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

# Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse

France Weaver, Hélène Jaccard Ruedin,
Sonia Pellegrini, Claude Jeanrenaud

Document de travail 34

*L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une unité organisationnelle de l'Office fédéral de la statistique, née dans le cadre du projet de politique nationale suisse de la santé et 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 leurs planifications, leurs prises de décisions et leurs actions. Pour plus d'informations, consultez www.obsan.ch et www.nationalegesundheit.ch.*

*L'Obsan confie à ses collaborateurs ou à des experts externes le soin d'élaborer les rapports spécialisés, qui constituent ses documents de travail. Ces rapports doivent servir de base de travail aux spécialistes du domaine de la santé. Les auteurs sont responsables de la rédaction et du contenu de leurs rapports.*

France Weaver, Hélène Jaccard Ruedin, Sonia Pellegrini, Claude Jeanrenaud
Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse

Document de travail 34
Avril 2008

Commandes:
Office fédéral de la statistique
CH-2010 Neuchâtel
Tél. 032 713 60 60 / Fax 032 713 60 61
E-mail: order@bfs.admin.ch
15 francs (TVA excl.)
N° de commande: 874-0801
ISBN: 978-3-907872-50-5

© Observatoire suisse de la santé
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.obsan.ch

Direction du projet:
France Weaver, tél. 032 713 63 70

Adresse des auteurs:
France Weaver, Hélène Jaccard Ruedin
Observatoire suisse de la santé
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel

Sonia Pellegrini, Claude Jeanrenaud
Institut de recherches économiques
Université de Neuchâtel
Pierre-à-Mazel 7
CH-2010 Neuchâtel

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

# Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse

**France Weaver**[1]
**Hélène Jaccard-Ruedin**[1]
**Sonia Pellegrini**[2]
**Claude Jeanrenaud**[2]

[1] Observatoire suisse de la santé

[2] Institut de recherches économiques, Université de Neuchâtel

Document de travail 34

Avril 2008

Neuchâtel

Observatoire suisse de la santé

# Table des matières

Table des matières ..... 3
Liste des abréviations ..... 6
Liste des figures ..... 7
Liste des tableaux ..... 8
Remerciements ..... 9
Résumé ..... 10
Zusammenfassung ..... 13
Préambule ..... 17
Introduction ..... 18
Première partie Les soins de longue durée en Suisse ..... 21
1 Définition et bases de données ..... 22
1.1 Définitions ..... 22
1.2 Bases de données ..... 23
2 Financement ..... 25
3 Déterminants de la demande ..... 27
3.1 Taille et composition de la population de 65+ ans ..... 27
3.1.1 Effet démographique ..... 27
3.1.2 Effet sur les coûts par patient ..... 28
3.2 Dépendance fonctionnelle ..... 30
3.2.1 Evolution passée ..... 30
3.2.2 Evolution future ..... 30
3.3 Soins informels ..... 32
3.3.1 Evolution future des soins informels ..... 32
3.3.2 Substitution des soins formels par les soins informels ..... 34
3.4 Revenu ..... 35
Deuxième partie Les soins de longue durée de 2000 à 2005 ..... 37
4 Utilisation par les personnes de 65+ ans en 2005 ..... 38
4.1 Nombre de patients ..... 38
4.1.1 Nombre de personnes en établissements médico-sociaux ..... 38
4.1.2 Nombre de personnes recourant aux services à domicile ..... 39
4.1.3 Nombre d'heures d'aide et de soins à domicile ..... 39

4.2 Taux de recours ..... 40
4.2.1 Taux de recours aux établissements médico-sociaux ..... 41
4.2.2 Taux de recours à l'aide et aux soins à domicile ..... 41
5 Evolution de l'utilisation des soins de 2000 à 2005 ..... 43
5.1 Evolution des taux de recours aux EMS ..... 43
5.2 Evolution des taux de recours aux SASD ..... 45
5.3 Evolution du nombre d'heures d'aide et soins à domicile ..... 45
6 Evolution des coûts de 2000 à 2005 ..... 47
6.1 Coûts des établissements médico-sociaux ..... 47
6.2 Coûts des services d'aide et de soins à domicile ..... 47
6.3 Coûts totaux des soins de longue durée ..... 49
Troisième partie Projections des coûts des soins de longue durée ..... 51
7 Objectifs ..... 52
8 Méthode de projections ..... 53
8.1 Modèle ..... 53
8.2 Présentation des variables ..... 54
8.2.1 Population de 65 ans et plus ($N_t$) ..... 54
8.2.2 Taux de recours aux soins ($R_t$) ..... 54
8.2.3 Coûts par patient ($U_t$) ..... 55
8.3 Simulation Monte Carlo ..... 55
8.3.1 Distribution de probabilité de croissance des coûts par cas ..... 56
8.3.2 Distribution de probabilité des coûts totaux ..... 56
9 Présentation des scénarios ..... 58
9.1 Scénario de référence ..... 58
9.2 Scénario d'expansion de la morbidité ..... 61
9.3 Scénario de compression de la morbidité ..... 61
9.4 Scénario d'augmentation du recours aux SASD ..... 61
9.5 Scénarios de substitution des soins en EMS par les SASD ..... 62
10 Résultats des projections ..... 63
10.1 Scénario de référence ..... 63
10.1.1 Coûts totaux des soins de longue durée ..... 63
10.1.2 Causes de la croissance des coûts totaux ..... 64
10.1.3 Incertitude autour des coûts totaux ..... 66

10.2 Scénarios (2) et (3) : changements de dépendance fonctionnelle ..... 67
10.2.1 Coûts totaux des soins de longue durée ..... 67
10.2.2 Incertitude autour des coûts totaux ..... 68
10.3 Scénarios (4) et (5) : changements dans l'organisation des soins ..... 71
10.3.1 Coûts totaux des soins de longue durée ..... 71
10.3.2 Incertitude autour des coûts totaux ..... 72
11 Discussion ..... 75
11.1 Implications des résultats ..... 76
11.1.1 Scénario de référence et vieillissement de la population ..... 76
11.1.2 Changements du niveau de dépendance fonctionnelle ..... 76
11.1.3 Changements dans l'organisation des soins de longue durée ..... 77
11.2 Comparaison avec d'autres études ..... 77
11.2.1 Etudes suisses ..... 77
11.2.2 Etudes européennes ..... 78
11.3 Limites de l'étude et futures analyses ..... 79
11.3.1 Besoin de données individuelles ..... 79
11.3.2 Contexte de l'étude et hypothèses de travail ..... 80
11.3.3 Choix politiques et continuum de soins ..... 80
11.3.4 Intensité des soins ..... 81
11.3.5 Coûts globaux ..... 81
11.4 Conclusions ..... 82
Références ..... 83
Annexe 1 Scénarios démographiques de 2002 et 2006 ..... 88
Annexe 2 Projection du PIB de la Suisse ..... 89
Annexe 3 Nombre de patients en cas de changements de la dépendance fonctionnelle ..... 90
Annexe 4 Nombre de patients en cas de changements dans l'organisation des soins ..... 92

# Liste des abréviations

| | |
|---|---|
| EMS | Etablissements médico-sociaux (Alters- und Pflegeheime) |
| OFS | Office fédéral de la statistique |
| OFAS | Office fédéral des assurances sociales |
| OCDE | Organisation de coopération et de développement économiques |
| SASD | Services d'aide et de soins à domicile (Spitex) |
| OPAS | Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins |
| PIB | Produit intérieur brut |

# Liste des figures


Figure 1 Evolution de la population de 65 et plus par groupe d'âge de 2000 à 2050.

Figure 2 Ratio du nombre d'hommes 65+ ans sur le nombre de femmes 65+ ans

Figure 3 Ratio de disponibilité potentielle de soins informels par les filles

Figure 4 Nombre d'hommes et de femmes en EMS par groupe d'âge en 2005

Figure 5 Nombre d'utilisateurs de SASD par groupe d'âge et type de soins en 2005

Figure 6 Heures de SASD par patient selon le groupe d'âge et le type de soins en 2005

Figure 7 Taux de recours aux EMS par groupe d'âge pour les hommes et les femmes en 2005

Figure 8 Taux de recours pour les SASD par groupe d'âge et type de soins en 2005

Figure 9a Evolution des taux de recours aux EMS de 2000 à 2005 par groupe d'âge pour les hommes

Figure 9b Evolution des taux de recours aux EMS de 2000 à 2005 par groupe d'âge pour les femmes

Figure 10 Evolution des taux de recours aux SASD par type de soins et groupe d'âge de 2000 à 2005

Figure 11a Evolution des heures OPAS à domicile par patient selon le groupe d'âge de 2000 à 2005

Figure 11b Evolution des heures d'aide à domicile par patient selon le groupe d'âge de 2000 à 2005

Figure 12 Evolution des coûts des EMS de 2000 à 2005 pour les personnes de 65 ans et plus

Figure 13 Evolution des coûts des SASD de 2000 à 2005 pour les personnes de 65 ans et plus

Figure 14 Evolution des coûts des soins de longue durée en Suisse de 2005 à 2030

Figure 15a Causes de la croissance des coûts des EMS

Figure 15b Causes de la croissance des coûts des SASD

Figure 16 Effets de changements de la dépendance fonctionnelle sur les coûts totaux

Figure 17 Effets de changements dans l'organisation des soins sur les coûts totaux

# Liste des tableaux


Tableau R1 Projections des coûts des soins de longue durée à la valeur centrale

Tableau 1 Typologie des soins de longue durée pour personnes de 65+ans

Tableau 2 Sources de données

Tableau 3 Répartition des coûts selon l'agent payeur en 2004

Tableau 4 Coûts des soins de longue durée des personnes de 65+ ans, 2000 à 2005

Tableau 5 Survol des scénarios

Tableau 6 Fourchette des coûts pour le scénario de référence

Tableau 7 Part des soins de longue durée au PIB

Tableau 8 Fourchette de variation des coûts totaux en cas de changements de la dépendance fonctionnelle

Tableau 9 Fourchette de variation des coûts totaux en cas de changements dans l'organisation des soins

Tableau A.1 Nombre d'hommes et de femmes selon les scénarios 'tendance' de 2002 et 2006

Tableau A.2 Projection du PIB suisse à l'horizon 2030

Tableau A.3 Nombre de personnes recourant aux EMS et SASD en cas de variation de la dépendance fonctionnelle

Tableau A.4 Nombre de personnes recourant aux EMS et SASD en cas de modification de l'organisation des soins

# Remerciements

Les auteurs remercient les personnes suivantes : Daniel Reber (OFAS) pour avoir fourni des données sur les services d'aide et de soins à domicile, Raymond Kohli de l'Office fédéral de la statistique (OFS) pour avoir procuré les données démographiques, ainsi que Raymond Rossel, Mathieu Vuilleumier et Anthony Francis de l'OFS pour avoir répondu à nos questions en cours de travaux. Nous voulons également exprimer notre reconnaissance aux personnes sollicitées pour la révision de ce rapport : Semya Ayoubi (CDS), Stéphane Cotter (OFS), Daniel Domeisen (Curaviva), Mireille Dubois (Spitex), Raymond Kohli (OFS), Lionel Ricou (Curaviva) et Raymond Rossel (OFS).

# Résumé

Cette étude a deux objectifs : elle informe de la situation actuelle des soins de longue durée en Suisse et elle estime l'évolution possible des coûts à l'horizon 2030. Elle vise notamment à actualiser les projections d'une première étude (Pellegrini et al. 2006) en utilisant de nouveaux scénarios démographiques de l'Office fédéral de la statistique (OFS 2006). Par rapport à ceux utilisés dans l'étude initiale, ces nouveaux scénarios démographiques tiennent compte d'une augmentation plus importante, d'ici à 2030, de l'espérance de vie des personnes âgées de 65 ans et plus. Cette hausse va accroître le nombre de personnes d'âge avancé qui sont les principaux utilisateurs de soins de longue durée. Selon le scénario démographique A-00-2005 « moyen », la population de 80 ans et plus passera de 340'000 en 2005 à 625'000 personnes en 2030, soit presque un doublement en 25 ans.

Dans le contexte des débats sur le financement des soins de longue durée en Suisse, il est opportun de réviser les projections pour mieux tenir compte des nouvelles informations à disposition et d'examiner l'influence de certains facteurs sur l'évolution des coûts.

**Système des soins de longue durée en Suisse et déterminants de la demande**

En Suisse, les principaux prestataires de soins de longue durée formels (payants) sont les établissements médico-sociaux et les services d'aide et de soins à domicile. Ces derniers inclus les prestations OPAS (Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins), qui sont remboursées par l'assurance-maladie, et l'aide à domicile. D'autres formes de soins de longue durée existent mais sont exclues des analyses car leur hétérogénéité rend difficile leur relevé systématique ; on peut citer par exemple les unités d'accueil de jour et de nuit.

Les principaux facteurs qui influencent la demande pour les soins formels sont (1) la taille et la composition de la population de 65 ans et plus, (2) l'état de dépendance fonctionnelle de cette population, (3) la disponibilité de soins informels (gratuits), et (4) le revenu des ménages. A l'exception du premier facteur, il y a encore peu d'informations à disposition en Suisse sur l'influence de ces éléments. Les projections des coûts se basent uniquement sur l'évolution possible de la demande. Il est en effet fait l'hypothèse que l'offre s'adapte et répond parfaitement à cette demande et qu'il n'y a donc pas de rationnement des soins.

**Evolution du recours aux soins et des coûts de 2000 à 2005**

Le nombre d'utilisateurs âgés de 65 ans et plus a augmenté de 2000 à 2005 : il est passé de 75'400 à 78'800 personnes en EMS (+4.6%), de 106'000 à 114'000 bénéficiaires de prestations OPAS fournies à domicile (+8%), et de 74'000 à 79'000 bénéficiaires d'aide à domicile (+7.5%). Ces hausses sont attribuables à l'accroissement de la population âgée de 65 ans et plus, car les taux de recours à chaque âge, eux, ont eu tendance à baisser.

De 2000 à 2005, les coûts des soins de longue durée des personnes de 65+ ans sont passés de 6.2 à 7.3 milliards de francs (prix constants de 2005), soit une hausse de 18.6% en six ans. En

2005, ces prestations représentaient 1.6% du PIB et près de 14% des dépenses totales de santé en Suisse ; deux proportions restées stable depuis 2000.

### Les coûts des soins de longue durée à l'horizon 2030

Les coûts sont projetés pour les soins de longue durée utilisés par les personnes âgées de 65 ans et plus. L'objectif de ces projections est de mettre en évidence l'effet de trois phénomènes : (i) le vieillissement de la population, (ii) l'évolution du niveau de dépendance fonctionnelle de la population de 65 ans et plus, et (iii) des changements dans l'organisation des soins. De telles projections permettent d'identifier certaines des pressions sur les coûts qui proviennent de la demande de soins. Il ne s'agit pas de prévoir ce que seront les coûts futurs, car cela nécessiterait de conjecturer sur l'évolution du contexte institutionnel et social.

Six scénarios sont proposés, dont un scénario de référence qui inclut les hypothèses les plus plausibles compte tenu des connaissances actuelles. Chaque scénario est basé sur un certain nombre d'hypothèses portant sur l'évolution démographique, les taux de recours aux soins par sexe et âge, et la croissance des coûts par patient. Cette dernière joue un rôle central mais elle est difficile à prévoir. Elle est prise en compte en estimant une fourchette de variation possible des coûts totaux futurs avec un intervalle de confiance à 95%. La valeur centrale de croissance annuelle des coûts par patient est fixée à 1.6% et la variation entre 1.1 et 2.1%.

**Scénario de référence et vieillissement de la population.** Les coûts atteignent 17.8 milliards de francs en 2030 (prix 2005), avec une fourchette de variation de 15.7 à 20.0 milliards (intervalle de confiance à 95%). Cela représente 2.8% du PIB et une variation possible entre 2.4 et 3.1%. Deux renseignements complémentaires peuvent être tirés du scénario de référence. Premièrement, les EMS génèrent la majorité des coûts totaux avec 14.9 milliards, soit plus de 80%. Ceci s'explique en partie par la forte hausse projetée de la population de 80 ans et plus, qui a les taux de recours les plus élevés. Deuxièmement, la croissance de la population induit les deux tiers de la hausse des coûts totaux d'ici à 2030 (si croissance des coûts par patient de 1.6%). Ainsi, une part significative de ces coûts est inévitable car la politique de santé ne peut pas influencer l'évolution démographique à moyen terme.

**Changements du niveau de dépendance fonctionnelle.** En cas d'expansion de la morbidité des personnes âgées de 65+ ans (taux de recours inchangés malgré l'allongement de l'espérance de vie), les coûts s'élèvent à 20 milliards de francs en 2030, avec une variation possible entre 17.7 et 22.6 milliards. Dans le cas contraire d'une compression de la morbidité (réduction des taux de recours à chaque âge), les coûts atteignent 16.2 milliards pour une variation de 14.3 à 18.3 milliards. Ces deux scénarios mettent en évidence le rôle qu'une politique de prévention et de maintien de l'autonomie pourrait jouer sur le contrôle des coûts.

**Modifications de l'organisation des soins de longue durée.** Deux modifications sont analysées. Premièrement, dans l'hypothèse où l'aide informelle diminue et engendre une hausse du recours aux services à domicile, les coûts sont projetés à 19.1 milliards en 2030, avec une variation possible de 16.9 à 21.5 milliards. Deuxièmement, encourager le recours

aux services à domicile afin de réduire le nombre de personnes en EMS est une stratégie dont l'efficacité dépend du taux de substitution entre ces deux formes de soins. En cas d'une substitution modérée de 25% (1% de personnes en moins en EMS suite à une hausse de 4% de personnes recevant des services à domicile), les coûts restent comparables à ceux du scénario de référence. Si la substitution était de 50%, ce qui nécessiterait d'importants changements structurels, les coûts atteindraient 15.7 milliards pour une fourchette de 13.9 à 17.7 milliards.

Tableau R1. Projections des coûts des soins de longue durée à la valeur centrale[(a)]

| | **Coûts en 2030 en milliards CHF** | **Hausse des coûts de 2005 à 2030** | **Part des coûts au PIB en 2030** |
|---|---|---|---|
| *Coûts observés en 2005* | *7.3* | -- | *1.6%* |
| Vieillissement de la population | | | |
| Scénario de référence | 17.8 | 141.9% | 2.8% |
| Changements de dépendance fonctionnelle | | | |
| Expansion de la morbidité | 20.0 | 172.0% | 3.1% |
| Compression de la morbidité | 16.2 | 120.2% | 2.5% |
| Modifications de l'organisation des soins | | | |
| Hausse des SASD | 19.1 | 159.5% | 3.0% |
| Substitution de 25% | 17.4 | 136.6% | 2.7% |
| Substitution de 50% | 15.7 | 114.9% | 2.4% |

(a) Taux de croissance des coûts par patient de 1.6%.

Dans le scénario de référence de l'étude initiale, les coûts étaient projetés à 15.3 milliards en 2030 (prix 2001). La différence avec les résultats de la présente étude s'explique, entre autres, par la hausse projetée de l'espérance de vie des personnes de 65 ans (OFS 2006).

Ces projections fournissent trois résultats utiles aux acteurs de la politique de santé. Premièrement, au cours des prochaines décennies, la demande de soins de longue durée va augmenter de manière importante en raison de l'accroissement du nombre de personnes d'âge avancé. L'effet du vieillissement de la population sur les coûts est en partie inévitable ; il faudra donc que les structures puissent répondre à la demande, faute de quoi la population souffrant de dépendance fonctionnelle aura des besoins en soins non satisfaits. Deuxièmement, si des programmes de prévention et de maintien de l'autonomie des personnes de 65 ans et plus sont efficaces, ils permettront de limiter, dans une certaine mesure, la hausse des coûts futurs. Troisièmement, pour que le développement des services d'aide et de soins à domicile permette de limiter la hausse des coûts, un degré élevé de substitution entre ces services et les séjours en EMS serait nécessaire. Pour la Suisse, les potentialités concrètes de substitution n'ont pas encore été documentées, mais il est clair que des modifications structurelles importantes seraient nécessaires.

# Zusammenfassung

Diese Studie verfolgt zwei Ziele: Sie informiert über die aktuelle Situation der Langzeitpflege in der Schweiz und schätzt die mögliche Kostenentwicklung bis 2030 ein. Die Studie aktualisiert ferner einen ersten Bericht des Gesundheitsobservatoriums (Pellegrini et al. 2006). Die Aktualisierung wurde erforderlich, da vom Bundesamt für Statistik neue Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung vorliegen (BFS, 2006). Im Gegensatz zu den Szenarien der ersten Studie berücksichtigen die neuen Szenarien eine stärker ansteigende Lebenserwartung bei Personen ab 65 Jahren bis zum Zeithorizont 2030. Durch diese Erhöhung wird die Zahl der Betagten, und damit der Personen, die am häufigsten Langzeitpflege in Anspruch nehmen, steigen. Gemäss dem Bevölkerungsszenario «mittel» A-00-2005 dürfte die Zahl der 80-Jährigen und Älteren von 340'000 im Jahr 2005 auf 625'000 im Jahr 2030 steigen.

Im Hinblick auf die Debatten zur Pflegefinanzierung in der Schweiz sollen zum einen die Prognosen den neuen Erkenntnissen angepasst, zum anderen der Einfluss verschiedener Faktoren auf die Kostenentwicklung genauer betrachtet werden.

**Langzeitpflege in der Schweiz und Determinanten der Nachfrage**

Die wichtigsten Anbieter formeller (bezahlter) Langzeitpflege sind die Alters- und Pflegeheime und die Spitex-Dienste. Letztere umfassen Pflegeleistungen gemäss KLV (Krankenpflege-Leistungsverordnung), die teilweise von der Krankenversicherung vergütet werden, sowie Haushaltshilfeleistungen. Weitere Betreuungsformen —beispielsweise Tageskliniken— können aufgrund ihrer Heterogenität nur unzureichend systematisch erhoben werden und sind daher in der Untersuchung nicht berücksichtigt.

Die wichtigsten Einflussfaktoren für die Nachfrage nach formeller Pflege sind (1) die Grösse und Zusammensetzung der Bevölkerung ab 65 Jahren, (2) der Grad der Pflegebedürftigkeit dieser Bevölkerungsgruppe, (3) die Verfügbarkeit informeller (kostenloser) Pflege und (4) das Einkommen der Haushalte. Ausser zum ersten Faktor, gibt es in der Schweiz wenig verfügbare Information zur Wirkung dieser Einflussfaktoren. In dieser Arbeit stützen sich die Kostenprognosen auf die Entwicklung der Nachfrage. Dabei wird angenommen, dass sich das Angebot der Nachfrage anpasst und diese vollkommen abdeckt. Es werden keine gesetzlichen Einschränkungen der Pflegeleistungen einbezogen (z.B. Moratorien).

**Inanspruchnahme und Kosten von Pflegeleistungen zwischen 2000 und 2005**

Zwischen 2000 und 2005 ist die Zahl der Leistungsbezüger im Alter von 65 Jahren und mehr gestiegen: Von 75'400 auf 78'800 Personen in den Alters- und Pflegeheimen (+4,6%), von 106'000 auf 114'000 Spitex-Klienten für KLV-Leistungen (+8%) und von 74'000 auf 79'000 Spitex-Klienten für Haushaltshilfeleistungen (+7,5%). Da die Raten der Inanspruchnahme in allen Altersgruppen tendenziell rückläufig sind, lassen sich die Zunahmen auf das Wachstum der Bevölkerung der 65-Jährigen und Älteren zurückführen.

Zwischen 2000 und 2005 stiegen die Langzeitpflegekosten von 6,2 auf 7,3 Milliarden Franken (konstante Preise 2005). Dies entspricht einer Zunahme von 18,6% innerhalb von sechs Jahren. Im Jahr 2005 machten die Langzeitpflegekosten 1,6% des BIP und knapp 14% der gesamten Gesundheitsausgaben der Schweiz aus; diese Anteile blieben gegenüber 2000 stabil.

### Kosten der Langzeitpflege bis 2030

Prognostiziert werden die Kosten der Langzeitpflege für die Nutzer ab 65 Jahren. Die Szenarien sollen die Auswirkungen folgender drei Phänomene aufzeigen: (i) die Alterung der Bevölkerung, (ii) die Veränderung der Pflegebedürftigkeit der Bevölkerung ab 65 Jahren, und (iii) die Veränderungen in der Organisation der Langzeitpflege. Die Prognosen ermöglichen es, verschiedene Elemente des Kostendrucks, welche sich aus der Nachfrage nach Pflegeleistungen ergeben, zu identifizieren. Sie eignen sich schlechter, um die künftigen Kosten genau vorherzusagen. Dazu müssten Vermutungen zum institutionellen und sozialen Kontext angestellt werden.

Es werden sechs Szenarien vorgestellt, wovon das Referenzszenario die gemäss aktuellem Wissensstand plausibelsten Hypothesen berücksichtigt. Jedes Szenario basiert auf einer bestimmten Anzahl Hypothesen, die sich meisten auf die Bevölkerungsentwicklung, die Quote der Inanspruchnahme nach Geschlecht und Alter und auf das Wachstum der Kosten pro Patient beziehen. Letzteres spielt eine zentrale Rolle, kann jedoch nur schwer vorhergesehen werden. Um Unsicherheiten des Kostenwachstums pro Patient zu berücksichtigen, wird dieser auf 1,6% festgelegt, wobei Schwankungen zwischen 1,1 und 2,1% (95%-Vertrauensintervall) möglich sind.

**Grundszenario und Alterung der Bevölkerung.** 2030 betragen die Kosten 17,8 Milliarden Franken (konstante Preise 2005), wobei der Wert zwischen 15,7 und 20,0 Milliarden schwanken kann (95%-Vertrauensintervall). Das entspricht 2,8% des schweizerischen BIP (2,4-3,1%). Das Grundszenario liefert uns zwei weitere Informationen. Erstens: Die Alters- und Pflegeheime generieren mit 14,9 Milliarden den Grossteil (über 80%) der Gesamtkosten. Dies hängt teilweise mit dem prognostizierten Wachstum der Bevölkerung älter als 80 Jahren, die die höchste Inanspruchnahmerate aufweist, zusammen. Zweitens: Das Bevölkerungswachstum ist für zwei Drittel des Gesamtkostenanstiegs bis 2030 verantwortlich (Kostenwachstum von 1,6%). Somit ist ein signifikanter Kostenanteil unvermeidlich, da die Gesundheitspolitik mittelfristig keinen Einfluss auf die Bevölkerungsentwicklung nehmen kann.

**Veränderung der Pflegebedürftigkeit.** Sind die 65-Jährigen und Älteren länger pflegebedürftig (Rate der Inanspruchnahme wie heute, trotz Verlängerung der Lebenserwartung), könnten die Kosten für das Jahr 2030 auf 20 Milliarden Franken ansteigen, mit Schwankungen zwischen 17,7 und 22,6 Milliarden. Tritt hingegen die Pflegebedürftigkeit später auf, (Abnahme der Inanspruchnahme), betragen die Kosten 16,2 Milliarden, wobei der Schwankungsbereich zwischen 14,3 und 18,3 Milliarden liegt. Diese beiden Szenarien zeigen,

wie eine Politik, die auf Prävention und Erhalt der Selbständigkeit setzt, Einfluss auf die Kosten der Langzeitpflege nehmen könnte.

**Veränderungen in der Organisation der Langzeitpflege.** Es werden zwei Veränderungen analysiert. Erstens: Ausgehend von der Annahme, dass die informelle Hilfe abnimmt und die Inanspruchnahme von Spitex-Leistungen damit ansteigt, werden die Kosten im Jahr 2030 auf 19,1 Milliarden prognostiziert, wobei dieser Wert zwischen 16,9 und 21,5 Milliarden schwanken kann. Zweitens: Fördert man die Inanspruchnahme von Spitex-Leistungen, um die Anzahl Personen in Alters- und Pflegeheimen zu reduzieren, ist die Effizienz dieser Strategie von der Substitutionsquote der beiden Pflegeformen abhängig. Bei einer mässigen Substitution von 25% (1% Abnahme der Inanspruchnahme von Pflegeheimen und 4% Zunahme der Spitex) bleiben die Kosten mit denen des Grundszenarios vergleichbar. Würde die Substitution 50% betragen, wofür jedoch grosse strukturelle Veränderungen nötig wären, würden die Kosten bei 15,7 Milliarden, mit einem Schwankungsbereich von 13,9 bis 17,7 Milliarden, liegen.

Tabelle R1. Prognose der Langzeitpflegekosten, Zentralwert[(a)]

| | **Kosten im 2030 in Milliarden CHF** | **Kostenwachstum 2005 bis 2030** | **Kostenanteil am BIP im 2030** |
|---|---|---|---|
| *Beobachtete Kosten 2005* | *7.3* | -- | *1.6%* |
| Alterung der Bevölkerung | | | |
| Grundszenario | 17.8 | 141.9% | 2.8% |
| Veränderung der Pflegebedürftigkeit | | | |
| Inanspruchnahme wie heute | 20.0 | 172.0% | 3.1% |
| Abnahme der Inanspruchnahme | 16.2 | 120.2% | 2.5% |
| Veränderungen des Pflegesystems | | | |
| Zunahme Spitex-Leistungen | 19.1 | 159.5% | 3.0% |
| Substitution von 25% | 17.4 | 136.6% | 2.7% |
| Substitution von 50% | 15.7 | 114.9% | 2.4% |

(a) Wachstumsrate der Kosten pro Patient von 1,6%.

Das Grundszenario der ersten Studie prognostizierte für das Jahr 2030 15,3 Milliarden Franken (Preise 2001). Die Differenzen zu den Ergebnissen der vorliegenden Studie sind u.a. auf die prognostizierte höhere Lebenserwartung von 65-Jährigen (BFS 2006) zurückzuführen.

Für die Gesundheitspolitik ergeben sich aus diesen Prognosen drei nützliche Erkenntnisse. Erstens wird die Nachfrage nach Langzeitpflege in den kommenden Jahrzehnten aufgrund der wachsenden Anzahl Betagter stark ansteigen. Die Auswirkungen der Überalterung auf die Kosten sind teilweise nicht vermeidbar; die Strukturen müssen sich an die Nachfrage anpassen, ansonsten wird der Pflegebedarf nicht vollständig abgedeckt. Zweitens können effiziente Präventionsprogramme und Massnahmen zum Erhalt der Selbständigkeit der

Bevölkerung der 65-Jährigen und Älteren das künftige Kostenwachstum bis zu einem gewissen Mass eindämmen. Und Drittens will man mit dem Ausbau der Spitex-Dienste das Kostenwachstum etwas einschränken, so sind hohe Substitutionsgrade zwischen diesen Diensten und den Aufenthalten in Alters- und Pflegeheimen erforderlich. Das konkrete Substitutionspotenzial wurde in der Schweiz bisher noch nicht berechnet. Es ist aber klar, dass dafür grosse strukturelle Veränderungen nötig wären.

# Préambule

La hausse des coûts des soins de longue durée observée au cours des dernières années en Suisse et l'augmentation projetée du nombre de personnes de 65 ans et plus soulèvent des questions quant aux ressources humaines et financières nécessaires pour fournir ces soins au cours des décennies à venir. En 2006, l'Observatoire suisse de la santé a publié un premier rapport sur l'évolution possible des coûts des établissements médico-sociaux et des services d'aide et de soins à domicile à l'horizon 2030 (Pellegrini et al. 2006). La présente étude actualise ces projections en se basant sur de nouveaux scénarios démographiques de l'Office fédéral de la statistique, qui tiennent compte d'une augmentation plus importante de l'espérance de vie des personnes de 65 ans et plus (OFS 2006). Selon le scénario jugé le plus probable, l'espérance de vie à 65 ans augmente de presque trois ans d'ici à l'an 2030, comparée à une augmentation d'un an dans les scénarios utilisés dans l'étude de Pellegrini et collègues (2006). Un tel accroissement de l'espérance de vie va conduire à une augmentation du nombre de personnes d'un âge avancé, ce qui aura un impact direct sur le nombre d'utilisateurs de soins de longue durée et les coûts futurs.

Outre de nouvelles projections démographiques, la présente étude introduit trois autres changements. Premièrement elle décrit l'évolution du recours aux soins de longue durée observée de 2000 à 2005. Deuxièmement, l'incertitude liée à la croissance des coûts futurs par patient est prise en compte en utilisant une simulation stochastique. En effet, cette croissance dépend de variables difficiles à prédire, tels que l'état de santé des patients, l'évolution des salaires, ou le progrès technologique dans le secteur des soins. Une telle incertitude est prise en compte en estimant des intervalles de confiance autour des coûts projetés. Troisièmement, de nouveaux scénarios sont proposés pour montrer l'effet possible d'un changement dans l'organisation des soins de longue durée sur les coûts futurs. Spécifiquement, trois scénarios illustrent l'effet d'une augmentation du recours aux services d'aide et de soins à domicile ; l'un en maintenant le taux d'institutionnalisation en EMS constant et les deux autres en le diminuant suite à la hausse du taux de recours à l'aide et aux soins à domicile. Le but de ces scénarios est d'illustrer le rôle que peut jouer les politiques de santé communales, cantonales et fédérales sur l'évolution des coûts.

En résumé, cette nouvelle étude offre aux acteurs de la politique de santé une meilleure compréhension des mécanismes en jeu et des éléments que la politique de santé peut influencer. Elle permet ainsi de mieux appréhender les conséquences possibles de ces mécanismes sur les coûts des soins de longue durée en Suisse.

# Introduction

En Suisse, comme dans les pays de l'OCDE, le secteur des soins de longue durée a connu une croissance importante au cours des dernières années. De 1995 à 2005, les coûts des établissements médico-sociaux (EMS) et des services d'aide et de soins à domicile ont augmenté de plus de 45% en termes réels —après ajustement pour l'inflation dans le secteur de la santé. Cette croissance est plus rapide que celle du système de santé dans son ensemble (OFS 2007). Les coûts attribuables aux personnes de 65 ans et plus, qui constituent la majorité des utilisateurs, se montaient à 7.3 milliards de francs en 2005, ce qui représentaient 13.9% du total des dépenses de santé en Suisse. (Pour comparaison, la population de 65 ans et plus atteignait environ 16% de la population résidente cette année-là.) Quant à la part de ces soins dans l'économie suisse, elle atteignait 1.6% du produit intérieur brut (PIB). Aujourd'hui la Suisse est l'un des pays, avec ceux de l'Europe du Nord, où la part du PIB attribuable aux soins de longue durée est la plus élevée (OCDE 2006).

La croissance des coûts des soins de longue durée est en partie attribuable à l'augmentation du nombre de personnes de 65 ans et plus. Dans la plupart des pays occidentaux, la proportion de la population de 65 et plus s'accroît en raison de l'arrivée à la retraite des cohortes du baby-boom, plus nombreuses que les générations précédentes, de l'augmentation de leur espérance de vie, et de la baisse de la fécondité. En 2005 en Suisse, il y avait 1.2 millions de personnes âgées de 65 ans et plus. L'Office fédéral de la statistique prévoit —dans son scénario A-00-2005 « moyen »— que d'ici à l'an 2030, ce nombre atteindra 2 millions, ce qui correspond à une hausse de deux tiers. Si ce scénario se confirme, en 2030, les personnes de 65 ans et plus représenteront le quart de la population suisse. L'augmentation de la population âgée de 80 ans et plus est encore plus rapide : elle passerait de 340'000 à 625'000 personnes, soit presque un doublement en vingt-cinq ans.

Le vieillissement de la population soulève de nombreuses questions quant au financement, la planification et l'organisation des services de santé en général, et des soins de longue durée en particulier. Identifier les éléments moteurs de la future hausse des coûts des EMS et des services d'aide et de soins à domicile constitue une première étape pour orienter les décideurs sur les politiques de santé à mettre en place. Ces politiques doivent permettre d'une part, de satisfaire aux besoins en soins d'une population vieillissante et d'autre part, de limiter la croissance des coûts dans une mesure soutenable pour les ménages, les assurances sociales et les finances publiques.

L'Union Européenne, l'OCDE et des études spécifiques à certains pays ont projeté les coûts des soins de longue durée en utilisant des approches macro-économiques, plus ou moins sophistiquées, qui se basent principalement sur des agrégats par âge (Costa-Font et al. 2007, Oliveira Martins et Maisonneuve 2006, Schulz 2005, DG ECFIN 2006, Comas-Herrera et al. 2003, Bains 2003, Jacobzone et al. 2000, Madge 2000). De telles stratégies sont généralement adoptées lorsqu'il y a peu de données à disposition. Les études américaines utilisent la micro-

simulation, qui modèle les comportements individuels (Johnson et al. 2007, Kemper et al. 2005, Wiener et al. 1994, Rivlin and Wiener 1988). Un nombre croissant d'études similaires est réalisé en Europe (Baldini et al. 2007, Duée et Rebillard 2004).

En Suisse, trois études ont projeté les coûts des soins de longue durée, l'une conduite par l'Office fédéral des assurances sociales (Fuhrer et al. 2003), une autre par l'Observatoire suisse de la santé (Pellegrini et al. 2006), et la plus récente par l'Administration fédérale des finances, dans le cadre du programme financier de la législature 2009-2011 (AFF 2008). Toutes ces études adoptent une approche macro-économique, en proposant différents scénarios d'évolutions possibles des dépenses. L'étude de Fuhrer et collègues (2003) se base sur les coûts par habitant (et non par patient) pour projeter les coûts qui atteignent 11 milliards de francs en 2020 et près de 19 milliards en 2040 (à prix constants de 2000). La méthode se base sur le profil des dépenses de la population qui ne permet pas d'isoler l'effet de certains déterminants sur les coûts, telle qu'une modification de la morbidité. Dans la deuxième étude de Pellegrini et collègues (2006), les projections se basent sur trois composantes, ce qui permet d'observer leurs effets respectifs : l'évolution démographique, les taux de recours aux soins et les coûts par patient. Les coûts atteignent 11 milliards en 2020 et plus de 15 milliards de francs en 2030 (à prix constants de 2001). Similairement, les projections de l'Administration fédérale des finances sont basées sur les coûts par patient et différents scénarios sont proposés (AFF 2008). Les coûts sont reportés uniquement en pourcentage du Produit intérieur brut projeté. En 2030, ces coûts représentent entre 2.2 et 2.6% du PIB et en 2050, ils atteignent de 3.2 à 4.6% du PIB.

Comme mentionné dans le préambule, un des objectifs de la présente étude est d'actualiser les projections réalisées par Pellegrini et collègues (2006) en utilisant des données démographiques plus récentes, en tenant mieux compte de l'incertitude lié à l'évolution des coûts par patient, et en proposant de nouveaux scénarios ; tous ces aspects permettant d'affiner les projections.

La suite de ce document comprend trois parties : la première partie a pour objectif de décrire les soins de longue durée en Suisse et de faire une synthèse des facteurs influençant la demande de ces soins. La deuxième partie présente l'évolution de l'utilisation de ces soins de 2000 à 2005 en Suisse. Il s'agit d'offrir une vue d'ensemble de la situation des soins de longue durée sur six années. La troisième partie de l'étude se concentre sur l'évolution possible des coûts à l'horizon 2030.

Une approche de macro-simulation est adoptée en conduisant les projections par groupes d'âge, sexe et type de soins. Au travers de ces projections sont mis en évidence l'impact de : (i) l'évolution démographique, (ii) des changements de la dépendance fonctionnelle parmi la population de 65 ans et plus, et (iii) des modifications dans l'organisation des soins de longue durée. Ainsi, les différents résultats permettent une comparaison de l'évolution possible des coûts à l'horizon de 2030 selon différent cas de figure.

# Première partie
# Les soins de longue durée en Suisse

# 1 Définition et bases de données

## 1.1 Définitions

D'une manière générale, les soins de longue durée sont définis comme les prestations procurées pour maintenir ou restaurer un niveau de qualité de vie optimal compte tenu de l'état de santé et de dépendance fonctionnelle du patient (Norton 2000). Il s'agit de soins médicaux, paramédicaux, d'assistance aux « activités de la vie quotidiennes » (par exemple, s'habiller, se laver, se lever du lit, aller aux toilettes, se nourrir), et d'assistance aux « activités instrumentales de la vie quotidienne » (telles que téléphoner, payer les factures, faire les courses, préparer les repas, prendre des médicaments, ou faire le ménage). La terminologie se réfère à l'ensemble de ces prestations en tant que « soins de longue durée », même s'il ne s'agit pas toujours de soins au sens médical du terme, mais également de soutien à la vie quotidienne. Les soins de longue durée se divisent en deux catégories : les soins formels payants, et les soins informels gratuits généralement procurés par la famille et les amis (Tableau 1).

En Suisse, les principaux prestataires de soins de longue durée formels, qui sont autorisés à pratiquer à charge de l'assurance-maladie, sont les établissements médico-sociaux (EMS), ainsi que les services d'aide et de soins à domicile (SASD). Leur développement repose principalement sur des initiatives locales, soutenues ou non par les pouvoirs publics. La présente étude se concentre sur ces deux types de soins formels pour lesquels des données statistiques sont à disposition. Sont exclus de l'analyse les homes non médicalisés pour personnes âgées dont les résidents ne nécessitent souvent pas de soins. Il existe également d'autres types de services fournissant des soins comparables, tels que les services fournis par des œuvres caritatives, les lits en soins de longue durée dans les hôpitaux, les unités d'accueil de jour ou de nuit, et les appartements protégés. L'importance des soins procurés par ces structures est difficile à quantifier en raison du manque de données statistiques. Ces services ne sont, pour cette raison, pas pris en compte.

Il convient aussi de rappeler l'importance des soins informels (gratuits) procurés par la famille, les amis ou des organismes caritatifs. Dans de nombreux pays occidentaux, l'aide informelle constitue l'une des formes principales de soins de longue durée (Spector et al. 2000, Yoo et al. 2004). En Suisse, l'importance de l'aide informelle et son interaction avec le recours aux EMS et aux services d'aide et de soins à domicile ne sont pas encore bien connues. Ce thème est abordé avec plus de détails au Chapitre 3.3.

Tableau 1. Typologie des soins de longue durée pour personnes de 65+ans

| Catégories | Types de soins de longue durée | Soins retenus dans la présente étude |
|---|---|---|
| Soins informels | Soins procurés par famille, amis et bénévoles | |
| Soins formels | Etablissements médico-sociaux | X |
| | Homes pour personnes âgées | |
| | Services d'aide et de soins à domicile | X |
| | Autres aide et soins à domicile | |
| | Soins de longue durée en hôpitaux | |
| | Accueil de jour et de nuit | |
| | Appartements protégés | |

En dépit de la terminologie se référant aux « soins de longue durée », ces soins peuvent être de long terme ou de court terme. Les personnes ayant une réduction permanente et irréversible dans leurs capacités fonctionnelles ont besoin de traitements médicaux et/ou d'aide dans les activités de la vie quotidiennes jusqu'à la fin de leurs jours. D'autres personnes séjournent en institution ou reçoivent de l'aide et des soins à domicile pour de courtes périodes, souvent suite à un séjour hospitalier en cas d'affection réversible, ou pour soulager des proches qui soignent leur parent à domicile. Dans la présente analyse, il n'est pas possible de distinguer entre les soins de courtes et des longues durées, mais tous relèvent d'une forme de dépendance fonctionnelle en raison même de la nature des soins considérés.

## 1.2 Bases de données

L'ensemble des chiffres présentés dans cette étude provient des bases de données contenues dans le Tableau 2. La population par âge et sexe de 2000 à 2005, et pour les années 2010, 2020 et 2030, est obtenue auprès de l'Office fédéral de la statistique dans son scénario A-00-2005 « moyen » (OFS, 2006).

Les taux de recours aux EMS proviennent de la Statistique des établissements de santé non hospitaliers, gérée par l'OFS. Il s'agit d'une statistique administrative : chaque année, les institutions de ce type ont l'obligation de fournir des informations sur leurs prestations, leur population hébergée, leur personnel et leurs comptes d'exploitation. Le taux de participation au questionnaire atteint 99.6% en 2005. Dans la présente étude, seuls les 'établissements pour personnes âgées nécessitant des soins et malades chroniques' sont pris en compte. Les homes simples n'entrent pas de la présente estimation car ces établissements procurent principalement des services socio-hôteliers qui ne peuvent pas, par eux-mêmes, être considérés comme des soins de longue durée.

Quant aux taux de recours aux services d'aide et de soins à domicile, ils proviennent de la Statistique de l'aide et des soins à domicile (Spitex), gérée jusqu'à récemment par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) et actuellement par l'OFS. Cette statistique inclut des informations sur l'offre de prestations, le personnel, la clientèle et les finances des organisations Spitex. Elle donne une vue d'ensemble des organisations de droit privé à but non lucratif et des organisations de droit public, ce qui couvre 97% des prestations facturées en Suisse (sont exclus les organisations de droit privé à buts lucratifs).

Les coûts totaux, y compris les subventionnements et couvertures de déficits, sont inclus dans la statistique des établissements de santé non hospitaliers et dans la statistique de l'aide et des soins à domicile. Les coûts de type OPAS (à la charge de l'assurance-maladie) sont décomposés par groupes d'âge et sexe en utilisant la répartition observée dans les données de santésuisse$^{R}$. Ces dernières incluent l'ensemble des prestations en EMS et SASD facturées aux assurances maladie en Suisse. Cela représente environ 60% des coûts totaux des EMS et SASD, et n'inclut pas le subventionnement et les couvertures de déficits par les pouvoirs publics. Ici, les subventions sont réparties par classe d'âge et sexe en adoptant la même répartition que les coûts OPAS observée dans les données de santésuisse$^{R}$. Par contre, les coûts socio-hôteliers des EMS, découlant de l'hébergement, la nourriture, et d'activités sociales, sont les mêmes quelque soit le groupe d'âge et le sexe, car ils ne dépendent pas du niveau de dépendance fonctionnelle. C'est pourquoi un coût forfaitaire est déterminé en utilisant la statistique des établissements de santé non hospitaliers et est appliqué à l'ensemble des résidents en EMS. Pour les services d'aide et de soins à domicile, les coûts par heure de soins, déterminés en se basant sur la statistique de l'aide et des soins à domicile, permettent également d'avoir des coûts différenciés par groupe d'âge et sexe ; ceci aussi bien pour les prestations OPAS que pour l'aide à domicile.

Tableau 2. Sources de données

| **Agrégats** | **Sources de données** |
|---|---|
| Population résidant en Suisse | Scénario démographique A-00-2005 « moyen » (OFS 2006) |
| Taux de recours | |
| EMS | Statistique des établissements de santé non hospitaliers |
| SASD | Statistique de l'aide et des soins à domicile (Spitex) |
| Coûts par patient | |
| EMS | Statistique des établissements de santé non hospitaliers et Datenpool santésuisse$^{R}$ |
| SASD | Statistique de l'aide et des soins à domicile et Datenpool santésuisse$^{R}$ |

# 2 Financement

Dans les établissements médico-sociaux, on peut distinguer :

- une mission médicale qui est partiellement prise en charge par l'assurance-maladie sous forme de forfaits et qui découle de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins OPAS (Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, 832.112.31).

- une mission sociale et hôtelière financée par les ménages et les institutions publiques (principalement les cantons, soit directement ou par le biais de prestations complémentaires de l'Assurance Vieillesse et Survivants).

De manière similaire, les services d'aide et de soins à domicile se divisent en deux types de prestations :

- les soins de type médicaux, dits OPAS car découlant de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, qui sont partiellement à la charge de l'assurance-maladie et sont remboursés sous forme de forfaits ; le reste étant pris en charge par les cantons et les communes.

- l'aide à domicile relevant du soutien aux activités de la vie quotidienne en raison d'une dépendance fonctionnelle, et qui est à la charge principale des institutions publiques avec une participation aux coûts de la personne nécessitant de l'aide.

Aussi bien pour les EMS que les SASD, les cantons et les communes subventionnent les prestataires de soins et procurent des garanties de couverture de déficit lorsque les coûts des prestations dépassent les tarifs facturés. Une petite partie des déficits est également couverte par des apports privés, tels que des dons. (Pellegrini et al. 2004).

Le financement des établissements médico-sociaux et des services d'aide et de soins à domicile diffèrent significativement. (Tableau 3). Par exemple en 2004, les ménages assumaient 46% des coûts des EMS et moins de 6% des coûts des SASD. Ceci s'explique par le fait que les coûts socio-hôteliers, en partie à la charge des ménages, sont inclus dans les coûts des EMS mais pas dans les coûts des SASD. Une part significative des pensionnaires en EMS paie elle-même les coûts socio-hôteliers et les pouvoirs publics financent ces coûts pour les pensionnaires qui n'ont pas les ressources nécessaires. Outre les ménages, les autres agents de financement principaux des EMS sont l'assurance-maladie avec 21% (au travers de la couverture d'une partie des coûts médicaux et paramédicaux) et l'Assurance vieillisse et survivants (AVS) avec plus de 21% (au travers des prestations complémentaires et les allocations pour impotents). Les communes et les cantons, au travers de leurs subventions directes couvraient 10% des coûts des EMS, mais il convient de rappeler que les communes et les cantons participent également au financement de l'AVS.

Pour les services d'aide et de soins à domicile en 2004, les communes et les cantons assumaient environ le tiers des coûts au travers de leurs subventions directes. L'assurance-maladie et l'assurance-accident couvraient à eux deux également un tiers des coûts. Viennent ensuite l'AVS qui en assumait environ 24%, au travers d'allocations pour impotents et de subventions directes aux organisations procurant les soins à domicile (ces subventions directes ne sont plus octroyées depuis le 1et janvier 2008, la charge étant reportée sur les cantons et/ou les communes). Actuellement, le financement des soins de longue durée est en voie de révision, ce qui va vraisemblablement modifier la répartition des charges entre les différents agents payeurs.

Tableau 3. Répartition des coûts selon l'agent payeur en 2004

| **Agents payeurs** | **Pourcentages** | |
|---|---|---|
| | **EMS** | **SASD** |
| Ménages | 46.1 | 5.8 |
| Subventions directes des communes et cantons | 10.0 | 32.0 |
| Assurance-maladie ou accident | 21.0 | 32.0 |
| AVS | 21.4 | 23.7 |
| Contributions privées et autres | 1.5 | 4.5 |

Sources : propres calculs basés sur OFS (2007), Statistique de l'aide et des soins à domicile (OFAS 2007), Statistique de l'AVS (OFAS 2007). Cette répartition inclut l'ensemble des coûts, y compris ceux des personnes de moins de 65 ans.

Il faut souligner que les coûts des séjours en EMS et des services d'aide et de soins à domicile et leur financement ne sont pas directement comparables. En effet, les coûts en EMS incluent les coûts dits 'socio-hôteliers', c'est-à-dire les coûts de l'hébergement, de la nourriture et des activités menées dans ces établissements. Ces coûts sont à la charge des résidents et éventuellement des pouvoirs publics. Si besoin, les résidents peuvent recourir à des prestations complémentaires à l'AVS. Les coûts des services d'aide et de soins à domicile n'englobent pas ces dépenses-là car les personnes vivent à domicile et font donc face à ces dépenses à titre privé. A part la franchise et la quote-part de l'assurance-maladie obligatoire, ils n'assument pas de frais pour les soins médicaux prodigués à domicile.

# 3 Déterminants de la demande

Il existe différentes manières de regrouper les déterminants des coûts des soins de longue durée. Dans une perspective macro-économique, adoptée dans la présente étude, l'objectif est de comprendre les forces, au sein du système de santé, qui influencent le volume de soins et leurs coûts.

Un certain consensus se dégage quant aux principaux facteurs influençant les coûts des établissements médico-sociaux et les services d'aide et de soins à domicile. Toutefois, dans un système aussi complexe que celui de la santé, il est méthodologiquement compliqué de mesurer l'effet de chacun de ces facteurs, ceci d'autant plus qu'il y a des relations allant dans les deux sens. Par exemple, le niveau de dépendance fonctionnelle d'une population a un effet sur le recours aux soins : plus une personne a des difficultés à conduire ses activités de la vie quotidienne, telles que se lever, se laver, ou s'habiller, plus elle a besoin d'aide pour mener ces activités. Toutefois, l'inverse est aussi vrai : le recours aux soins de longue durée a un impact sur le niveau de dépendance fonctionnelle : les soins procurés peuvent permettre de ralentir, voir de retarder, la progression de la dépendance fonctionnelle. De telles simultanéités rendent l'estimation de modèles de projections des coûts ardue et nécessitent souvent d'estimer plusieurs équations conjointement. Une telle stratégie dépasse le cadre de la présente étude dont l'objectif est d'illustrer le lien entre certaines variables macro-économiques et le niveau futur des coûts. Ces variables, qui entrent dans le modèle de projection des coûts, sont présentées au Chapitre 8.2. Elles englobent, de manière explicite ou implicite, les principaux déterminants de la demande de soins de longue durée présentés ici.

Les principaux facteurs qui influencent la demande de soins de longue durée sont la taille et la composition de la population de 65 ans et plus, l'état de dépendance fonctionnelle de cette population, le recours aux soins informels, et le revenu des ménages. Les déterminants du côté de l'offre, tels que l'organisation du système de soins, son mode de financement et les incitations institutionnelles ne sont pas abordés plus avant. En effet, les projections de coûts se basent uniquement sur l'évolution possible de la demande, en faisant l'hypothèse que l'offre s'adapte et répond à la demande (Chapitre 9).

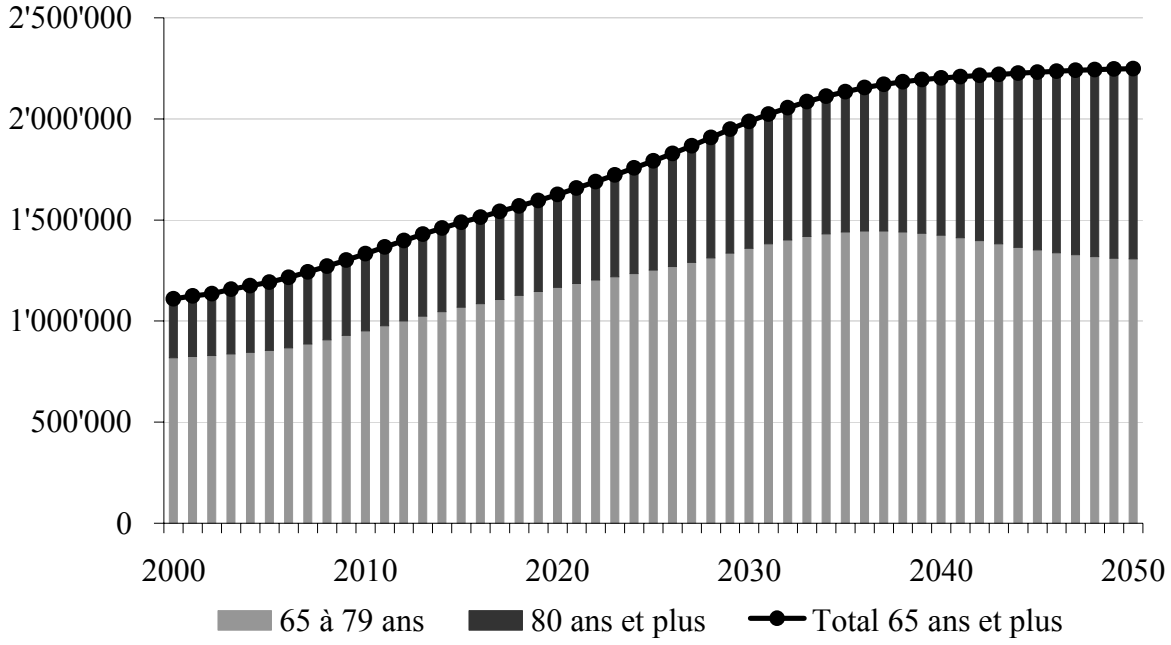
## 3.1 Taille et composition de la population de 65+ ans

### 3.1.1 Effet démographique

L'augmentation de la population de 65 ans et plus, et plus particulièrement celle de 80 ans et plus qui est la principale consommatrice de soins de longue durée, a un effet mécanique sur les coûts : en maintenant constants les autres déterminants, le nombre de patients augmente avec l'accroissement de cette population (effet purement démographique).

La projection démographique la plus probable, proposée par l'Office fédéral de la statistique dans son scénario A-00-2005 « moyen » (OFS 2006), révèle que la population de 65 ans et plus augmente rapidement jusqu'en 2030, puis la croissance continue mais à un rythme moins élevé (Figure 1). Parmi cette population, la part des personnes de 80 ans et plus passe de 26 à 32% de 2000 à 2030. A l'horizon de 2050, il est prévu que cette proportion atteigne 42% de l'ensemble des personnes de 65+ ans.

Figure 1. Evolution de la population de 65 et plus par groupe d'âge de 2000 à 2050




Source : OFS (2006)

### 3.1.2 Effet sur les coûts par patient

Outre un effet purement démographique, le vieillissement de la population a un effet sur les coûts par patient car la probabilité de recourir aux soins et le volume de soins augmentent avec l'âge. Ce phénomène est observé dans de nombreux travaux réalisés en Europe et aux Etats-Unis, mais également dans les données utilisées dans la présente étude. Cette association positive entre l'âge et les coûts par patient s'explique par deux phénomènes.

**Coûts attribuables à la mortalité.** Premièrement, une part importante des coûts de la santé survient en fin de vie et est donc attribuable au processus de mortalité, c'est-à-dire à la proximité de la mort. D'une manière générale, à mesure que l'âge augmente, la part des gens proches de la mort augmente aussi : une personne de 85 ans est, en moyenne, plus proche de la mort qu'une personne de 65 ans.

De nombreuses études, dont certaines réalisées avec des données suisses, montrent que l'utilisation des soins médicaux s'expliquent par la proximité de la mort et peu par l'âge de la

personne (Weaver et al. 2008, Werblow et al. 2007, Seshamani and Gray 2004, Yang et al. 2003, Zweifel et al. 1999, 2004). De plus, il semblerait que les coûts de la mortalité augmentent jusqu'à un certain âge, puis diminuent aux âges les plus avancés (Steinmann et al. 2007). Si les coûts par patient sont concentrés en fin de vie, le corollaire est que l'accroissement de l'espérance de vie est accompagné d'une augmentation du nombre d'année en bonne santé. Si ce n'était pas le cas, et que le nombre d'années en mauvaise santé augmentait, les coûts ne seraient plus vraiment concentrés en fin de vie. Il faut donc prendre en compte le lien entre l'accroissement de l'espérance de vie et l'amélioration de l'état de santé à chaque âge. Ce processus de 'healthy aging' réduit le coût moyen par patient, en particulier pour les personnes les plus jeunes. Dans cette perspective, l'accroissement de l'espérance de vie est accompagné non seulement d'une diminution du recours aux soins à chaque âge mais également d'une baisse du coût moyen par patient, en tous cas pour les personnes les moins âgées.

**Coûts attribuables à la morbidité.** La deuxième explication de l'association positive entre l'âge et les coûts par patient est que la prévalence de la dépendance fonctionnelle augmente avec l'âge. Höpflinger et Hugentobler (2006, page 47) illustrent ce point en utilisant l'Enquête suisse sur la santé de 2002 qui inclut uniquement des personnes vivant à domicile : environ 91% des hommes de 65 à 69 ans n'ont pas de difficultés à mener leurs activités de la vie quotidienne — telles que se lever, se laver, s'habiller, utiliser les toilettes ou manger—, contre 64% pour ceux de 85 ans et plus. Quant aux femmes, près de 79% de celles âgées de 65 à 69 ans n'ont pas de difficultés fonctionnelles, alors que cette proportion diminue à 58% pour celles de 85 ans et plus.

La dépendance fonctionnelle est le principal déterminant de l'utilisation des soins de longue durée, et en général, les coûts par patient augmentent avec le niveau de dépendance fonctionnelle. Plus la capacité d'une personne à réaliser les activités de la vie quotidienne se détériore, plus il est probable qu'elle bénéficie de soins de longue durée et que le volume de ces soins augmente avec la complexification du cas. Par exemple, les personnes résidant en établissements médico-sociaux —forme la plus coûteuse des soins de longue durée— sont celles avec les formes les plus sévères de dépendance fonctionnelle.

Le Chapitre 3.2 suivant présente les connaissances empiriques sur le niveau de dépendance fonctionnelle de la population de 65 ans et plus et les différentes approches qui s'opposent sur l'évolution future. Si à chaque âge, la dépendance fonctionnelle des futures cohortes de retraités augmente par rapport à ce qui est observé actuellement, les coûts futurs par patient augmenteront. Au contraire, si la dépendance fonctionnelle est plus faible dans le futur, les coûts par patient baisseront.

En résumé, le vieillissement de la population augmentera le nombre de patients nécessitant des soins de longue durée et aura un effet sur les coûts par patient, mais la direction de cet effet-là est difficile à anticiper.

## 3.2 Dépendance fonctionnelle

### 3.2.1 Evolution passée

Les études portant sur les dernières décennies montrent une certaine compression de la dépendance fonctionnelle dans la plupart des pays de l'OCDE (OCDE 2006, Spillman 2004, Manton and Gui 2001, Jacobson et al. 2000). En Suisse, il y a encore peu d'études sur ce thème. Höpflinger and Hugentobler (2006, pages 47-48) reportent qu'entre 1981/82 et 1998/99, le nombre d'années de vie avec handicap a baissé de 2 ans pour les femmes et de six mois pour les hommes. Guilley (2005) indique que les hommes et les femmes vivent plus longtemps sans incapacité et moins longtemps avec des dépendances fonctionnelles sévères. Ainsi globalement, il est probable que l'espérance de vie en bonne santé ait augmenté pour l'ensemble des personnes de 65 ans et plus en Suisse. En maintenant constants les autres déterminants, cela signifie que le taux de recours et le volume de soins à chaque âge a diminué au cours des deux dernières décennies. Ceci se confirme en partie lorsque l'on observe les tendances de 2000 à 2005, présentées dans la deuxième partie de ce rapport.

### 3.2.2 Evolution future

Il y a un débat sur ce que sera le niveau de dépendance fonctionnelle parmi les futures cohortes de personnes de 65 ans et plus. Deux thèses principales s'opposent : l'expansion de la morbidité et la compression de la morbidité (Fries 1980, Olshansky and Ault 1986). Il est difficile de prévoir laquelle de ces deux hypothèses se concrétisera dans le futur. Robine et Michel (2004) pensent que ces deux tendances coexisteront et que l'importance future de l'incapacité fonctionnelle dépendra du poids relatif des facteurs mentionnés ci-dessous.

**Expansion de la morbidité.** Certains chercheurs prédisent que l'augmentation de l'espérance de vie des personnes de 65+ ans sera accompagnée d'une hausse du nombre d'années durant lesquelles ces personnes souffrent de dépendance fonctionnelle. Trois tendances pourraient confirmer cette hypothèse :

- L'amélioration des traitements de certaines pathologies, comme les maladies cardio-vasculaires, le diabète ou l'hypertension, repousse la survenance du décès mais peut prolonger la période de dépendance fonctionnelle (Olshansky et al. 1991, Fries 1980).

- La modification des modes de vie, tels que la détérioration de l'alimentation et le manque d'exercices physiques, peut aussi avoir un impact. Certaines pathologies —par exemple l'obésité, le diabète, ou l'hypertension— vont devenir plus fréquentes parmi la population d'âge avancé, ce qui pourrait accroître la prévalence et la sévérité de la dépendance fonctionnelle (Sturm et al. 2004, Lakdawalla et al. 2003).

- En Suisse, Sauvain-Dugerdil et Wanner (Wanner et al. 2005, page 134) se demandent si certains risques socio-économiques —tels que la paupérisation des femmes, la fragilisation du mariage, l'accroissement des retraites anticipées ou le chômage de longue durée— ne risquent pas de fragiliser la population d'un âge avancé et ainsi induire une hausse de la morbidité.

Si l'hypothèse de l'expansion de la morbidité se confirme, les coûts des soins de longue durée augmenteront non seulement en raison de l'augmentation du nombre de patients, mais également en raison de la hausse des coûts par patient à chaque âge.

**Compression de la morbidité.** Cette hypothèse postule que l'augmentation de l'espérance de vie se traduit par une augmentation de l'espérance de vie sans incapacité. Cette amélioration de l'état de santé de la population de 65 ans et plus pourrait se concrétiser au travers de trois phénomènes :

- L'amélioration du mode de vie peut survenir grâce à la hausse du niveau de vie de la population de 65 ans et plus, à son temps libre qui lui permettra de mener des activités physiques et psychiques contribuant au maintien de la santé, et à des mesures de préventions de santé publique visant cette population.

- La dépendance fonctionnelle pourrait être compressée en fin de vie, si des progrès technologiques surviennent dans la gestion de la poly-morbidité et du traitement des pathologies les plus prévalentes parmi la population de 65 ans et plus —par exemple les troubles cognitifs et la démence de type Alzheimer, la dépression, les maladies cardiovasculaires (Monod-Zorzi et al. 2007).

- Il semblerait que l'incidence et la prévalence de la dépendance fonctionnelle soient plus faibles pour les personnes de niveaux socioéconomiques plus élevés (Schoeni et al. 2001, Minkler et al. 2006). Globalement, le niveau d'éducation augmente mais la question est de savoir si les cohortes du baby boom auront globalement un niveau socioéconomique plus élevé que les cohortes actuelles de retraités, ce qui est incertain (Madge 2000).

**Compression absolue ou relative de la morbidité.** Lorsque l'on parle de compression de la morbidité, deux cas de figures sont possibles : une compression absolue de la morbidité signifie que le nombre d'années d'incapacité diminue avec l'augmentation de l'espérance de vie. Une compression relative de la morbidité signifie que le nombre d'années d'incapacité reste le même mais qu'il y a un décalage vers les âges plus avancés suite à l'augmentation de l'espérance de vie. Les conséquences de ces deux cas de figure sur les coûts des soins de longue durée diffèrent. En maintenant constants les autres déterminants, la compression absolue de la morbidité induira une baisse des coûts des soins de longue durée, alors que la compression relative pourrait ne pas avoir d'effet sur ces coûts.

## 3.3 Soins informels

L'accès à l'aide informelle joue un rôle important comme déterminant de l'utilisation des soins formels de longue durée. En effet, les soins informels peuvent se substituer, dans une certaine mesure, aux soins formels.

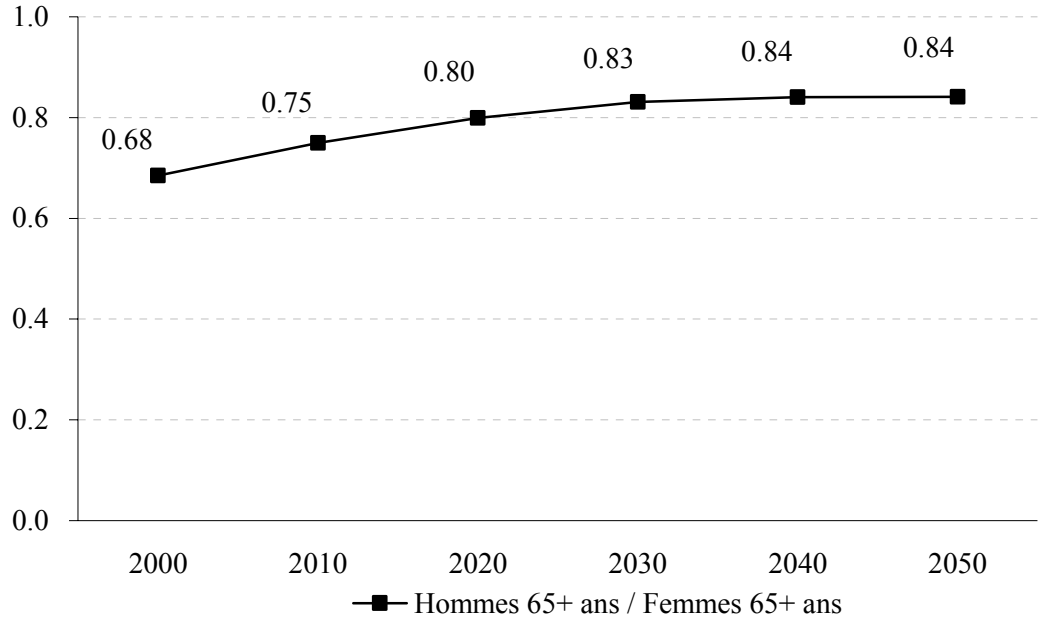
Dans les pays occidentaux, l'importance des soins informels varie de manière importante, mais ils peuvent atteindre 80% de l'ensemble des soins de longue durée (Norton 2000, Jacobzone et al. 2000). En se basant sur l'Enquête suisse sur la santé de 2002, Höpflinger et Hugentobler (2006, page 52), présentent les résultats suivants : 8% des personnes de 75 à 79 ans vivant dans la communauté ont bénéficié de soins informels pour des raisons de santé dans les sept jours précédents leur interview. Cette proportion monte à 14% pour les personnes de 80 à 84 ans et 23% pour celles de 85+ ans. De plus, les soins informels ont été estimés à une masse salariale de 1.7 milliards de francs en 2000, s'ils étaient procurés par du personnel qualifié (Schiess et Schön-Bühlmann 2004, Fux et al. 2006).

### 3.3.1 Evolution future des soins informels

Les soins informels sont principalement procurés par les conjoints et les filles des bénéficiaires. En 2002 en Suisse, 43% des personnes de 65 à 79 ans recevant de l'aide informelle, la recevaient d'un conjoint (Höplfinger et Hugentobler 2006, page 59). Cette proportion baisse à 28% pour les personnes de 80+ ans, car ces personnes ont une plus grande probabilité d'être veuve ou veuf. La deuxième source de soins informels est les filles : 35% des bénéficiaires d'aide informelle âgés de 65 à 79 ans la recevaient de leurs filles, contre 41% pour ceux de 80+ ans.

**Par les conjoints.** Au niveau macro-économique, un indicateur de la disponibilité de soins informels par les conjoints est le ratio d'un nombre d'hommes sur le nombre de femmes. La Figure 2 présente l'évolution de ce ratio pour les personnes de 65 ans et plus : il augmente de 0.68 en 2000 à 0.83 en 2030 pour ensuite demeurer stable. Cette hausse s'explique notamment par la plus grande augmentation de l'espérance de vie des hommes que des femmes ; le différentiel d'espérance entre sexe diminue. Par conséquent, l'offre de soins informels de la part des conjoints masculins pourrait augmenter dans le futur (Lakdawalla et Philipson 2002). Toutefois, la hausse de l'instabilité des unions et de la divortialité pourrait mitiger cette tendance.

Figure 2. Ratio du nombre d'hommes 65+ ans sur le nombre de femmes 65+ ans

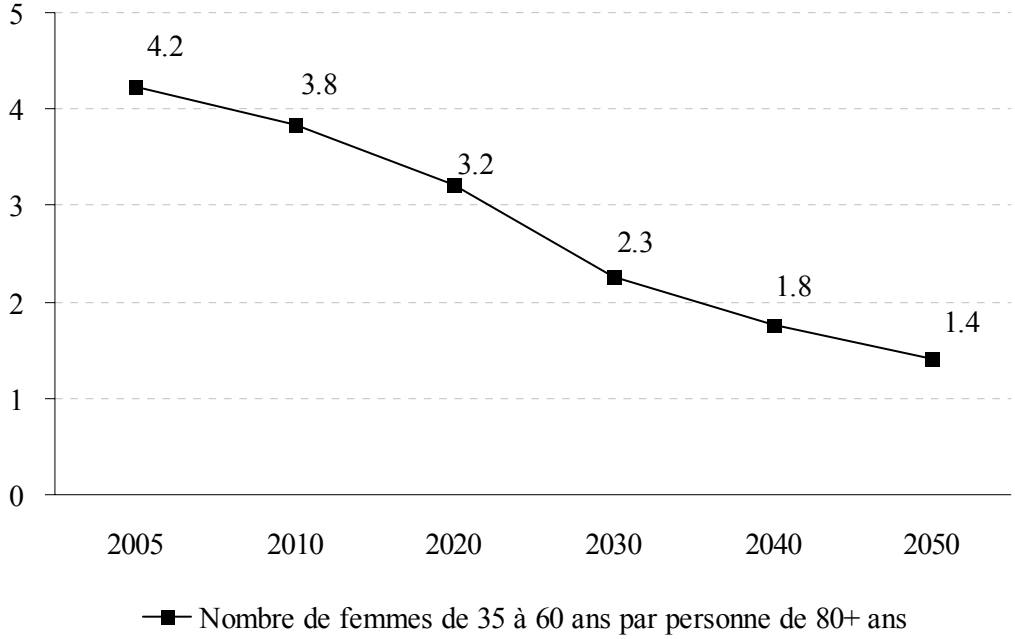



Source : OFS (2006)

**Par les filles.** Quant à l'offre potentielle de soins informels de la part des filles, elle va probablement diminuer en raison de trois facteurs : la baisse de fécondité qui induit moins d'enfants par famille, la distance entre le lieu de résidence des enfants et des parents a tendance à s'accroître, et les taux de participation des femmes sur le marché du travail augmentent les rendant moins disponibles pour fournir de tels soins. La figure 3 présente le ratio de disponibilité potentielle de soins informels par les filles définit par le nombre de femmes de 35 à 60 ans divisé par le nombre de personnes de 80 ans et plus (données du scénario A-00-2005 « moyen » de l'Office fédéral de la statistique, OFS 2006). Ce ratio correspond donc au nombre de femmes potentiellement disponibles pour procurer des soins à leurs parents divisé par les utilisateurs principaux des soins de longue durée (Madge 2000). Ce ratio passe de 4.6 en 2000 à 2.3 en 2030, et baisse même jusqu'à 1.4 en 2050. A relever que le rôle des fils pourrait évoluer et peut-être en partie compenser la baisse de la disponibilité des filles. De plus, la tendance à avoir des enfants plus tardivement va impliquer que les enfants seront plus jeunes quand ils procureront des soins et auront potentiellement plus d'énergie pour s'occuper de leurs parents.

**Synthèse.** En résumé, l'offre potentielle de soins informels de la part des conjoints pourrait augmenter dans le futur, alors que l'offre potentielle de la part des filles diminuera. En outre, l'évolution du nombre de divorces et de séparations, l'implication des fils dans la fourniture de soins et la tendance à avoir des enfants plus tardivement rendent difficile les prévisions de l'évolution de l'offre globale de soins informels au cours des prochaines décennies.

Figure 3. Ratio de disponibilité potentielle de soins informels par les filles




Source : OFS (2006)

### 3.3.2 Substitution des soins formels par les soins informels

Diverses études montrent que l'aide informelle se substitue, dans une certaine mesure, à l'utilisation des soins formels. Par exemple, Yoo et collègues (2004) montrent que l'aide informelle a permis de réduire la croissance des dépenses en soins de longue durée dans les pays de l'OCDE de 1970 à 2000. Des études nord-américaines et européennes montrent que le recours aux soins informels réduit significativement l'utilisation des homes médicalisés et de l'aide et des soins à domicile (Bolin et al. 2007, van Houtven and Norton 2008, 2004, Charles and Sevak 2005, Yoo et al. 2004, Lo Sasso and Johnson 2002).

Ces résultats laissent à penser que, si au cours des décennies à venir, l'aide informelle diminue, cela augmentera la demande pour les soins formels de longue durée. En Suisse, les indicateurs de disponibilité de soins informels de la part des conjoints et des filles (Figures 2 et 3 ci-dessus) révèlent une image peu claire de l'évolution future possible de cette disponibilité. Malgré cela, des programmes d'encouragement au recours aux soins informels pourraient probablement permettre de limiter la croissance des dépenses des soins formels en Suisse. D'ailleurs, certains pays européens et les Etats-Unis ont mis sur pied de tels programmes (Lundsgaard 2005).

## 3.4 Revenu

La théorie économique postule qu'en général si le revenu augmente, la demande d'un bien augmente. Si la demande augmente plus vite que la hausse du revenu (élasticité-revenu >1), il s'agit d'un bien de luxe et si la demande augmente moins que la hausse du revenu (élasticité-revenu <1), on parle de bien de nécessité. Plus le niveau d'agrégation de l'analyse est élevé, plus l'élasticité-revenu est grande. Ainsi, les élasticités les plus fortes sont celles obtenues dans des études macro-économiques conduites aux niveaux de pays. Les études méthodologiquement rigoureuses qui analysent le lien entre les dépenses de santé et le PIB trouvent une élasticité-revenu autour de 1, ce qui signifie que les soins médicaux ne sont pas un bien de luxe (OCDE 2006, page 75). Cependant, aucune information n'est disponible sur l'effet du revenu sur les taux de recours aux soins de longue durée (OCDE 2006, page 21). En l'absence de données, il est généralement postulé que les soins de longue durée sont des biens de nécessité et qu'ils ont donc une faible élasticité-revenu. Par conséquent, dans la présente étude, il est fait l'hypothèse que la hausse du PIB n'a pas d'effet sur les taux de recours aux soins de longue durée (OCDE 2006). En maintenant constants les autres déterminants, cette hypothèse implique que les coûts projetés sont potentiellement sous-estimés ; la sous-estimation étant d'autant plus importante que l'élasticité-revenu effective est grande.

# Deuxième partie
# Les soins de longue durée de 2000 à 2005

# 4 Utilisation par les personnes de 65+ ans en 2005

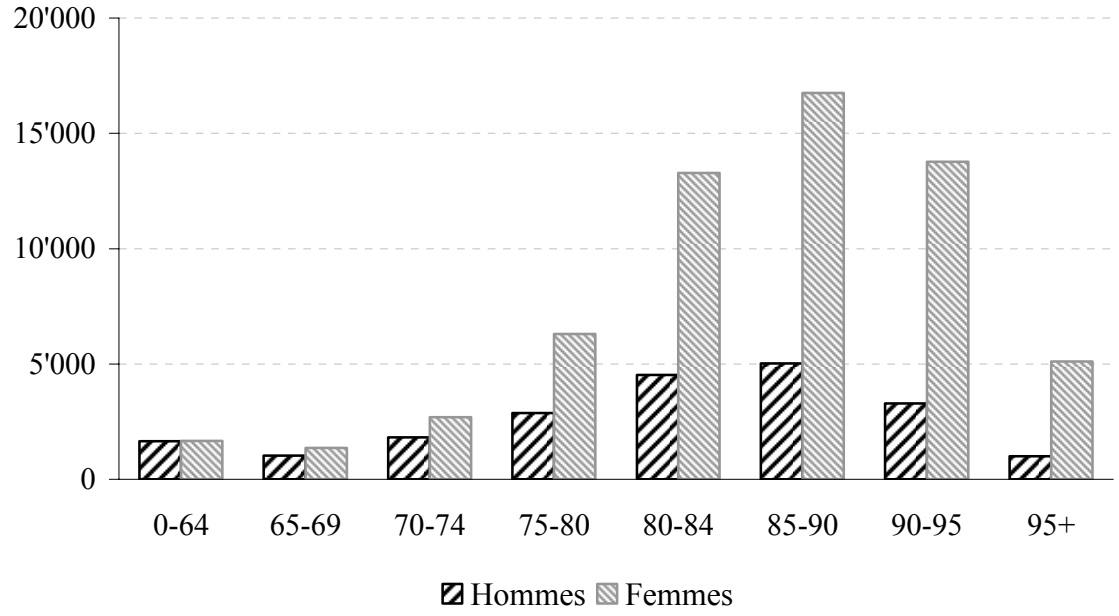
Les femmes sont les principales utilisatrices de soins de longue durée. Par groupes d'âge, ce sont les personnes de 80 ans et plus qui sont les plus nombreuses à résider en EMS ou à recevoir des services d'aide et de soins à domicile. Quant aux taux de recours, ils sont les plus élevés aux âges les plus avancés, ceci pour les deux sexes.

## 4.1 Nombre de patients

### 4.1.1 Nombre de personnes en établissements médico-sociaux

Les soins de longue durée concernent principalement les personnes de 80 ans et plus. En 2005, sur 85'000 résidents en EMS, 95.8% étaient âgés de 65 ans et plus, soit 78'800 personnes. Quant aux personnes de 80 ans et plus, elles représentaient les trois-quarts de l'ensemble des résidents (Figure 4). Une autre caractéristique des personnes institutionnalisées est qu'il s'agit majoritairement de femmes, avec 74% en 2005. Celles-ci ayant une espérance de vie plus longue que celle des hommes, elles sont plus nombreuses à atteindre des âges avancés. De plus, comme elles survivent généralement à leurs conjoints, elles ne disposent pas d'autant d'aide informelle que leurs maris.

Figure 4. Nombre d'hommes et de femmes en EMS par groupe d'âge en 2005

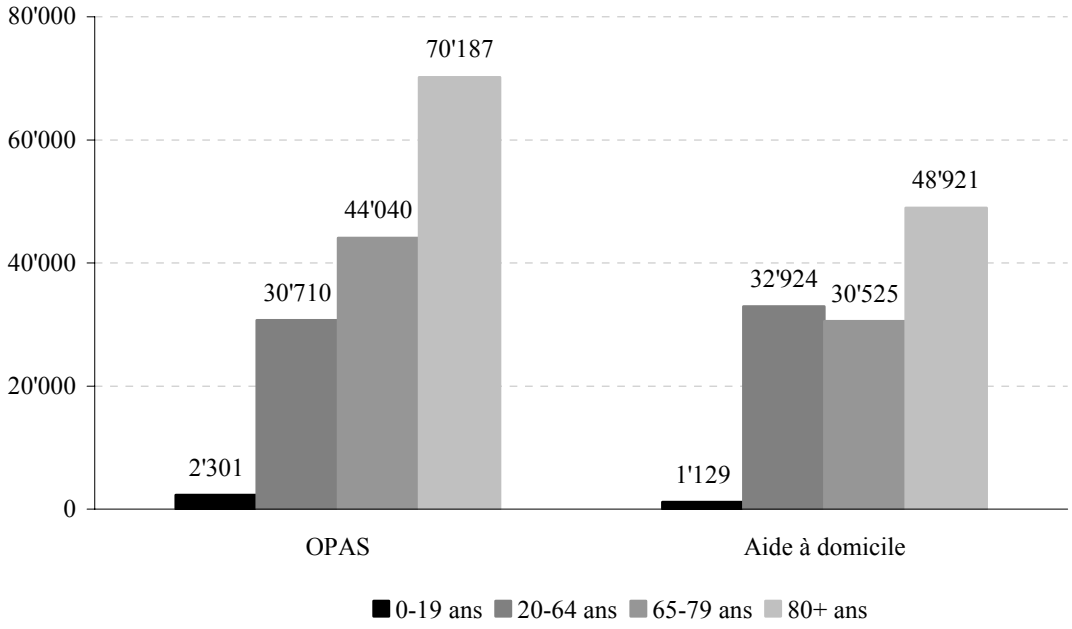



Source : Statistique des établissements de santé non hospitaliers (OFS 2007)

### 4.1.2 Nombre de personnes recourant aux services à domicile

Pour les services d'aide et de soins à domicile, la concentration des utilisateurs parmi les personnes de 65 ans et plus est un peu moins marquée. En 2005, sur 147,000 patients ayant bénéficiés de soins OPAS, 114'000 avait 65 ans et plus soit 78% des patients (Figure 5). Les personnes de 80 ans et plus représentaient près de 48% de l'ensemble des bénéficiaires. L'aide à domicile était procurée à 113,000 personnes en 2005 ; elle concernait environ 79'400 clients de 65 ans et plus, soit 71% des patients. Environ 43% étant âgées de 80 ans et plus.

Figure 5. Nombre d'utilisateurs de SASD par groupe d'âge et type de soins en 2005

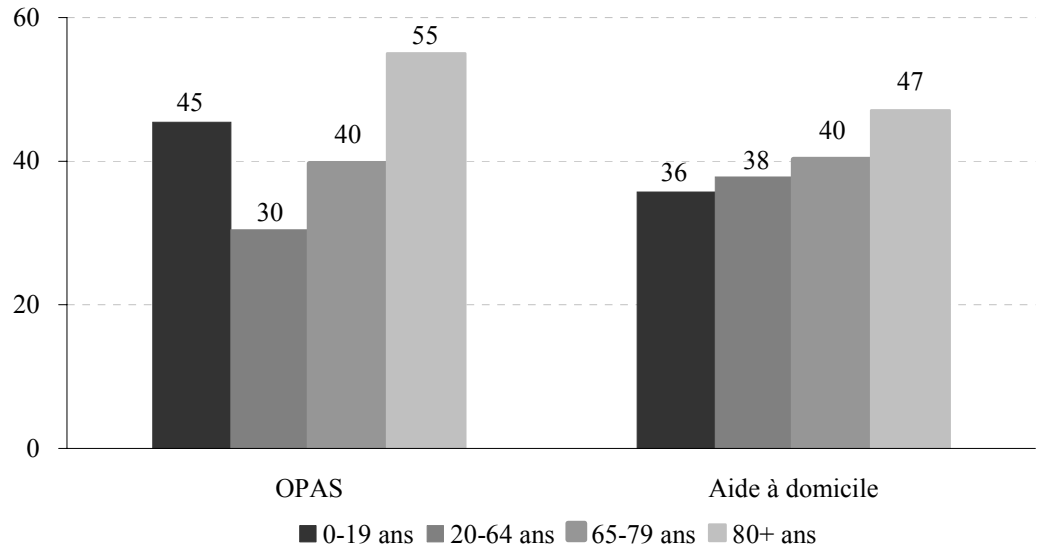



Source : Statistique de l'aide et des soins à domicile (OFAS 2006)

### 4.1.3 Nombre d'heures d'aide et de soins à domicile

Outre le nombre de patients recevant des services d'aide et de soins à domicile, il est utile de considérer le nombre d'heures de soins dont ils ont bénéficié au cours d'une année (Figure 6). En effet, il s'agit d'un indicateur de l'intensité des soins fournis aux personnes vivant à domicile. Aussi bien pour les soins OPAS que pour l'aide à domicile, le nombre d'heures de soins est plus élevé pour les personnes plus âgées. L'intensité des soins était la plus forte pour les soins OPAS procurés aux personnes de 80 ans et plus, avec en moyenne 55 heures de soins au cours d'une année.

Figure 6. Heures de SASD par patient selon le groupe d'âge et le type de soins en 2005




Source : Statistique de l'aide et des soins à domicile (OFAS 2006)

## 4.2 Taux de recours

Le taux de recours de l'année $t$ ($R_t$) est définit comme le nombre de patients ($P_t$) divisé par la population correspondante ($N_t$) :

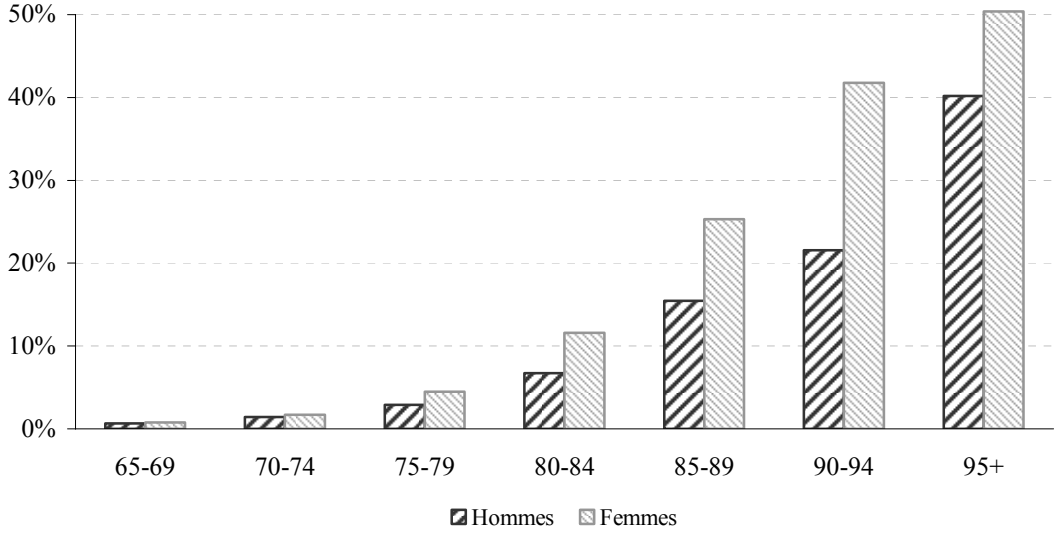
$$R_t = \frac{P_t}{N_t} \tag{1}$$

Pour les EMS, les taux de recours sont calculés séparément pour les hommes et les femmes par tranche d'âge de 5 ans, à partir de 65 ans. Pour les services d'aide et de soins à domicile, les taux de recours sont déterminés séparément par type de soins (les soins OPAS et l'aide à domicile) et ceci pour deux tranches d'âge : 65 à 79 ans, et 80 ans et plus. Ici, aucune distinction par sexe n'est faite sur le nombre d'utilisateurs de soins OPAS et de l'aide à domicile.

### 4.2.1 Taux de recours aux établissements médico-sociaux

Le taux de recours aux EMS augmente avec l'âge pour les deux sexes, mais celui des hommes reste inférieur à tout âge à celui des femmes (Figure 7). Aux âges les plus avancés (95+), il atteint 40% pour les hommes et 50% pour les femmes en 2005.

Figure 7. Taux de recours aux EMS par groupe d'âge pour les hommes et les femmes en 2005

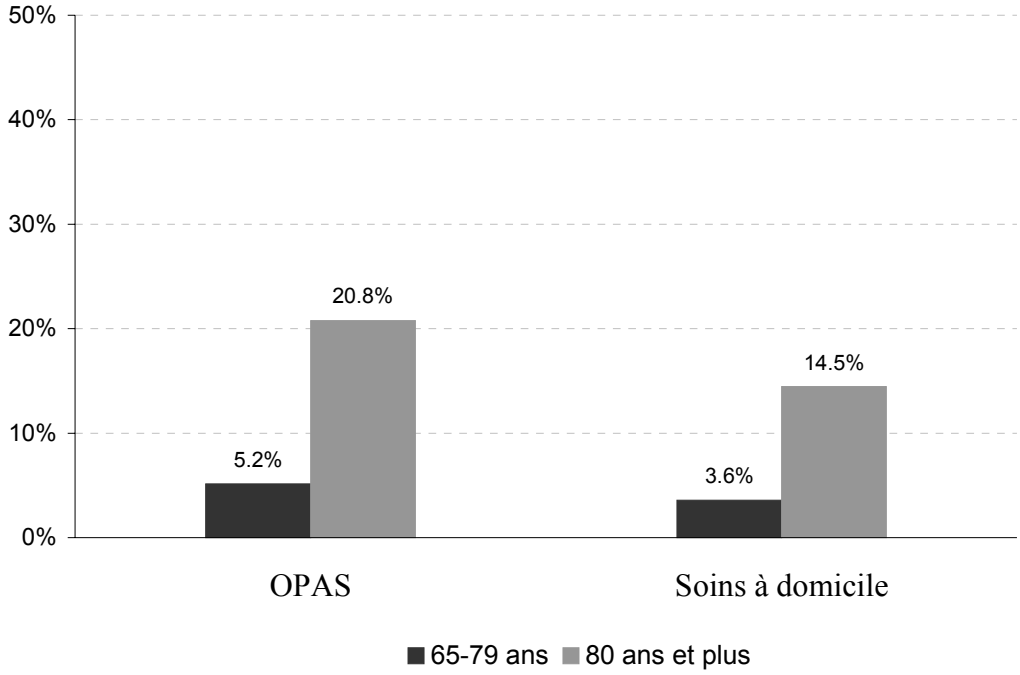



Source : Statistique des établissements de santé non hospitaliers (OFS 2007)

### 4.2.2 Taux de recours à l'aide et aux soins à domicile

Pour les services d'aide et de soins à domicile, les taux de recours sont plus élevés pour les soins OPAS que pour l'aide à domicile (Figure 8). En 2005, le taux de recours aux soins OPAS atteignait près de 21% de la population de 80 ans et plus, ce qui est quatre fois plus élevé que le taux de recours des personnes de 65 à 79 ans. Le taux de recours à l'aide à domicile quadruple également d'une classe d'âge à l'autre, pour atteindre environ 15% pour les personnes de 80 ans et plus. Cette croissance des taux de recours avec l'âge est une indication possible de la détérioration de l'état de santé et des capacités fonctionnelles avec l'âge.

Figure 8. Taux de recours pour les SASD par groupe d'âge et type de soins en 2005




Source : Statistique de l'aide et des soins à domicile (OFAS 2006)

# 5 Evolution de l'utilisation des soins de 2000 à 2005

Aussi bien le nombre de personnes en EMS que celui des bénéficiaires de services d'aide et de soins à domicile ont augmenté de 2000 à 2005. Cette progression s'explique essentiellement par l'augmentation de la population d'âge avancé, principale bénéficiaire de ce type de prestations. Par contre, les taux de recours ont eu tendance à baisser ; la plus forte réduction étant observée pour le recours aux EMS. Finalement, il est intéressant d'observer que le nombre d'heures de soins OPAS procurés à domicile a augmenté continuellement depuis 2000, alors que le nombre d'heures d'aide familiale a lui diminué.

## 5.1 Evolution des taux de recours aux EMS

En 2000, le nombre de personnes de 65 ans et plus hébergées dans un établissement médico-social s'élevait à 75'400, pour atteindre 78'800 en 2005, soit une hausse de 4.6% sur cinq ans. Cette hausse s'explique principalement par l'augmentation du nombre d'hommes et de femmes d'âge avancé en Suisse (augmentation plus rapide du dénominateur que du numérateur dans la formule du taux de recours présenté au Chapitre 4.2). En effet, les taux de recours aux EMS ont eu tendance à baisser, avec les réductions les plus importantes pour les tranches d'âge avancé (Figures 9a et 9b). Pour les hommes, la plus forte baisse est observée pour la tranche d'âge de 80 à 84 ans avec une réduction de 12% sur cinq ans —le taux de recours s'élevait à 7.7% en 2000 et passait à 6.7% en 2005. Pour les femmes, la réduction la plus importante est survenue parmi les plus âgées (95+ ans), avec une baisse de 17.4% —passant de 6.1% en 2000 et de 5.0% en 2005. Cette diminution peut en partie s'expliquer par le nombre limité de lits disponibles en raison de l'existence de moratoires sur la construction d'établissements médico-sociaux dans certains cantons. Une vision optimiste de la situation consiste à penser que la baisse des taux de recours pourrait être due à une amélioration de l'état de santé de la population qui traditionnellement utilise les EMS ou à un déplacement de la demande vers les services d'aide et de soins à domicile et l'aide informelle. Une interprétation plus pessimiste est de mentionner le risque potentiel d'accroissement de besoins non satisfaits en soins dans une population fragilisée par sa dépendance fonctionnelle.

Figure 9a. Evolution des taux de recours aux EMS de 2000 à 2005 par groupe d'âge pour les hommes

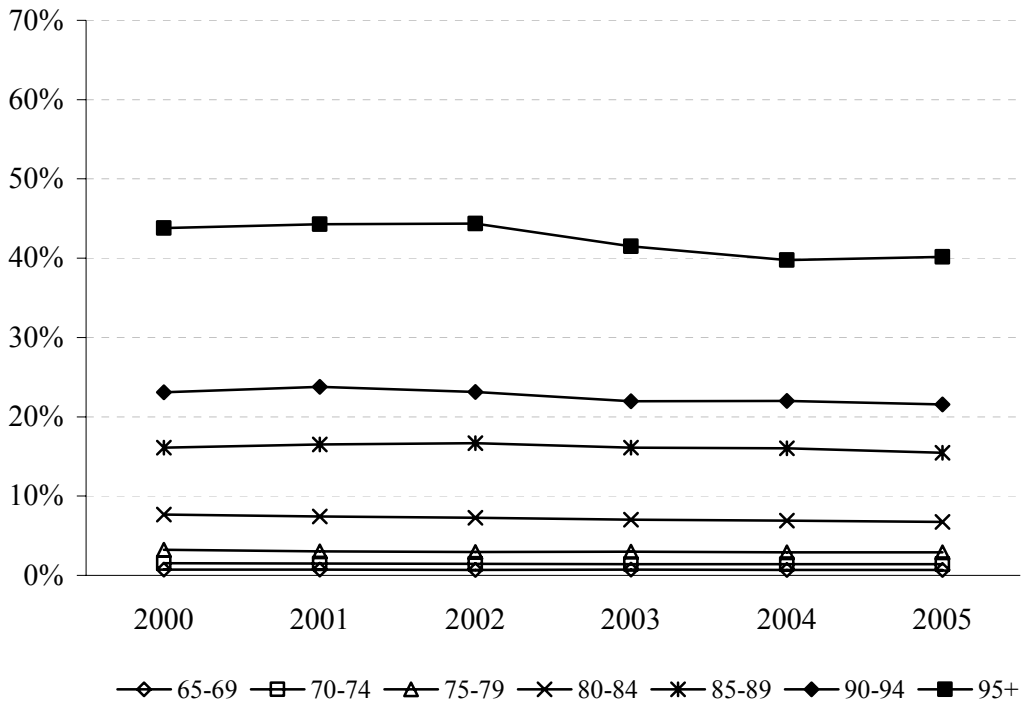
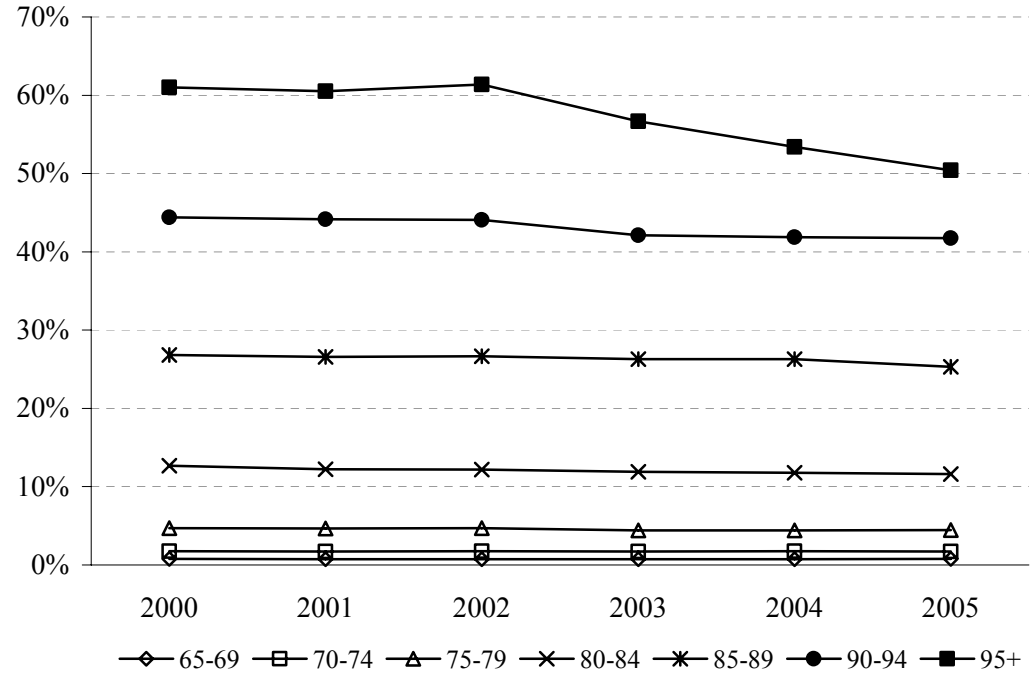



Figure 9b. Evolution des taux de recours aux EMS de 2000 à 2005 par groupe d'âge pour les femmes

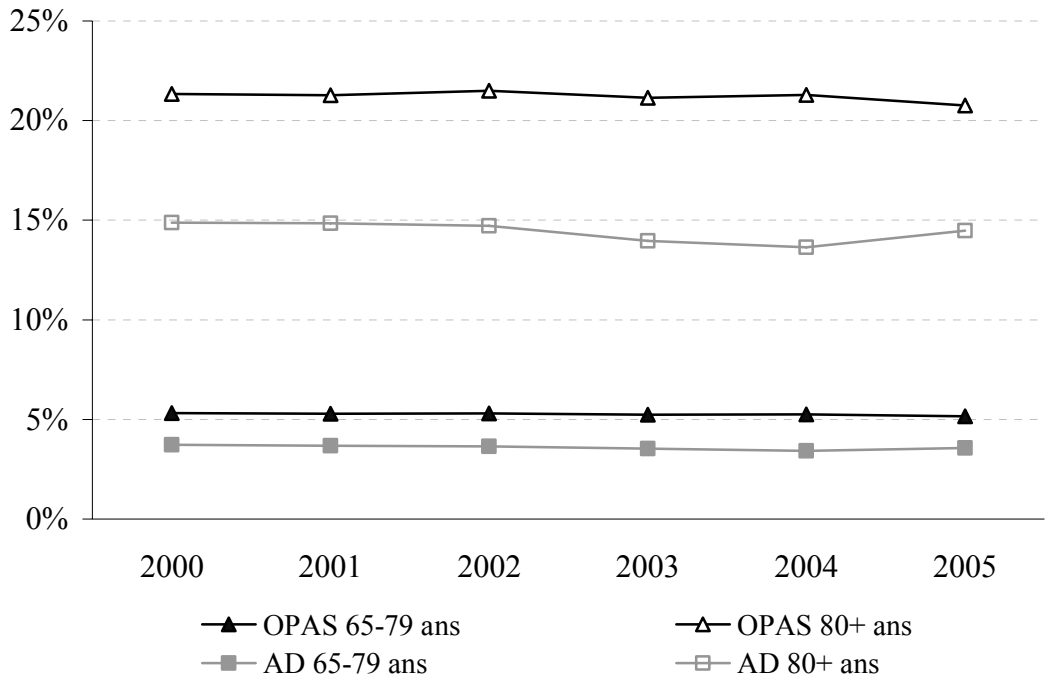



Source : Statistique des établissements de santé non hospitaliers (OFS 2007)

## 5.2 Evolution des taux de recours aux SASD

Le nombre de personnes de 65 ans et plus ayant reçu des soins OPAS à domicile est passé de 106'000 en 2000 à 114'000 en 2005, soit une augmentation de plus de 8%. Moins de personnes de ces âges ont recouru à l'aide à domicile (AD) car elles étaient 74'000 en 2000 et 79'000 en 2005, ce qui correspond à une hausse de 7.5%. Comme pour les EMS, ces hausses s'expliquent principalement par l'accroissement de la population de 65 ans et plus. Les taux de recours, quant à eux, ont eu une légère tendance à la baisse (Figure 10). Sur six ans, la réduction relative est comprise entre 2.7 et 4.4%, ce qui semble non négligeable, mais cela correspond en fait à de faibles variations absolues en décimales de points.

Figure 10. Evolution des taux de recours aux SASD par type de soins et groupe d'âge de 2000 à 2005




Source : Statistique de l'aide et des soins à domicile (OFAS 2006)

## 5.3 Evolution du nombre d'heures d'aide et soins à domicile

La stabilité des taux de recours aux services d'aide et de soins à domicile est à contraster avec l'évolution du nombre d'heures de soins par patient. De 2000 à 2005, l'intensité des soins procurés à domicile a évolué différemment selon le type de soins. Le nombre d'heures de soins OPAS par patient a augmenté constamment (Figure 11a), alors que le nombre d'heures d'aide à domicile a baissé. Pour les patients de 80 ans et plus, les heures de soins OPAS au cours d'une année sont passées d'une moyenne de 45 heures en 2000 à 55 heures en 2005, soit une hausse de 23%. Pour ce même groupe d'âge, les heures d'aide à domicile ont baissé de 57 heures à 47 heures en moyenne, correspondant à une réduction de 18% (Figure 11b). Cette évolution différenciée par type de soins s'explique en partie par le changement de

mission opéré par les structures offrant des services d'aide et de soins à domicile. Lorsqu'en 1996, les assurances-maladie ont commencé à rembourser les soins médicaux fournis au domicile des patients, les unités procurant des prestations à domicile se sont réorganisées : leur offre a été modifiée pour pouvoir fournir plus des soins OPAS. Il est également possible que la baisse des taux de recours aux EMS et le raccourcissement des séjours en hôpitaux aient induit une augmentation de l'intensité des soins fournis à domicile.

Figure 11a. Evolution des heures OPAS à domicile par patient selon le groupe d'âge de 2000 à 2005

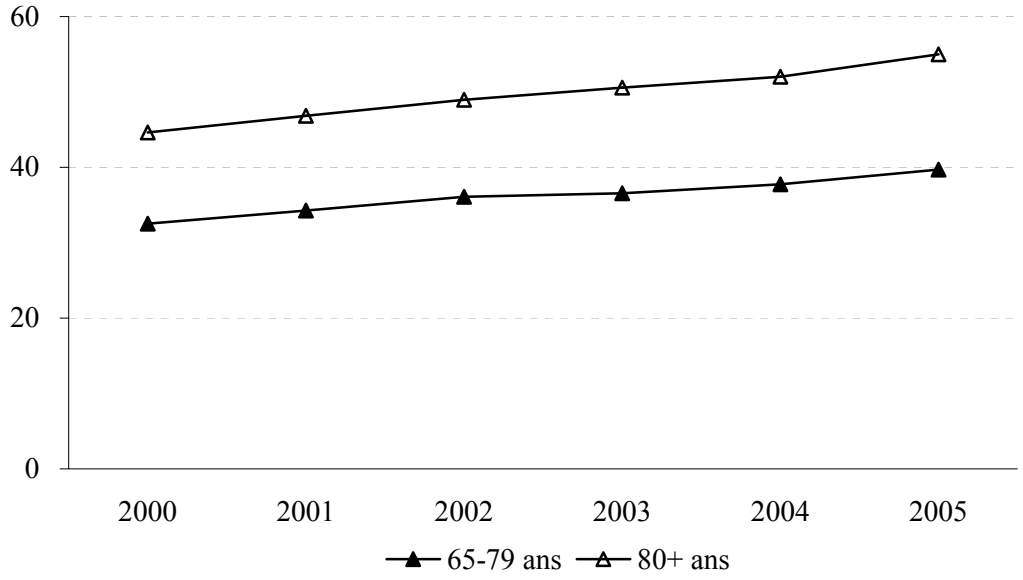
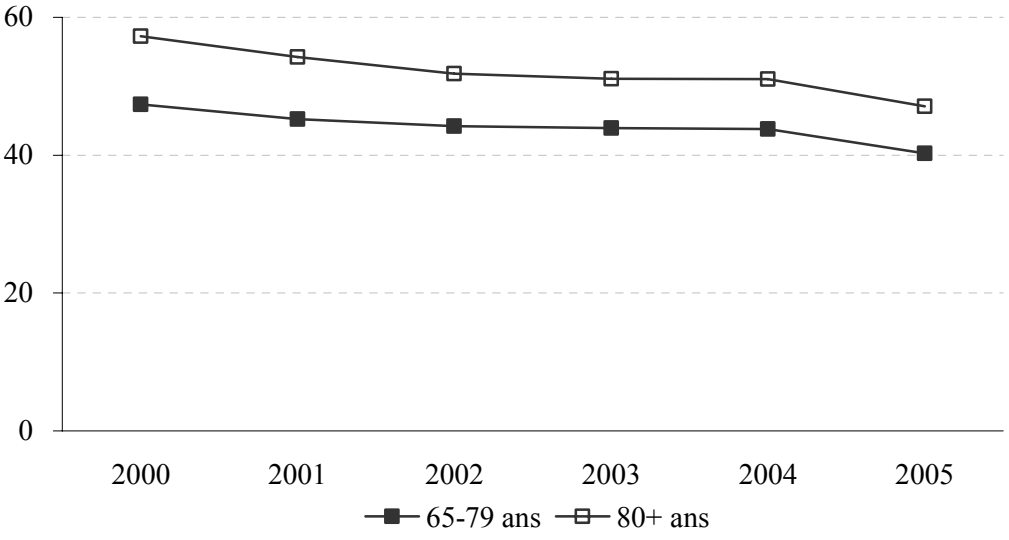



Figure 11b. Evolution des heures d'aide à domicile par patient selon le groupe d'âge de 2000 à 2005




Source : Statistique de l'aide et des soins à domicile (OFAS 2006)

# 6 Evolution des coûts de 2000 à 2005

L'ensemble des coûts présentés dans ce rapport sont à prix constants de 2005 afin d'ajuster pour la hausse des prix dans le secteur de la santé. Il convient également de rappeler que ce sont l'ensemble des coûts générés par les EMS et SASD qui sont présentés ici, quelque soit l'agent payer. Ces coûts incluent les subventionnements et les couvertures de déficits que les institutions publiques financent (Confédération, cantons, communes, et AVS).

Deux résultats principaux sont présentés dans ce chapitre. Premièrement, aussi bien les coûts générés par les établissements médico-sociaux que ceux des services d'aide et de soins à domicile ont augmenté de 2000 à 2005. Deuxièmement, les coûts OPAS ne représentent que 25 à 30% des coûts totaux des EMS, alors qu'ils atteignent près de 80% des coûts des services d'aide et de soins à domicile.

## 6.1 Coûts des établissements médico-sociaux

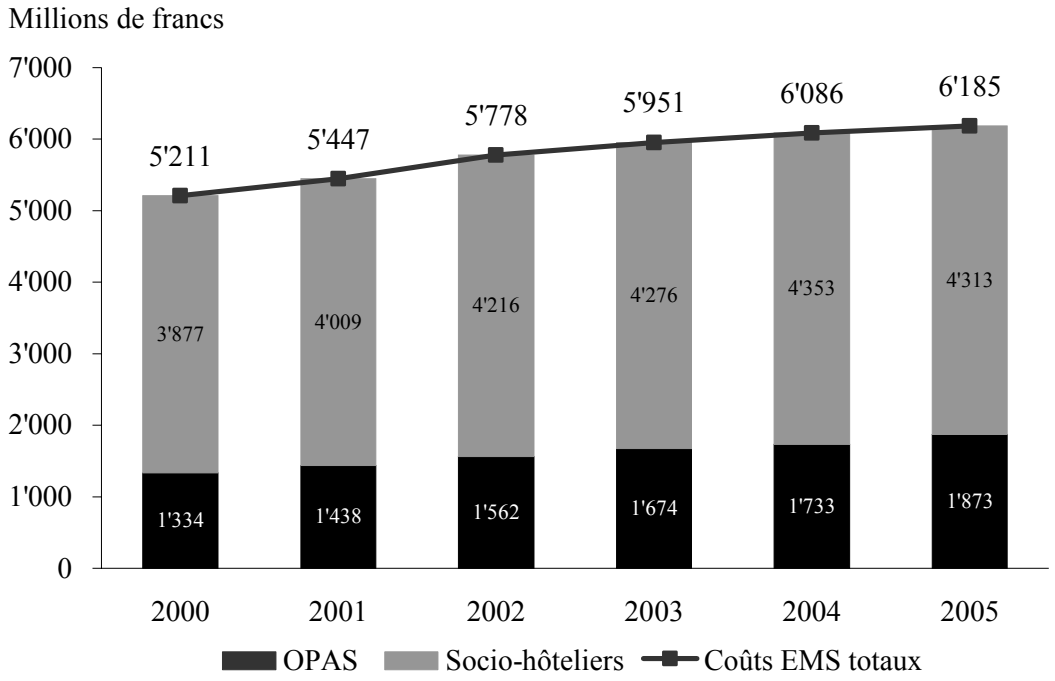
De 2000 à 2005, les coûts des EMS pour les personnes de 65+ ans sont passés de 5.2 à 6.2 milliards de francs en termes réels (Figure 12). La plus grande part est attribuable aux prestations socio-hôtelières, avec 70 à 75% ; le reste étant les coûts OPAS (y compris la part de subventionnement et autres couvertures de déficit). Toutefois, la hausse des coûts a été plus forte pour les prestations OPAS que celles socio-hôtelières, ce qui signifie que la part relative de ces dernières a eu tendance à baisser. De 2000 à 2005, les coûts OPAS ont en effet cru de 40% (de 1.3 à 1.9 milliards) et les coûts des prestations socio-hôtelières de 11.2% (de 3.9 à 4.3 milliards). Ces progressions s'expliquent par l'augmentation du nombre de patients, la hausse des coûts de ces services, et peut-être par l'existence de moratoires sur la construction d'EMS (qui devrait progressivement conduire à avoir des patients avec des états de santé plus complexes, générant des coûts OPAS plus élevés). Il est toutefois difficile de juger si ce dernier phénomène a pu déployer ses effets sur une période de six ans.

## 6.2 Coûts des services d'aide et de soins à domicile

Les coûts des services d'aide et de soins à domicile utilisés par les personnes de 65 ans et plus sont passés de 980 millions à 1.2 milliards de francs de 2000 à 2005 (Figure 13). Comme mentionné précédemment, ces coûts sont nettement inférieurs aux coûts des EMS, en partie parce que ces derniers incluent des coûts socio-hôteliers, ce qui n'est pas le cas des SASD. Contrairement aux EMS, la part des coûts OPAS des prestations à domicile est la plus importante. Elle a augmenté au cours de ces cinq années pour atteindre 79% des coûts totaux. En effet, les coûts OPAS ont progressé de 749 à 914 millions et les coûts de l'aide à domicile de 234 à 245 millions de francs. La hausse rapide de la part des soins OPAS peut s'expliquer par la hausse du nombre de patients, l'augmentation de l'intensité de ces soins et la hausse des

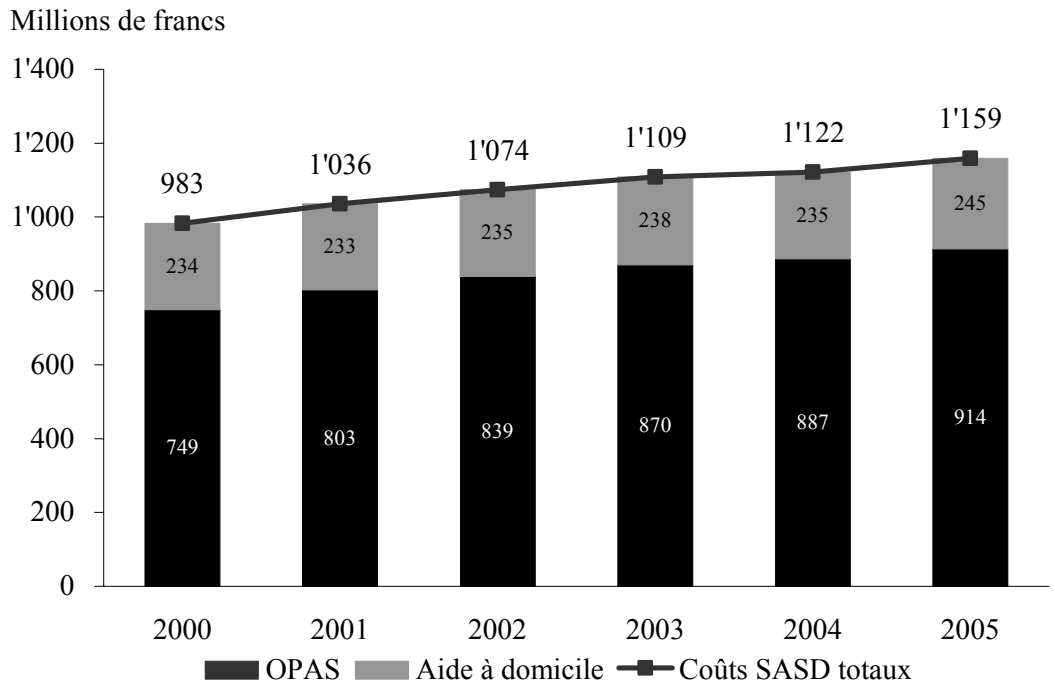
coûts salariaux. La faible progression des coûts de l'aide à domicile est sans doute due à l'augmentation du nombre de patients car l'intensité de ces prestations a baissé.

Figure 12. Evolution des coûts des EMS de 2000 à 2005 pour les personnes de 65 ans et plus




Source : Statistique des établissements de santé non hospitaliers (OFS 2007)

Figure 13. Evolution des coûts des SASD de 2000 à 2005 pour les personnes de 65 ans et plus




Source : Statistique de l'aide et des soins à domicile (OFAS 2006)

## 6.3 Coûts totaux des soins de longue durée

En 2005, les coûts des EMS s'élevaient à 84.2% des coûts totaux (EMS et SASD) générés par les personnes de 65 ans et plus ; cette proportion étant demeurée stable de 2000 à 2005 (Tableau 4). Bien qu'il y ait plus de personnes bénéficiant de services d'aide et de soins à domicile que de personnes vivant en EMS, les coûts générés par ces dernières sont bien plus élevés. Ceci s'explique par le fait que les coûts socio-hôteliers ne concernent que les EMS et que les personnes hébergées en EMS ont des degrés de dépendance fonctionnelle plus élevés que les personnes restant à domicile. Les personnes en EMS nécessitent non seulement des soins médicaux plus lourds mais également des prestations complexes de soutien aux activités de la vie quotidienne. Les soins procurés en EMS et à domicile sont principalement substituables pour les patients avec des dépendances fonctionnelles faibles à moyennes (Mor et al. 2007). Le recours aux EMS ou SASD dépend non seulement du niveau de dépendance fonctionnelle, mais également de la disponibilité de l'aide informelle qui peut permettre ou pas de maintenir une personne à domicile, des préférences familiales et culturelles en matière de recours aux différentes formes de soins formels, des ressources financières à disposition des familles, et de l'offre à disposition dans la région de résidence de la personne nécessitant des soins.

De 2000 à 2005, les coûts des soins de longue durée des personnes de 65 ans et plus sont passés de près de 6.2 à 7.3 milliards de francs, soit une croissance de 18.6% en termes réels (prix constants de 2005). Malgré cette hausse, la part des soins de longue durée dans les dépenses totales de santé est restée stable, avec 13.9% (Tableau 4). Similairement, le poids de ces soins dans l'économie suisse est demeuré relativement stable, en représentant 1.6% du PIB en 2005. En comparaison avec les dépenses de santé générale, qui atteignaient 11.5% du PIB en 2004, le poids des soins de longue durée dans l'économie suisse est encore limité. Toutefois, ces soins sont largement concentrés parmi les personnes de 80 ans et plus, qui constituent un groupe socialement, physiquement et psychologiquement fragile et qui va croître de manière importante dans les 30 prochaines années.

Tableau 4. Coûts des soins de longue durée des personnes de 65+ ans de 2000 à 2005

| Années | Coûts en millions de francs | | | Coûts totaux en pourcentage | |
|---|---|---|---|---|---|
| | EMS | SASD | Total | des dépenses de santé | du PIB |
| 2000 | 5'211 | 983 | 6'194 | 13.8% | 1.4% |
| 2001 | 5'447 | 1'036 | 6'483 | 13.7% | 1.5% |
| 2002 | 5'778 | 1'074 | 6'853 | 13.9% | 1.5% |
| 2003 | 5'951 | 1'109 | 7'060 | 13.9% | 1.6% |
| 2004 | 6'086 | 1'122 | 7'208 | 13.9% | 1.6% |
| 2005 | 6'185 | 1'159 | 7'344 | 13.9% | 1.6% |

Inclus uniquement les soins procurés aux personnes de 65 ans et plus. Toutes les valeurs et les pourcentages sont à prix constants de 2005.
Sources: Statistique de l'aide et des soins à domicile (OFAS 2006) et Statistique des établissements de santé non hospitaliers (OFS 2007)

# Troisième partie
# Projections des coûts des soins de longue durée

# 7 Objectifs

Les deux premières parties de cette étude ont permis de présenter le système des soins de longue durée en Suisse, les déterminants de la demande pour ces soins, et l'évolution des coûts de 2000 à 2005. Ces informations permettent de mieux connaître le contexte dans lequel les projections des coûts futurs sont effectuées. La troisième partie est consacrée à la présentation de la méthodologie utilisée pour réaliser les projections de coûts et des résultats de ces projections.

Les coûts sont projetés uniquement pour les soins de longue durée utilisés par les personnes de 65 ans et plus en Suisse. Ne sont par conséquent pas inclus les coûts des soins procurés aux enfants et aux adultes de moins de 65 ans. De plus, il convient de préciser que l'objectif de cette étude est de mettre en évidence l'effet de certains phénomènes sur les coûts en partant de la situation observée en 2005. Il ne s'agit donc pas de prédire l'évolution la plus probable des coûts. Le secteur des soins de longue durée est en pleine évolution et aucune hypothèse n'est faite sur le contexte sociopolitique et institutionnel, ni sur le financement futur de ces soins.

Spécifiquement, l'objectif des projections est d'illustrer l'effet de trois phénomènes :

i. le vieillissement de la population,

ii. l'évolution du niveau de dépendance fonctionnelle de la population de 65+ ans, et

iii. le changement dans l'organisation des soins de longue durée.

Le vieillissement de la population est un facteur exogène à la politique de santé car cette dernière n'a pas ou peu d'influence directe sur l'accroissement du nombre de personnes de 65 ans et plus. Les phénomènes (ii) et (iii) sont, dans une certaine mesure, endogènes à la politique de santé car celle-ci peut les influencer. L'évolution future de la dépendance fonctionnelle chez les personnes d'âge avancé dépend en partie de programmes de santé publique et de prévention. Quant aux changements dans l'organisation des soins, les pouvoirs publics peuvent introduire des mesures incitatives tant du côté de l'offre que de la demande. D'ailleurs, de telles mesures existent déjà, tels que les moratoires sur la construction d'EMS dans certains cantons.

Afin de comparer l'importance de ces trois phénomènes, les coûts sont projetés pour six scénarios différents : un scénario de référence et cinq scénarios alternatifs qui, chacun intègre un changement lié à l'évolution de la dépendance fonctionnelle ou à l'organisation des soins de longue durée (Tableau 5, Chapitre 9).

# 8 Méthode de projections

## 8.1 Modèle

Le même modèle de macro-simulation est utilisé pour chaque scénario. D'une manière simplifiée, à l'année *t*, les coûts totaux ($C_t$) sont le produit de trois composantes : la population âgée de 65 ans et plus ($N_t$), les taux recours aux soins de cette population exprimés en pourcentage ($R_t$), et les coûts unitaires par patient ($U_t$) :

$$C_t = N_t \times R_t \times U_t \tag{2}$$

Empiriquement, ce modèle se réalise en deux étapes. Premièrement, le nombre de patients à l'année *t* est déterminé en multipliant la population de cette année-là ($N_t$) par les taux projetés de recours aux soins de cette population pour l'année considérée ($R_t$). Dans un deuxième temps, le nombre de patients est multiplié par les coûts moyens projetés par patient ($U_t$).

Les projections des coûts se basent sur les données de l'année 2005, qui est l'année la plus récente pour laquelle des informations complètes sont disponibles. Les choix méthodologiques mentionnés ci-dessous sont dictés par la structure des données à disposition (Chapitre 1.2). L'estimation est réalisée séparément pour les établissements médico-sociaux (EMS) et les services d'aide et de soins à domicile (SASD). Aussi bien pour les EMS que les SASD, les projections sont faites séparément par sexe, groupes d'âge, et types de coûts (OPAS et non-OPAS).

Pour les EMS, les groupes d'âge sont par tranche de cinq ans ; 65 à 69 ans, 70 à 74 ans, etc. Pour les SASD, seuls deux groupes d'âge peuvent être considérés : 65 à 79 ans et 80 ans et plus. Faire des estimations séparées par groupes d'âge permet de prendre en compte les deux effets du vieillissement de la population sur les coûts totaux (Chapitre 3.1) : l'effet démographique dû à la hausse du nombre de personnes de 80+ ans qui sont les principaux utilisateurs de soins de longue durée, et l'effet de coûts car les coûts par patient augmentent avec l'âge.

Deux types de coûts sont analysés : les coûts des soins OPAS à la charge de l'assurance-maladie et les coûts non-OPAS à la charge des ménages et des pouvoirs publics. Ces derniers correspondent aux services socio-hôteliers pour les EMS et à l'aide à domicile pour les SASD. Cette distinction est particulièrement importante pour les SASD car les utilisateurs de soins OPAS et de l'aide à domicile ne sont pas nécessairement les mêmes personnes.

Les projections sont effectuées pour trois années : 2010, 2020 et 2030. Tous les montants sont exprimés à prix constants de 2005. Ils sont présentés en milliards de francs et en pourcentage du Produit intérieur brut (PIB) de la Suisse. L'Annexe 2 présente la manière dont le PIB est projeté à l'horizon 2030.

## 8.2 Présentation des variables

### 8.2.1 Population de 65 ans et plus ($N_t$)

La population par sexe et âge est obtenue auprès de l'Office fédéral de la statistique (OFS 2006), qui propose divers scénarios de l'évolution future de la population de la Suisse. L'ensemble des projections réalisées ici se base sur le scénario A-00-2005 « moyen » jugé le plus probable par l'OFS en termes d'évolution de la fécondité, de la migration et de la mortalité (OFS 2006).

En 2006, l'Office fédéral de la statistique a révisé ses scénarios démographiques allant jusqu'en 2050 (OFS 2006). Les différences observées entre ces nouveaux scénarios et les précédents (OFS 2002) ont motivé la présente étude afin d'actualiser les projections des coûts des soins de longue durée. Les différences dans les prévisions démographiques de 2006 et de 2002 sont présentées à l'Annexe 1. La hausse de la population la plus marquée concerne les personnes de 80 ans et plus. A l'horizon 2030, le nombre d'hommes de ce groupe d'âge passe de 176'000 dans le scénario 2002 à 257'000 dans celui de 2006, soit une hausse de 45.5%. Pour les femmes de ce même groupe d'âge, la hausse atteint 20.8%. Ces augmentations ont un effet mécanique relativement important sur les coûts futurs des soins de longue durée car elles surviennent dans les classes d'âge dont les taux de recours sont les plus élevés.

### 8.2.2 Taux de recours aux soins ($R_t$)

Le taux de recours correspond à la probabilité d'utilisation des EMS ou des SASD par la population résidant en Suisse au cours d'une année donnée. Pour rappel, le taux de recours à l'année $t$ ($R_t$) est définit comme le nombre de patients ($P_t$) divisé par la population correspondante ($N_t$):

$$R_t = \frac{P_t}{N_t} \tag{3}$$

**Etablissements médico-sociaux.** Comme mentionné précédemment, les taux de recours aux EMS sont calculés séparément pour les hommes et les femmes par tranche d'âge de 5 ans, à partir de 65 ans. Les personnes en EMS bénéficient aussi bien de soins médicaux OPAS que de services socio-hôteliers, ainsi aucune distinction n'est faite selon le type de soins fournis en EMS car les taux de recours sont les mêmes. (Par contre, cette distinction est faite pour les coûts par patient.)

**Services d'aide et de soins à domicile.** Pour les services procurés à domicile, les taux de recours sont estimés séparément pour les soins OPAS de type médical et l'aide à domicile. En effet, les utilisateurs ne reçoivent pas systématiquement les deux types de soins et la Statistique Spitex contient le nombre d'utilisateurs pour chaque type de soins. Chacun de ces

taux de recours est calculé par sexe pour les deux tranches d'âge à disposition : 65 à 79 ans, et 80 ans et plus.

### 8.2.3 Coûts par patient ($U_t$)

Les coûts par patient à l'année $t$ correspondent aux coûts moyens par patient en 2005 ($U_{2005}$) auquel est appliqué un taux de croissance annuel ($\tilde{r}$) :

$$U_t = U_{2005} \cdot (1 + \tilde{r})^t \tag{4}$$

Le taux de croissance des coûts est le même pour tous les groupes d'âges. Il capture l'effet dit 'résiduel', c'est-à-dire la croissance des coûts attribuable aux facteurs autres que les changements démographiques et des taux de recours aux soins. Il existe une incertitude autour de l'évolution future des coûts par patient car ceux-ci dépendent de multiples facteurs difficilement prévisibles, telles que l'évolution de la technologie, l'intensité des soins due au déficit fonctionnel, ou la disponibilité d'employés qualifiés. Certains de ces facteurs découlent de la demande de soins et d'autres de l'offre de soins. En outre, les projections précédentes ont révélées que le choix du taux de croissance des coûts projetés a un impact significatif sur les coûts totaux à l'horizon 2030 (Pellegrini et al. 2006). Dans ce contexte, il a été décidé de tenir compte de cette incertitude dans l'ensemble des scénarios, en conduisant une estimation stochastique, dite de Monte Carlo (Metropolis and Ulam 1949). Celle-ci permet d'obtenir un intervalle de confiance dans lequel les coûts futurs se situent avec une probabilité de 95%, compte tenu des hypothèses sous-jacentes retenues pour chaque scénario (Chapitre 9).

## 8.3 Simulation Monte Carlo

Une telle simulation se base sur la Loi des grands nombres qui postule qu'une grande taille d'échantillon permet de faire converger une variable vers son espérance mathématique. Cette méthode est typiquement utilisée lorsque l'estimation de variables dépend de paramètres incertains dont les effets sont difficiles à anticiper, comme c'est le cas avec les coûts par patient (Cameron et Trivedi 2005).

Empiriquement, la présente estimation stochastique est conduite en deux étapes. Premièrement, il s'agit d'estimer la distribution de probabilité de croissance des coûts par patient ($\tilde{r}$). Puis dans un deuxième temps, 10'000 tirages aléatoires sont effectués sur cette distribution des taux de croissance afin d'obtenir 10'000 estimations des coûts par patients et des coûts totaux. Ceci donne une distribution des coûts totaux avec une valeur centrale et un intervalle de confiance à 95%.

### 8.3.1 Distribution de probabilité de croissance des coûts par cas

Pour obtenir cette distribution de probabilité, il faut effectuer trois choix méthodologiques : le type de distribution de probabilité, le coût moyen ($\mu$) et la variance ($\sigma^2$) qui mesure la variabilité du coût moyen.

Il est fait l'hypothèse que le taux de croissance est une variable aléatoire, indépendante et identiquement distribuée (i.i.d). Selon le Théorème central limite, la distribution d'un grand nombre de valeurs i.i.d. suit une loi normale (Bernstein 1945). Il est donc postulé que le taux de croissance annuel des coûts par patient suit une distribution d'une loi normale :

$$\tilde{r} \sim N\left(\mu, \sigma^2\right) \tag{5}$$

L'espérance mathématique $\mu$ et la variance $\sigma^2$ peuvent être choisis de deux manières : en utilisant des données historiques —ce qui permet de postuler que les tendances observées dans le passé se poursuivront—, ou en se basant sur la littérature et des avis d'experts. Dans le domaine des soins de longue durée, les données à disposition ne permettent pas de remonter suffisamment dans le temps pour tirer des conclusions valides. Par contre, les données du Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO 2007) et les études menées par l'OCDE et l'Union Européenne (Wittenberg et Comas-Herrera 2003, OCDE 2006) permettent de choisir des taux de croissance des coûts appropriés pour la Suisse.

**Effet Baumol.** Il est généralement admis que les coûts moyens dans le secteur des soins de longue durée augmenteront à un rythme comparable à celui de la productivité du travail. Etant un secteur intensif en main d'œuvre, il est peu probable qu'il puisse y avoir de grands gains de productivité. Toutefois, les salaires dans ce secteur suivront la hausse nationale car il faudra garantir une main d'œuvre suffisante pour répondre à la demande de soins, et ceci ne pourra se faire qu'au travers de salaires adaptés à l'évolution survenant dans l'ensemble de l'économie suisse (Baumol 1967, Baumol et Oates 1972). En se basant sur les études européennes mentionnées ci-dessus et en les comparant avec les prévisions de la productivité du travail en Suisse réalisées par le Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO 2007), la croissance moyenne des coûts par patient est fixée à 1.6% à prix constants, et la variabilité à 0.5%. Cela signifie que la croissance des coûts est comprise entre 1.1% et 2.1% avec une probabilité de 95%.

### 8.3.2 Distribution de probabilité des coûts totaux

Après avoir obtenue la distribution des taux de croissance, il s'agit de sélectionner aléatoirement un taux de croissance, de déterminer les coûts par patient en découlant, et d'estimer les coûts totaux des soins de longue durée. L'intervalle de confiance est obtenu en procédant à 10'000 itérations. Ainsi, les projections sont considérées comme extrêmes (hautes ou basses) si leur probabilité d'occurrence est inférieure à 5%. De telles projections ne sont pas comprises dans l'intervalle de confiance à 95%.

Une telle simulation stochastique se révélerait plus appropriée si l'ensemble des déterminants des coûts pouvait être traité aléatoirement et entrer dans la simulation proprement dite. Ici, une solution intermédiaire, qui combine à la fois des scénarios et une approche stochastique, est préférée afin d'offrir des résultats facilement interprétables par les acteurs de la politique de santé.

# 9 Présentation des scénarios

L'évolution des coûts des soins de longue durée est projetée en se basant sur des hypothèses liées directement ou indirectement à l'évolution des trois agrégats entrant dans le modèle de macro-simulation présenté au Chapitre 8.1 : la taille de la population de 65 ans et plus, les taux de recours aux soins et les coûts par patient.

Le scénario de référence contient les hypothèses jugées les plus plausibles en l'état actuel des connaissances (Chapitre 9.1). Chacun des cinq autres scénarios propose une modification du scénario de référence afin d'observer l'effet de changements spécifiques sur les coûts futurs : suite à une variation du niveau de dépendance fonctionnelle des personnes de 65+ ans dans les scénarios (2) et (3), et suite à des modifications dans l'organisation des soins de longue durée dans les scénarios (4), (5.1) et (5.2).

## 9.1 Scénario de référence

Le scénario de référence remplit deux objectifs : premièrement, il révèle l'effet de l'évolution démographique sur les coûts. Cet objectif est important car la hausse du nombre de personnes de 65 ans et plus est exogène à la politique de santé, c'est-à-dire que celle-ci ne peut pas l'influencer. Deuxièmement, ce scénario sert de point de comparaison avec les autres scénarios qui proposent des changements endogènes à la politique de santé.

**Hypothèses principales.** Le scénario de référence se base sur quatre hypothèses principales :

1. **Evolution démographique A-00-2005 « moyen » de l'OFS (2006).** Elle fait l'hypothèse que l'indicateur conjoncturel de fécondité, l'espérance de vie et le solde migratoire suivent la même tendance que dans les années antérieures. A l'horizon 2050, l'indicateur conjoncturel de fécondité est fixé à 1.4 (enfant par femme en âge de procréer), l'espérance de vie à la naissance des hommes est de 85 ans et celle des femmes de 89.5 ans. Finalement, la croissance annuelle moyenne due au solde migratoire est projetée à 0.3 pourcent.

2. **Compression relative de la morbidité.** Les taux de recours aux soins à chaque âge de l'année 2005 sont décalés de la durée de l'accroissement projeté de l'espérance de vie à chaque âge pour 2010, 2020 et 2030. Par exemple, de 2005 à 2030, l'espérance de vie des hommes de 65 ans augmente de 2.9 années et celle des hommes de 80 ans de 1.8 années. Bien que légèrement plus bas, les chiffres sont comparables pour les femmes (OFS 2006). Un tel décalage repose sur l'hypothèse d'une compression relative de la morbidité car le nombre d'années d'incapacité est maintenu constant. Les années de vie additionnelles sont par conséquent des années de vie en bonne santé.

3. **Incertitude autour de la croissance des coûts.** Le taux de croissance des coûts par patient est fixé à 1.6% en moyenne et sa variabilité est comprise entre 1.1% et 2.1% avec une probabilité de 95%. Il est fait l'hypothèse que les coûts par patient croissent à un rythme comparable à celui de la productivité du travail (Effet Baumol présenté au Chapitre 8.3.1).

4. **Flexibilité des structures.** L'offre de soins et le cadre institutionnel et politique s'ajustent pour répondre à la demande de soins de longue durée. Cette flexibilité des structures signifie par exemple, qu'il n'y a pas de mesures ou de circonstances limitant l'offre, tels que des moratoires ou une pénurie en main-d'œuvre. Ainsi, les présentes projections sont des estimations de la demande potentielle pour les soins de longue durée. Une telle hypothèse est jugée adéquate car toute mesure visant à limiter la demande aura des conséquences sur l'état de santé de la population d'âge avancé et se répercutera tôt ou tard sur les coûts des soins de longue durée.

**Hypothèses supplémentaires.** Outre ces hypothèses principales, il convient également de mentionner que les préférences de la population pour les soins de longue durée et le recours à l'aide informelle restent inchangés. Il en est de même des comportements ayant des conséquences sur la santé, tels que les habitudes alimentaires, l'exercice physique, la consommation de tabac ou d'alcool, qui sont supposés constants. La composition des ménages demeure identique sinon cela aurait un effet sur la disponibilité des soins informels et en conséquence sur le recours aux EMS et services d'aide et de soins à domicile. Implicitement, il est également fait l'hypothèse que la structure des revenus des personnes recourant aux soins de longue durée ne change pas, faute que quoi, il est probable que cela aurait un impact sur la demande pour ces soins.

Finalement, il est vraisemblable que la qualité des soins de longue durée varie d'une institution à l'autre. Certains pays ont d'ailleurs mis sur pied des systèmes de monitorage de cette qualité. En Suisse, aucune donnée ne permet, pour l'instant, de comparer la qualité des soins procurés en EMS ou par des services d'aide et de soins à domicile au plan national. Dans ce contexte, il est fait l'hypothèse que la qualité générale des soins de longue durée restera inchangée au cours des décennies à venir.

**Comparaison avec le scénario de référence de l'étude initiale.** Ce scénario de référence diffère de celui de l'étude initiale réalisée par l'Observatoire suisse de la santé de trois manières (Pellegrini et al. 2006). Premièrement dans l'étude initiale, le taux de croissance des coûts était fixé à 2.6% pour les coûts OPAS et à 1% pour les prestations socio-hôtelières et l'aide à domicile. Deuxièmement, la variabilité potentielle des coûts par patient n'était pas prise en compte. Troisièmement, les taux de recours aux soins à chaque âge étaient maintenus constants malgré l'accroissement de l'espérance de vie, ce qui correspond à une hypothèse d'expansion de la morbidité. Ainsi le scénario de référence de l'étude initiale correspond plutôt au second scénario présenté ci-dessous (Chapitre 9.2).

Tableau 5. Survol des scénarios

| Hypothèses | Vieillissement de la population | Changement par rapport au scénario de référence | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Changement de la dépendance fonctionnelle | | Changement dans l'organisation des soins de longue durée | | |
| | Scénario de référence | Expansion morbidité | Compression morbidité | Hausse SASD | Substitution SASD-EMS | |
| | (1) | (2) | (3) | (4) | 25% (5.1) | 50% (5.2) |
| **Evolution démographique** | Scénario A-00-2005 « moyen » (OFS 2006) | | | | | |
| **Recours aux soins** | A chaque âge, baisse égale à la hausse de l'espérance de vie | Taux de recours constants de 2005 | Réduction supplémentaire d'un an jusqu'à 80 ans | Hausse SASD égale à la baisse projetée des soins informels | Même hausse SASD que (4) et baisse en EMS de 25% de la hausse SASD | Même hausse SASD que (4) et baisse en EMS de 50% de la hausse SASD |
| **Coûts par patient** | Moyenne de 1.6% et variation de 1.1 à 2.1% | | | | | |
| **Structure de l'offre** | S'ajuste à la demande | | | Incitation pour accroître SASD suite à baisse des soins informels | Incitation pour accroître l'offre SASD et baisser le recours aux EMS | |

## 9.2 Scénario d'expansion de la morbidité

Ce scénario modifie la seconde hypothèse du scénario de référence en postulant une expansion de la morbidité : l'accroissement de l'espérance de vie s'accompagne d'une hausse du nombre d'années nécessitant des soins. Empiriquement, ce scénario consiste à maintenir constants les taux de recours aux soins de 2005 et à les appliquer à la population projetée de 2010, 2020 et 2030.

Un tel scénario est envisageable si à l'avenir, les problèmes de santé surviennent au même âge qu'aujourd'hui, malgré l'allongement de l'espérance de vie. Ceci correspond à une détérioration de l'état de santé générale de la population d'âge avancé. La modification des modes de vie, la fragilisation sociale, et l'amélioration de traitements conduisant à une survie avec dépendance fonctionnelle sont autant de phénomènes qui pourraient conduire à une expansion de la morbidité (Chapitre 3.2.2).

## 9.3 Scénario de compression de la morbidité

Dans ce troisième scénario, il est fait l'hypothèse que l'état de santé des personnes de 65 ans et plus s'améliore au cours des années à venir. Le recours aux soins à chaque âge diminue plus que dans le scénario de référence. Il s'agit d'une compression absolue de la morbidité car le nombre d'années avec incapacité diminue (contrairement au scénario de référence où le nombre d'années avec incapacité reste constant). Empiriquement, le décalage des taux de recours correspond à l'accroissement de l'espérance de vie à chaque âge plus un an, jusqu'à l'âge de 80 ans. Par exemple, d'ici à 2030, le gain d'espérance de vie des hommes de 80 ans sera de deux ans. Par conséquent, on applique aux hommes de cet âge, le taux de recours des hommes de 77 ans (80 ans – 2 ans – 1 an). Au-delà de 80 ans, le décalage correspond à l'accroissement de l'espérance de vie plus un certain nombre de mois qui vont en décroissant avec l'âge. Un tel ajustement décroissant avec l'âge est adopté car même si l'état de santé de la population s'améliore, toute personne décède un jour ou l'autre. Ainsi aux âges les plus avancés, et en maintenant les autres hypothèses constantes, il est difficile d'envisager une baisse notable des taux de recours aux soins.

Dans le futur, la compression de la morbidité est envisageable non seulement si des programmes de prévention sont mis sur pied, mais également en raison du progrès technologique et de la hausse du statut socioéconomique des personnes de 65 ans et plus, qui sont deux déterminants connus du bon état de santé d'une population (Smith 2004, Deaton 2003, Adler et Newman 2002, Marmot et Bobak 2000).

## 9.4 Scénario d'augmentation du recours aux SASD

Le quatrième scénario s'intéresse à l'effet d'une hausse du recours aux services d'aide et de soins à domicile. Une telle hausse pourrait survenir si des incitations sont mises sur pied, au

travers de la politique de santé, pour accroître cette offre, suite par exemple à la baisse de l'offre de soins informels. Certains craignent que la disponibilité de l'aide informelle baisse au cours des décennies à venir (Robine et al. 2007, Spillman et Pezzin 2000). Les raisons mentionnées sont, entre autres, la baisse de fécondité, l'accroissement de la distance entre le lieu de résidence des enfants et des parents, et la hausse du taux de participation des femmes sur le marché du travail. Si la baisse de l'aide informelle se concrétise, les personnes souffrant de dépendance fonctionnelle devront recourir à des soins formels, faute de quoi elles auront des besoins en soins non satisfaits. Comme exposé au Chapitre 3.3.1, il y a une incertitude quant à l'évolution future de l'aide informelle car différentes forces sont en action.

En général, les soins qui se substituent le mieux aux soins informels sont ceux procurés par les services d'aide et de soins à domicile car ils permettent également de maintenir la personne à domicile. Dans ce scénario, les taux de recours aux SASD à chaque âge en 2010, 2020 et 2030 sont augmentés de la même proportion que la baisse projetée du ratio de disponibilité des soins informels par les filles, présenté au Chapitre 3.3.1 (Figure 3). Ainsi, les taux de recours aux SASD vont croître de 9.5% en 2010, 23.8% en 2020, et 45.3% en 2030 par rapport à ce qui est prévu dans le scénario de référence pour ces années-là.

## 9.5 Scénarios de substitution des soins en EMS par les SASD

Le cinquième et le sixième scénario illustrent l'effet d'une hausse du recours aux SASD accompagnée d'une baisse des taux d'institutionnalisation en EMS. L'objectif est de montrer le potentiel d'économie en stimulant le recours aux soins à domicile afin de réduire le risque d'institutionnalisation en EMS. Les coûts générés par le recours aux EMS étant nettement supérieurs aux coûts des services d'aide et de soins à domicile (Tableau 4, Chapitre 6.3), un des objectifs de la politique de santé pourrait être d'encourager la forme de soins la moins coûteuse afin de mieux contrôler la hausse projetée des coûts totaux des soins de longue durée. A relever toutefois que le degré de substitution de ces deux formes de soins est limité, dans une certaine mesure, par le fait que la dépendance fonctionnelle des personnes vivant en EMS est globalement plus sévère que celles des personnes demeurant à domicile (Mor et al. 2007).

Comme le degré de substitution possible entre les soins procurés en EMS et à domicile n'est pas connu, deux taux différents sont utilisés. Le scénario (5.1) propose un taux de substitution de 25% : 1% de personnes en moins dans les EMS est obtenu en accroissant de 4% les personnes bénéficiant de services d'aide et de soins à domicile. Le scénario (5.2) utilise un taux de substitution plus élevé, soit 50% : 1% de personnes en moins en EMS découle d'une hausse de 2% des personnes recevant des soins à domicile. L'économie de coûts serait évidemment plus importante avec un taux de substitution de 50% que de 25%. Néanmoins, un taux de substitution aussi élevé nécessiterait probablement des modifications structurelles importantes.

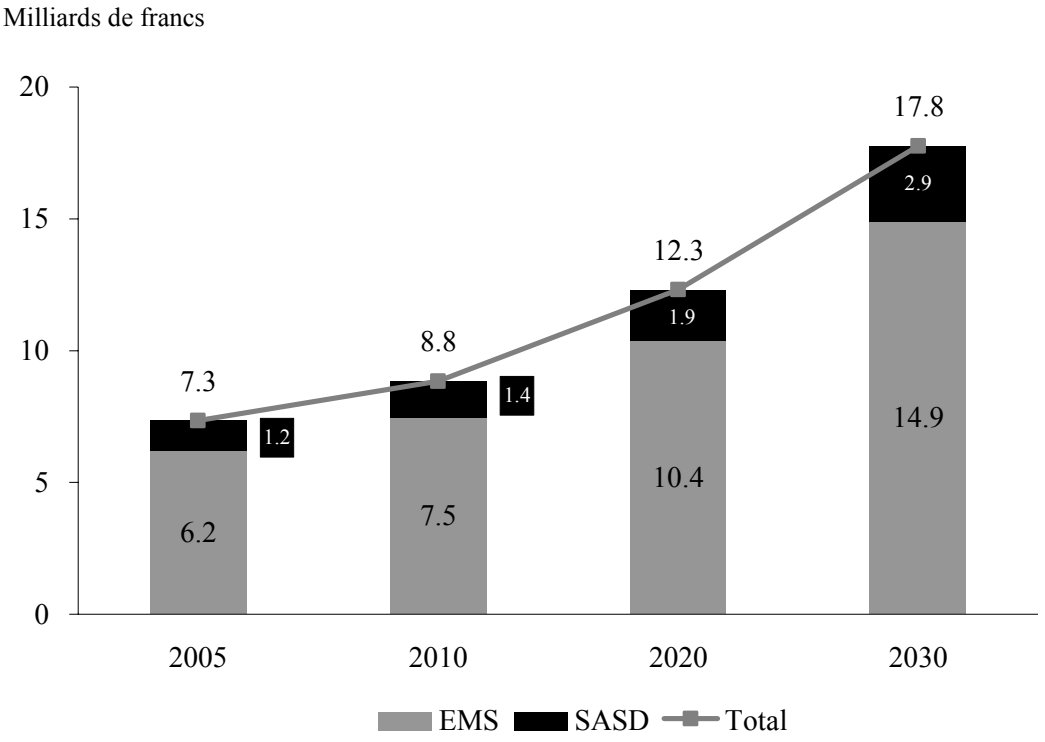
# 10 Résultats des projections

## 10.1 Scénario de référence

### 10.1.1 Coûts totaux des soins de longue durée

En se basant sur un taux de croissance des coûts par patient de 1.6%, les coûts projetés des soins de longue durée atteignent 17.8 milliards de francs en 2030 (Figure 14). La majorité de ces coûts provient des établissements médico-sociaux, avec 14.9 milliards, alors que les services d'aide et de soins à domicile se montent à 2.9 milliards. Par rapport à 2005, les coûts totaux font plus que doubler car leur croissance est de près de 142% (Tableau 6). Quant à leur part dans l'économie suisse, elle passe de 1.6% du PIB en 2005 à 2.8% en 2030 (Tableau 7).

Figure 14. Evolution des coûts des soins de longue durée en Suisse de 2005 à 2030




NB. Les chiffres sont arrondis, ce qui peut conduire à de légères différences lors d'additions.

Dans l'étude précédente (Pellegrini et al. 2006), les coûts totaux étaient plus faibles car ils s'élevaient à 15.3 milliards de francs aux prix 2001 (ou 15.7 milliards aux prix 2005). Cette différence s'explique principalement par le changement des prévisions démographiques réalisées par l'OFS (cf. annexe 1). Avec des hausses d'espérance de vie à 65 ans allant jusqu'à 3 ans, cela induit une augmentation des personnes recourant aux soins de longue durée. Comme mentionné précédemment, l'étude initiale devrait plutôt être comparée avec le

scénario d'expansion de la morbidité où les taux de recours ont également été maintenus constants (Chapitre 10.2.1).

### 10.1.2 Causes de la croissance des coûts totaux

La croissance des coûts de 2005 à 2030 est attribuable à deux éléments : l'augmentation du nombre de personnes ayant besoin de soins et à la hausse des coûts par patient. Dans le scénario de référence, les taux de recours à chaque âge sont projetés à la baisse, en raison de l'hypothèse de compression relative de la morbidité. Par conséquent la hausse du nombre de patients résulte de l'augmentation de l'espérance de vie et du vieillissement des cohortes du baby boom qui sont plus nombreuses que les cohortes précédentes. Les Figures 15a et 15b présentent l'influence respective de l'augmentation du nombre de personnes recourant aux soins et de la croissance des coûts par patients sur les coûts projetés des EMS et des SASD.

L'augmentation du nombre de personnes de 65 ans et plus, et donc du nombre de patients, est la cause principale de la hausse future des coûts des EMS. En 2030, les deux tiers des coûts sont attribuables à la pression démographique, avec 10 milliards de francs (Figure 15a). La proportion est la même pour les services d'aide et de soins à domicile : la composante démographique génère 1.9 milliards, soit les deux tiers des coûts totaux des SASD (Figure 15b). Le corollaire est que les coûts totaux découlant de la hausse des coûts par patient est d'environ un tiers aussi bien pour les EMS que les SASD.

Il convient toutefois de préciser que ces proportions dépendent du choix du taux de croissance des coûts par patient. Avec un taux supérieur à 1.6%, la part des coûts totaux attribuable à la croissance des coûts par patient serait plus importante. Et inversement, si le taux de croissance des coûts était plus faible, la part attribuable à ce facteur serait plus basse.

Néanmoins, ces résultats indiquent que l'évolution démographique, qui ne peut pas être influencée par la politique de santé, est une cause majeure et inéluctable de la hausse des coûts des soins de longue durée en Suisse. Des programmes de contrôle des coûts ne pourront donc qu'en partie limiter la hausse de ces coûts.

Figure 15a. Causes de la croissance des coûts des EMS

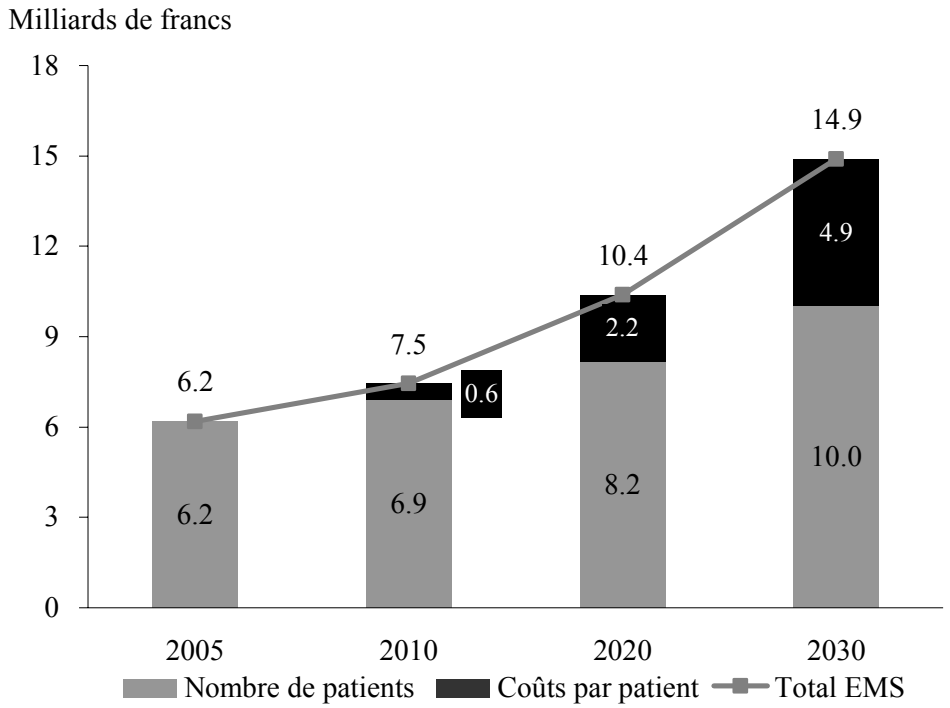
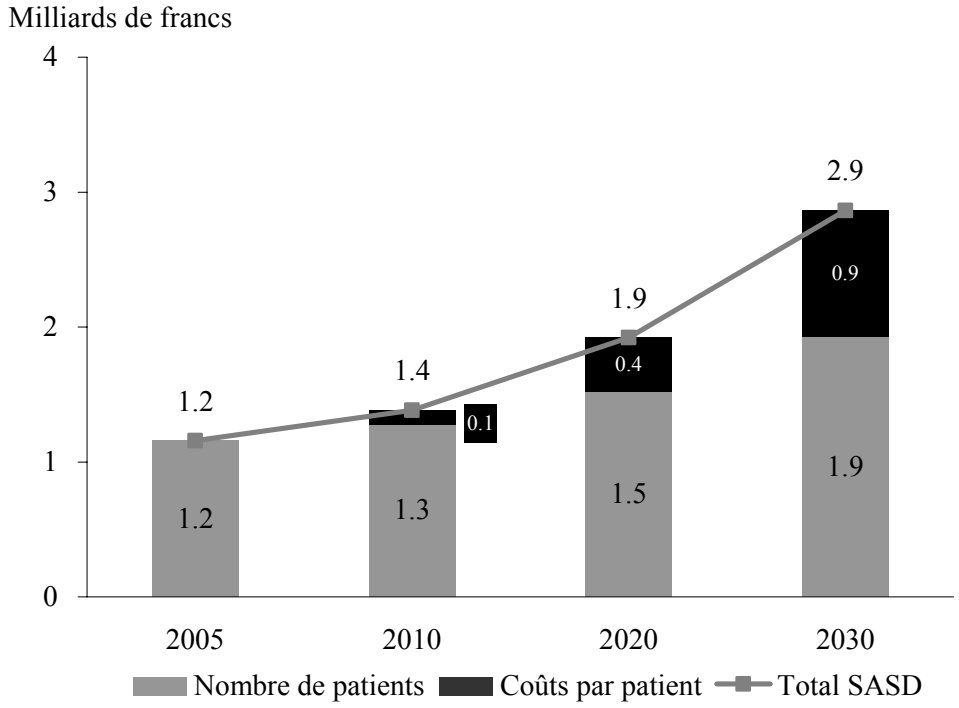



Figure 15b. Causes de la croissance des coûts des SASD




NB. Les chiffres sont arrondis, ce qui peut conduire à de légères différences lors d'additions.

### 10.1.3 Incertitude autour des coûts totaux

L'incertitude entourant la croissance future des coûts par patient est ici prise en compte en présentant les intervalles de confiance autour des coûts totaux (Tableau 6). Les bornes inférieure et supérieure indiquent la fourchette dans laquelle les coûts varient en raison de cette incertitude. La valeur centrale correspond aux coûts totaux de référence présentés ci-dessus pour lesquels le taux de croissance des coûts par patient est de 1.6%.

A l'horizon 2030, les coûts des soins de longue durée sont compris entre 15.7 et 20.0 milliards de francs avec une probabilité de 95%. Ainsi la fourchette de hausse relative des coûts se situe entre 114% et 172%, avec une augmentation projetée centrale de près de 142%. En termes de poids dans l'économie suisse, ces coûts représentent entre 2.4% et 3.1% du PIB à l'horizon 2030, avec une valeur centrale de 2.8% (Tableau 7).

Tableau 6. Fourchette des coûts pour le scénario de référence

| | **Coûts totaux** | | | **Augmentation depuis 2005** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Borne inférieure** | **Valeur centrale** | **Borne supérieure** | **Borne inférieure** | **Valeur centrale** | **Borne supérieure** |
| 2005 | | 7.3 | | | -- | |
| 2010 | 8.6 | 8.8 | 9.1 | 17.1% | 20.3% | 23.9% |
| 2020 | 11.4 | 12.3 | 13.3 | 55.2% | 67.6% | 81.1% |
| 2030 | 15.7 | 17.8 | 20.0 | 113.8% | 141.9% | 172.3% |

Tous les coûts sont à prix constants de 2005.

Les bornes inférieure et supérieure donnent l'intervalle de confiance à 95%: la fourchette dans laquelle les coûts se situent avec une probabilité de 95%, compte tenu des hypothèses retenues.

Tableau 7. Part des soins de longue durée au PIB

| | **Borne inférieure** | **Valeur centrale** | **Borne supérieure** |
|---|---|---|---|
| 2005 | | 1.6% | |
| 2010 | 1.7% | 1.8% | 1.8% |
| 2020 | 2.0% | 2.1% | 2.3% |
| 2030 | 2.4% | 2.8% | 3.1% |

Taux de croissance annuel moyen du PIB/tête de 1%.

## 10.2 Scénarios (2) et (3) : changements de dépendance fonctionnelle

Cette section permet de comparer les résultats de trois scénarios pour comprendre l'effet de changements dans le niveau de dépendance fonctionnelle, au travers d'ajustements des taux de recours à chaque âge. Pour rappel, le scénario de référence admet une compression relative de la morbidité car les taux de recours aux soins sont déplacés du gain d'espérance de vie à chaque âge. Le scénario (2) révèle l'effet d'une expansion de la morbidité, en maintenant constants les taux de recours de 2005. Comme contraste, le scénario (3) illustre l'effet d'une compression absolue de la morbidité en diminuant les taux de recours à chaque âge du scénario de référence.

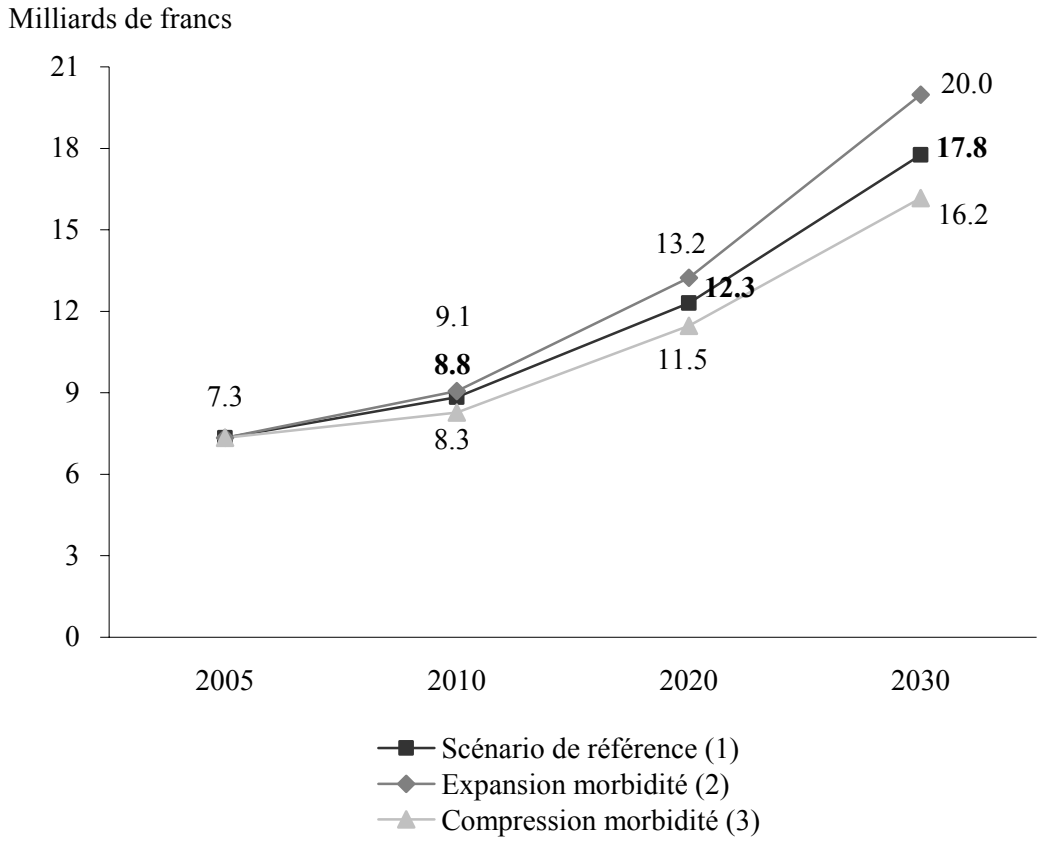
L'Annexe 3 compare l'évolution du nombre d'utilisateurs du scénario de référence avec celles des scénarios (2) et (3). Aussi bien l'expansion que la compression de la morbidité ont des effets relatifs plus importants sur le nombre de personnes résidant en EMS que sur le nombre de personnes recourant aux SASD (plus forte hausse en cas d'expansion de la morbidité et moins forte hausse en cas de compression de la morbidité). Ceci s'explique par des taux de recours aux EMS plus élevés que ceux des SASD pour les personnes les plus âgées.

### 10.2.1 Coûts totaux des soins de longue durée

En cas d'une expansion de la morbidité, les coûts des soins de longue durée se monteraient à 20 milliards de francs en 2030, alors qu'ils sont projetés à 17.8 milliards dans le scénario de référence. Ainsi, la hausse des coûts serait de plus de 2 milliards de francs (Figure 16). A l'inverse, si des programmes de prévention de la dépendance et de maintien de l'autonomie permettent de réduire le niveau de dépendance fonctionnelle de la population de 65 ans et plus (compression de la morbidité), les coûts pourraient baisser à 16.2 milliards de francs. Il faut garder à l'esprit que ces chiffres découlent d'hypothèses spécifiques sur l'évolution future des taux de recours aux soins et un taux de croissance des coûts par patient de 1.6%. La seule hypothèse qui diffère dans ces scénarios est celle du taux de recours aux soins à chaque âge. Ainsi, la comparaison permet de montrer que l'état de santé de la population de 65 ans et plus aura un certain impact sur les coûts futurs et que la politique de santé peut, dans une certaine mesure, influencer le niveau de ces coûts.

Le scénario d'expansion de la morbidité présenté ici peut être comparé au scénario de référence de l'étude initiale car celui-ci ne proposait pas non plus d'ajustement des taux de recours (Pellegrini et al. 2006). Dans cette étude-là, les coûts totaux atteignaient 15.3 milliards de francs (aux prix de 2001). Ajustés aux prix de 2005, ces coûts se montent à 15.7 milliards. Ces projections étaient donc inférieures à celle obtenue ici (20 milliards de francs). Cette différence s'explique principalement par le fait que les nouveaux scénarios démographiques prévoient un nombre beaucoup plus élevé de personnes d'âge avancé.

Figure 16. Effets de changements de la dépendance fonctionnelle sur les coûts totaux




## 10.2.2 Incertitude autour des coûts totaux

En 2030 en cas d'expansion de la morbidité, les coûts des soins de longue durée sont compris entre 17.7 et 22.6 milliards de francs (Tableau 8). Par contre, s'il y a une baisse de la morbidité des personnes de 65 ans et plus, les coûts se situent entre 14.3 et 18.3 milliards de francs. En termes de croissance des coûts, une expansion de la morbidité induit une hausse comprise entre 141% et 208%. Si la croissance des coûts par patient est élevée et qu'il y a une expansion de la morbidité, les coûts doubleraient de 2005 à 2030. A l'inverse, une compression de la morbidité permettrait de limiter la hausse relative des coûts entre 95% et 149%.

Similairement, le poids des soins de longue durée dans l'économie suisse dépend, dans une certaine mesure, de l'évolution de la morbidité. S'il y a une expansion de la morbidité, la part du PIB est comprise entre 2.7 et 3.5% et s'il y a une compression de la morbidité, cette part varie entre 2.2% et 2.8%. Ces résultats corroborent à nouveau le fait que l'évolution de la dépendance fonctionnelle aura un certain impact sur l'ampleur des coûts des soins de longue durée. Dans le pire des cas (une expansion de la morbidité combinée avec une hausse importante des coûts par patient), la part au PIB atteint 3.5%. Dans la situation la plus

favorable (une compression de la morbidité combinée avec une faible hausse des coûts par patient), la part au PIB est de 2.2%. Toutefois, il convient d'être prudent dans l'interprétation de ces résultats. En effet, le niveau de dépendance fonctionnelle pourra probablement être influencé par des programmes de prévention, mais le contrôle de la croissance des coûts par patient sera difficile à obtenir car la croissance de ce secteur économique va impliquer un besoin accru en personnel. Il faudra que les salaires, qui constituent la majorité des coûts des soins de longue durée, croissent suffisamment pour que la main d'œuvre soit suffisante et de qualification adéquate. Ainsi l'évolution des salaires dans ce secteur devra, au minimum, suivre celle des salaires dans l'économie générale. Dans ce cas, il risquerait d'y avoir une pénurie de main d'œuvre qui aurait des conséquences néfastes sur la qualité et la quantité des soins et pourrait induire des besoins en soins non satisfaits.

Tableau 8. Fourchette de variation des coûts totaux en cas de changements de la dépendance fonctionnelle

| | Scénario de référence (1) | | | Scénario d'expansion de la morbidité (2) | | | Scénario de compression de la morbidité (3) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Borne inférieure[(a)] | Valeur centrale | Borne supérieure[(a)] | Borne inférieure | Valeur centrale | Borne supérieure | Borne inférieure | Valeur centrale | Borne supérieure |
| **Coûts totaux en milliards de francs** | | | | | | | | | |
| 2005 | | 7.3 | | | 7.3 | | | 7.3 | |
| 2010 | 8.6 | 8.8 | 9.1 | 8.8 | 9.1 | 9.3 | 8.1 | 8.3 | 8.5 |
| 2020 | 11.4 | 12.3 | 13.3 | 12.3 | 13.2 | 14.3 | 10.7 | 11.5 | 12.3 |
| 2030 | 15.7 | 17.8 | 20.0 | 17.7 | 20.0 | 22.6 | 14.3 | 16.2 | 18.3 |
| **Augmentation des coûts totaux depuis 2005** | | | | | | | | | |
| 2010 | 17.1% | 20.3% | 23.9% | 19.8% | 23.4% | 26.6% | 10.3% | 12.6% | 15.7% |
| 2020 | 55.2% | 67.6% | 81.1% | 67.5% | 80.2% | 94.7% | 45.7% | 56.1% | 67.5% |
| 2030 | 113.8% | 141.9% | 172.3% | 141.0% | 172.0% | 207.7% | 94.7% | 120.2% | 149.2% |
| **Part des coûts totaux en pourcentage du PIB** | | | | | | | | | |
| 2010 | 1.7% | 1.8% | 1.8% | 1.8% | 1.8% | 1.9% | 1.6% | 1.7% | 1.7% |
| 2020 | 2.0% | 2.1% | 2.3% | 2.1% | 2.3% | 2.5% | 1.9% | 2.0% | 2.1% |
| 2030 | 2.4% | 2.8% | 3.1% | 2.7% | 3.1% | 3.5% | 2.2% | 2.5% | 2.8% |

(a) Intervalle de confiance à 95% avec un taux de croissance des coûts par patient compris entre 1.1 et 2.1%, pour une moyenne de 1.6%.

## 10.3 Scénarios (4) et (5) : changements dans l'organisation des soins

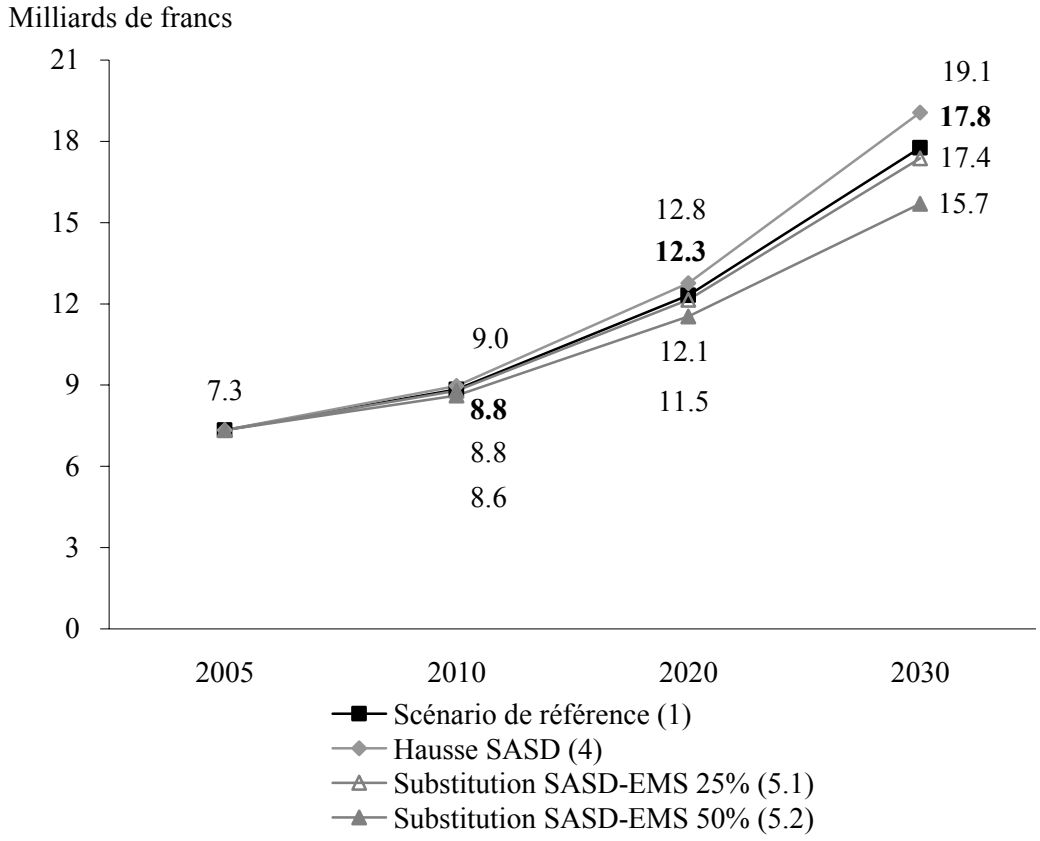
L'Annexe 4 compare le nombre d'utilisateurs du scénario de référence avec ceux résultant des scénarios de modification du recours aux SASD et EMS (scénarios 4, 5.1 et 5.2). Le nombre de personnes utilisant les services d'aide et de soins à domicile augmente car ces scénarios proposent des hausses des taux de recours à chaque âge. Toutefois, même dans le cadre d'une politique volontariste visant à limiter le recours aux EMS (scénarios 5.1 et 5.2), le nombre de personnes vivant dans ces institutions croit. La hausse la plus faible est celle du scénario 5.2 qui propose une substitution de 50% entre SASD et EMS. Dans ce cas, le nombre de résidents augmente de 19'000 entre 2005 et 2030. Ceci s'explique par la croissance du nombre de personnes d'âge avancé au cours des prochaines décennies : même si les taux de recours aux EMS baissent dans le futur, le nombre de personnes résidant dans ce type d'institutions augmentera.

### 10.3.1 Coûts totaux des soins de longue durée

Dans le contexte d'une hausse du recours aux services d'aide et de soins à domicile, suite à la baisse de l'aide informelle, les coûts totaux des soins de longue durée sont projetés à 19.1 milliards de francs à l'horizon 2030 (Figure 17). Cela représente une hausse de 1.3 milliards de francs par rapport au scénario de référence. Pour juger de l'ampleur de cette hausse, il est utile d'observer la part que cela représente dans l'économie suisse (Tableau 9, valeur centrale) : avec ce scénario, elle atteint 3.0% du PIB, comparé à 2.8% avec le scénario de référence.

En cas de politique d'encouragement du recours aux SASD pour réduire l'institutionnalisation en EMS, les coûts totaux dépendent, dans une large mesure, du taux de substitution entre les deux formes de soins. Si 1% de personnes en moins dans les EMS est obtenu par une hausse de 4% de personnes recevant des SASD (substitution de 25%), les coûts totaux sont légèrement inférieurs à ceux du scénario de référence, avec 17.4 milliards de francs. Par contre, si la substitution est plus importante et atteint 50% (1% de personnes en moins dans les EMS est obtenu par une hausse de 2% de personnes recevant des SASD), les coûts totaux sont plus bas avec 15.7 milliards de francs. Cela représente 2.1 milliards de moins que dans le scénario de référence. Ainsi, le degré de substituabilité entre les soins procurés en EMS et au domicile des patients joue un rôle central dans la détermination du niveau des coûts des soins de longue durée. Il n'y a actuellement aucune information fiable à disposition qui permette de connaître le taux de substitution. Ainsi, avant de pouvoir informer les pouvoirs publics de l'utilité d'une politique d'encouragement aux SASD pour réduire les coûts des EMS, il faudrait pouvoir déterminer ce taux de substitution. Globalement, une substitution de 50% nécessiterait d'importants changements structurels dans l'organisation des soins de longue durée et par conséquent une volonté politique et institutionnelle claire.

Figure 17. Effets de changements dans l'organisation des soins sur les coûts totaux




## 10.3.2 Incertitude autour des coûts totaux

L'encouragement du recours aux SASD suite à une baisse de l'aide informelle induit des coûts totaux compris entre 16.9 et 21.5 milliards de francs, en fonction de l'évolution des coûts par patient (Tableau 9). Par contre, si la hausse du recours aux SASD est due à une baisse du recours aux EMS, les coûts totaux sont plus faibles pour atteindre une fourchette de 15.4 à 19.6 milliards si la substitution est de 25%, et de 13.9 à 17.7 milliards si la substitution est de 50%.

En termes relatifs, la hausse est la plus forte dans le cas du développement des SASD : elle se situe entre 130% et 193% pour une valeur centrale de près de 160%. Nonobstant, cette hausse n'est que légèrement supérieure à celle du scénario de référence. La hausse relative la plus faible est atteinte avec le scénario d'une substitution de 50% : la fourchette de hausse est de 90% à 143%, pour une valeur centrale de près de 115%.

Les différents scénarios présentés ici révèlent que la part des soins de longue durée dans l'économie suisse découle, en partie, de la manière dont les soins seront organisés à l'horizon 2030. Le renforcement des SASD, suite à une baisse de l'aide informelle, induit une part du PIB comprise entre 2.6% et 3.3%, selon l'évolution des coûts par patient. Dans le cadre d'une politique de substitution de soins coûteux en EMS par des soins moins coûteux, les SASD, la

part du PIB attribuable à ces soins dépend du degré possible de leur substitution. Avec une substitution de 25%, le poids dans l'économie est comparable à celui du scénario de référence, car la fourchette va de 2.4% à 3.0% du PIB. Si la substitution est plus importante (50%), la part des soins de longue durée dans l'économie est plus basse, entre 2.2% et 2.7%.

Globalement, la hausse du recours aux services d'aide et de soins à domicile suite à la baisse de l'offre de soins informels a un certain effet sur les coûts totaux futurs, mais cet effet n'est pas aussi large que si la baisse de l'offre de soins informels se traduisait par une hausse du recours aux EMS. En effet, cette forme de soins est particulièrement coûteuse. Quant à une politique d'encouragement au recours aux soins à domicile afin de baisser les taux d'institutionnalisation en EMS, son efficacité à limiter les coûts dépendra du taux de substitution entre ces soins. Ce taux de substitution dépend non seulement du niveau de dépendance fonctionnelle de la population concernée, mais également de la volonté institutionnelle et politique d'encourager les soins à domicile afin de permettre à des personnes avec des dépendances relativement importantes de rester à domicile. Plus ce taux de substitution est élevé, plus une telle politique permettra de limiter la hausse des coûts des soins de longue durée.

Tableau 9. Fourchette de variation des coûts totaux en cas de changements dans l'organisation des soins

| | Scénario de référence (1) | | | Scénario de hausse des SASD (4) | | | Scénario de substitution entre les SASD et les EMS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | Taux de substitution de 25% (Scénario 5.1) | | | Taux de substitution de 50% (Scénario 5.2) | | |
| | Borne inférieure[a] | Valeur centrale | Borne supérieure[a] | Borne inférieure | Valeur centrale | Borne supérieure | Borne inférieure | Valeur centrale | Borne supérieure | Borne inférieure | Valeur centrale | Borne supérieure |
| **Coûts totaux en milliards de francs** | | | | | | | | | | | | |
| 2005 | | 7.3 | | | 7.3 | | | 7.3 | | | 7.3 | |
| 2010 | 8.6 | 8.8 | 9.1 | 8.8 | 9.0 | 9.2 | 8.6 | 8.8 | 9.0 | 8.4 | 8.6 | 8.8 |
| 2020 | 11.4 | 12.3 | 13.3 | 11.9 | 12.8 | 13.7 | 11.3 | 12.1 | 13.1 | 10.7 | 11.5 | 12.4 |
| 2030 | 15.7 | 17.8 | 20.0 | 16.9 | 19.1 | 21.5 | 15.4 | 17.4 | 19.6 | 13.9 | 15.7 | 17.7 |
| **Augmentation des coûts totaux depuis 2005** | | | | | | | | | | | | |
| 2010 | 17.1% | 20.3% | 23.9% | 19.8% | 22.1% | 25.3% | 17.1% | 19.7% | 22.5% | 15.1% | 18.0% | 20.5% |
| 2020 | 55.2% | 67.6% | 81.1% | 62.0% | 73.8% | 86.5% | 53.9% | 65.4% | 78.4% | 46.6% | 57.9% | 69.9% |
| 2030 | 113.8% | 141.9% | 172.3% | 130.1% | 159.5% | 192.7% | 109.7% | 136.6% | 166.9% | 90.4% | 114.9% | 142.5% |
| **Part des coûts totaux en pourcentage du PIB** | | | | | | | | | | | | |
| 2010 | 1.7% | 1.8% | 1.8% | 1.8% | 1.8% | 1.8% | 1.7% | 1.8% | 1.8% | 1.7% | 1.7% | 1.8% |
| 2020 | 2.0% | 2.1% | 2.3% | 2.1% | 2.2% | 2.4% | 2.0% | 2.1% | 2.3% | 1.9% | 2.0% | 2.2% |
| 2030 | 2.4% | 2.8% | 3.1% | 2.6% | 3.0% | 3.3% | 2.4% | 2.7% | 3.0% | 2.2% | 2.4% | 2.7% |

(a) Intervalle de confiance à 95% avec un taux de croissance des coûts par patient compris entre 1.1 et 2.1%, pour une moyenne de 1.6%.

# 11 Discussion

La présente étude informe la politique de santé de la situation actuelle des soins de longue durée en Suisse et de l'évolution possible des coûts à l'horizon 2030 en fonction de différents scénarios. Elle fournit des informations utiles pour alimenter les débats actuels sur le financement et l'organisation du système de santé dans notre pays. La première partie présente le système de ces soins en Suisse ainsi que les déterminants de la demande. Deux informations principales sont mises en évidence. Premièrement, les taux de recours aux établissements médico-sociaux et aux services d'aide et de soins à domicile augmentent avec l'âge. Deuxièmement, les déterminants de la demande pour ces soins font l'objet d'un consensus scientifique, mais peu d'informations existent en Suisse sur l'ampleur des effets du vieillissement de la population, de la dépendance fonctionnelle, de la disponibilité de soins informels et du revenu.

La seconde partie de l'étude décrit les utilisateurs et l'évolution du recours aux soins et des coûts de 2000 à 2005. Globalement, les taux de recours aux établissements médico-sociaux et aux services d'aide et de soins à domicile ont eu tendance à baisser. Par contre, les coûts totaux ont augmenté en passant de 6.2 à 7.3 milliards de francs (à prix constants de 2005), soit une progression de 18.6% sur six ans. Le poids de ces soins dans l'économie suisse atteignait 1.6% du PIB en 2005 et représentaient environ 14% des dépenses de santé totales dans notre pays. Il convient de garder à l'esprit que ces soins sont concentrés parmi les personnes de 80 ans et plus qui constituent un groupe socialement, physiquement et psychologiquement vulnérable.

La troisième partie de l'analyse présente l'évolution possible des coûts des établissements médico-sociaux et des services d'aide et de soins à domicile à l'horizon 2030. L'influence de trois phénomènes est mise en évidence : (i) le vieillissement de la population suisse, (ii) le niveau de dépendance fonctionnelle de cette population et (iii) l'organisation des soins de longue durée. Un scénario de référence, avec les hypothèses les plus plausibles, et cinq scénarios alternatifs sont comparés pour juger de l'effet de ces différents phénomènes sur les coûts futurs. Un autre facteur joue un rôle central dans l'évolution des coûts : la croissance des coûts par patient. Comme celle-ci est difficile à prévoir, elle est prise en compte dans chaque scénario en présentant une fourchette de variation possible des coûts totaux (intervalle de confiance à 95%).

Ces projections prolongent la situation de 2005 tout en se basant sur certaines hypothèses quant à l'évolution possible des trois phénomènes mentionnés ci-dessus. Il ne s'agit donc pas de prévoir ce que seront les coûts futurs, ce qui nécessiterait de conjecturer sur l'évolution future du contexte institutionnel et politique. De telles projections permettent uniquement de mettre en évidence certaines des pressions s'exerçant sur le système des soins de longue durée en Suisse.

## 11.1 Implications des résultats

### 11.1.1 Scénario de référence et vieillissement de la population

Le scénario de référence induit des coûts des soins de longue durée de 17.8 milliards de francs en 2030, avec une fourchette de variation comprise entre 15.7 et 20.0 milliards (intervalle de confiance à 95%). Cela représente 2.8% du PIB de la Suisse, avec une fourchette entre 2.4 et 3.1%. Deux autres enseignements peuvent être tirés des résultats du scénario de référence. Premièrement, les coûts des EMS représentent la majorité des coûts totaux des soins de longue durée car ils atteignent 14.9 milliards de francs, soit plus de 80% des coûts totaux. Les personnes en EMS souffrent généralement de formes sévères de dépendance fonctionnelle. De plus, les taux de recours aux EMS sont élevés pour les personnes d'âges les plus avancés et cette population va augmenter de manière importante au cours des décennies à venir. Le deuxième enseignement du scénario de référence est que la croissance de la population cause une part importante de la hausse des coûts des soins de longue durée ; soit les deux tiers des coûts projetés en 2030 (pour un taux de croissance des coûts par patient de 1.6%). Ainsi, une part significative de cette hausse est inéluctable car la politique de santé ne peut pas influencer l'évolution démographique, du moins à moyen terme. Il faudra donc adapter les structures et l'organisation des soins de manière à répondre aux besoins d'une population vieillissante, faute de quoi les personnes fragilisées par leur dépendance fonctionnelle auront des besoins en soins non satisfaits.

### 11.1.2 Changements du niveau de dépendance fonctionnelle

Les deux scénarios illustrant des changements du niveau de dépendance fonctionnelle mettent en évidence le rôle qu'une politique de prévention et de maintien de l'autonomie peut jouer sur le contrôle des coûts. En cas d'expansion de la morbidité chez les personnes de 65 ans et plus (taux de recours à chaque âge inchangés malgré l'allongement de l'espérance de vie), les coûts des soins de longue durée atteignent 20 milliards de francs en 2030, avec une variation possible entre 17.7 et 22.6 milliards. Au contraire, s'il y a une compression absolue de la morbidité (les taux de recours à chaque âge diminuent), les coûts totaux sont projetés à 16.2 milliards, pour une variation comprise entre 14.3 et 18.3 milliards.

L'état de santé des personnes de 65 ans et plus dépend de plusieurs facteurs, parmi lesquels figurent le mode de vie et le niveau socio-économique de cette population, les progrès dans le domaine médical et les programmes de prévention. Ces derniers peuvent influencer les modes de vie et par conséquent contribuer au maintien de l'autonomie des personnes d'un grand âge. Toutefois, l'ampleur de l'effet de telles mesures n'est pas connue et devra, à l'avenir, faire l'objet de plus d'attention.

### 11.1.3 Changements dans l'organisation des soins de longue durée

Les scénarios qui proposent des changements dans l'organisation des soins de longue durée procurent plusieurs enseignements utiles. Si, dans le futur, l'aide informelle diminue et que cela engendre une hausse du recours aux services d'aide et de soins à domicile, il est projeté que les coûts augmentent de plus d'un milliard de francs pour atteindre 19.1 milliards en 2030. Toutefois, l'effet sur l'économie suisse demeure relativement constant car la part du PIB passe de 2.8% (scénario de référence) à 3.0% avec ce scénario. Il convient de rappeler que l'évolution des soins informels est difficile à pronostiquer car elle dépendra de facteurs multiples agissant quelques fois en sens opposés.

Une stratégie envisageable pour contrôler la hausse des coûts est d'inciter au recours des services d'aide et de soins à domicile afin de réduire le nombre de personnes en EMS. La présente étude met en évidence le fait que l'efficacité d'une telle politique dépend notamment du taux de substitution possible entre les deux formes de soins. Plus le taux de substitution est faible, moins il y a d'effet sur les coûts. Avec un taux de substitution de 25% (explication au Chapitre 9.5), les coûts ne baissent presque pas. Par contre, avec un taux de substitution de 50%, les coûts projetés atteignent 15.7 milliards de francs en 2030 (fourchette de variation entre 13.9 et 17.7 milliards), ce qui représentent deux milliards de moins que dans le scénario de référence. La part du PIB, quant à elle, se monte à 2.4% (variation entre 2.2 et 2.7%). Comme le degré de substitution entre séjours en EMS et soins procurés à domicile n'est pas connu, il n'est pas possible de savoir si une politique d'encouragement à une telle substitution permettrait de limiter la hausse des coûts dans notre pays. En outre, comme mentionné précédemment, un tel degré de substitution requerra sans doute des modifications structurelles significatives.

## 11.2 Comparaison avec d'autres études

### 11.2.1 Etudes suisses

En Suisse, trois études similaires ont été publiées, dont deux se basent sur les anciennes prévisions démographiques de l'OFS (Fuhrer et al. 2003, Pellegrini et al. 2006). L'analyse de l'Office fédéral des assurances sociales extrapole la croissance réelle des coûts entre 1995 et 2000 (Fuhrer et al. 2003). Cette stratégie, dites du profile des dépenses, ne permet pas de simuler l'effet de différents phénomènes, comme il est fait dans la présente étude.

La présente étude adopte un modèle de projection des coûts similaire à celui de l'étude précédente de l'Observatoire suisse de la santé (Pellegrini et al. 2006), mais les prévisions démographiques, les hypothèses de travail et les scénarios proposés diffèrent. Il faut donc être prudent lors de la comparaison des résultats. Dans le scénario de référence de l'étude initiale, les coûts se montent à 15.3 milliards de francs aux prix de 2001 (15.7 milliards aux prix de 2005), soit 2.4% du PIB suisse en 2030 (selon les projections du PIB de l'Annexe 2). Avec

des taux de recours aux soins à chaque âge maintenus constants à ceux de 2001, ce résultat peut être comparé à celui du scénario d'expansion de la morbidité de la présente étude où les coûts atteignent 20 milliards de francs (prix de 2005), soit 3.1% du PIB en 2030. La différence de coûts entre les deux études s'explique principalement par la modification des prévisions démographiques de l'OFS présentées dans l'Annexe 1 (OFS 2002, 2006). Ici, le scénario de référence projette les coûts à 17.8 milliards de francs, soit 2.8% du PIB. Ce scénario est plus optimiste que celui de l'étude initiale car il inclut une compression relative de la morbidité. En effet, il est jugé probable que si les personnes d'âge avancé voient leur espérance de vie augmenter, cela s'accompagnera d'un certain allongement du nombre d'années en bonne santé.

L'analyse la plus récente, conduite par l'Administration fédérale des finances, fait partie de la planification financière 2007-2011 (AFF 2008). Les coûts sont uniquement reportés en pourcentage du PIB projeté. Dans leur scénario de référence, les auteurs font l'hypothèse que seule la moitié du gain d'espérance de vie se déroule en bonne santé, ce qui conduit à des coûts projetés pour 2030 de 2.4% du PIB. Méthodologiquement, ce scénario se situe entre les scénarios de référence et d'expansion de la morbidité de la présente étude. En effet, dans le présent scénario de référence, l'ensemble de l'accroissement de l'espérance de vie se passe en bonne santé, et dans le scénario d'expansion de la morbidité, toutes les années gagnées se passent en mauvaise santé. Dans le scénario de l'AFF qui tient compte de l'effet Baumol, la part du PIB est d'environ 2.6%, ce qui est comparable aux résultats de la présente étude.

Une étude, financée par l'Office fédéral de la statistique, a réalisé des projections des coûts du système de santé dans son ensemble en Suisse (Vuilleumier et al. 2007). En cas de morbidité retardée (hypothèse comparable au présent scénario de référence), les coûts du système de santé suisse sont projetés à 111.3 milliards de francs (prix de 2004) d'ici à 2030 (112 milliards aux prix de 2005). Les coûts des soins de longue durée découlant du présent scénario de référence (17.8 milliards), représentent donc 15.9% des coûts totaux de la santé en 2030. Ainsi, selon ces chiffres, la part des coûts des soins de longue durée dans l'ensemble des dépenses de santé augmentera à l'avenir (car elle atteignait 13.9% en 2005).

### 11.2.2 Etudes européennes

Sur mandat de la Commission européenne, un groupe de chercheurs a projeté les coûts des soins de longue durée pour l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie et le Royaume-Unis (Comas-Herrera et al. 2003). La méthodologie est comparable à celle de cette étude, mais les hypothèses de travail diffèrent. En 2030, la part des coûts des soins de longue durée dans l'économie varie beaucoup d'un pays à l'autre. Par exemple, elle atteint 2.4% du PIB en Allemagne et 1.2% en Espagne. Ainsi, les résultats de la présente étude sont légèrement supérieurs aux projections de ces quatre pays. D'une manière générale, les dépenses en soins de longue durée en Suisse sont plus proches de celles des pays de l'Europe du Nord que des autres pays européens (OCDE 2006). Les pays où les soins formels sont les plus développés vont avoir, dans le futur, une part plus importante de leur économie dévolue aux soins de

longue durée (par exemple le nord de l'Europe ou la Suisse) que les pays où ces soins sont actuellement moins développés (par exemple le sud et l'est de l'Europe). Toutefois, il est possible que dans ces pays, il y ait un effet de rattrapage en raison de leur développement économique qui implique une baisse de leur natalité et l'allongement de l'espérance de vie.

Ce résultat se confirme dans une autre étude menée au plan européen par le Comité de politique économique et la Commission européenne (DG ECFIN 2006). Dans leur scénario de pure croissance démographique, la part des dépenses publiques pour les soins de longue durée atteint 5.3% du PIB en Suède, 3.2% en Finlande, 1.9% au Danemark, 1.5% en Allemagne, 0.6% en Espagne et en République Tchèque. Cette étude se concentre sur les dépenses publiques, alors que la présente étude inclut l'ensemble des coûts, sans distinction par source de financement. Pour la Suisse, l'OCDE projette que les dépenses publiques attribuables aux soins de longue durée se situeront entre 1.7 et 2.6% du PIB en 2030, selon le scénario envisagé. Ces chiffres sont légèrement inférieurs à ceux de la présente étude car ils ne considèrent que les dépenses des pouvoirs publics (OCDE 2006).

## 11.3 Limites de l'étude et futures analyses

### 11.3.1 Besoin de données individuelles

Cette étude adopte une stratégie de macro-simulation similaire à la plupart des travaux réalisés au plan européen (Comas-Herrera et al. 2003, DG ECFIN 2006). Ce choix s'est imposé en raison des données à disposition. Toutefois, une telle approche ne permet pas d'analyser l'effet causal des déterminants de la demande de soins de longue durée, ce qui limite les possibilités de comprendre ce qui influence le niveau d'utilisation de ces soins. Pour ce faire, il faudrait disposer de données au niveau individuel, qui permettent d'estimer des modèles de demande et de réaliser une micro-simulation.

Pour comprendre ce qui influence le recours aux soins et l'intensité de leurs utilisations, des données de panel sont nécessaires : elles consistent à interviewer les mêmes personnes régulièrement afin de les suivre dans leur parcours de vie, en incluant le recours aux services médicaux et de soins de longue durée. De telles données existent depuis de nombreuses années en Amérique du Nord et commencent à voir le jour en Europe. Par exemple, l'enquête SHARE (Survey of Health an Retirement in Europe) est une base de données multidisciplinaire et transnationale qui collecte des données individuelles de personnes âgées de 50 et plus (http://www.share-project.org). Onze pays européens ont participé à la première vague de collecte de données en 2004, y compris la Suisse. La seconde vague de données a été collectée entre 2006 et 2007. Bien que le taux de participation en Suisse soit faible et que les participants n'aient pas encore atteint le grand âge, ce type de données permettra à moyen terme de comprendre les déterminants des choix des utilisateurs de soins en Suisse et de les comparer aux autres pays. Le Panel Suisse des Ménages (http://www.swisspanel.ch) et l'enquête SILC (Survey on Income and Living Conditions http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal

/fr/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/silc/01.html) permettent également de suivre les mêmes personnes pendant plusieurs années mais ces données contiennent peu d'informations sur le recours aux soins de longue durée, avec quelques données sur les soins informels.

A relever que des données collectées uniquement parmi les personnes résidant en EMS ou parmi les utilisateurs de services d'aide et de soins à domicile ne permettent pas d'estimer des modèles de demande de soins et donc de comprendre les déterminants d'utilisation. Il faut des données collectées au niveau de la population générale, comme c'est le cas pour les enquêtes mentionnées ci-dessus.

### 11.3.2 Contexte de l'étude et hypothèses de travail

Compte tenu du modèle d'estimation, il convient de garder à l'esprit les hypothèses de travail choisies (Tableau 5). La plupart de ces hypothèses sont maintenues constantes dans l'ensemble des scénarios, ce qui permet la comparaison des résultats. Seuls les taux de recours aux soins à chaque âge sont modifiés d'un scénario à l'autre. Ainsi l'évolution démographique, la flexibilité de l'offre de soins et l'évolution possible des coûts par patients demeurent les mêmes. Il est également fait l'hypothèse qu'un certain nombre d'éléments demeurent inchangés à l'horizon 2030, à savoir les préférences de la population pour le recours aux soins formels et informels, les comportements ayant des conséquences sur la santé, la structure des revenus des personnes de 65 ans et plus, la composition des ménages, et la qualité des soins. Il est également postulé que l'élasticité-revenu de la demande est faible. En conséquence, tout changement dans ces éléments impactera les coûts futurs d'une manière qu'il n'a pas été possible d'appréhender dans cette étude, mais qui mériterait des analyses, si des données deviennent disponibles.

### 11.3.3 Choix politiques et continuum de soins

Comme les soins de longue durée constituent un continuum de services allant de l'aide informelle à l'institutionnalisation en EMS et à l'hospitalisation en lits de longue durée, l'effet du vieillissement de la population, de l'évolution de la dépendance fonctionnelle et de l'organisation des soins sur les coûts dépendra dans une certaine mesure de choix politiques. Par exemple, Pellegrini et collègues (2004) ont analysé l'impact économique de différents régimes de financement des soins de longue durée. Cependant, l'objectif de la présente étude est différent car il s'agit de projeter la demande potentielle de soins afin de mettre en évidence l'effet des trois phénomènes mentionnés ci-dessus. C'est pourquoi il est fait l'hypothèse que l'offre répond totalement à la demande et qu'il n'y a pas de contrainte institutionnelle ou contextuelle limitant l'accès aux soins, tels que des moratoires ou une pénurie de main d'œuvre.

Dans cette étude, seuls deux types de soins de longue durée ont pu être analysés : les établissements médico-sociaux et les services d'aide et de soins à domicile. Le rôle des soins

informels —procurés par la famille, les amis et des bénévoles— n'a pas pu être pris en compte explicitement, malgré le fait qu'ils constituent probablement une source importante de soins de longue durée en Suisse. De plus, d'autres formes de soins formels existent, tels que les accueils de jour et de nuit ou la résidence en appartements protégés. Les pouvoirs politiques peuvent être acteurs du développement de telles structures intermédiaires, qui permettrait, dans une certaine mesure, de limiter la hausse des coûts en réduisant le recours aux EMS. A l'avenir, ces formes de services se développeront sans doute et il serait important de disposer de données afin d'analyser leur rôle et les conséquences sur les coûts.

### 11.3.4 Intensité des soins

La durée et l'intensité des soins (heures de soins à domicile ou durée des séjours en EMS, par exemple) devraient être prises en compte pour déterminer de manière plus précise les coûts. En effet, différents degrés de dépendance fonctionnelle occasionnent des intensités de soins hétérogènes. De même, il faudrait pouvoir tenir compte de l'évolution de la prévalence des différentes pathologies car elles occasionnent diverses intensités de soins. Par exemple, si la proportion de personnes souffrant de maladies mentales liées au grand âge —telle qu'Alzheimer— augmente significativement, l'intensité des soins s'amplifiera car typiquement ce type de pathologies conduit à une sévère dépendance fonctionnelle. Prendre en compte le nombre d'heures de soins est possible avec les données sur les services d'aide et de soins à domicile, mais pas encore pour les séjours en EMS. Toutefois, les nouvelles données pour les établissements non hospitaliers de l'OFS (probablement disponibles en 2008) permettront de considérer les durées de séjours.

### 11.3.5 Coûts globaux

La présente étude adopte une approche globale car l'ensemble des coûts générés par les EMS et les services d'aide et de soins à domicile sont pris en compte. Ainsi toutes les dépenses sont incluses sans distinction des sources de financements : les dépenses des ménages et des assurances maladie, les subventions et couvertures de déficits communales et cantonales, les versements de l'AVS, ainsi que les dons privés (Tableau 3). Ceci explique en partie pourquoi les coûts projetés dans le scénario de référence atteignent une part du PIB (2.8%) supérieure aux projections faites par l'OCDE, qui elles, se concentrent sur les dépenses publiques.

A relever également que les coûts sont projetés au niveau national, sans différencier par canton. Toutefois, il est possible d'utiliser le même modèle de macro-simulation au plan cantonal car les informations nécessaires sont disponibles dans la plupart des cantons. De telles analyses seraient utiles non seulement pour la planification cantonale en matière de soins de longue durée, mais également pour comprendre les conséquences des disparités cantonales sur les coûts futurs (Jaccard-Ruedin et al. 2006).

## 11.4 Conclusions

Cette étude fournit trois résultats utiles aux acteurs de la politique de santé en Suisse :

- **Le vieillissement de la population va accroître la demande.** Au cours des prochaines décennies, la demande pour les soins de longue durée va augmenter substantiellement en raison de l'accroissement du nombre de personnes d'âge avancé. L'effet du vieillissement de la population sur les coûts est en partie inévitable ; il faudra donc que les structures puissent s'adapter, faute de quoi la population souffrant de dépendance fonctionnelle aura des besoins en soins non satisfaits.

- **La prévention pour limiter la hausse des coûts.** Si des programmes de prévention et de maintien de l'autonomie des personnes de 65 ans et plus sont *efficaces*, ils permettront de limiter, dans une certaine mesure, la hausse des coûts futurs. L'ampleur de l'effet de telles mesures n'est pas encore été analysée en Suisse et devra, à l'avenir, faire l'objet de plus d'attention.

- **L'organisation des soins pour limiter la hausse des coûts.** Le développement des services d'aide et de soins à domicile pourrait permettre de limiter la hausse des coûts si le degré de substitution entre ces services et les séjours en EMS est suffisamment élevé. Les potentialités concrètes de substitution n'ont pas encore été documentées. Il est toutefois probable que pour atteindre un degré de substitution permettant de limiter la progression des coûts, il faudra introduire d'importants changements structurels.

En fonction de la disponibilité de nouvelles données, l'Observatoire suisse de la santé envisage d'actualiser régulièrement ses projections des coûts des soins de longue durée. De plus, il proposera de nouveaux scénarios en fonction des besoins des acteurs de la politique de santé et de l'évolution du contexte politique et social.

# Références


Adler N and Newman K (2002), "Socioeconomic disparities in health: pathways and policies", *Health Affairs* 21: 60-76.

AFF (2008), „Entwicklungsszenarien im Gesundheitswesen", in: *Legislaturfinanzplan 2009-2011 —Beilage zur Botschaft über die Legislaturplanung, 2007-2011*, Abschnitt 5 und Anhang 7, Bern.

Bains M (2003), "Projecting future needs.Long-term projections of public expenditure on health and long-term care for EU member states", dans *A disease-based comparison of health systems. What is best and at what costs?*, OCDE.

Baldini M, Mazzaferro C et Morciano M (2007), *Assessing the implications of long term care policies iin Italy: a microsimulation approach*, accédé en octobre 2007 sur le site:http://euroframe.org/fileadmin/user_upload/euroframe/docs/2007/session4/EUROF07_Baldini.pdf.

Bernstein SN, *On the work of P.L.Chebyshev in Probability Theory*, Nauchnoe Nasledie P.L.Chebysheva. Vypusk Pervyi: Matematika. (Russian) [The Scientific Legacy of P. L. Chebyshev. First Part: Mathematics, edited by S. N. Bernstein.] Academiya Nauk SSSR, Moscow-Leningrad, 1945. 174 pages.

Cameron AC et Trivedi PK (2005), *Microeconometrics. Methods and applciations*, Cambridge University Press, New York.

Charles KK et Sevak P (2005), "Can family caregiving substitute for nursing home care ?", *Journal of Health Economics* 24: 1174-1190.

Comas-Herrera A, Costa-Font J, Gori C. et al. (2003), *European study of long-term care expenditures*, Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG, PSSRU, London School of Economics, London.

Costa-Font J, Wittenberg R, Patxot C et al. (2007), *How does demography affect long-term care expenditures projections? Evidence of four European Union member states*, Estudios Sobre La Economia Espanola EEE 231, accede en août 2007 sur le site http://www.fedea.es/pub/eee/eee231.pdf.

Deaton A (2003), "Health, inequality, and economic development", *Journal of Economic Literature* 41: 113-158.

DG ECFIN (2006), The impact of ageing on public expenditures: projections for the EU-25 member states on pensions, healthcare, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050), Economic Policy Committee and the European Commission, accédé en novembre 2007 sur le site: http://ec.europa.eu/economy_finance/epc/documents/2006/ageingreport_en.pdf.

Duée M et Rebillard C (2004), *La dépendance des personnes âgées : une projection à long terme*, Document de Travail G 2004/02, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

Fuhrer B, Brunner-Patthey O, Jost A, Bandi T, et Eberhard P (2003), *Pflegefinanzierung und Pflegebedarf: Schätzung der zukünftigen Entwicklung*, Bericht des Netzwerks Ökonomie des Bundesamts für Sozialversicherung, BSV, Bern.

Fries JF (1980), "Ageing, natural death, and the compression of morbidity", *The New England Journal of Medicine* 303: 130-135.

Fux B, Sauvain-Dugerdil C, Stutz H et al. (2006), *Soigner, garder et payer. La famille et les phases tardives de la vie*. Commission fédérale de coordination pour les questions familiales (COFF), Bern.

Guilley E (2005), *La vie en institution*, dans *Ages et générations. La vie après 50 ans en Suisse* par Wanner P, Sauvain-Dugerdil C, Guilley E et Hussy C, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

Hoffman, P (1998), *The Man Who Loved Only Numbers: The Story of Paul Erdos and the Search for Mathematical Truth*. New York: Hyperion : 238-239.

Höpflinger F et Hugentobler V (2006), *Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse. Observations et perspectives*, Cahiers de l'Observataoire suisse de la santé, Editions Médecine et Hygiène.

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

Jacobzone S, Cambois E et Robine JM (2000), "Is the health of older persons in OECD countries improving fast enough to compensate for population ageing?", *OECD Economic Studies* 30: 149-190.

Johnson RW, Toohey D et Wiener JM (2007), *Meeting the long-term care needs of the baby boomers: how changing families will affect paid helpers and institutions*, The Retirement Project, Discussion Paper Series, The Urban Institute, Washington DC.

Kemper P, Komisar HL et Alecxih L (2005-2006), "Long-term care over an uncertain future: what can current retirees expect?", *Inquiry* 42: 335-350.

Lakdawalla D, Goldman D, Bhattacharya J et al.(2003), "Forecasting the nursing home population", *Medical Care* 41(1): 8-20.

Lakdawalla D et Philipson TJ (2002), "The rise in old-age longevity and the market for long-term care", *American Economic Review* 92: 295-306.

Lo Sasso A et Johnson R (2002), "Does informal care from adult children reduce nursing home admissions for the elderly?", *Inquiry* 39: 279-297.

Lungsgaard J (2005), Consumer directions and choice in long-term care for older persons, including payments for informal care. How can it help improve care outcomes, employment and fiscal sustainability?, OECD Health Working Papers, Paris.

Madge A (2000), *Long-term aged care: expenditure trends and projections*, Productivity Commission Staff Research paper, Canberra, Australia.

Manton KG et Gux (2001)"Changes in the prevalence of chronic disability in the United States black and non-black population above age 65 from 1982 to 1999", *Proceedings of the National Academy of Science USA* 98: 6354-6359.

Marmot M. et Bobak M (2000), "International comparators and poverty and health in Europe", *British Medical Journal* 318: 1460-1467.

Metropolis N et Ulam S (1949), "The Monte Carlo Method", *Journal of the American Statistical. Association* 44: 335-341.

Minkler M, Fuller-Thompson E et Guralnik JM (2006), "Gradient of disability across the socioeconomic spectrum in the United States", *New England Journal of Medicine* 355: 695-703.

Monod-Zorzi S, Seematter-Bagnound L, Büla C et al. (2007), *Maladies chroniques et dependence fonctionnelle des personnes âgées. Données épidémiologiques et économiques de la littérature*, Document de Travail 25, Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel.

Mor V, Zinn J, Gozalo P et al. (2007), "Prospects for transferring nursing home residents to the community", *Health Affairs* 26(6): 1762-1771.

Norton E. (2000), *Long-term care*, dans Culyer AJ and Newhouse JP (Eds), Handbook of Health Economics, Elsevier Science, New York: 956-995.

OCDE (2006), Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers ? Economics department working papers No. 477, Paris.

OFAS (2006), *Statistique de l'aide et des soins à domicile (Spitex) 2005*, accédé en 2007 sur le site : http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/03/03/data/01.html

OFS (2006), Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse 2005-2050, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

OFS (2007), *Coûts et financement du système de santé en 2005*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

OFS (2007), *Statistique des hôpitaux et des établissements de santé non hospitaliers*, accédé en automne 2007 sur le site http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/03/02/data/01.html.

Oliviera Martins J et de la Maisonneuve C (forthcoming), "The drivers of public expenditures on health and long-term care: an integrated projection approach", *OECD Economic Studies*, Paris.

Olshansky SJ Rudberg MA, Carnes BA et al. (1991),"Trading off longer life for worsening health : the expansion of morbidity hypothesis", *Journal of Aging and Health* 3: 194-216.

Olshansky SJ et Ault AB (1986), "The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases", *Milbank Quarterly* 64: 355-391.

OFAS (2007), *Statistique de l'AVS 2006*, Office fédéral des assurances sociales, accédé en février 2008 sur le site http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.Document.80902.pdf.

OFAS (2007), *Statistique de l'aide et des soins à domicile*, Office fédéral des assurances sociales, accédé en automne 2007 sur le site http://www.bfs.admin.ch /bfs/portal/fr/index/themen/14/03/03/data/01.html.

Pellegrini S, Jeanrenaud C et Jaccard Ruedin H (2004), *Impact économique des nouveaux régimes de financement des soins de longue durée. Prévision à l'horizon 2030*, Rapport à l'intention de l'Office fédéral de la santé publique, Observatoire suisse de la santé et Institut de recherches économiques et régionales, Neuchâtel.

Pellegrini S, Jaccard Ruedin H, et Jeanrenaud C (2006), *Coûts des établissements médico-sociaux et des services d'aide et de soins à domicile. Prévisions à l'horizon 2030*, Document de Travail 18, Observatoire Suisse de la Santé, Neuchâtel.

Rivlin AM et Wiener JM (1988), *Caring for the disabled elderly: who will pay?*, The Brookings Institution, Washington DC.

Robine JM, Michel JP et Herrmann FR. (2007), "Who will care for the oldest people?", *British Medical Journal* (334): 570-571.

Robine JM et Michel JP (2004), "Looking forward to a general theory on population aging", *Journal of Gerontology Medical Sciences* 59A(6): 590-597.

Schiess U et Schön-Bühlmann J (2004), *Compte satellite de production des ménages. Projet pilote pour la Suisse*. Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

Schoeni FR, Freedman VA et Wallace RB (2001), "Persistent, consistent, widespread, and robust? Another look at recent trends in old-age disability", *Journal of Gerontology Social Sciences* 56B: S206-S208.

Schulz E (2005), *Alternative scenarios for health, life expectancy and social expenditures*, European Network of Economic Policy Research Institutes, Berlin.

Seshamani M et Gray AM (2004), "A longitudinal study of the effects of age and time to death on hospital costs", *Journal of Health Economics* 23: 217-235.

Smith J (2004), « Unraveling the ses-health connection », *Population and Development Review* 30: 108-132.

Spector WD, Fleishmann JA, Pezzin L et Spillman BC (2000), *The characteristics of long-term care users*, AHRQ Research Report, Publication no. 00-0049, Washington DC.

Spillan BC (2004), "Changes in elderly disability rates and the implications for health care utilization and cost", *Milbank Quarterly* 82(1): 157-194.

Spillman BC et Pezzin LE (2000), "Potential and active family caregivers: changing networks and the sandwich generation", *Milbank Quarterly* (78): 347-374.

Steinmann L, Telser H et Zweifel P (2007), "Aging and future healthcare expenditure: a consistent approach", *Forum for Health Economics and Policy* 10(2): 1-26.

Van Houtven CH et Norton EC (2008), "Informal care and Medicare expenditures: testing for heterogeneous treatment effects", *Journal of Health Economics* 27(1): 134-156.

Van Houtven CH et Norton EC (2004), "Informal care and elderly health care use", *Journal of Health Economics* 23(6) 1159-1180.

Warner P, Sauvain-Dugerdil C, Guilley E et Hussy C (2005), *Age et génération. La vie après 50 ans en Suisse*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

Weaver F, Stearns S, Norton E et Spector W (2007), *Proximity to death and participation in the long-term care market*, under review.

Werblow A, Felder S et Zweifel P (2007), "Population ageing and health care expenditures: a school of 'red herrings'?", *Health Economics* 16(10): 1109-1126.

Wiener JM, Illston LH et Hanley RJ (1994), *Sharing the burden: strategies for public and private long-term care insurance*, The Brookings Institution, Washington DC.

Yang Z, Norton ED et Stearns SC (2003), "Longevity and health care expenditure: the real reasons why older people spend more", *Journal of Gerontology Social Sciences* 58B: S2-S10.

Yoo BK, Bhattacharya J, McDonald KM et Garber AM (2004), "Impacts of informal caregiver availability on long-term care expenditures in OECD countries", *Health Services Research* 39(6), Part II: 1971-1992.

Zweifel P, Felder S et Werblow A (2004), "Population ageing and health care expenditure: new evidence on the 'red herring'", *Geneva Papers on Risk and Insurance: Issues and Practice* 29(4): 653-667.

Zweifel P, Felder S et Meier M (1999), "Ageing of population and health care expenditure: a red herring?", *Health Economics* 8: 485-496.

# Annexe 1 Scénarios démographiques de 2002 et 2006

Les différences dans les prévisions démographiques de 2002 et 2006 s'expliquent par plusieurs éléments. Les scénarios démographiques les plus récents sont basés sur des données allant jusqu'en 2004 (OFS 2006), alors que les scénarios précédents utilisaient des données jusqu'en 1999 (OFS 2002). Entre les deux séries de scénarios, l'accord bilatéral avec l'Union Européenne est entré en vigueur ce qui a conduit à une hausse de l'immigration hautement qualifiée. L'élément le plus important est sans doute la prise en compte d'une espérance de vie plus élevée. En effet, elle a augmentée plus rapidement au cours des dernières années que ce qui avait été prévu à la fin des années nonantes. Par exemple, en 2030, l'espérance de vie des hommes de 65 ans et plus est de 3 années supérieures à celle proposée dans l'ancien scénario « moyen » (OFS 2002). Pour les femmes du même âge, l'espérance de vie est de 2 ans plus longue dans le scénario A-00-2005 « moyen ». La prise en compte de ces éléments conduit à un accroissement du nombre de personnes de 65 ans et plus au cours des décennies à venir (Tableau A.1).

Tableau A.1. Nombre d'hommes et de femmes selon les scénarios « moyen » de 2002 et 2006

| | 65-79 ans | | | 80+ ans | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Scénario 2002** | **Scénario 2006** | **Variation** | **Scénario 2002** | **Scénario 2006** | **Variation** |
| **Hommes** | | | | | | |
| 2010 | 421'782 | 438'239 | 3.9% | 115'605 | 132'911 | 15.0% |
| 2020 | 507168 | 548'999 | 8.3% | 132918 | 173'214 | 30.3% |
| 2030 | 572'854 | 645'127 | 12.6% | 176'416 | 256'633 | 45.5% |
| **Femmes** | | | | | | |
| 2010 | 507'623 | 513'560 | 1.2% | 228'585 | 248'052 | 8.5% |
| 2020 | 593212 | 617'828 | 4.1% | 248010 | 285'738 | 15.2% |
| 2030 | 658'556 | 714'381 | 8.5% | 306'951 | 370'685 | 20.8% |

Selon les scénarios « moyens » de l'OFS (2002, 2006).

# Annexe 2 Projection du PIB de la Suisse

Les projections du Produit Intérieur Brut (PIB) suisse se basent sur l'hypothèse d'un taux de croissance annuel de 1.0% du PIB par habitant, à prix constants de 2005. Ce chiffre a été choisi en se basant sur les données du Secrétariat d'Etat à l'Economie (SECO 2007) et celles de l'OCDE et de l'Union Européenne pour d'autres pays européens (Wittenberg et Comas-Herrera 2003, OCDE 2006). Le choix de ce taux est relativement conservateur, ce qui procure un PIB suisse jugé raisonnable. De cette manière, la part du PIB attribuable aux soins de longue durée n'est pas sous-estimée (un taux de croissance du PIB plus élevé conduirait à une part plus faible des soins de longue durée).

Empiriquement, le PIB par habitant de 2005 est augmenté de 1.0% par année, ce qui permet d'obtenir le PIB par tête de 2010, 2020 et 2030. Ensuite, ces PIB par habitant sont multipliés par la taille projetée de la population suisse à chaque année considérée, en utilisant les données du scénario A-00-2005 « moyen » de l'OFS (2006). En procédant de cette manière, il est tenu compte des deux composantes qui influencent la croissance du PIB total d'un pays : la productivité moyenne (PIB par tête) et le nombre de travailleurs.

Tableau A.2. Projection du PIB suisse à l'horizon 2030

| | **PIB réel par habitant** | | **Population suisse** | **PIB réel suisse** | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **En francs** | **Taux de croissance** | | **En millions de francs** | **Taux de croissance** |
| 2005 | 61'813 | 1.0% | | 463'673 | |
| 2010 | 64'966 | 1.0% | 7'692'292 | 499'738 | 1.5% |
| 2020 | 71'763 | 1.0% | 8'002'791 | 574'304 | 1.4% |
| 2030 | 79'271 | 1.0% | 8'142'887 | 645'495 | 1.3% |

A prix constants de 2005.

Le PIB suisse atteint 645,5 milliards de francs à l'horizon 2030 pour un taux de croissance annuel moyen de 1.3%. Le taux de croissance du PIB suisse est dégressif avec le temps car la hausse de la population se ralentit d'ici à 2030.

# Annexe 3 Nombre de patients en cas de changements de la dépendance fonctionnelle

**Etablissements médico-sociaux.** Selon le scénario d'expansion de la morbidité (scénario 2), le nombre de personnes en EMS passe de 79'000 à 144'000 de 2005 à 2030, soit une augmentation d'environ 83% (Tableau A.3). En comparaison, la hausse est d'environ 60% dans le scénario de référence. Par conséquent, il y aura environ 18'000 personnes en plus dans les EMS en 2030 en cas d'une expansion de la morbidité chez les personnes de 65 ans et plus.

Dans le cas d'une compression de la morbidité (scénario 3), le nombre de personnes résidant en EMS augmente moins rapidement que dans le scénario de référence ; la hausse étant de 44% de 2005 à 2030, pour atteindre environ 113'000 personnes.

**Services d'aide et de soins à domicile.** Les hausses du nombre d'utilisateurs de soins OPAS et de l'aide à domicile sont comparables. Dans le contexte d'une expansion de la morbidité, l'augmentation est de 71% à l'horizon 2030, ce qui correspond à 195'000 personnes recevant des soins OPAS et 136'000 bénéficiant de l'aide à domicile. La hausse relative du nombre d'utilisateurs est plus faible pour les soins procurés à domicile (71%) que pour les EMS (83%). Ceci s'explique par des taux de recours aux EMS plus élevé aux âges avancés.

Une compression de la morbidité, quant à elle, induit une hausse d'environ 59% du nombre de bénéficiaires de soins OPAS ou de l'aide à domicile, comparé à 64% dans le scénario de référence. Ainsi, la compression de la morbidité a peu d'effet sur le nombre d'utilisateurs de soins procurés au domicile des patients. Par exemple, le nombre de personnes recevant des soins OPAS en 2030 est de 187'000 dans le scénario de référence et de 182'000 en cas de compression de morbidité.

Tableau A.3. Nombre de personnes recourant aux EMS et SASD en cas de variation de la dépendance fonctionnelle

| | Nombre d'utilisateurs | | | Hausse depuis 2005 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Scénario de référence (1)** | **Expansion de la morbidité (2)** | **Compression de la morbidité (3)** | **Scénario de référence (1)** | **Expansion de la morbidité (2)** | **Compression de la morbidité (3)** |
| **EMS** | | | | | | |
| 2005 | 78'846 | 78'846 | 78'846 | | | |
| 2010 | 86'573 | 89'092 | 80'276 | 9.8% | 13.0% | 1.8% |
| 2020 | 102'873 | 111'614 | 94'895 | 30.5% | 41.6% | 20.4% |
| 2030 | 126'157 | 143'984 | 113'325 | 60.0% | 82.6% | 43.7% |
| **SASD** | | | | | | |
| **Soins OPAS** | | | | | | |
| 2005 | 114'227 | 114'227 | 114'227 | | | |
| 2010 | 125'856 | 126'939 | 123'398 | 10.2% | 11.1% | 8.0% |
| 2020 | 148'995 | 152'674 | 145'706 | 30.4% | 33.7% | 27.6% |
| 2030 | 187'403 | 195'027 | 181'878 | 64.1% | 70.7% | 59.2% |
| **Aide à domicile** | | | | | | |
| 2005 | 79'446 | 79'446 | 79'446 | | | |
| 2010 | 87'556 | 88'288 | 85'886 | 10.2% | 11.1% | 8.1% |
| 2020 | 103'700 | 106'184 | 101'464 | 30.5% | 33.7% | 27.7% |
| 2030 | 130'491 | 135'667 | 126'725 | 64.3% | 70.8% | 59.5% |

# Annexe 4 Nombre de patients en cas de changements dans l'organisation des soins

Le Tableau A.4 illustre les hypothèses méthodologiques choisies dans les scénarios qui proposent une modification de l'organisation des soins de longue durée.

**Etablissements médico-sociaux.** Dans le scénario (4) de hausse du recours aux SASD en raison d'une baisse de l'aide informelle, le nombre de personnes recourant aux EMS restent le même que dans le scénario de référence. Par contre, dans les scénarios de substitution entre les SASD et les EMS, le nombre de personnes vivant dans un EMS baisse. Plus le taux de substitution est élevé, plus le nombre projeté de résidents en EMS est bas : avec un taux de substitution de 25% (1% de personnes en moins dans les EMS est obtenu par une hausse de 4% de personnes recevant des soins à domicile), il est projeté qu'en 2030 le nombre de personnes en EMS atteigne 112'000 personnes. Par contre, si le taux de substitution est de 50% (1% de personnes en moins dans les EMS pour 2% de personnes en plus recevant des soins à la maison), le nombre de personnes en EMS est projeté à 98'000.

**Services d'aide et de soins à domicile.** Le scénario d'encouragement du recours aux SASD, pour compenser la baisse de l'aide informelle, induit des hausses importantes du nombre de personnes bénéficiant de soins OPAS et de l'aide à domicile (environ 138%). En 2030, quelques 272'000 clients reçoivent des soins OPAS et 190'000 de l'aide à domicile. En comparaison, dans le scénario de référence, ces chiffres atteignent 187'000 et 130'000 respectivement. Le Tableau A.4 met en évidence le fait que dans les scénarios (4), (5.1) et (5.2), le nombre de personnes utilisant des SASD est le même. La différence entre ces scénarios est uniquement la variation dans le nombre de personnes en EMS.

Tableau A.4. Nombre de personnes recourant aux EMS et SASD en cas de modification de l'organisation des soins

| | Nombre d'utilisateurs | | | | Hausse depuis 2005 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Scénario de référence | Hausse des SASD | Substitution SASD-EMS | | Scénario de référence | Hausse des SASD | Substitution SASD-EMS | |
| | (1) | (4) | 25% (5.1) | 50% (5.2) | (1) | (4) | 25% (5.1) | 50% (5.2) |
| **EMS** | | | | | | | | |
| 2005 | 78'846 | 78'846 | 78'846 | 78'846 | | | | |
| 2010 | 86'573 | 86'573 | 84'512 | 82'451 | 9.8% | 9.8% | 7.2% | 4.6% |
| 2020 | 102'873 | 102'873 | 96'749 | 90'626 | 30.5% | 30.5% | 22.7% | 14.9% |
| 2030 | 126'157 | 126'157 | 111'890 | 97'622 | 60.0% | 60.0% | 41.9% | 23.8% |
| **SASD** | | | | | | | | |
| **Soins OPAS** | | | | | | | | |
| 2005 | 114'227 | 114'227 | 114'227 | 114'227 | | | | |
| 2010 | 125'856 | 137'843 | 137'843 | 137'843 | 10.2% | 20.7% | 20.7% | 20.7% |
| 2020 | 148'995 | 184'471 | 184'471 | 184'471 | 30.4% | 61.5% | 61.5% | 61.5% |
| 2030 | 187'403 | 272'181 | 272'181 | 272'181 | 64.1% | 138.3% | 138.3% | 138.3% |
| **Aide familiale** | | | | | | | | |
| 2005 | 79'446 | 79'446 | 79'446 | 79'446 | | | | |
| 2010 | 87'556 | 95'895 | 95'895 | 95'895 | 10.2% | 20.7% | 20.7% | 20.7% |
| 2020 | 103'700 | 128'391 | 128'391 | 128'391 | 30.5% | 61.6% | 61.6% | 61.6% |
| 2030 | 130'491 | 189'522 | 189'522 | 189'522 | 64.3% | 138.6% | 138.6% | 138.6% |

**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
**Bundesamt für Statistik BFS**
**Office fédéral de la statistique OFS**
**Ufficio federale di statistica UST**

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