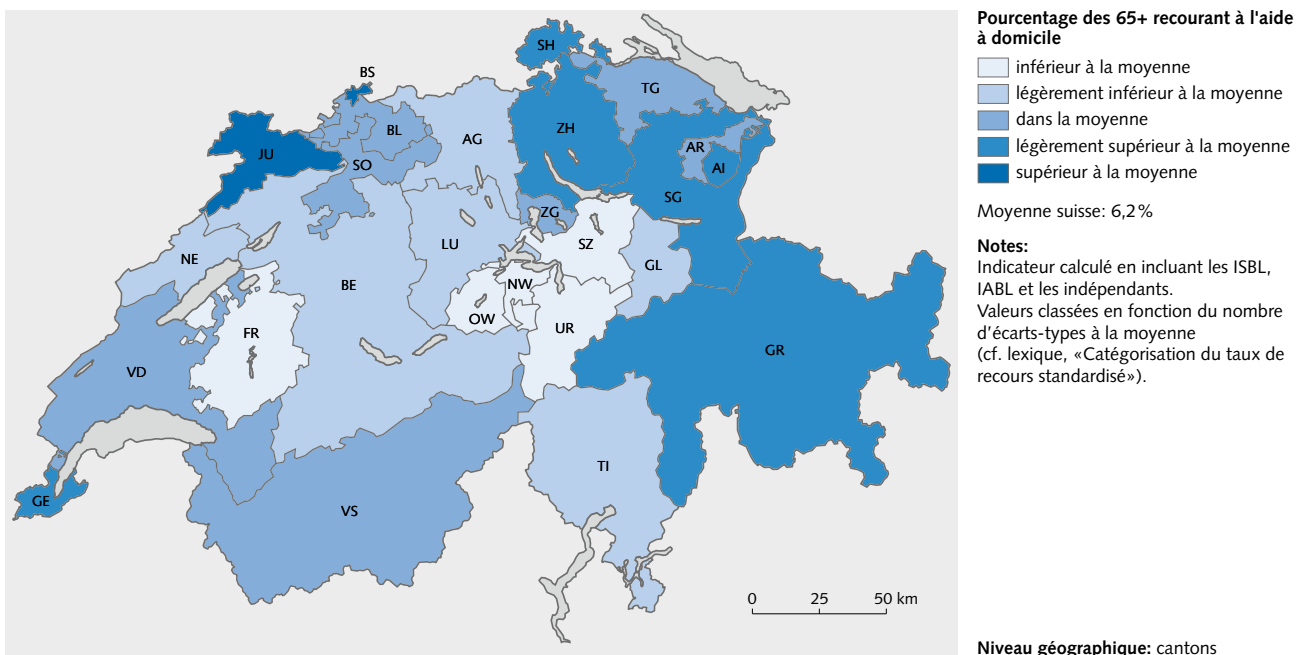


Sources: OFS – SPITEX 2013; STATPOP 2013; calculs Obsan

© OFS, ThemaKart, Neuchâtel 2016

Taux de recours standardisés à l'aide à domicile des 65+, en 2013

Fig. 9.2

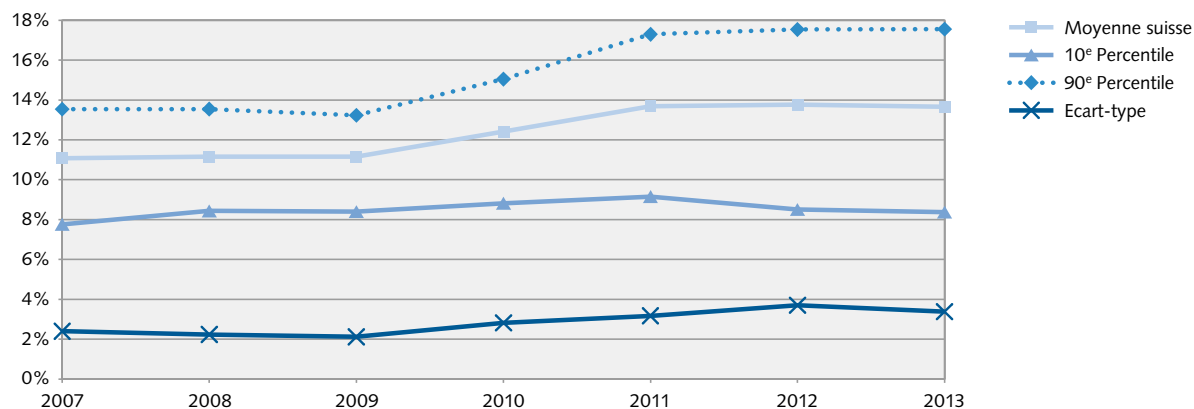


Sources: OFS – SPITEX 2013; STATPOP 2013; calculs Obsan

© OFS, ThemaKart, Neuchâtel 2016

Evolution des différences intercantionales du taux de recours SASD standardisé, 65+, 2007–2013

Fig. 9.3



Note: Indicateur calculé en incluant les ISBL, IABL et les indépendants.

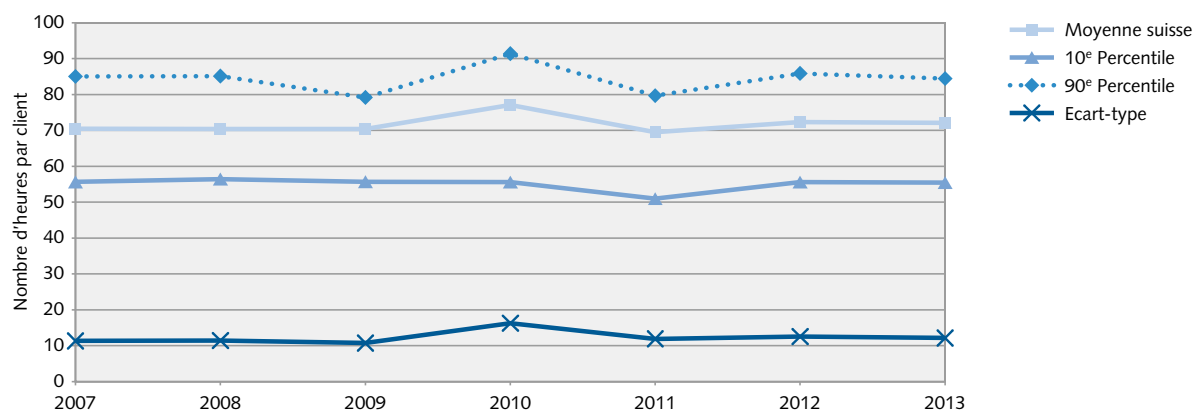
L'augmentation en 2011 est à mettre en lien avec l'introduction des IABL et indépendants dans la statistique Spitex.

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

© Obsan 2016

Evolution des différences intercantionales du nombre d'heures SASD par client, 65+, 2007–2013

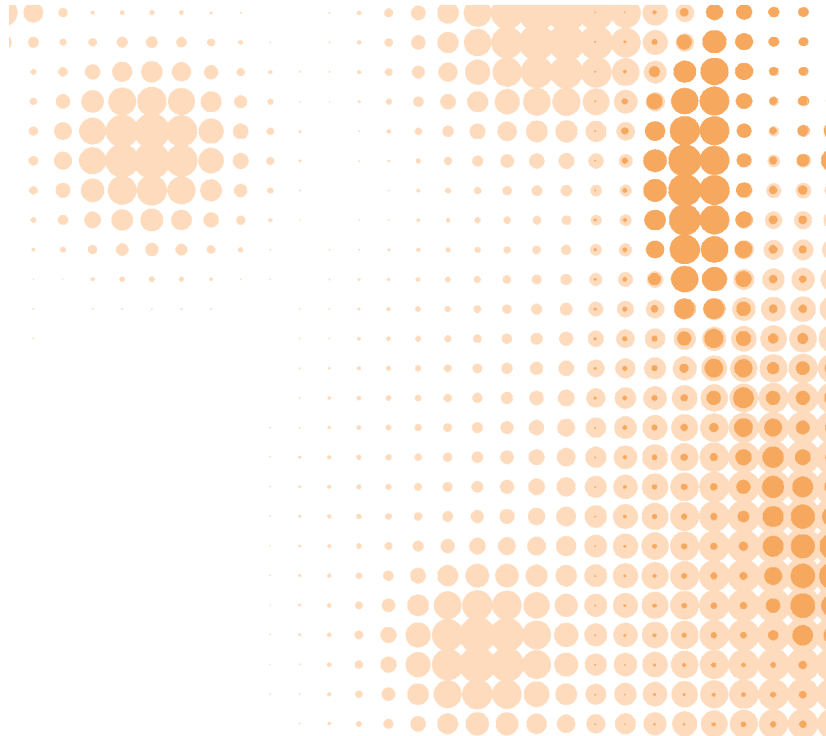
Fig. 9.4



Note: Indicateur calculé en incluant les ISBL, IABL et les indépendants.

Source: OFS – SPITEX 2007–2013

© Obsan 2016



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.