



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

OBSAN RAPPORT 36

36

## **Soins de longue durée – Comparaison des coûts par cas dans le canton du Tessin**

Hélène Jaccard Ruedin, Michael Marti, Heini Sommer, Kathrin Bertschy, Christian Leoni



Repubblica e Cantone  
Ticino

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

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

#### **Impressum**

##### **Editeur**

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

##### **Mandant**

Dipartimento della sanità e della socialità del Cantone Ticino

##### **Auteurs**

– Hélène Jaccard Ruedin (Obsan)  
– Michael Marti, Heini Sommer, Kathrin Bertschy (Ecoplan)  
– Christian Leoni (Dipartimento della sanità e della socialità del Cantone Ticino)

##### **Série et numéro**

Obsan Rapport 36

##### **Référence bibliographique**

Jaccard Ruedin, H., Marti, M., Sommer, H., Bertschy, K. & Leoni, Ch. (2010). *Soins de longue durée – Comparaison des coûts par cas dans le canton du Tessin* (Obsan Rapport 36). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

##### **Renseignements/informations**

Observatoire suisse de la santé  
Office fédéral de la statistique  
Espace de l'Europe 10  
CH-2010 Neuchâtel  
Tél. 032 713 60 45  
E-mail: [obsan@bfs.admin.ch](mailto:obsan@bfs.admin.ch)  
Internet: [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch)

##### **Page de couverture**

Roland Hirter, Berne

##### **Commande**

Tél. 032 713 60 60  
Fax 032 713 60 61  
E-mail: [order@bfs.admin.ch](mailto:order@bfs.admin.ch)

##### **Numéro de commande**

874-1001

##### **Prix**

9 francs (TVA excl.)

##### **Téléchargement du fichier PDF**

[www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) > Publications

##### **ISBN**

978-3-907872-64-2

© Obsan 2010



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

**ECOPLAN**

Forschung und Beratung  
in Wirtschaft und Politik



Repubblica e Cantone  
Ticino

# **Soins de longue durée Comparaison des coûts par cas dans le canton du Tessin**

Hélène Jaccard Ruedin, Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel  
Michael Marti, Heini Sommer, Kathrin Bertschy, Bureau d'études Ecoplan, Berne  
Christian Leoni, Dipartimento della sanità e della socialità, Bellinzona

Observatoire suisse de la santé  
Neuchâtel, mai 2010



# Table des matières

Liste des abbréviations.....	4
Sintesi.....	5
Résumé.....	9
Zusammenfassung.....	13
<b>1 Introduction.....</b>	<b>17</b>
1.1 Contexte.....	17
1.2 Objectif.....	18
1.3 Approche choisie.....	18
1.4 Partenaires et organisation du projet.....	18
1.5 Structure du rapport.....	19
<b>2 Situation relative aux soins de longue durée dans le canton du Tessin.....</b>	<b>21</b>
2.1 Vue d'ensemble.....	21
2.2 La base légale actuelle du financement des soins de longue durée.....	23
<b>3 Cadre général de l'étude.....</b>	<b>27</b>
3.1 Institutions et patients sélectionnés.....	27
3.2 Coûts considérés.....	27
3.3 Outils d'évaluation des besoins et de la charge de travail.....	28
3.4 Principe de la comparaison.....	28
3.5 Limites de cette approche.....	30
<b>4 Evaluation de la charge de travail pour les soins.....</b>	<b>33</b>
4.1 Caractéristiques des cas retenus.....	33
4.2 Evaluation de la charge de travail pour les soins selon le type de prise en charge (SASD vs EMS).....	35
4.3 Evaluation de la charge de travail selon le niveau professionnel (SASD vs EMS).....	36
4.4 Analyse des cas jugés trop lourds pour une prise en charge à domicile.....	38
<b>5 Estimation des coûts par cas.....</b>	<b>39</b>
5.1 Données disponibles et hypothèses de travail.....	39
5.2 Estimation des coûts/cas par type de prise en charge (SASD vs EMS).....	40
<b>6 Synthèse et conclusion.....</b>	<b>45</b>
<b>7 Références.....</b>	<b>49</b>
<b>8 Annexes.....</b>	<b>50</b>
8.1 Partenaires du projet.....	50
8.2 Annexe statistique.....	52
8.3 Sélection des cas de l'étude.....	55
8.4 Méthode de comparaison.....	57

## Liste des abbréviations

ACS	Lits hautement médicalisés (Reparti ad alto contenuto sanitario )
AUX	Personnel auxiliaire (assistente di cura, ausiliaria di cura, ausiliaria ACD)
CPA	Casa per Anziani (Istituto per anziani medicalizzato)
DASF	Divisione dell'azione sociale e delle famiglie
DSS	Dipartimento della sanità e della socialità
EMS	Etablissements médico-sociaux
INF	Infirmière diplômée (infermiera diplomata)
LACD	Legge sull'assistenza e cura a domicilio
Lanz	Legge anziani
OSS	Infirmière assistante (Operatrice Socio-Sanitaria, ex-assistente geriatrica)
RAI-HC	Resident assessment instrument – home care
RAI-NH	Resident assessment instrument – nursing home
SACD	Servizio d'assistenza e cura a domicilio
SASD	Services d'aide et de soins à domicile

# Sintesi

## Contesto e obiettivo

Questo studio è stato realizzato su mandato del Dipartimento della sanità e della socialità (DSS) del Cantone Ticino e illustra alcuni aspetti finanziari nell'ambito delle cure di lunga durata ticinesi. A tal fine confronta i costi complessivi di una presa a carico da parte dei servizi di assistenza e cura a domicilio (SACD) con quelli di una presa a carico in istituti per anziani medicalizzati. Finora i raffronti dei costi per singolo caso nel campo delle cure di lunga durata si sono svolti a livello macroeconomico e risultavano distorti per due ragioni:

- Nella presa a carico in un istituto per anziani medicalizzato o presso i SACD la struttura dei costi complessivi non comprende le stesse prestazioni. Nel caso dei SACD, in particolare, le prestazioni a carico delle economie domestiche non sono incluse nel computo dei costi.
- Risulta una distorsione di selezione, in quanto il bisogno di cure dei beneficiari delle due forme di presa a carico è molto diverso: i clienti dei SACD sono più autonomi degli ospiti in istituti per anziani medicalizzati. I beneficiari delle due forme di presa a carico non sono quindi paragonabili.

L'obiettivo di questo studio è procedere a un raffronto adeguato tra le due principali forme di cure di lunga durata ticinesi, tenendo conto dell'insieme dei costi, compresi i costi di vitto, alloggio e sostegno sociale.

## Metodologia

Il metodo utilizzato si basa su un approccio individuale piuttosto che macroeconomico: un approccio innovativo, adottato per la prima volta nell'ambito di un progetto pilota realizzato dalla società di ricerca Ecoplan e dalla Scuola universitaria professionale della Svizzera nordoccidentale (HES-Nordwestschweiz) per Spitex-Berna, in collaborazione con due istituti per anziani medicalizzati della Città di Berna («Diakonissenhaus Bern» e «Domicil für Senioren»).

Lo studio è basato su di un campione di venti pazienti rappresentativi nell'ambito delle cure di lunga durata nel Cantone Ticino: una metà usufruisce dei SACD, l'altra delle prestazioni di istituti per anziani medicalizzati. Poiché questa analisi si basa unicamente sull'esame dei dossier anonimi dei pazienti senza che questi ultimi siano veramente coinvolti, il termine "caso" è preferibile al termine "paziente".

I costi per caso sono suddivisi in quattro categorie:

- i costi delle cure;
- i costi degli spostamenti (solamente per i SACD);
- i costi di pensione (vitto, alloggio e pulizie);
- i costi di sostegno sociale.

Nella **prima fase**, gli esperti addetti alla cura dei pazienti descrivono in maniera esaustiva lo stato di salute e il fabbisogno di presa a carico dei venti casi.

In una **seconda fase**, le venti descrizioni vengono sottoposte a dodici esperti, provenienti per metà dai SACD e per metà dagli istituti per anziani medicalizzati. Gli esperti valutano per ogni singolo caso il carico di lavoro per la presa a carico di questa persona da parte della loro istituzione: gli esperti degli istituti per anziani medicalizzati per la presa a carico in una casa per anziani, gli esperti dei SACD per

l'assistenza a la cura a domicilio. L'onere generato è espresso prima in termini di frequenza per ciascun servizio offerto, poi in termini di carico di lavoro (in minuti) per figura professionale. Terminata questa operazione, ogni caso presenta due forme di presa a carico: una da parte dei SACD e l'altra da parte degli istituti per anziani medicalizzati. In tal modo le due forme potranno essere confrontate.

Nella **terza fase** vengono calcolati i costi di cura: il carico di lavoro mediano per ogni singolo caso (stimato dai dodici esperti per le due forme di presa a carico) è moltiplicato per il salario orario della figura professionale coinvolta, basato su di un salario lordo annuo standard (con oneri sociali), e in aggiunta per i SACD, dai costi per gli spostamenti. Questi ultimi sono estratti dalla contabilità annuale dei SACD, disponibile presso la Divisione dell'azione sociale e delle famiglie (DASF).

Nella **quarta fase** vengono stimati i costi complessivi, aggiungendo ai costi delle cure i costi delle altre posizioni.

- Per gli istituti per anziani medicalizzati i costi delle altre posizioni sono gli stessi per ogni singolo individuo. Sono calcolati sulla base della contabilità annuale dei sei istituti per anziani medicalizzati ticinesi coinvolti nel progetto. Si tiene conto dei costi del personale non-infermieristico (personale amministrativo, direttore, medico -nella sua qualità di direttore dell' équipe sanitaria-, personale terapeutico e tecnico), del materiale, dei pasti, della manutenzione dell'edificio e dei costi d'investimento. Con tale approccio i costi di pensione e sostegno sociale non possono essere distinti. Essi ammontano a CHF 4'350.- per caso e per mese.
- Per quanto riguarda l'assistenza e cura a domicilio, i calcoli sono più complessi:
  - I costi "overhead" dei SACD sono calcolati sulla base della contabilità annuale 2008 dei sei servizi coinvolti nel progetto. Essi rappresentano il 22 per cento dei costi salariali lordi (con oneri sociali) del personale curante attivo presso questi servizi.
  - I costi per l'alloggio sono gli stessi per ogni caso e sono stimati sulla base dell'importo mensile (massimo) delle prestazioni complementari versate in Ticino.
  - I costi per il sostegno sociale dipendono dal fabbisogno di cura: più una persona ha bisogno di cure, più importante diventa l'aiuto informale. Sono spesso parenti o dipendenti non qualificati a dare questo aiuto. Nell'ambito di questo progetto è stato deciso di "monetizzare" l'aiuto informale sulla base di un salario mensile standard versato ad un dipendente informale ("badante"), in cui il costo lordo medio è stimato in CHF 3'740.- / mese (con oneri sociali). Un tale aiuto informale è attribuito a tutti i casi originari degli istituti per anziani medicalizzati, così come ai tre casi più complessi in provenienza dai SACD.
  - I costi dei pasti e dei lavori domestici dipendono dalla presenza o meno di un aiuto informale remunerato ("badante"). In assenza di tale aiuto, per i pasti è fatta l'ipotesi che almeno un pasto principale è fornito a domicilio da un Servizio d'appoggio, per un costo mensile di vitto stimato in CHF 885.-, mentre per i lavori domestici sono computati CHF 200.- al mese. Se tale aiuto è assicurato da un dipendente, i costi per i pasti sono invece stimati in CHF 645.- mensili, mentre non è conteggiata nessuna spesa per lavori domestici.

## Risultati

Tenendo conto della dimensione del campione, i risultati per il Ticino sono da considerare indicativi, ma il campione è troppo ridotto per trarre conclusioni a livello nazionale. Tuttavia, i risultati ottenuti sono del tutto analoghi a quelli dello studio pilota effettuato nella Città di Berna.

**Carico di lavoro:** Per ogni singolo caso, il carico di lavoro derivante dalla cura delle persone è analogo sia negli istituti per anziani medicalizzati che nei SACD. Il tipo di assistenza, SACD o istituto per anziani medicalizzato, ha quindi poca influenza sul carico di lavoro. L'elemento determinante è il grado di dipendenza funzionale del beneficiario e il suo fabbisogno di cure.

Su venti casi selezionati, quattro sono considerati dei casi "limite", in cui si manifesta una sovrapposizione del carico di lavoro necessario alla cura tra i casi più complessi in provenienza dai SACD e i casi più leggeri originari degli istituti per anziani medicalizzati. Per questi casi la scelta del luogo di presa a carico sembra essere determinata dal grado di dipendenza funzionale nonché dall'aiuto informale disponibile.

**Skill-mix implicati:** Per principio, le prestazioni infermieristiche sono erogate da parte di personale più qualificato rispetto a quello che offre cure di base. Tuttavia, le figure professionali implicate sono diverse a seconda del luogo di presa a carico. Negli istituti per anziani medicalizzati, poiché tutte le figure professionali sono presenti in maniera simultanea, l'infermiera/e responsabile può delegare certi compiti che non richiedono le sue competenze a personale meno qualificato.

- Nei SACD, invece, poiché un solo operatore si sposta a domicilio alla volta, i servizi inviano una figura professionale che dispone delle competenze necessarie per erogare l'insieme delle prestazioni. Se delle prestazioni infermieristiche sono necessarie contemporaneamente a delle cure di base, ciò che implica un livello di qualificazione professionale più elevato, l'insieme delle prestazioni è erogato da parte di personale molto qualificato. Ne consegue che alcune prestazioni come le cure di base sono erogate in maniera meno economica, a livello di costi, dai SACD rispetto agli istituti per anziani medicalizzati.

Pertanto, negli istituti per anziani medicalizzati il personale più sollecitato è il personale ausiliario, mentre nei SACD sono le operatrici e gli operatori socio-sanitari. In altri termini, rispetto agli istituti per anziani medicalizzati, il margine di manovra dei SACD per adeguare le competenze ai bisogni dei clienti è ristretto, ciò che influisce a sua volta sui costi delle cure ambulatoriali.

**Costi delle cure:** I costi per le due forme di presa a carico sono proporzionali al fabbisogno di cure. Tuttavia, sono più elevati per una presa a carico da parte dei SACD rispetto a quella degli istituti per anziani medicalizzati. Ciò è da ricondurre in parte ai costi di trasporto che nei SACD si aggiungono ai costi delle cure. La differenza persiste, anche se sono esclusi dal calcolo i costi di trasporto, situazione che indica l'importanza dello skill-mix sui costi delle cure.

**Costi complessivi:** Anche per i costi complessivi l'elemento determinante resta il fabbisogno di cure, che influisce sui costi e sul luogo di presa a carico. Più il caso diventa complesso, più aumenta la parte dei costi attribuibili alle cure. La presa a carico in un istituto per anziani medicalizzato risulta più efficiente per i casi complessi, la presa a carico a domicilio più efficiente per i casi leggeri. In altri termini, più un caso diventa complesso, più caro risulta il mantenimento a domicilio rispetto a una presa a carico in istituto.

**Complementarità tra istituti per anziani medicalizzati e SACD:** Esaminando il luogo di presa a carico dei venti casi selezionati, si nota che i casi complessi provengono dagli istituti per anziani

medicalizzati e i casi più leggeri dai SACD, salvo tre casi relativamente complessi. Questi ultimi sono curati a domicilio, ma beneficiano di un importante aiuto informale. Ciò evidenzia la complementarità tra SACD e istituti per anziani medicalizzati, che rispondono a bisogni diversi. Per i casi complessi, il mantenimento a domicilio non è possibile che in presenza di un aiuto informale importante e, oltre un certo grado di fabbisogno di cure, una presa a carico da parte dei SACD risulta irrealistica.

## **Conclusione**

I risultati della presente analisi si basano su un campione di venti casi nell'ambito delle cure di lunga durata ticinesi. Sebbene corroborano i risultati ottenuti precedentemente in un progetto pilota condotto per Spitex-Berna con lo stesso approccio metodologico, sono necessari dei lavori supplementari per trarre delle conclusioni sul piano nazionale.

I costi complessivi dipendono in primo luogo dal fabbisogno di cure dei pazienti.

Se il carico di lavoro per le cure è in buona parte indipendente dal tipo di presa a carico, i costi delle cure sono più elevati per una presa a carico a domicilio per due ragioni. Da una parte, i costi di spostamento si aggiungono ai costi delle cure, d'altro canto, poiché l'erogazione di prestazioni infermieristiche richiede un alto livello di qualificazione, lo skill-mix implicato per una presa a carico a domicilio risulta più elevato, ciò che aumenta il costo delle cure..

Prendendo in esame i costi complessivi, includendo dunque i costi di pensione (vitto, alloggio e pulizie) e di sostegno sociale, per i casi complessi la presa a carico in un istituto per anziani medicalizzato è più efficiente rispetto a quella a domicilio. Per i casi leggeri, invece, vale il contrario.

I risultati presentati lasciano supporre che la strategia adottata dal Cantone Ticino nell'ambito delle cure di lunga durata sia coerente. Da un lato, permette a casi relativamente complessi di restare a domicilio, purché abbiano a disposizione un importante aiuto informale. Dall'altro, offre ai casi più complessi una presa a carico più efficiente, ossia in un istituto per anziani medicalizzato.

# Résumé

## Contexte et objectif

Cette étude, réalisée sur mandat du «Dipartimento della sanità e della socialità» du canton du Tessin, documente certains aspects financiers des soins de longue durée, en comparant les coûts totaux d'une prise en charge par les soins à domicile (SASD) à ceux d'une prise en charge en établissement médico-sociaux (EMS). Jusqu'à présent, les comparaisons des coûts par cas dans le domaine des soins de longue durée ont généralement été réalisées à un niveau macro-économique et elles restaient biaisées pour deux raisons :

- La structure des coûts totaux n'englobe pas les mêmes prestations, pour une prise en charge en EMS ou par les SASD. En particulier, les prestations à la charge des ménages privés ne sont pas incluses dans le calcul des coûts par cas pour les SASD.
- Il existe un biais de sélection, car les besoins en soins des bénéficiaires de ces deux formes de prise en charge sont très différents : les clients des SASD sont plus autonomes que les pensionnaires des EMS. Les bénéficiaires des deux formes de prise en charge ne sont donc pas comparables.

L'objectif de cette étude est de procéder à une comparaison équitable de ces deux principaux services de soins de longue durée du Tessin, en tenant compte de l'ensemble des coûts encourus, y compris les coûts d'hébergement, d'hôtellerie et du soutien social.

## Méthode

La méthode utilisée repose sur une approche individuelle plutôt que macro-économique. C'est une approche novatrice, initialement mise sur pied dans le cadre d'un projet-pilote réalisé pour Spitex-Bern, en collaboration avec deux EMS de la ville de Berne (« Diakonissenhaus Bern » et « Domicil für Senioren »), par le bureau Ecoplan et la HES-Nordwestschweiz.

L'étude porte sur un échantillon de vingt patients représentatifs des soins de longue durée du canton du Tessin, provenant pour moitié des SASD et pour moitié des EMS. Comme cette analyse repose uniquement sur l'analyse de leurs dossiers anonymes sans que les patients réels n'aient été impliqués, le terme de « cas » est préférable à celui de « patient ».

Les coûts par cas sont classés en quatre catégories :

- les coûts des soins,
- les coûts des déplacements (uniquement pour les SASD),
- les coûts de la pension (repas, ménage et frais de logement),
- les coûts du soutien social.

La **première étape** consiste à décrire de manière exhaustive l'état de santé et les besoins en soins et en services de ces vingt cas par les experts en soins en charge des patients.

Dans une **seconde étape**, les vingt descriptions sont alors soumises à l'avis de douze experts, issus pour moitié des SASD et pour moitié des EMS. Ces experts évaluent pour chaque cas, quelle charge de travail serait nécessaire pour une prise en charge par leur institution : les experts issus des EMS offrent donc une prise en charge en EMS, ceux issus des SASD en offre une à domicile. La prise en

charge est exprimée d'abord en termes de fréquence de chaque service par figure professionnelle, puis en termes de charge de travail (minutes) par figure professionnelle. Cette étape aboutit, pour chaque cas sélectionné, à deux prises en charge, une par les SASD et une en EMS, qui pourront être comparées.

Dans la **troisième étape**, le coût des soins est alors estimé à partir de la charge de travail médiane (estimée pour les deux prises en charge par les douze experts) multipliée par le salaire-horaire des professionnels concernés. Celui-ci est obtenu à partir du salaire annuel brut auquel s'ajoute, pour les SASD, les coûts de déplacements. Ils sont calculés à partir de la comptabilité annuelle de ces institutions, disponibles auprès de la «Divisione dell'azione sociale e delle famiglie» (DASF).

La **quatrième étape** consiste à estimer les coûts totaux, en ajoutant aux coûts des soins les coûts des autres rubriques.

- Pour les EMS, les coûts des autres rubriques représentent un même montant pour chaque individu, calculé pour les six établissements concernés par ce projet. Ils incluent les coûts du personnel non soignant (personnel administratif, hôtelier, médecin –dans sa qualité de directeur de l'équipe sanitaire-, thérapeutique et technique), du matériel, des repas, de l'entretien du bâtiment et des frais d'investissement. Avec cette approche, les coûts de pension et du soutien social ne sont pas dissociables. Ils s'élèvent à CHF 4'350.- par cas et par mois.
- Pour une prise en charge à domicile, les estimations sont plus complexes :
  - Les coûts overhead des SASD sont estimés à partir de la comptabilité annuelle de ces institutions. Ils représentent le 22% du coût des salaires bruts (y compris les charges sociales) du personnel soignant.
  - Les coûts de logement sont les mêmes pour chaque cas et sont estimés sur la base du montant mensuel (maximal) des prestations complémentaires versées au Tessin.
  - Le coût du soutien social est dépendant du degré de besoin en soins : plus une personne a besoin de soins et plus l'aide informelle prend de l'importance. Cette aide est fournie soit par des proches soit par des employés non qualifiés. Dans le présent projet il a été décidé de « monétariser » cette aide informelle en se basant sur un salaire mensuel standard, dans lequel le coût brut moyen des employé/-es informels/-les est estimé à CHF 3'740.-/mois. Une telle aide informelle est attribuée à tous les cas issus des EMS ainsi qu'aux trois cas les plus complexes des SASD.
  - Le coût des repas et de l'entretien domestique dépend de la présence ou non d'employé/-e de maison fournissant une aide informelle rémunérée. En l'absence d'une telle aide, il est fait l'hypothèse qu'un repas par jour est livré par le service des repas à domicile pour un coût mensuel de CHF 885.-, auxquels s'ajoutent CHF 200.- pour des travaux domestiques. En présence d'un/-e employé/-e, qui assume les travaux domestiques et la préparation des repas, les coûts sont estimés à CHF 645.-, pour les repas.

## Résultats

Compte tenu de la taille de l'échantillon, les résultats peuvent être considérés comme indicatifs pour le Tessin mais l'échantillon est trop petit pour permettre des conclusions à l'échelon de la Suisse. Néanmoins, les résultats obtenus sont analogues à ceux de l'étude pilote menée dans la ville de Berne.

**Charge de travail** : Pour chaque cas, la charge de travail des soins pour une prise en charge en EMS ou par les SASD est comparable. Le type de prise en charge, SASD ou EMS, a donc peu d'influence sur la charge de travail et l'élément déterminant est le degré de dépendance fonctionnelle du bénéficiaire et son besoin en soins.

Sur vingt cas sélectionnés, il existe un chevauchement dans la charge de travail nécessaire pour soigner les bénéficiaires des SASD les plus complexes et les pensionnaires des EMS les plus légers, soit pour quatre cas considérés comme des cas « limites ». Pour ces cas, le lieu de prise en charge semble déterminé par le degré de dépendance fonctionnelle mais aussi par l'aide informelle disponible.

**Skill mix impliqué** : En principe, les soins médicaux sont délivrés par du personnel plus qualifié que les soins corporels. Néanmoins, les figures professionnelles impliquées diffèrent selon le lieu de la prise en charge :

- Dans les EMS, comme tous les niveaux professionnels sont présents simultanément, l'infirmière responsable peut déléguer les tâches ne requérant pas ses compétences à du personnel moins qualifié.
- Pour les soins à domicile, comme une seule personne ne se déplace à la fois, ces services envoient une personne disposant des compétences nécessaires pour délivrer l'ensemble des services. Si des soins médicaux sont nécessaires en même temps que des soins corporels, ce qui implique un niveau de qualification professionnelle plus élevé, l'ensemble des soins sera délivré par du personnel très qualifié. Par conséquent, certains services comme les soins corporels sont délivrés de manière économiquement moins avantageuse par les SASD qu'en EMS.

C'est pourquoi, dans les EMS, le personnel le plus sollicité est le personnel de niveau auxiliaire, tandis que dans les SASD, ce sont les infirmiers/-ères-assistant/-es. En d'autres termes, par rapport aux EMS, la marge de manœuvre des SASD pour ajuster les compétences aux besoins des clients est restreinte, situation qui a des implications sur les coûts des soins ambulatoires.

**Coûts des soins** : Dans les deux types de prise en charge, ils sont proportionnels au besoin en soins. Ils sont cependant plus élevés pour une prise en charge par les SASD qu'en EMS. Ceci ne s'explique qu'en partie par le coût des transports qui s'ajoute au coût des soins des SASD. La différence persiste lorsque l'on exclut de l'analyse le coût des transports, indiquant un rôle majeur du skill-mix sur le coût des soins.

**Coûts totaux** : Si l'on examine les coûts totaux, l'élément déterminant reste le degré de besoins en soins, qui influence le niveau des coûts et le lieu de la prise en charge. Plus un cas devient complexe, plus la part des coûts attribuables aux soins augmente. Une prise en charge en EMS s'avère plus efficiente pour les cas complexes et une prise en charge à domicile est plus efficiente pour les cas légers. En d'autres termes, plus un cas devient complexe, plus le maintien à domicile devient coûteux par rapport à une prise en charge en EMS.

**Complémentarité des EMS et des SASD** : En examinant la provenance des vingt cas sélectionnés, on constate que les cas complexes proviennent des EMS et les cas plus simples des SASD, avec néanmoins trois cas relativement complexes pris en charge à domicile mais bénéficiant d'une aide informelle importante. Ceci met en évidence le rôle complémentaire des SASD et des EMS qui répondent à des besoins en soins différents. Pour les cas complexes, le maintien à domicile n'est possible qu'en présence d'aide informelle importante et, au-delà d'un certain degré de besoins en soins, une prise en charge par les SASD s'avère irréaliste.

## **Conclusion**

Ces résultats reposent sur l'analyse d'un échantillon de vingt cas tessinois. Même s'ils corroborent les résultats obtenus dans un projet-pilote réalisé par Spitex-Bern avec la même approche, des travaux supplémentaires sont nécessaires pour tirer des conclusions à l'échelon national.

Les coûts totaux dépendent d'abord du besoin en soins du bénéficiaire.

Si la charge de travail des soins est en bonne partie indépendante du type de prise en charge, les coûts des soins sont plus élevés lors d'une prise en charge à domicile pour deux raisons. D'une part, les coûts de déplacement s'ajoutent aux coûts des soins. D'autre part, comme certains soins médicaux exigent un haut niveau de qualification, le skill-mix impliqué pour une prise en charge à domicile est plus élevé, ce qui augmente les coûts des soins.

Même en examinant les coûts totaux, englobant les coûts de pension et du soutien social, une prise en charge en EMS est plus efficace qu'une prise en charge à domicile pour les cas complexes tandis que l'inverse s'observe pour les cas légers.

Les résultats présentés laissent supposer que la stratégie choisie par le canton du Tessin pour les soins de longue durée est cohérente. D'une part, elle permet à des cas relativement complexes de rester à domicile, situation qui ne reste possible qu'en présence d'aide informelle importante. D'autre part, elle offre aux cas les plus complexes la prise en charge la plus efficace, à savoir celle en EMS.

# Zusammenfassung

## Kontext und Ziel

Diese Studie, die im Auftrag des „Dipartimento della sanità e della socialità“ des Kantons Tessin durchgeführt wurde, zeigt Kosten der Langzeitpflege auf. Dabei werden die gesamten Fallkosten der Spitex mit jenen der Betreuung in Alters- und Pflegeheimen verglichen. Bisher wurden Fallkosten in der Langzeitpflege nur auf der makroökonomischen Ebene verglichen und waren aus zwei Gründen «verzerrt»:

- Die Struktur der Gesamtkosten umfasst bei den Alters- und Pflegeheimen nicht dieselben Leistungen wie bei der Spitex. Insbesondere werden bei der Spitex die Leistungen zulasten der Privathaushalte bisher nicht in die Fallkostenberechnung einbezogen.
- Es besteht ein Selektionsfehler, da die durchschnittlichen Pflegebedürfnisse in diesen beiden Betreuungsformen sehr unterschiedlich sind: Die Kundschaft der Spitex ist autonomer als die Bewohnerinnen und Bewohner der Alters- und Pflegeheime. Die Zielgruppen der beiden Betreuungsformen sind demnach nicht miteinander vergleichbar.

Das Ziel dieser Studie ist es, einen unverzerrten Vergleich zwischen diesen beiden Hauptanbietern für die Langzeitpflege im Kanton Tessin darzustellen. Dabei werden die gesamten Kosten, einschliesslich jener für Unterkunft, Hauswirtschaft und soziale Unterstützung, berücksichtigt.

## Methode

Die angewandte Methode beruht auf einem individuellen und nicht auf einem makroökonomischen Ansatz. Dieser neue Ansatz wurde erstmals im Rahmen eines Auftrages der Spitex Bern vom Büro Ecoplan und der Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW) im Rahmen eines Pilotprojekts angewendet. Dieses Projekt wurde in Zusammenarbeit mit der Spitex Bern und zwei Institutionen im Alters- und Pflegebereich der Stadt Bern durchgeführt.

Die vorliegende Studie stützt sich auf eine Stichprobe von zwanzig repräsentativen Patientinnen und Patienten der Langzeitpflege im Kanton Tessin. Die zwanzig Personen werden je zur Hälfte von der Spitex und von Alters- und Pflegeheimen betreut. Da die Studie nur auf der Analyse anonymer Dossiers basiert, ohne dass die Patientinnen und Patienten selber einbezogen wurden, eignet sich der Begriff «Fall» besser als «Patient».

Die Fallkosten werden in vier Kategorien unterteilt:

- Pflegekosten
- Fahrkosten (nur für die Spitex)
- Unterkunftskosten (Mahlzeiten, Haushalt und Wohnen)
- Kosten für die soziale Unterstützung (Betreuung).

In einem **ersten Schritt** werden der Gesundheitszustand und der Pflege- und Dienstleistungsbedarf dieser zwanzig Fälle von den zuständigen Pflegefachleuten ausführlich beschrieben.

In einem **zweiten Schritt** werden diese zwanzig Berichte zwölf Expertinnen und Experten unterbreitet, die je zur Hälfte aus dem Bereich der Spitex und der Alters- und Pflegeheime stammen. Diese Experten beurteilen jeden Fall hinsichtlich des benötigten Arbeitsaufwands für eine Betreuung in ihrer Institution: Die Experten der Alters- und Pflegeheime beurteilen demnach eine Betreuung in einer Heiminstitution, jene der Spitex äussern sich zur Betreuung zuhause. Der Betreuungsumfang wird als erstes in Form der Häufigkeit jeder Leistung pro eingesetzte Fachperson angegeben, anschliessend in Form des Arbeitsaufwands (in Minuten) wiederum nach Fachperson. Dieser Schritt ergibt für jeden ausgewählten Fall zwei Schätzungen zum Arbeitsaufwand, nämlich eine Schätzung durch die Spitex und eine durch ein Alters- und Pflegeheim. Die beiden Schätzungen können nun verglichen werden.

Im **dritten Schritt** werden die Pflegekosten ermittelt. Diese Berechnung erfolgt auf der Basis des Medians des geleisteten Arbeitsaufwands je Betreuungsform, multipliziert mit dem Stundenlohn der Fachpersonen. Letzterer wird aufgrund des Bruttojahreslohns und der Fahrkosten (bei der Spitex) berechnet. Die Fahrkosten gehen aus der jährlichen Betriebsrechnung der Spitex hervor, die bei der «Divisione dell'azione sociale e delle famiglie» (DASF) vorliegt.

Der **vierte Schritt** besteht darin, die Gesamtkosten zu schätzen, indem zu den Pflegekosten die Kosten der anderen Kostenrubriken hinzugerechnet werden.

- Bei den Alters- und Pflegeheimen sind die übrigen Kostenrubriken für jede Person gleich hoch. Sie werden aufgrund der Jahresrechnung der Tessiner Alters- und Pflegeheime, für die sechs von diesem Projekt betroffenen Einrichtungen berechnet. Darin werden die Kosten für das nicht pflegende Personal (administratives Personal, Hauswirtschaft, Arzt/Ärztin - in der Funktion des Leiters des Pflege-, therapeutischen und technischen Teams), das Material, die Mahlzeiten, den Gebäudeunterhalt sowie für die Investitionen einbezogen. Mit dieser Berechnungsart sind die Kosten für die Unterkunft und die soziale Unterstützung nicht voneinander trennbar. Sie betragen CHF 4'350.- pro Fall und Monat.
- Für die Betreuung zuhause sind die Berechnungen etwas komplexer:
  - Die administrativen Kosten der Spitex gehen aus der jährlichen Betriebsrechnung hervor, die dem Kanton vorliegt. Sie betragen 22% der Kosten der Bruttolöhne (inkl. soziale Leistungen) des Pflegepersonals.
  - Die Wohnkosten sind für jeden Fall gleich hoch und werden auf der Basis der im Kanton Tessin ausbezahlten (maximalen) monatlichen Ergänzungsleistungen berechnet.
  - Die Kosten der sozialen Unterstützung sind abhängig vom Bedarf an Pflegeleistungen: Je mehr Pflegeleistungen eine Person braucht, desto wichtiger wird die informelle Hilfe. Diese Hilfe wird entweder von Angehörigen oder von Angestellten ohne fachliche Ausbildung geleistet. Im vorliegenden Projekt wurde entschieden, diese informelle Hilfe zu «monetarisieren». Als Basis diente ein geschätzter Standard-Bruttolohn für informelle Hausangestellten von CHF 3'740.-/Monat. Diese Hilfe wird bei der Analyse der Kosten zuhause allen Fällen in den Alters- und Pflegeheimen sowie den drei komplexesten Spitex-Fällen hinzuberechnet.
  - Die Höhe der Kosten für Mahlzeiten und Haushaltsarbeiten hängen davon ab, ob jemand bezahlte informelle Hilfe in Anspruch nimmt oder nicht. Ist dies nicht der Fall, belaufen sich

die monatlichen Kosten schätzungsweise auf CHF 885.-, da höhere Kosten durch den Mahlzeitendienst anfallen. Für den Haushalt werden zusätzlich CHF 200.- zugerechnet. Übernimmt ein Angestellter oder eine Angestellte diese Hilfe, werden die Kosten für die Mahlzeiten auf CHF 645.- geschätzt (weniger Mahlzeitendienst) und es entfallen die Haushaltskosten.

## Resultate

Angesichts der Stichprobengrösse können die Resultate für das Tessin als Richtwerte herangezogen werden. Die Stichprobe ist jedoch zu klein, um die aus der Studie gewonnen Erkenntnisse auf die gesamtschweizerische Ebene übertragen zu können. Es zeigt sich allerdings, dass die erzielten Resultate weitgehend den Ergebnissen der in der Stadt Bern durchgeführten Piloterhebung entsprechen.

**Arbeitsaufwand:** Der Pflegeaufwand ist für die Betreuung in einem Alters- und Pflegeheim oder durch die Spitex in jedem Fall vergleichbar. Die Betreuungsform - Spitex oder Alters- und Pflegeheim - spielt für den Arbeitsaufwand in der Pflege demnach keine grosse Rolle. Die entscheidenden Elemente sind der Grad der Pflegebedürftigkeit sowie der Pflegebedarf der betreuten Person.

Unter den zwanzig ausgewählten Fällen gibt es vier Fälle, die als «Grenzfälle» betrachtet werden können. Bei diesen Fällen gibt es eine Überlappung im benötigten Arbeitsaufwand zwischen den komplexesten Fällen von Spitex-Kundinnen und -Kunden und den einfachsten Fällen in Alters- und Pflegeheimen. In diesen Fällen entscheidet die verfügbare informelle Hilfe über den Betreuungsort und nicht der Grad der Pflegebedürftigkeit.

**Skill-Mix einbezogen:** Grundsätzlich werden medizinische Leistungen von qualifizierterem Personal erbracht als von jenem, das sich auf die Leistungen der Körperpflege konzentriert. Dennoch sind je nach Betreuungsort unterschiedliche Fachpersonen für dieselben Leistungen zuständig:

- In den Alters- und Pflegeheimen kann sich das verantwortliche Pflegepersonal auf jene Aufgaben konzentrieren, bei denen die entsprechenden Kompetenzen erforderlich sind. Alle übrigen Aufgaben können, effizient an weniger qualifizierte Personen delegiert werden, da alle beruflichen Niveaus vorhanden sind.
- Bei der Spitex wird pro Fall jeweils diejenige Fachperson eingesetzt, welche sämtliche Tätigkeiten ausführen darf. Sind neben Leistungen der Körperpflege auch medizinische Leistungen erforderlich, bedarf es einer höher qualifizierten Pflegekraft. Da in der Regel nur eine Person dem Patienten einen Besuch abstattet, wird die höher qualifizierte Pflegekraft alle Aufgaben übernehmen müssen. Gewisse Leistungen, insbesondere Leistungen der Körperpflege, werden in der Folge bei der Spitex-Lösung weniger kostengünstiger erbracht als im Heim.

Aus diesen Gründen wird in den Pflegeheimen am meisten Personal mit Attestausbildung in Anspruch genommen, während es bei der Spitex höher entlohnte Krankenpflegerinnen und -pfleger sind. Der Handlungsspielraum zur Anpassung der Kompetenzen der Pflegenden an die Bedürfnisse der Kundschaft ist bei der Spitex im Vergleich zu den Alters- und Pflegeheimen beschränkt, was sich auf die Kosten der ambulanten Behandlungen auswirkt.

**Pflegekosten:** Die Pflegekosten der beiden Betreuungsformen sind proportional zum Pflegebedarf. Bei der Betreuung durch die Spitex sind die Pflegekosten jedoch höher als in einem Alters- und Pflegeheim. Dies lässt sich nur teilweise anhand der Fahrkosten erklären, die bei der Spitex zu den Pflegekosten hinzukommen. Der Unterschied besteht auch dann noch, wenn die Fahrkosten nicht berücksichtigt werden: Der unterschiedliche Skill-Mix hat einen grossen Einfluss auf die höheren Pflegekosten in der Spitex-Lösung.

**Gesamtkosten:** Bei der Analyse der Gesamtkosten erweist sich wiederum der Bedarf an Pflegeleistungen als ausschlaggebend für das Kostenniveau und den Betreuungsort. Je komplexer ein Fall ist, desto höher ist der Anteil der Pflegekosten. Eine Betreuung in einem Alters- und Pflegeheim erweist sich für die komplexen Fälle als kosteneffizienter, während dies im Falle der Betreuung zuhause für die einfacheren Fälle gilt. Oder mit anderen Worten: Je komplexer ein Fall, desto teurer wird die Betreuung zuhause im Vergleich zur Heimbetreuung.

**Komplementarität der Alters- und Pflegeheime und der Spitex:** Wird der Betreuungsort der zwanzig ausgewählten Fälle untersucht, zeigt sich im Grundsatz, dass die komplexen Fälle in Alters- und Pflegeheimen und die einfacheren Fälle von der Spitex betreut werden. Die Ausnahme bilden drei relativ komplexe Fälle, die zuhause betreut werden, jedoch auf grosse informelle Hilfe zählen können. Dieses Ergebnis spricht dafür, dass sich die Spitex und die Alters- und Pflegeheime ergänzen und in der Tendenz unterschiedliche Pflegebedürfnisse abdecken. Bei den komplexen Fällen ist eine Betreuung zuhause nur möglich, wenn viel informelle Hilfe geleistet wird. Ab einem gewissen Bedarf an Pflegeleistungen ist eine Betreuung durch die Spitex unrealistisch.

## **Schlussfolgerungen**

Die Ergebnisse beruhen auf der Untersuchung einer Stichprobe von zwanzig aus dem Tessin stammenden Fällen. Sie bestätigen die Erkenntnisse aus der ersten Pilot-Studie in der Stadt Bern bestätigen. Trotzdem sind zusätzliche Arbeiten nötig, um Schlussfolgerungen auf nationaler Ebene zu ziehen.

Die Gesamtkosten werden durch den Pflegeaufwand dominiert.

Dieser – gemessen in Zeiteinheiten – ist im Wesentlichen unabhängig von der Betreuungsform. Jedoch sind die Kosten pro Pflegestunde bei einer Betreuung zuhause aus zwei Gründen höher: Erstens kommen die Fahrkosten hinzu. Zweitens führt die Anforderung, dass gewisse Tätigkeiten nur von ausgebildeten Pflegenden erbracht werden können, zu einem höheren Skill-Mix des Betreuungspersonals und damit zu höheren Pflegekosten.

Auch bei einer Berücksichtigung der Gesamtkosten, die zusätzlich die Kosten für die Unterkunft und für die soziale Unterstützung umfassen, ist bei komplexen Fällen eine Betreuung in einem Alters- und Pflegeheim kostengünstiger als eine Betreuung zuhause. Gerade umgekehrt sieht es bei einfachen Fällen aus.

Die hier dargestellten Resultate lassen vermuten, dass der vom Kanton Tessin gewählte Ansatz der Langzeitpflege kohärent mit den spezifischen Kosten pro Fall ist. Einerseits können Patientinnen und Patienten mit relativ komplexen Fällen zuhause bleiben, sofern eine grosse informelle Hilfe zur Verfügung steht; andererseits kann den komplexesten Fällen die effizienteste Betreuung, nämlich jene in einem Alters- und Pflegeheim, angeboten werden.

# 1 Introduction

## 1.1 Contexte

Le vieillissement démographique, la hausse des maladies chroniques et la hausse du nombre de personnes âgées dépendantes représentent de gros défis pour les autorités chargées d'assurer la qualité et l'accessibilité des soins pour tous, tout en en garantissant le financement. Dans ce contexte, le processus de planification des infrastructures et des services représente un outil de pilotage, qui permet aux autorités d'estimer l'évolution des besoins de la population, de prévoir les ressources à déployer pour y répondre de la manière la plus adéquate et d'ajuster les scénarios choisis.

La planification des services d'aide et de soins à domicile au Tessin est ancrée dans une loi adoptée par le parlement en 1997 (« Legge sull'assistenza e cura a domicilio », LACD). Cette loi soutient le développement des services d'aide et de soins à domicile (SASD). Cette stratégie avait été décidée en tenant compte de la préférence de la population pour rester à domicile le plus longtemps possible et de critères économiques, les soins à domicile étant considérés comme étant plus efficaces que les soins en EMS.

Lors de l'évaluation de la planification 2006-2009, la « Commissione speciale sanitaria sulla Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio » a demandé au Conseil d'Etat Tessinois de mieux documenter certains aspects financiers des soins de longue durée. La commission a en particulier recommandé d'approfondir la question des coûts, en comparant les coûts totaux d'une prise en charge par les soins à domicile à ceux d'une prise en charge en EMS – en tenant compte aussi des coûts engendrés par d'autres rubriques que les soins<sup>1</sup>.

La « Divisione dell'azione sociale e delle famiglie » (DASF), a contacté l'Observatoire suisse de la santé afin de répondre à cette question. Par définition, les personnes hébergées en EMS ne sont pas comparables à des personnes traitées à domicile et il n'existe pas de publications scientifiques sur lesquelles se reposer. En Suisse, les travaux disponibles dans lesquels les coûts des deux formes de prise en charge sont comparés, sont inéquitables dans le sens qu'ils se basent généralement sur les coûts totaux pour les EMS et les coûts des soins pour les SASD, tenir compte des frais de pension. Seul un projet-pilote réalisé pour Spitex-Bern, en collaboration avec deux EMS de la ville de Berne (« Diakonissenhaus Bern » et « Domicil für Senioren »), par le bureau Ecoplan et la HES-Nordwestschweiz, a proposé une approche originale pour aborder cette question<sup>2</sup>. L'Observatoire suisse de la santé a donc proposé au mandant de s'associer au bureau Ecoplan pour appliquer leur méthode au contexte tessinois et réaliser ce projet en partenariat.

---

<sup>1</sup> Rapporto della Commissione speciale sanitaria sulla Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio 2006-2009, 28 juin 2007. Approuvé par le Parlement par décret législatif le 22 octobre 2007.

<sup>2</sup> «Pflege im Alter - Studie im Auftrag von Spitex Bern, Domicil Bern und Diakonissenhaus Bern», Ecoplan, 2007

## 1.2 Objectif

L'objectif de cette étude est de réaliser une comparaison équitable des deux principaux services de soins de longue durée du Tessin (établissement médico-social et services d'aide et de soins à domicile). L'efficacité porte sur l'ensemble des coûts encourus, y compris les coûts d'hébergement, d'hôtellerie et du soutien social. La comparaison permet d'évaluer la cohérence de l'offre disponible au Tessin.

## 1.3 Approche choisie

Dans le domaine des soins de longue durée, de telles comparaisons sont difficiles car la population à concernée est hétérogène à deux niveaux :

- Les bénéficiaires diffèrent les uns des autres du point de vue de leur état de santé, de leur autonomie, de leurs ressources socioculturelles ou encore du point de vue de leur lieu de vie.
- Les besoins diffèrent d'un individu à l'autre et évoluent dans le temps. Ils regroupent toutes les prestations nécessaires pour maintenir ou restaurer un niveau de qualité de vie optimal compte tenu de l'état de santé et de dépendance fonctionnelle du patient [1]. Il s'agit donc d'une vaste gamme de services, comprenant les soins médicaux et paramédicaux, mais aussi toutes les prestations 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).

L'approche choisie dans ce projet reprend la méthode mise sur pied dans le cadre du projet-pilote conduit pour Spitex-Bern. Il s'agit d'une approche fictive, basée sur l'analyse d'un échantillon de dossiers anonymes. Elle est novatrice puisqu'elle propose de comparer les prises en charge plutôt que les patients. Des bénéficiaires représentatifs des soins de longue durée se voient offrir deux prises en charge, définies à partir de leurs besoins en soins : une prise en charge en EMS et une prise en charge à domicile. Ce sont alors ces deux prises en charge, destinées au même patient, qui sont comparées, en examinant les coûts des soins et les coûts totaux engendrés par chaque prise en charge.

## 1.4 Partenaires et organisation du projet

Les mandataires, Ecoplan et l'Obsan ont conduit ce projet en partenariat. Ils ont nécessité la collaboration de nombreuses personnes du canton du Tessin, issues des soins de longue durée et de leur administration au niveau cantonal.

Les partenaires issus des services cantonaux en charge des services de soins de longue durée ou en charge de la santé ont constitué le groupe d'accompagnement du projet et le groupe de sélection des institutions et des patients. Douze experts en soins, provenant des institutions sélectionnées, ont pour leur part constitué le groupe d'évaluation des cas. Ces derniers ont reçu un mandat explicite des autorités cantonales pour participer à ce projet (Annexe 8.1).

## **1.5 Structure du rapport**

Le chapitre deux décrit l'organisation actuelle des soins de longue durée dans le canton du Tessin et les priorités qui ont été mises ces dernières années dans ce domaine. Le chapitre trois décrit brièvement le cadre de l'étude, les institutions retenues, les outils utilisés pour l'évaluation des besoins des patients et l'approche méthodologique retenue, sans entrer dans les détails car la méthodologie détaillée figure en annexe. Les deux chapitres suivant sont consacrés aux résultats de l'analyse : évaluation des besoins et de la charge de travail des soins dans le chapitre quatre, estimation des coûts engendrés et comparaison des coûts par cas pour une prise en charge en EMS et par les SASD dans le chapitre 5. Les coûts des soins sont examinés séparément des coûts totaux. Une synthèse des résultats et les conclusions sont présentées dans le chapitre 6.



## 2 Situation relative aux soins de longue durée dans le canton du Tessin

### 2.1 Vue d'ensemble

Le canton du Tessin présente une offre variée en matière de soins de longue durée destinés à la population âgée, aussi bien pour la prise en charge en établissements médico-sociaux (EMS) que pour l'aide et les soins à domicile (SASD).

Fin 2008, le canton comptait 67 EMS, dont 55 subventionnés et 12 non subventionnés aux termes de la Loi cantonale sur les personnes âgées<sup>3</sup>.

Dans le domaine de l'aide et des soins à domicile, le Tessin dispose de six services SASD d'intérêt public (Servizi d'assistenza e cura a domicilio – SACD), qui proposent des soins médicaux et de l'aide à l'entretien domestique, ainsi que des services spécialisés d'appui rattachés aux SASD (assistance aux personnes malades et alcooliques, centres de jour, transport, assistance aux clients et aux familles, fourniture de moyens auxiliaires, repas à domicile, pédicure), tous subventionnés en application de la Loi cantonale sur les soins à domicile<sup>4</sup>. Le canton offre en outre deux autres prestations en complément de celles fournies par les SASD : des aides directes pour le maintien à domicile et des subventions pour l'élimination des obstacles architecturaux.

Le secteur privé apporte également une contribution importante dans l'aide et les soins à domicile. Il compte 20 services Spitex et près de 160 infirmiers et infirmières indépendants, qui ont reçu un numéro de concordat de santé suisse et qui sont actifs dans le canton.

Enfin, le domaine de l'aide informelle est marqué par l'essor des aides familiales («badante»), un phénomène qui n'est pas encore bien cerné (selon un récent sondage, on compterait plus d'une centaine de ces aides uniquement pour les personnes déjà suivies par les SASD).

Les soins de longue durée dans les deux domaines traités ici, à savoir les soins en EMS et l'aide et les soins à domicile proposés par les SASD d'intérêt public sont décrits dans l'annexe 8.2.

L'offre dans ces deux domaines est planifiée et coordonnée au Tessin à l'échelon cantonal, afin de garantir un développement durable des soins à long terme tout en satisfaisant aux principes de qualité et d'économicité. Dans le cadre de la planification, le territoire cantonal a été divisé en six zones SASD, afin d'équilibrer l'offre et la demande de structures et de services pour la population âgée au sein d'un réseau socio-sanitaire régional intégré.

#### **Population et structure régionale : domaine des soins de longue durée**

La population résidente permanente du Tessin s'établissait à 332'736 personnes au 31 décembre 2008. Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent presque 20% de la population tessinoise, tandis que les 80 ans et plus composent 5,7% de la population et les 90 ans et plus 1,1%.

---

<sup>3</sup> Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il sussidiamento delle attività sociali a favore delle persone anziane del 25 giugno 1973 – Legge anziani, Lanz (Loi sur la promotion, la coordination et le subventionnement des activités sociales en faveur des personnes âgées).

<sup>4</sup> Legge sull'assistenza e cura a domicilio del 16 dicembre 1997 – LACD.

La croissance de la population âgée a été beaucoup plus forte que la croissance moyenne de la population tessinoise de 2000 à 2008 (Tableau 1).

**Tableau 1 Evolution de la population résidente permanente de 2000 à 2008 dans le canton du Tessin, population totale et classes d'âges 65+/80+/90+**

31.12.	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Var. 2000-2008	
										Chiffres	%
<b>Total</b>	<b>310'215</b>	<b>312'528</b>	<b>315'256</b>	<b>317'315</b>	<b>319'931</b>	<b>322'276</b>	<b>324'851</b>	<b>328'580</b>	<b>332'736</b>	<b>22'521</b>	<b>7.3%</b>
65+	54'701	55'853	56'960	58'121	59'505	61'160	62'904	64'682	66'330	11'629	21.3%
80+	14'876	15'320	15'820	16'131	16'690	17'202	17'870	18'498	18'900	4'024	27.1%
90+	2'784	2'833	3'073	3'147	3'336	3'470	3'615	3'711	3'683	899	32.3%
<b>Pourcentage de personnes âgées par rapport à la population totale</b>											
65+	17.6%	17.9%	18.1%	18.3%	18.6%	19.0%	19.4%	19.7%	19.9%		2.3%
80+	4.8%	4.9%	5.0%	5.1%	5.2%	5.3%	5.5%	5.6%	5.7%		0.9%
90+	0.9%	0.9%	1.0%	1.0%	1.0%	1.1%	1.1%	1.1%	1.1%		0.2%

Source: Ustat, 2009.

Le canton du Tessin compte huit districts politiques: Léventine, Blenio, Riviera, Bellinzone, Locarno, Vallemaggia, Lugano et Mendrisio. Le territoire tessinois a toutefois été subdivisé en six zones correspondant aux périmètres d'activité des SASD d'intérêt public. Cette subdivision répond aux besoins en matière de prise en charge de longue durée de la population âgée du Tessin:

- zone SASD Mendrisiotto e Basso Ceresio (AM&BC);
- zone SASD Luganese (SCuDo);
- zone SASD Malcantone e Vedeggio (MAGGIO);
- zone SASD Locarnese e Vallemaggia (ALVAD);
- zone SASD Bellinzonese (ABAD);
- zone SASD Regione Tre Valli (RTV).

**Tableau 2 Population résidente permanente du Tessin, par district et par zone SASD, fin 2008 par type de prise en charge (Données détaillées voir Tableau 8.4.2)**

District	Population	Zone SASD	Population	65+ (%)	80+ (%)	90+ (%)
Mendrisio	48'672	Mendrisiotto e Basso Ceresio (AM&BC)	52'725	20.6%	5.8%	1.0%
Lugano	140'821	Luganese (SCuDo)	100'270	19.7%	5.7%	1.1%
		Malcantone e Vedeggio (MAGGIO)	37'226	17.6%	4.6%	1.0%
Locarno Vallemaggia	61'814 5'826	Locarnese e Vallemaggia (ALVAD)	66'821	22.3%	6.4%	1.3%
		Bellinzonese (ABAD)	47'877	17.9%	5.1%	1.0%
Riviera	12'282	Regione Tre Valli (RTV)	27'817	20.4%	6.0%	1.3%
Blenio	5'697					
Leventina	9'838					
<b>Canton du Tessin</b>	<b>332'736</b>		<b>332'736</b>	<b>19.9%</b>	<b>5.7%</b>	<b>1.1%</b>

Source: Ustat, élaboration du 14.09.2009.

Selon le Tableau 2, fin 2008, c'est la zone Locarnese e Vallemaggia qui comptait la plus forte part de personnes âgées de 65 ans et plus (22,3%). On trouve à l'opposé les zones SASD Malcantone e Vedeggio (17,6%) et Bellinzonese (17,9%). Dans les autres zones, les taux étaient proches de la moyenne cantonale (19,9%).

## 2.2 La base légale actuelle du financement des soins de longue durée

Les EMS et les SASD du Tessin sont réglementés par deux lois cantonales, à savoir la «*Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il sussidiamento delle attività sociali a favore delle persone anziane del 25 giugno 1973*» (Legge anziani, Lanz), et la «*Legge sull'assistenza e cura a domicilio del 16 dicembre 1997*» (LACD). Ces deux lois, qui définissent les conditions et les modalités de subventionnement, par l'Etat, des deux domaines en question, ont été complétées par la «*Legge sull'introduzione dei nuovi sistemi di sussidiamento a enti, istituti, associazioni, fondazioni e aziende autonome nei settori di competenza del Dipartimento delle opere sociali del 5 giugno 2001*», qui a officialisé le remplacement d'un système de subventionnement fondé sur la couverture du besoin reconnu par un système de contrats de prestations liés à l'octroi d'une contribution globale.

Après une période d'essai de 4 ans (de 2002 à 2005), qui a vu le développement du nouveau système de contrats de prestations, le Conseil d'Etat a ordonné, par décret du 19 octobre 2005, l'application généralisée de ce système à partir du 1<sup>er</sup> juin 2006 dans tout le domaine socio-sanitaire (établissements médico-sociaux, services d'aide et de soins à domicile, institutions pour personnes handicapées, centres et services pour les familles). Au début de 2008, des modifications ont été apportées aux règlements d'application des lois sur le subventionnement précitées, sur la base des expériences réalisées au cours des quatre années pilotes et de la première année d'application généralisée des contrats de prestation.

### Conditions de subventionnement

Pour bénéficier du droit à un subventionnement, c'est-à-dire pour pouvoir souscrire un contrat de prestations avec le canton, les établissements médico-sociaux et les services d'aide et de soins à domicile doivent:

- Etre en possession d'une autorisation d'exercer au sens de la Loi cantonale sur la promotion de la santé («*Legge (cantonale) sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario del 18 aprile 1989 – Legge sanitaria*»). Pour obtenir une telle autorisation, il faut notamment démontrer que l'on respecte les exigences de qualité définies par l'Office du médecin cantonal. Ces exigences figurent dans deux documents: la «*Direttiva sulla qualità del 15 dicembre 2003*» fixe les conditions relatives aux EMS, tandis que le «*Regolamento sui requisiti essenziali di qualità*» s'applique aux SASD;
- Respecter les autres exigences fixées dans les lois sur les personnes âgées (Lanz) et pour l'aide et les soins à domicile (LACD), ainsi que les règlements d'application y relatifs, et remplir notamment les conditions suivantes:
  - L'activité ne doit pas être exercée à des fins lucratives;
  - Les services habilités doivent satisfaire aux critères en vigueur de planification postulés au niveau cantonal et régional (les deux plus récentes concernent la planification des EMS pour la période 2000 à 2010<sup>5</sup> et la planification de l'aide et de soins à domicile pour la période 2006 à 2009<sup>6</sup>);

---

<sup>5</sup> Pianificazione 2000-2010 della capacità d'accoglienza degli istituti per anziani nel Cantone Ticino, Bellinzona, 2003.

<sup>6</sup> Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio 2006-2009, Bellinzona, 2006.

- Les services habilités doivent fournir leurs prestations conformément aux spécifications et aux modalités définies dans le catalogue des services et des prestations<sup>7</sup>.

La section responsable (Sezione del sostegno a enti e attività sociali – SSEAS jusqu'en fin 2009, Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio –UACD à partir de 2010) du Département de la santé et des affaires sociales du canton Tessin (Dipartimento della sanità e della socialità – DSS) s'appuie sur les documents précités pour définir les critères quantitatifs et qualitatifs à la base des contrats de prestations conclus individuellement avec les établissements et les services subventionnés.

### **Subventions existantes**

Le financement des EMS et des SASD est assuré par les contributions suivantes:

- La participation des clientes et des clients;
- La contribution des caisses-maladie;
- La contribution globale définie dans le contrat de prestations conclu avec le canton.

A l'heure actuelle, la participation des clientes et des clients<sup>8</sup> comprend, dans le domaine des EMS, les pensions (déterminées en fonction du revenu et de la fortune) et, le cas échéant, des allocations AVS/AI pour impotents, tandis que dans le secteur de l'aide et des soins à domicile, elle correspond à la contribution aux prestations d'entretien domestique (contributo per le prestazioni di economia domestica), elle aussi déterminée en fonction des barèmes cantonaux fixés selon les revenus des clientes et des clients.

Au cours de l'année 2008 (dernières données disponibles), cette rubrique a couvert, en moyenne, 41% des frais de gestion dans le secteur des EMS et 11% des frais de gestion dans le domaine des SASD.

Les contributions des caisses maladie<sup>9</sup> sont fixées par des conventions sectorielles dont la validité est définie à l'échelon cantonal. Les parties contractantes sont d'une part santésuisse, d'autre part l'ensemble des établissements/services. Le canton participe aux négociations en sa qualité de contributeur financier (sans pour autant figurer parmi les signataires des conventions). Les contributions des caisses maladie sont différenciées en fonction du degré de dépendance de la cliente/du client dans le cas de la prise en charge en établissement, de la typologie (soins médicaux et soins corporels de base) et de la complexité des prestations dans le cas de la prise en charge à domicile. Pendant l'exercice 2008, cette rubrique a couvert, en moyenne, 26% des frais de gestion dans le secteur des EMS et 34% des frais de gestion dans le secteur des SASD.

La contribution globale est déterminée principalement sur la base des deux critères suivants:

- Le volume des prestations reconnues qui sont nécessaires pour satisfaire les critères de planification au niveau cantonal et régional;
- Les coûts standards, c'est-à-dire des coûts-cible, qui traduisent le niveau d'efficience visé par le canton.

---

<sup>7</sup> Catalogo dei servizi e delle prestazioni, 1<sup>a</sup> edizione: settembre 2005.

<sup>8</sup> Suite à l'introduction, le 1<sup>er</sup> janvier 2011, du nouveau régime de financement des soins de longue durée (art. 25a LAMal), la participation des clients aux prestations de soins pourra atteindre au maximum 20% du tarif maximal à la charge des caisses maladie fixé par le Conseil fédéral.

<sup>9</sup> Dans le nouveau régime de financement des soins de longue durée, la participation des caisses-maladie est déterminée sur la base d'une échelle de 12 niveaux, définis d'après le besoin en soins des clients.

La combinaison de ces deux paramètres donne la part standard de la contribution globale.

A cette part, qui représente en moyenne 90% environ de la contribution globale totale, on ajoute une part individuelle, qui prend en compte des types de coûts qui ne peuvent pas être standardisés (coûts hypothécaires et loyers, formation, frais extraordinaires, initiatives et projets divers) ainsi que la situation particulière de certains établissements (localisation particulièrement défavorable à la logistique, ancienneté du personnel notablement plus élevée que la moyenne cantonale, etc.).

L'Etat verse la contribution globale en quatre fois pendant l'exercice. Celle-ci est financée à raison d'un cinquième par le canton et de quatre cinquièmes par les communes. Les contributions des communes sont calculées sur la base d'une clé de répartition, définie en fonction de la force financière de chacune d'elles. En 2008, cette rubrique a couvert, en moyenne, 30%<sup>10</sup> des frais de gestion dans le domaine des EMS et 53%<sup>11</sup> dans le domaine des SASD.

---

<sup>10</sup> Les 3% restants comprennent des entrées diverses des établissements (récupération de repas du personnel, bar, initiatives diverses, etc.).

<sup>11</sup> Les 2% restants comprennent des entrées diverses (remboursements d'autres services d'aide et de soins à domicile, remboursements de matériel sanitaire, etc.).



## **3 Cadre général de l'étude**

### **3.1 Institutions et patients sélectionnés**

#### **Institutions**

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). Entre ces types de prise en charge, qui constituent les deux extrêmes d'une palette de soins de plus en plus diversifiée, se développent des soins « intermédiaires », comme par exemple les hôpitaux de jour et/ou de nuit, les courts séjours en EMS, les appartements protégés, les soins de longue durée en service hospitalier ou encore les «soins de transition» («Reparti ad alto contenuto sanitario», ACS). Cette offre intermédiaire n'est pas considérée dans ce travail.

La présente étude se concentre donc sur les seuls types de soins formels pour lesquels des données statistiques publiées sont à disposition, soit les services d'aide et de soins à domicile (SASD) et les établissements médico-sociaux (EMS). Seuls des services et des établissements d'intérêt public et soumis au régime des contrats de prestation sont considérés. Ils doivent en outre être représentatifs des six régions de soins du canton et provenir pour moitié de régions « urbaines » et pour moitié de régions « rurales » (voir chapitre 2).

#### **Patients**

Les patients retenus pour ce projet sont des personnes âgées de plus de 70 ans, bénéficiant depuis au moins trois mois de soins de longue durée. L'échantillon comprend dix pensionnaires d'établissements médico-sociaux (EMS) et dix clients des services d'aide et de soins à domicile (SASD). La sélection s'est faite selon les critères décrits dans l'Annexe 8.3.

### **3.2 Coûts considérés**

Cette étude porte essentiellement sur les coûts des soins, des déplacements, du soutien social et de la pension, comprenant l'hébergement et les repas. Les frais de médecin ou de physiothérapie ne sont pas pris en compte puisque ils sont pris en charge par l'AOS indépendamment du lieu de résidence du bénéficiaire.

L'aide informelle et l'environnement social jouent un grand rôle dans les soins de longue durée mais ces déterminants restent difficiles à évaluer dans leur globalité, tant du point de vue du temps investi que de la charge financière qu'ils représenteraient, s'ils étaient rémunérés. La présente étude cherche à en quantifier le plus d'aspects possibles (par ex. en « monétarisant » la présence d'une aide informelle importante, fournie pour le maintien à domicile par la famille ou un/-e employé/-e de maison - badante -) sans pouvoir toutefois tenir compte de tous les éléments.

### 3.3 Outils d'évaluation des besoins et de la charge de travail

Différents outils existent pour documenter les besoins des bénéficiaires et les prestations fournies. Parmi ceux-ci, la famille des RAI (Resident Assessment Instrument), a été initialement conçue aux USA pour augmenter la qualité de la gestion de patients hébergés dans différents contextes : soins de longue durée, soins psychiatriques, soins palliatifs etc. Il s'agit d'outils d'évaluation multi-dimensionnelle des besoins des patients qui permettent de définir une prise en charge globale, spécifique à chaque pensionnaire. Elle permet aussi de planifier la charge de travail et d'établir une tarification différenciée.

Le RAI remplit donc deux objectifs : faciliter une approche centrée sur la qualité des soins et sur les besoins des pensionnaires et améliorer la gestion des établissements. Un avantage supplémentaire de cet instrument est qu'il représente une méthode d'évaluation uniforme et fiable, dont les définitions et les données sont comparables entre elles et qui suscite un langage commun aux professionnels des différentes institutions.

Deux instruments issus de cette famille de RAI ont été adaptés au contexte suisse et aux besoins des professionnels impliqués : le RAI-NH pour les EMS et le RAI-HC (domicile) pour les services d'aide et de soins à domicile ([www.Qsys.ch](http://www.Qsys.ch)). Leur introduction en Suisse n'est pas généralisée mais la situation du Tessin est favorable puisque le RAI y a été introduite systématiquement dès 2007, pour les deux types d'établissement. L'évaluation et la comparaison des cas tessinois s'en trouvent simplifiées puisque les institutions recourent déjà à des définitions et un langage communs.

### 3.4 Principe de la comparaison

L'objectif principal de ce travail est de comparer les coûts engendrés par une prise en charge de longue durée en établissement médico-social (EMS), à ceux engendrés par une prise en charge par les soins à domicile (SASD), en tenant compte de la totalité des coûts.

Jusqu'à présent, les comparaisons des coûts par cas selon le lieu de la prise en charge ont généralement été réalisées à un niveau macroscopique, utilisant des données agrégées par institution [2-5]. La raison en est qu'il n'existe pas à l'heure actuelle de données individuelles, qui permettraient de détailler suffisamment la structure des coûts, sur le plan individuel. Les comparaisons réalisées à ce niveau restent biaisées pour plusieurs raisons :

- La structure des coûts totaux n'englobe pas les mêmes prestations, pour une prise en charge en EMS ou par les SASD. Ceci est d'autant plus vrai pour les prestations à la charge des ménages privés. Ainsi, les frais de logement, de pension ou de transports ne sont souvent pas retenus dans le calcul des coûts des SASD, tandis qu'ils sont pris en compte dans les coûts des EMS.
- Les bénéficiaires de ces services représentent un groupe de patients très hétérogènes, avec des besoins en soins différents, en termes qualitatifs et quantitatifs. Ces personnes ne sont donc pas comparables.
- Les relevés statistiques de ces deux types d'institutions diffèrent quant aux critères utilisés pour documenter les besoins et les prestations fournies, ce qui complique les comparaisons.

Le présent travail cherche à améliorer la comparabilité des coûts par cas pour ces deux types de prise en charge, en choisissant une approche individuelle plutôt que macroscopique. En outre, la méthode

choisie tente de réduire l'hétérogénéité puisque ce sont des prises en charge se référant au même patient qui sont comparées. Cette solution permet d'englober la totalité des coûts et de mettre en évidence les spécificités de chaque type de prise en charge. La méthode détaillée est présentée dans l'annexe 8.4.

Le principe consiste à décrire d'abord les besoins de chaque cas, de la manière la plus exhaustive possible, puis de décrire le type et l'intensité des services dont il bénéficie. Ces services fournis sont alors exprimés en charge de travail puis en coûts, pour une prise en charge en EMS ou par les SASD. Selon ses besoins, chaque cas se voit donc offrir de manière fictive une prise en charge en EMS et une prise en charge à domicile, qui peuvent être exprimées en coûts totaux et être comparées.

Cette approche est une approche théorique : les patients auxquels on fait référence ne sont pas examinés physiquement car l'étude se base sur des indications extraites de dossiers anonymes, compilées dans une fiche spécifique à ce projet. Pour ne pas perdre cette dimension de vue, il est préférable de parler ici de cas plutôt que de patients.

### **Evaluation de la charge de travail pour les soins**

Le fait que, dans le canton du Tessin les systèmes d'évaluation RAI-NH et RAI-HC soient en place laisse supposer que des standards d'évaluation communs aux différents acteurs existent. Cette situation permet de recourir directement aux informations récoltées dans le « Minimal Dataset » des RAI-NH (version 2.0) et RAI-HC (version juin 2003) pour préparer les fiches spécifiques, contenant la description des besoins en services -et leur intensité- nécessaires à chaque cas.

Cette description englobe les différents services à offrir, avec leur fréquence et leur intensité. Elle peut alors être transcrite en charge de travail, pour les différents niveaux professionnels concernés (trois niveaux dans les SASD, quatre niveaux dans les EMS). Cette étape est réalisée pour les 20 cas sélectionnés, par douze experts en soins, issus pour moitié des EMS et pour moitié des SASD. Leur mission consiste à évaluer la charge de travail que la prise en charge de chacun des vingt cas représenterait dans sa propre institution.

- Les experts travaillant dans des EMS définissent la charge de travail pour une prise en charge en EMS, répartie selon les 4 niveaux professionnels concernés.
- Les experts issus des SASD définissent la charge de travail pour une prise en charge à domicile, répartie selon les 3 niveaux professionnels concernés.

### **Evaluation des coûts engendrés**

Les coûts sont classés en quatre catégories : les coûts des soins, ceux du soutien social, des déplacements (uniquement pour les SASD) et de la pension (repas, ménage et frais de logement).

Les coûts des soins sont obtenus en multipliant la charge de travail par le salaire horaire, selon les niveaux professionnels concernés et le lieu de la prise en charge. Le salaire horaire est calculé en rapportant les coûts totaux (salaires bruts, incluant les charges sociales) aux heures annuelles travaillées effectives (incluant les heures dédiées aux tâches administratives, à la formation, ainsi que – pour les SASD- aux déplacements) (Tableau 8.4.1, Annexe 8.4).

Les coûts des autres services regroupent d'une part les coûts « overhead » des institutions de soins, d'autre part les coûts du soutien social et des coûts de la pension lors d'une prise en charge par les SASD.

Lors d'une prise en charge par les SASD les premiers sont calculés sur la base de la comptabilité annuelle des SASD disponible auprès de la DASF. Les seconds sont estimés grâce à des hypothèses de travail qui sont présentées au chapitre 5 et dans le Tableau 8.4.2, Annexe 8.4. Pour une prise en charge en EMS également, ces coûts, comprenant les coûts «overhead», la pension et le soutien social, sont calculés à partir de la comptabilité annuelle des EMS disponible auprès de la DASF (voir aussi chapitre 5 et Tableau 8.4.2, Annexe 8.4).

Pour chaque cas, on dispose finalement de deux estimations de coûts, pour une prise en charge en SASD et en EMS, qui peuvent être comparées, en examinant d'abord les coûts des soins puis les coûts totaux (Tableau 3 et Annexe 8.4).

**Tableau 3 Coûts par type de prise en charge** (Données détaillées voir Tableau 8.4.2)

Prise en charge	SASD	EMS	Comparaisons possibles
Soins médicaux	Coûts	Coûts	Parfaitement comparables
Déplacements	Données DASF (comptabilité annuelle SASD)	—	Théoriquement pas comparable
Soutien social	Estimation sur la base d'un contrat «standard» portant sur le personnel de maison («badante»)	Données DASF (comptabilité annuelle des institutions)	Comparables
Pension (logement, repas, ménage)	Estimations à partir d'hypothèses de coûts		
Coûts « overhead »	Données DASF (comptabilité annuelle SASD)		
Total	Somme des coûts ci-dessus	Somme des coûts ci-dessus	Bilan

### 3.5 Limites de cette approche

Cette approche novatrice a été utilisée une première fois pour comparer des cas provenant de la ville de Berne. Elle est appliquée ici pour la seconde fois, avec cette fois la prérogative de comparer des cas représentatifs d'un canton, issus de milieux urbain et rural. Par conséquent, les expériences sont encore minces et il manque encore le recul qui permettrait de confronter ces résultats à d'autres travaux analogues. En outre, l'interprétation des résultats doit tenir compte de la taille de l'échantillon. Les valeurs obtenues peuvent être indicatives pour le canton du Tessin mais ne peuvent être extrapolées à l'ensemble de la Suisse.

#### Limites conceptuelles

Bien que l'on choisisse ici de travailler à l'échelon individuel, bon nombre d'aspects particuliers des soins de longue durée restent encore mal documentés et ne sont pas entièrement pris en compte, en particulier l'aide informelle procurée par la famille, les amis ou des organismes caritatifs. Dans de nombreux pays occidentaux, l'aide informelle constitue l'une des ressources principales dans les soins de longue durée [6].

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. Au-delà de l'aide informelle, bons nombres de paramètres permettant de maintenir l'autonomie gagnent en importance avec l'âge et la progression de la fragilité. Il s'agit par exemple du style d'habitat (présence ou non d'un ascenseur), de la proximité ou non de services publics ou du médecin, des magasins, ou de voisins. L'importance relative de ces éléments varie selon chaque individu et selon son état de santé et est difficilement quantifiable. Même si cette étude intègre le plus possible de ces aspects, en incluant par exemple l'aide éventuelle d'un/-e employé/-e de maison (« badante ») pour le maintien à domicile, tous les déterminants n'ont pu être pris en compte et cette étude ne prétend pas être une étude coûts-utilité.

Enfin, le choix du lieu de vie reflète la préférence de trois acteurs différents : le patient, son entourage et les soignants, dont les perspectives peuvent ou non être convergentes. Actuellement, le choix est également influencé par des incitatifs financiers, selon qu'un type de prise en charge devient plus avantageux qu'un autre pour un acteur. Prendre ces différents aspects en compte aurait dépassé les possibilités de ce mandat.

### **Limites méthodologiques**

Celles-ci concernent surtout l'évaluation des besoins. Si cette étape reste subjective, on peut d'emblée préciser que cette subjectivité se retrouve aussi dans le monde réel et qu'il ne serait pas souhaitable de l'éliminer. Les principales limites sont les suivantes :

- Malgré le recours à un vocabulaire aussi neutre que possible, la provenance de certains cas peut facilement être déduite au travers de la description de leurs besoins, ce qui peut influencer l'évaluation de la charge de travail.
- L'évaluation de la charge de travail pour chaque type de service demande un certain degré d'abstraction : il s'agit d'attribuer à chaque service le temps nécessaire plutôt que le temps souhaitable « dans un monde idéal ». Pour cela, les experts ont participé à un workshop préparatoire, au cours duquel ils ont reçu la consigne de remplir la fiche d'évaluation selon l'esprit et les critères en cours dans leur propre institution.
- L'évaluation du temps à consacrer aux soins psychosociaux pouvait prêter à confusion. Ces services consistent par exemple en discussion, motivation, encouragement et peuvent éventuellement avoir lieu simultanément à un autre soin. Si l'expert évalue le temps nécessaire à ces soins sans tenir compte du fait qu'ils sont fournis simultanément à un autre soin, le temps requis est surestimé.
- La construction de fiches d'évaluation neutres et objectives reste laborieuse pour plusieurs raisons : même si, dans le canton du Tessin, les deux types d'institutions ont introduit le RAI, il reste difficile d'aligner le vocabulaire et les standards d'évaluation de ces deux systèmes. Les diagnostics ne sont par exemple pas relevés de la même manière. En outre, toutes les données utilisées sont des données relevant de critères subjectifs, impliquant des soignants et des soignés. Un travail intensif est nécessaire lors de la description des cas pour neutraliser au mieux cette part de subjectivité.



## 4 Evaluation de la charge de travail pour les soins

Les soins comprennent les soins médicaux, les soins corporels et les soins psychosociaux. La charge de travail est estimée pour chacun des vingt cas retenus, par douze experts en soins issus pour moitié des EMS et pour moitié des SASD. Cette charge de travail se réfère ainsi au temps nécessaire pour fournir la totalité des soins mentionnés.

Pour rappel, les cas sélectionnés devaient être représentatifs de la clientèle courante de l'institution. Ils devaient être âgés de plus de 70 ans, bénéficier de soins depuis plus de trois mois et présenter le spectre de pathologies chroniques les plus couramment rencontrées dans les institutions de soins de longue durée.

### 4.1 Caractéristiques des cas retenus

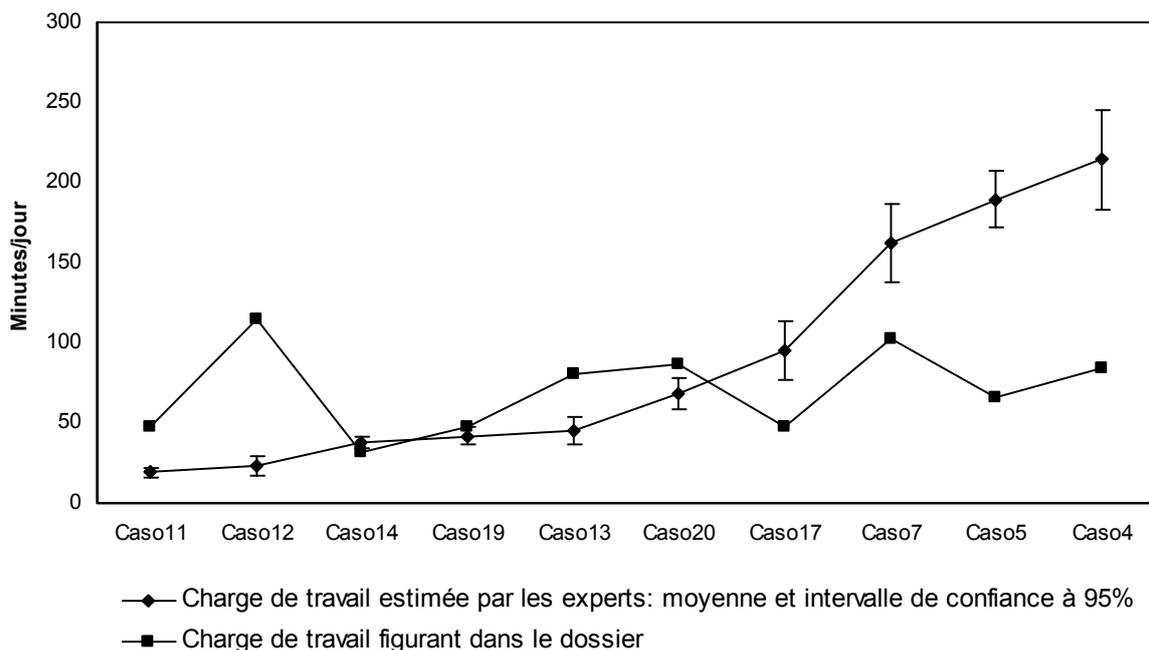
Au départ, l'analyse repose sur douze évaluations de la charge de travail par cas. Malgré la mise en place d'outils standardisés tels que les RAI, définir le temps nécessaire pour délivrer différents services reste sujet à une part de subjectivité. Par conséquent, d'un expert à l'autre, la charge de travail estimée varie, avec des écarts qui s'accroissent pour les cas nécessitant plus de soins. Ainsi, dans les Figures 1 et 2, qui comparent la charge de travail moyenne estimée par les experts à la charge de travail figurant dans le dossier des cas sélectionnés, on constate que l'intervalle de confiance de la charge de travail moyenne s'élargit pour les cas les plus complexes, indiquant une plus grande divergence d'opinions entre les experts. Lors de l'interprétation des résultats, il importe de garder à l'esprit que tous les chiffres présentés sont des estimations, associées à une part de subjectivité.

Malgré ces différences, les évaluations restent relativement cohérentes par rapport à la lourdeur de chaque cas, malgré un « outlier » par groupe de cas:

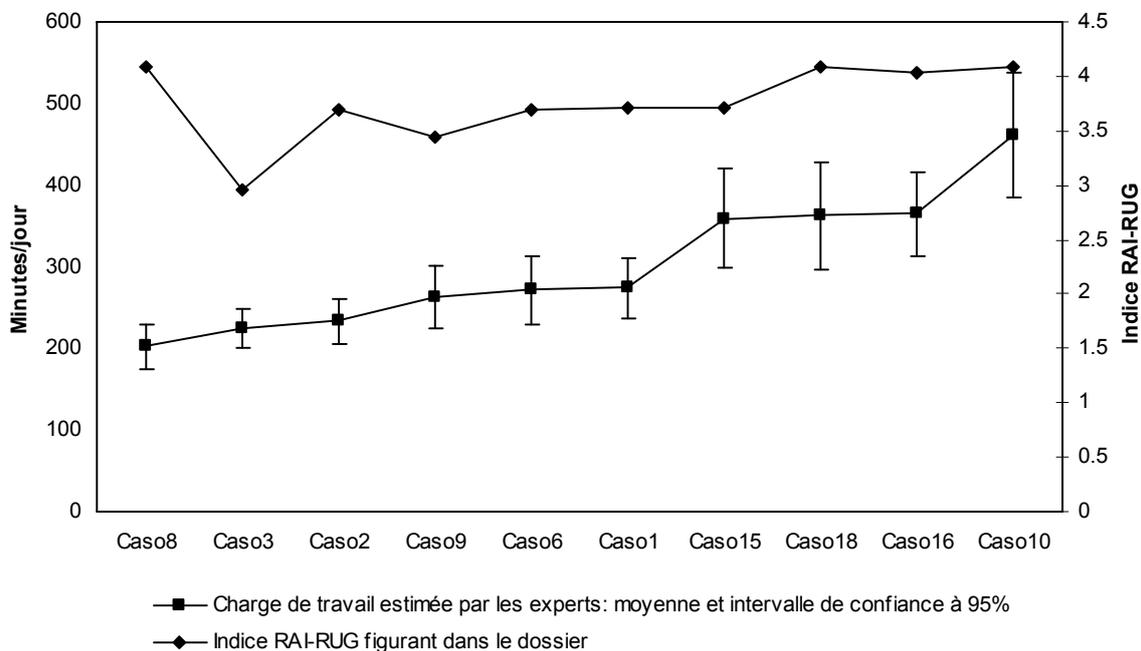
- Pour les cas issus des SASD, le coefficient de corrélation entre la charge de travail estimée par les experts et le minutage enregistré dans leur dossier s'élève à 0.29. Par contre, après exclusion du cas n°12, le coefficient de corrélation atteint 0.55, ce qui s'avère satisfaisant.
- Pour les cas issus des EMS, le coefficient de corrélation entre la charge de travail et le degré de dépendance fonctionnelle déterminé par l'indice RAI-RUG s'élève à 0.40 et à 0.69 si l'on exclu le cas n°8.

Pour les cas n°4, n°5 et n°7, issus des SASD, la différence importante entre la charge de travail obtenue par le groupe d'évaluation et celle mentionnée dans leur dossier s'explique par le fait que ces personnes bénéficient dans la réalité d'une aide informelle très intense voir, dans le cas n°4, de l'aide d'une employée de maison. Cette aide informelle permet ainsi de diminuer la charge réelle de travail des SASD. Cependant, au cours de l'évaluation par le groupe de travail, les experts ont inclus une partie de cette aide informelle dans leurs estimations.

**Figure 1 Cas issus des SASD : Charge moyenne de travail estimée par les experts et charge de travail figurant dans leur dossier**



**Figure 2 Cas issus des EMS : Charge moyenne de travail estimée par les experts et indice de lourdeur RAI-RUG figurant dans leur dossier**



La corrélation entre la charge de travail estimée par les experts et le degré de lourdeur du cas mentionné dans son dossier est donc acceptable, compte tenu du fait que les dimensions mesurées dans le dossier médical et dans la fiche d'évaluation du projet ne sont pas tout à fait identiques et que les deux évaluations ne sont pas faites au même moment.

Les cas retenus semblent aussi être relativement représentatifs des usagers des deux formes de prise en charge en soins de longue durée :

- Pour les cas issus des SASD, la charge de travail oscille entre 19 et 214 minutes/jour, avec une moyenne de 90 minutes/jour (médiane : 56 minutes).
- Pour les cas issus des EMS, la charge de travail oscille entre 200 et 460 minutes/jour, avec une moyenne de 302 minutes/jour (médiane : 273 minutes).

Le fait que la valeur de la moyenne soit supérieure à celle de la médiane s'explique par la présence de valeurs extrêmes supérieures qui « tirent » la moyenne vers le haut. Dans ce rapport, ce sont les valeurs médianes des douze évaluations qui sont utilisées, car elles sont moins influencées par les valeurs extrêmes.

#### **« Cas limites »**

Il existe un chevauchement dans la charge de travail pour soigner les bénéficiaires des SASD les plus complexes et les pensionnaires des EMS les plus légers. Comme mentionnés plus haut, les cas n°4, n°5 et n°7 sont soignés à domicile mais bénéficient d'une aide informelle importante. Les cas n°8 et n°3 dont la charge de travail est comparable au cas n°4 sont des personnes nécessitant peu de soins médicaux, mais beaucoup d'assistance pour les soins corporels. Une de ces personnes est veuve, l'autre célibataire et il ne semble pas y avoir beaucoup d'aide de la part d'autres membres de la famille ou d'amis. Ces cinq cas peuvent être considérés comme des cas « limites ». Pour ces cas, le lieu de prise en charge est déterminé par le degré de dépendance fonctionnelle, mais aussi par l'aide informelle disponible.

De manière générale, outre l'aide informelle disponible, la présence ou non de trouble cognitifs ou mentaux est un élément déterminant pour le maintien à domicile.

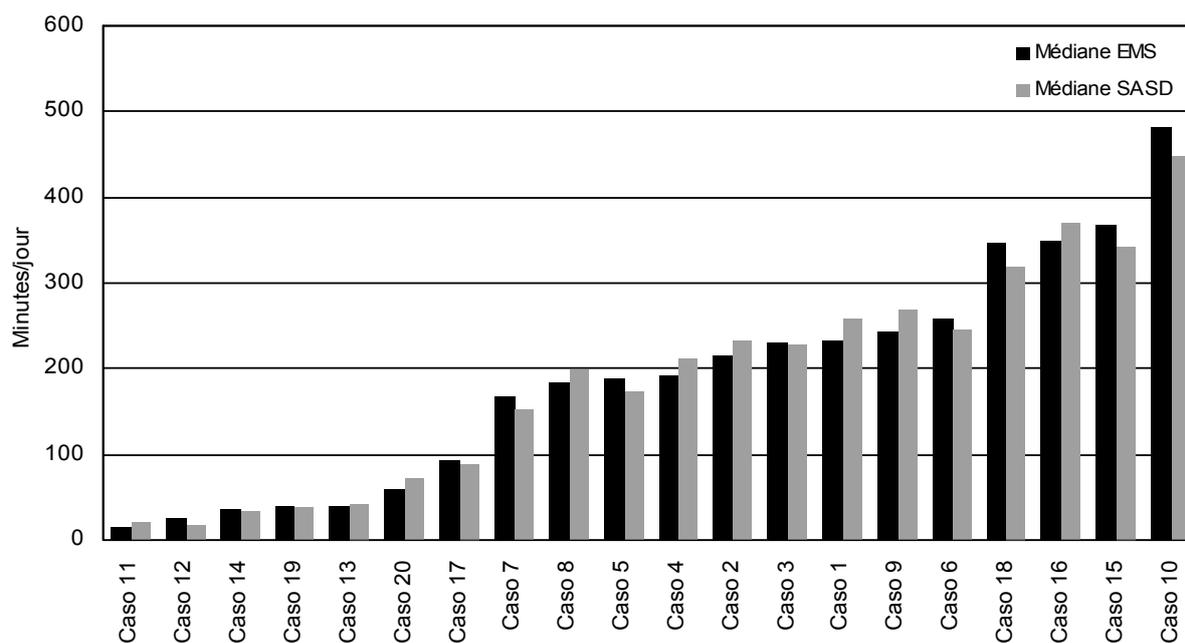
## **4.2 Evaluation de la charge de travail pour les soins selon le type de prise en charge (SASD vs EMS)**

La charge de travail est exprimée en minutes de soins par jour. Elle est fonction du type de soins fournis et de leur fréquence : si un soin n'est fourni qu'une fois par semaine et qu'il requiert 10 minutes, la charge de travail quotidienne équivaut alors à 10/7 minutes.

Pour chaque cas, la charge de travail des soins pour une prise en charge en EMS ou par les SASD est comparable (coefficient de corrélation de 0.99). Cette prise en charge varie entre 15 minutes et 480 minutes par jour pour une prise en charge en EMS et entre 16 et 450 minutes par jour pour une prise en charge par les SASD.

Plus un cas est complexe, plus la variabilité entre les deux formes de prise en charges augmente (Figure 3). Dans le rapport réalisé pour Spitex-Bern, la charge de travail d'une prise en charge par les SASD avait tendance à dépasser celle d'une prise en charge en EMS, lorsqu'il s'agissait des cas les plus complexes. Dans le présent travail, la situation est plus contrastée.

**Figure 3** Evaluation de la charge de travail selon le type de prise en charge (Médiane)



→ Le type de prise en charge, SASD ou EMS, a peu d'influence sur la charge de travail pour fournir les soins. L'élément déterminant pour la charge de travail des soins est le degré de dépendance fonctionnelle du bénéficiaire et son besoin en soins.

### Répartition de la charge de travail par type de soins

Lors de l'analyse des fiches, il s'est avéré que la charge de travail requise pour les soins psychosociaux était difficile à isoler de celle des autres soins, car les soins psychosociaux peuvent être délivrés durant un autre soin : on peut encourager un patient durant une toilette corporelle ou lorsque l'on change un pansement. La charge requise pour ce genre de soins est ainsi parfois incluse dans la charge de travail nécessaire pour fournir un autre soin.

Par conséquent, il est délicat d'interpréter les proportions que représentent chacune de ces trois catégories de soins, sur l'ensemble de la prise en charge. On peut néanmoins constater que la charge relative de travail nécessaire pour les soins corporels est plus élevée parmi les cas provenant des EMS tandis qu'elle est très variable parmi les cas issus des SASD (EMS : plus de 70% de la charge de travail des soins, SASD : entre 5% et plus de 80% de la charge de travail des soins).

### 4.3 Evaluation de la charge de travail selon le niveau professionnel (SASD vs EMS)

Pour les vingt cas retenus, la charge de travail des soins estimée est répartie par niveau professionnel requis. Cette étape met en évidence une différence importante entre une prise en charge en EMS et par les SASD, concernant le type de compétences et le niveau professionnel impliqués :

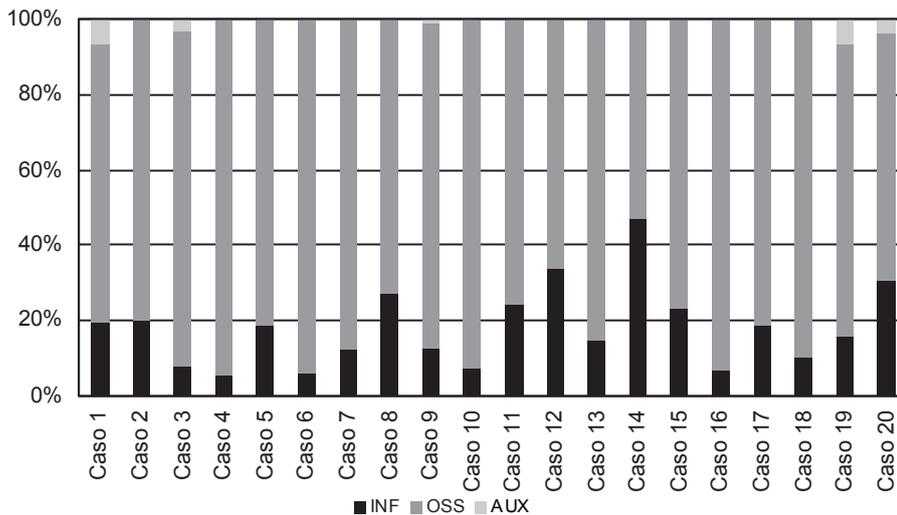
- En EMS, tous les niveaux professionnels sont disponibles à tout moment et le personnel infirmier peut déléguer certaines tâches tout en assumant la responsabilité. Par conséquent, chaque service peut être fourni par le niveau professionnel le plus approprié, en termes d'efficacité. Le

personnel de niveau infirmier (infermiera diplomata, INF) délivre en moyenne 16% des minutes de soins, celui de niveau assistant infirmier (« Operatrice Socio-Sanitaria», « ex-assistente geriatrica», OSS) 12% des minutes de soins. Le personnel de niveau auxiliaire (« ausiliaria di cura, assistente di cura », AUX) délivrant les 72% de minutes de soins restants.

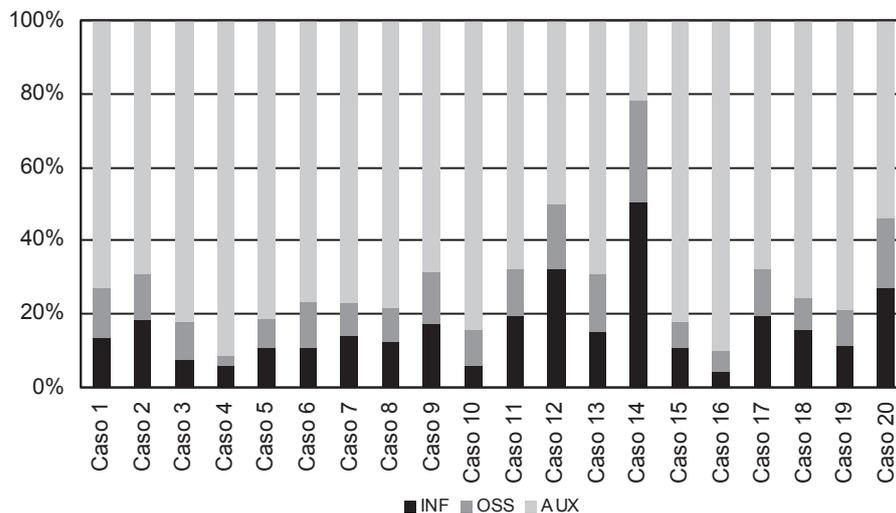
- Dans les SASD, une seule personne se déplace à la fois et c'est elle qui est responsable de l'ensemble des services à fournir. L'élément décisif pour choisir quel niveau professionnel est concerné est donc le type de soins médicaux à fournir car leur délivrance est rattachée à des compétences professionnelles. Ainsi, si des soins médicaux sont nécessaires, se sera une infirmière diplômée (INF) ou une infirmière assistante (OSS) qui se déplacera et elle fournira l'ensemble des soins nécessaires, y compris les soins corporels. Le personnel de niveau infirmier délivre en moyenne 18% des minutes de soins, celui de niveau assistant infirmier 81% des minutes de soins. Le personnel de niveau auxiliaire (AUX) délivrant les 1% de minutes de soins restants.

Le personnel le plus sollicité dans les EMS est le personnel de niveau auxiliaire (AUX), tandis que dans les SASD, ce sont les infirmiers/-ères-assistant/-es (OSS) (Figure 4, Figure 5).

**Figure 4 Répartition de la charge de travail selon le niveau professionnel : prise en charge par les SASD**



**Figure 5 Répartition de la charge de travail selon le niveau professionnel : prise en charge en EMS**



→ Par rapport aux EMS, la marge de manœuvre des SASD pour ajuster les compétences aux besoins des clients - ce qui revient à optimiser le skill-mix- est restreinte. Ceci a des implications sur les coûts des soins ambulatoires.

#### **4.4 Analyse des cas jugés trop lourds pour une prise en charge à domicile**

Pour les 20 cas retenus, les experts issus des SASD pouvaient aussi s'exprimer quant à la capacité réelle des SASD à prendre en charge les cas complexes. Il ne s'agissait pas d'exclure ces cas des analyses puisque ce projet repose sur des prises en charge fictives, mais de mettre en évidence à partir de quelle intensité de soins une prise en charge à domicile devient difficilement réalisable.

- Parmi les cas issus à l'origine des EMS, les experts étaient unanimes dans 9 cas sur dix, que ces cas étaient trop complexes pour une prise en charge à domicile. Les principaux arguments évoqués pour justifier cette position se rapportaient à la complexité des cas et au fait de nécessiter une présence pendant la nuit.

Néanmoins, les avis divergeaient pour le dernier cas. Il s'agit d'un cas relativement simple, le cas n°6 où la moitié des experts ont considéré qu'il pouvait être pris en charge à domicile. Il s'agit d'une personne ne nécessitant pas de soins médicaux intenses mais plutôt de soins corporels et psychosociaux. Le fait qu'elle bénéficie d'un large soutien de sa famille a vraisemblablement influencé le jugement de certains experts.

A noter que les deux cas « limites » issus des EMS, les cas n°8 et n°3 n'ont pas été considérés comme clients possibles pour les SASD, probablement du fait de l'absence d'aide informelle.

- Parmi les cas issus des SASD, les experts n'étaient unanimes que pour 8 cas. Pour deux autres cas, les cas n°17 et n°4, deux, respectivement quatre personnes sur six ont jugé qu'il s'agissait de situation trop complexe pour une prise en charge à domicile.

Dans le premier cas, il s'agit d'une personne qui nécessite peu de soins médicaux, mais plutôt de soins corporels et psychosociaux.

- La charge de travail des soins estimée pour prendre en charge le cas n°4 est la plus élevée des cas issus des SASD. Elle est supérieure au cas n°8 issu des EMS et, comme évoqué plus haut, ce cas fait partie des trois cas « limites » issus des SASD (cas n°4, n°5, n°7), situés à la limite des capacités de prise en charge par les SASD. Il s'agit d'une personne ayant principalement besoin de soins corporels intenses et qui bénéficie aussi de beaucoup d'assistance de la part de sa famille et d'une employée de maison (« badante »). Il est vraisemblable que, sans cette aide informelle, cette personne ne pourrait rester à son domicile.

## 5 Estimation des coûts par cas

Les coûts par cas sont des coûts mensuels. Ils sont calculés en deux étapes :

- Les coûts des soins sont obtenus en multipliant la charge de travail des soins présentée au chapitre précédant, par le coût/heure de soins en tenant compte du niveau professionnel concerné. Pour la prise en charge par les SASD, ce coût par heure est calculé en incluant les coûts des heures de déplacement et un forfait par heure de déplacement (voir Annexe 8.4).
- Les coûts totaux comprennent les coûts des soins plus ceux du soutien social et de la pension, dont le calcul repose sur les hypothèses suivantes.

### 5.1 Données disponibles et hypothèses de travail

Intégrer les coûts de pension et du soutien social est une étape déterminante pour aboutir à une comparaison équitable des deux prises en charge. Le calcul détaillé figure dans l'Annexe 8.4.

- Pour une prise en charge en EMS, on suppose que les coûts du soutien social et de la pension sont indépendants du degré de besoin en soins. Ils représentent un même montant pour chaque individu. Ce montant est estimé sur la base de la comptabilité annuelle 2008 des EMS tessinois, disponible auprès de la DASF. Il est calculé pour les six établissements du projet et comprend les coûts du personnel non soignant (personnel de direction, administratif, médecin - dans sa qualité de directeur de l'équipe sanitaire – thérapeutique, hôtelier et technique), y compris les charges sociales, le matériel médical (sans les médicaments), les repas, le service domestique, l'entretien du bâtiment, de l'ameublement et des véhicules, les frais d'investissement. Avec cette approche, les coûts de pension et du soutien social ne sont pas dissociables. Ils s'élèvent à CHF 145.-/jour soit CHF 4'350.- par cas et par mois.
- Pour une prise en charge à domicile, les estimations se basent sur deux hypothèses :
  - Les coûts de pension sont indépendants de l'intensité des besoins en soins. Ils comprennent le coût du logement, estimé sur la base du montant mensuel maximal reconnu (pour une personne seule) par les prestations complémentaires au Tessin (CHF 1'100.-/mois), le coût des repas (CHF 29.50/jour) et un forfait pour les coûts domestiques (CHF 200.-/mois). Ces deux derniers coûts sont corrigés à la baisse, voir pas pris en compte, lorsqu'un cas se voit attribuer un/-e employé/-e de maison («badante») (voir Tableau 8.4.2, Annexe 8.4).
  - Pour les SASD, on suppose que les tâches administratives sont corrélées avec l'activité des soins et que les coûts « overhead » sont dépendants du besoin en soins et donc de l'intensité de la prise en charge. Ils comprennent les coûts du personnel de direction et administratif (y compris les charges sociales) des 6 SASD participant au projet, ainsi que les coûts d'infrastructure et du matériel (sans les médicaments). Ils sont calculés à partir de la comptabilité annuelle 2008 des SASD, disponible auprès de la DASF et représentent 22% des coûts des soins.

Le coût du soutien social est également dépendant du degré de besoin en soins : plus une personne à besoin de soins, plus son autonomie est limitée et plus l'aide informelle prend de l'importance. Sur la base d'un salaire mensuel «standard» pour une employée de maison («badante») au Tessin (CHF 2'950.-/mois + 13ème salaire + charges sociales), le coût moyen mensuel d'une telle personne s'élève à CHF 3'740.-/mois.

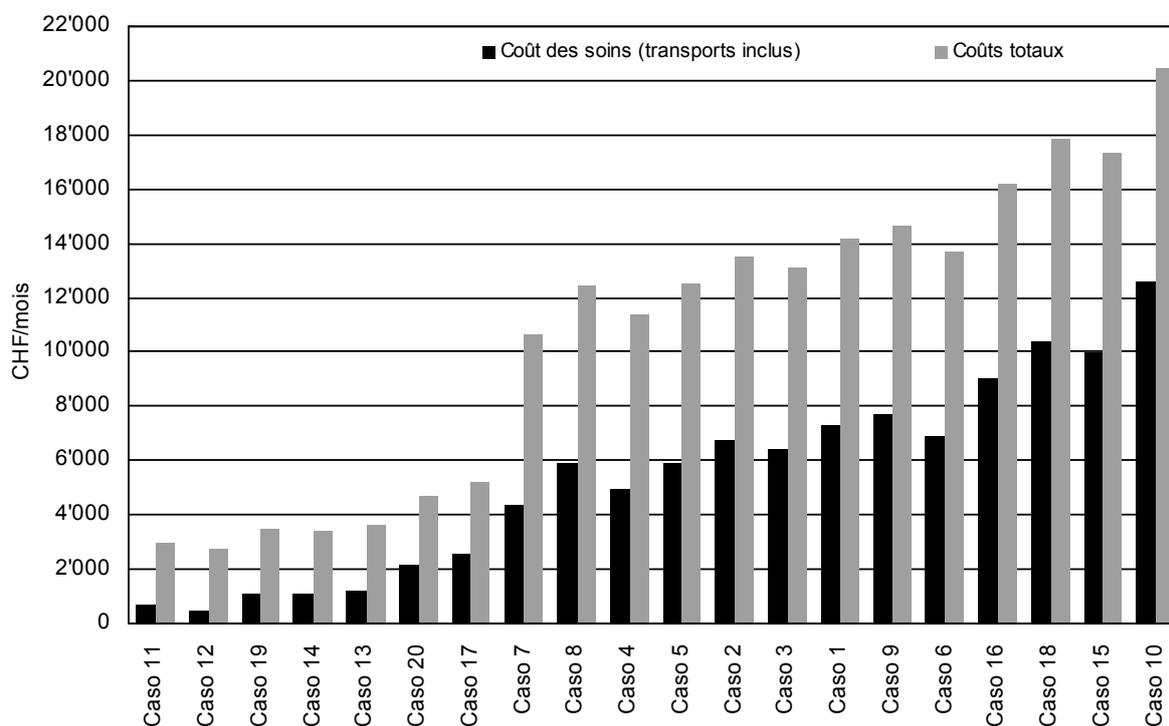
Dans ce travail, il a été fait l'hypothèse que seuls les cas dont la charge de travail pour les soins dépassait 160 minutes par jour faisaient appel à ce genre d'aide, à plein temps. Cela concerne tous les cas issus des EMS plus les trois cas les plus complexes des SASD (n°4, n°5 et n°7).

## 5.2 Estimation des coûts/cas par type de prise en charge (SASD vs EMS)

Selon la lourdeur du cas, le coût mensuel des soins varie entre CHF 600.- et CHF 12'600.- pour une prise en charge par les SASD (Figure 6). Le coût des soins inclut les coûts de déplacement.

Les coûts totaux oscillent entre CHF 2'800.- et CHF 20'500.- par mois. La part des coûts des soins représente ainsi entre 20% et 60% des coûts totaux, dans les cas les plus complexes. Elle est directement liée à l'intensité des soins requis.

**Figure 6 Coûts des soins et coûts totaux pour une prise en charge par les SASD (par mois)**



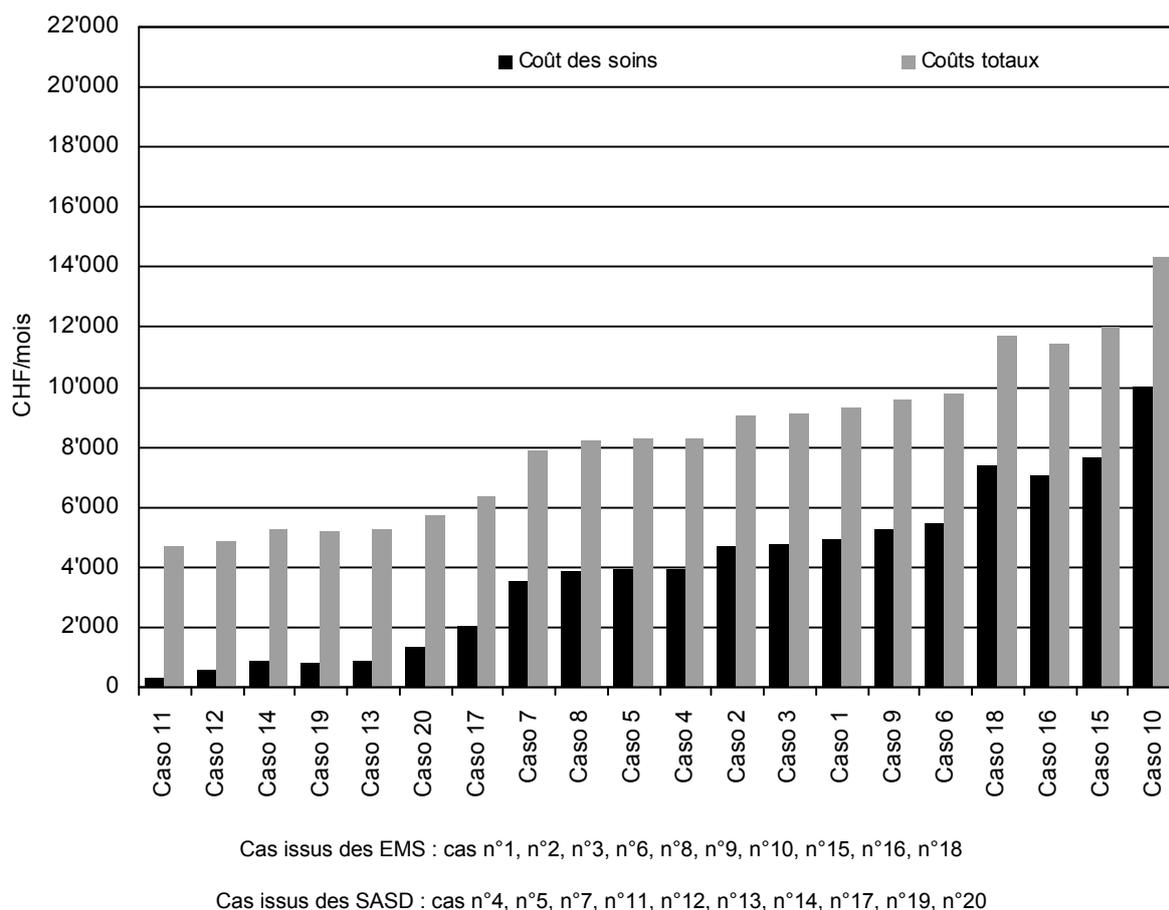
Cas issus des EMS : cas n°1, n°2, n°3, n°6, n°8, n°9, n°10, n°15, n°16, n°18

Cas issus des SASD : cas n°4, n°5, n°7, n°11, n°12, n°13, n°14, n°17, n°19, n°20

Si les mêmes cas sont pris en charge en EMS, le coût mensuel des soins varie entre CHF 300.- et CHF 10'000.- (Figure 7). Le coût des soins ne comprend pas ici de coûts de déplacement.

Les coûts totaux oscillent pour leur part entre CHF 4'600.- et CHF 14'300.- par mois. La part des coûts des soins représente entre 7% et 70% des coûts totaux. Elle est directement liée à l'intensité des soins requis.

**Figure 7 Coûts des soins et coûts totaux pour une prise en charge en EMS (par mois)**



Pour trois cas « limites » (n°4, n°5 et n°8), le coût des soins serait à peu près comparable, pour une prise en charge en EMS.

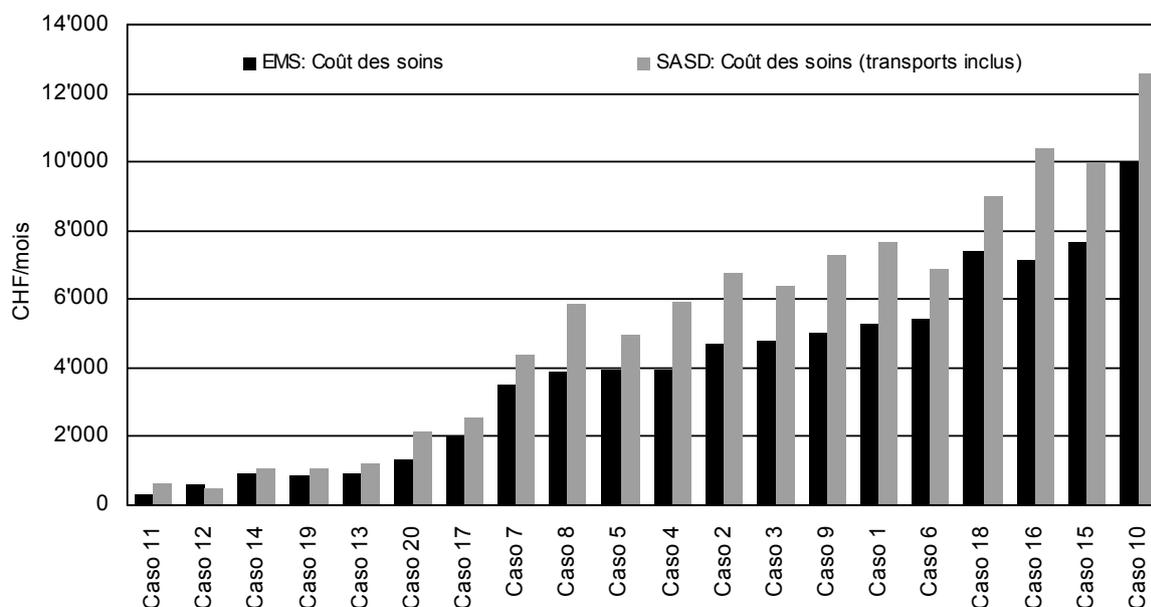
## Comparaison des coûts de soins/cas selon le type de prise en charge (SASD vs EMS)

Alors que la charge de travail pour les soins est comparable pour les deux prises en charge, à une exception près (cas n°12), les coûts des soins sont plus élevés pour une prise en charge par les SASD qu'en EMS (Figure 8). Ils s'élèvent en moyenne à CHF 4'300.-/mois et augmentent avec la complexité du cas. Deux éléments expliquent la différence des coûts des soins :

- Le coût des transports s'ajoute au coût des soins des SASD.
- La différence persiste lorsque l'on exclut de l'analyse le coût des transports, indiquant un rôle majeur de l'influence du skill-mix sur le coût des soins. En effet le personnel impliqué est plus qualifié dans les SASD qu'en EMS.

Dans la Figure 8, de gauche à droite, les cas n°11 à n°4 (sauf le cas n°8) sont issus des SASD, les cas n°8 à n°10 proviennent des EMS (sauf les cas n°4 et n°5). On constate que le coût des soins des cas « limites » (n°7, n°5, n°4 et n°8) seraient comparables pour une prise en charge en EMS, mais qu'ils oscilleraient entre CHF 4'300.- et CHF 5'900.- par mois pour une prise en charge par les SASD.

**Figure 8 Comparaison des coûts des soins selon le type de prise en charge (par mois)**



Cas issus des EMS : cas n°1, n°2, n°3, n°6, n°8, n°9, n°10, n°15, n°16, n°18

Cas issus des SASD : cas n°4, n°5, n°7, n°11, n°12, n°13, n°14, n°17, n°19, n°20

→ *Le coût des soins est plus élevé lors d'une prise en charge par les SASD : d'une part, le coût des déplacements s'ajoute au coût des soins. D'autre part, le niveau professionnel du personnel concerné pour des soins à domicile est déterminé par les actes médicaux requis.*

Pour les cas des SASD les plus simples, le rapport entre le coût des SASD et des EMS n'est pas univoque : la prise en charge du cas n°12 serait plus coûteuse en EMS.

À noter que dans l'étude pilote de Spitex-Bern, le coût des soins était relativement comparable pour les deux prises en charge, pour les cas les plus simples. Par contre, à partir d'un certain degré de

complexité, ils devenaient également plus élevés lors d'une prise en charge par les SASD que lors d'une prise en charge en EMS.

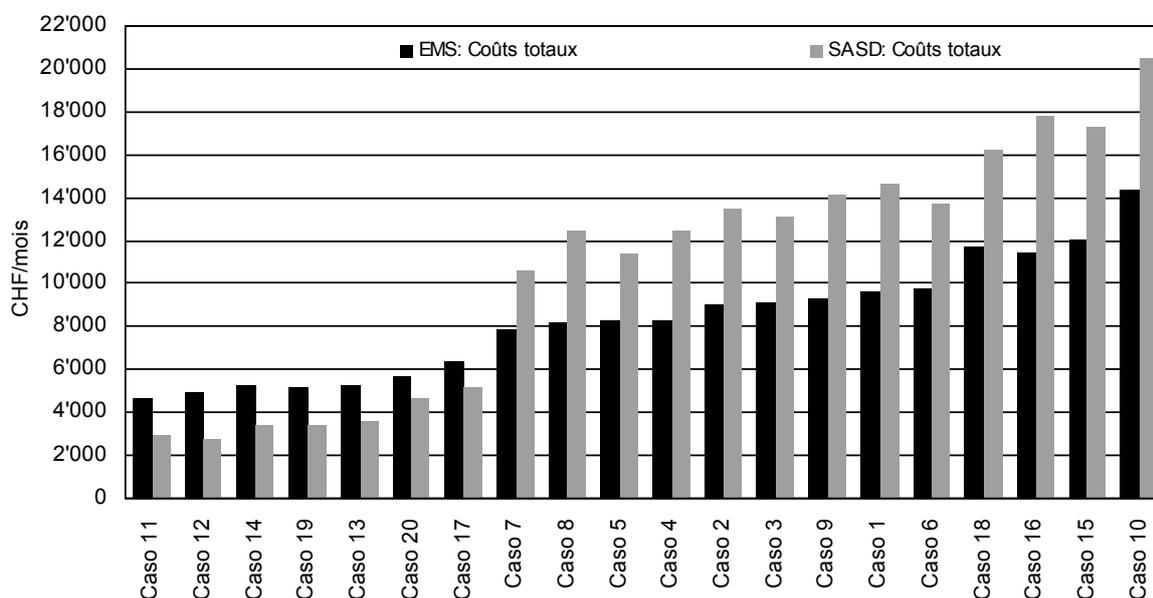
### Comparaison des coûts totaux/cas selon le type d'institution (SASD vs EMS)

Lorsque l'on examine les coûts totaux, on constate que plus un cas nécessite une prise en charge intense, plus les coûts mensuels d'une prise en charge par les SASD dépassent ceux d'une prise en charge en EMS : la différence atteint plus de CHF 6'000.- par mois pour les cas n°16 et n°10.

Dans la Figure 9, cette situation concerne les dix cas provenant d'un EMS et, dans une moindre mesure, les trois cas les plus complexes des SASD, (n°4, n°5 et n°7), qui sont des cas bénéficiant d'une aide informelle importante. Pour les sept cas les plus légers, tous issus au départ des SASD, une prise en charge à domicile est plus efficiente. Selon les cas, elle coûterait entre CHF 900.- et CHF 2'100.- de moins par mois qu'une prise en charge en EMS.

Cette comparaison permet de faire l'hypothèse que ces cas sont bien pris en charge par le service adéquat. Les cas n°4, n°5 et n°7 ont vraisemblablement fait le choix de rester à domicile et il est possible qu'ils bénéficient de l'aide directe cantonale pour le maintien à domicile, prévue dans le cadre de la LACD.

**Figure 9 Comparaison des coûts totaux selon le type de prise en charge (par mois)**



Cas issus des EMS : cas n°1, n°2, n°3, n°6, n°8, n°9, n°10, n°15, n°16, n°18

Cas issus des SASD : cas n°4, n°5, n°7, n°11, n°12, n°13, n°14, n°17, n°19, n°20

→ Si l'on examine les coûts totaux, une prise en charge en EMS s'avère plus efficiente pour les cas complexes et une prise en charge à domicile est plus efficiente pour les cas légers. Ainsi, plus un cas devient complexe, plus le maintien à domicile devient coûteux.

→ Lorsque l'on examine la provenance des cas sélectionnés pour ce projet, on constate que les cas les plus complexes provenaient des EMS et les cas les plus simples des SASD. Cette comparaison des coûts par cas permet de faire l'hypothèse que l'organisation des soins de longue durée tessinoise est cohérente avec l'objectif d'offrir à chacun ce dont il a besoin, là où il le souhaite.

L'étude-pilote de Spitex-Bern avait montré des résultats analogues : pour les cas complexes, une prise en charge par les SASD s'avérait être moins efficiente qu'une prise en charge par les EMS.

## 6 Synthèse et conclusion

Ce travail compare les coûts des soins et les coûts totaux des deux principaux types de prise en charge des soins de longue durée dans le canton du Tessin: les services d'aide et de soins à domicile (SASD) et les établissements médico-sociaux (EMS). Dans la réalité, les bénéficiaires de ces deux types d'institution diffèrent de par leurs besoins en soins et leur degré d'autonomie, ce qui rend une comparaison des coûts par cas difficile. L'approche choisie dans ce travail est donc d'offrir à des cas issus des deux types d'institution, dans un exercice théorique, les deux types de prise en charge puis de les comparer. Les coûts considérés sont d'abord les coûts des soins, incluant les coûts des transports pour les SASD, puis les coûts totaux, qui englobent les coûts du soutien social, les coûts « overhead » et les coûts de pension.

Les analyses reposent sur l'évaluation de la charge de travail nécessaire pour répondre à des besoins en soins décrits de la manière la plus exhaustive possible. Cette évaluation reste subjective et les résultats doivent être considérés comme des ordres de grandeur. Il faut quand même souligner que, dans la réalité, l'évaluation des patients est elle aussi sujette à la subjectivité.

Ce travail se base sur un échantillon de vingt cas, évalués par douze experts, dans le contexte des soins tessinois. Ses résultats peuvent être considérés comme indicatifs pour le Tessin, mais l'échantillon est trop petit pour permettre des conclusions à l'échelon de la Suisse.

Le fait que le canton du Tessin ait déjà introduit dans les EMS et les SASD l'utilisation des instruments RAI pour estimer les besoins en soins de leurs patients de soins de longue durée a facilité l'évaluation des cas. Celles-ci se sont entièrement basées des dossiers de patients dans lesquels un vocabulaire commun et familier aux experts en soins est utilisé. Ceci souligne l'importance de disposer d'outils de travail reposant sur un langage et des standards communs aux services à comparer.

Certains travaux antérieurs, consacrés aux coûts des soins de longue durée, ont fait état de différence d'environ un facteur dix entre les coûts d'une prise en charge par les SASD et en EMS [3]. Cette différence s'explique par le fait que les coûts de pension et du soutien social des clients des SASD n'avaient pas été inclus dans la comparaison. En outre, cette approche ne tenait pas compte des différences quant aux besoins en soins des deux groupes de bénéficiaires, les clients des SASD étant généralement plus autonomes que les résidents en EMS. La méthode proposée dans ce travail permet une comparaison plus équitable des deux prises en charge car elle permet d'éviter le biais de sélection spécifique aux soins de longue durée, puisque les clients des SASD sont plus autonomes que les pensionnaires des EMS. Elle offre ainsi une perspective plus réaliste, indépendante du degré de besoins en soins des bénéficiaires.

Grâce à cette approche plus équitable, il est possible de faire les constats suivants pour l'échantillon de patients sélectionnés :

→ ***Dans ce travail, le type de prise en charge -SASD ou EMS- a peu d'influence sur la charge de travail pour les soins. L'élément déterminant pour la charge de travail est le degré de dépendance fonctionnelle du bénéficiaire et son besoin en soins.***

Dans la littérature existent des travaux documentant le lien entre le degré de dépendance fonctionnelle et la probabilité de recourir aux soins de longue durée, mais, pour des raisons pratiques,

ces travaux ne comparent pas les deux types de prise en charge pour une même personne. Par contre, il existe un lien entre la sévérité de la dépendance fonctionnelle et la probabilité d'être hébergé en EMS plutôt que d'être soigné à domicile, comme observé au chapitre 4 [7]. Le projet-pilote réalisé pour Spitex-Bern arrivait à la même conclusion pour les cas simples. Par contre, la charge de travail d'une prise en charge par les SASD des cas complexes, s'avérait être plus élevée, différence qui avait été attribuée à l'absence d'infrastructures spécifiques pour certains soins corporels. On peut malgré tout supposer que, pour limiter les répercussions des coûts des soins de longue durée, les mesures de prévention et de promotion de la santé sont inévitables et doivent permettre à la population âgée de préserver son autonomie.

→ ***Cette analyse met en évidence des coûts de soins plus élevés lors d'une prise en charge par les SASD : d'une part, le coût des déplacements s'ajoute au coût des soins. D'autre part, le niveau professionnel concerné est plus élevé car il est déterminé par les actes médicaux requis. Par rapport aux EMS, la marge de manœuvre des SASD pour ajuster les compétences aux besoins des clients - ce qui revient à optimiser le skill-mix- est restreinte.***

Cette constatation soulève une question concernant l'efficacité des SASD : existe-t-il ou non des possibilités d'adapter le mode de fonctionnement de ces services pour mieux ajuster le skill-mix aux besoins des clients ? Dans quelle mesure cette contrainte, concernant le niveau professionnel concerné, est-elle indissociable de la mission des SASD ?

→ ***Lorsque l'on examine les coûts totaux, le facteur essentiel reste le degré de besoins en soins. Celui-ci détermine le montant des coûts mais aussi quel type de prise en charge est le plus efficace. Dans la présente étude, pour des cas complexes, la prise en charge en EMS s'avère plus efficace. Pour les cas plus légers, la prise en charge par les SASD est plus efficace.***

Par conséquent, comme cela avait déjà été constaté dans le projet-pilote Spitex-Bern, plus un cas est complexe, plus le maintien à domicile a son coût. Le fait que, dans les travaux réalisés avec une approche macroscopique les soins à domicile soient moins chers que les soins en EMS est lié au biais de sélection des patients, puisque la clientèle des SASD nécessite des soins moins intenses.

Ces mêmes études macroscopiques mettent d'ailleurs aussi en évidence une répartition relativement efficace des bénéficiaires de soins de longue durée, les cas complexes étant généralement hébergés en EMS et les cas plus légers étant pris en charge à domicile, comme cela s'avère être le cas dans la présente étude ou dans l'étude-pilote bernoise.

→ ***Les SASD et les EMS sont des formes complémentaires de prise en charge. Elles répondent à des besoins en soins différents.***

Le renforcement des soins ambulatoires ne doit pas se faire au détriment des soins en EMS. Pour les cas complexes, le maintien à domicile n'est possible qu'en présence d'aide informelle importante. En outre, à partir d'un certain degré de besoins en soins, une prise en charge par les SASD s'avère irréaliste. C'est pourquoi il importe de développer les deux offres de prises en charge de manière coordonnée, afin de disposer de capacités d'accueil en EMS, pour les cas plus complexes.

Les soins de longue durée ne se limitent pas à ces deux formes de prise en charge. Dans la réalité, celles-ci constituent les deux extrêmes d'une gamme de services de plus en plus diversifiés et il existe entre ces deux extrêmes, une certaine marge de manœuvre à explorer. En particulier, il pourrait être

utile d'examiner quels types de services développer pour la prise en charge des cas trop complexes pour les SASD mais qui sont encore considérés comme relativement légers pour résider en EMS, comme les cas « limites » de ce projet. Dans cette optique, le nouveau système de financement des soins de longue durée qui va entrer en vigueur dès janvier 2011, posera un cadre juridique pour régler le financement des Spitex privés, des infirmiers indépendants reconnus par l'AOS ainsi que des centres de jour et de nuit.

→ ***Les comparaisons effectuées permettent de faire l'hypothèse que l'offre en soins de longue durée tessinoise est cohérente avec la possibilité d'offrir à chacun ce dont il a besoin, là où il le souhaite.***

L'examen des cas « limites » met en évidence que pour un même degré de dépendance fonctionnelle, les deux prises en charge sont possibles, en partie du fait de l'aide informelle disponible, mais que au-delà d'un certain seuil de besoins en soins, la prise en charge ambulatoire a son coût. La LACD veille à respecter le volonté des personnes qui souhaitent rester à domicile tout en cherchant à en diminuer les coûts pour les ménages. Une des particularités du système de soins de longue durée au Tessin est aussi représentée par l'aide directe au maintien à domicile pour les personnes qui le souhaitent, aide prévue dans la LACD à certaines conditions.

## **Conclusion**

Dans ce travail, lorsque l'on compare les coûts par cas des soins de longue durée avec une approche qui tient compte du besoin en soins des patients et qui englobe la totalité des coûts, on constate que les coûts dépendent d'abord du degré de besoins en soins du bénéficiaire et non du type de prise en charge. Les coûts des soins sont plus élevés lors d'une prise en charge à domicile en raison des coûts de déplacement, mais aussi du fait du skill-mix plus élevé du personnel impliqué. Lorsque l'on tient compte des coûts totaux, englobant les coûts de pension et du soutien social, une prise en charge en EMS est plus efficiente qu'une prise en charge à domicile pour les cas complexes, tandis que l'inverse s'observe pour les cas légers.

Ces résultats reposent sur l'analyse d'un échantillon de vingt cas tessinois. Même s'ils corroborent les résultats obtenus dans un projet-pilote réalisé par Spitex-Bern avec la même approche, des travaux supplémentaires sont nécessaires pour tirer des conclusions à l'échelon national, voir cantonal.

Ces travaux laissent supposer que l'approche des soins de longue durée choisie par le canton du Tessin est cohérente. D'une part, elle permet à des cas relativement complexes de rester à domicile, situation qui ne reste possible qu'en présence d'aide informelle importante. D'autre part, elle offre aux cas les plus complexes la prise en charge la plus efficiente, à savoir celle en EMS.



## 7 Références

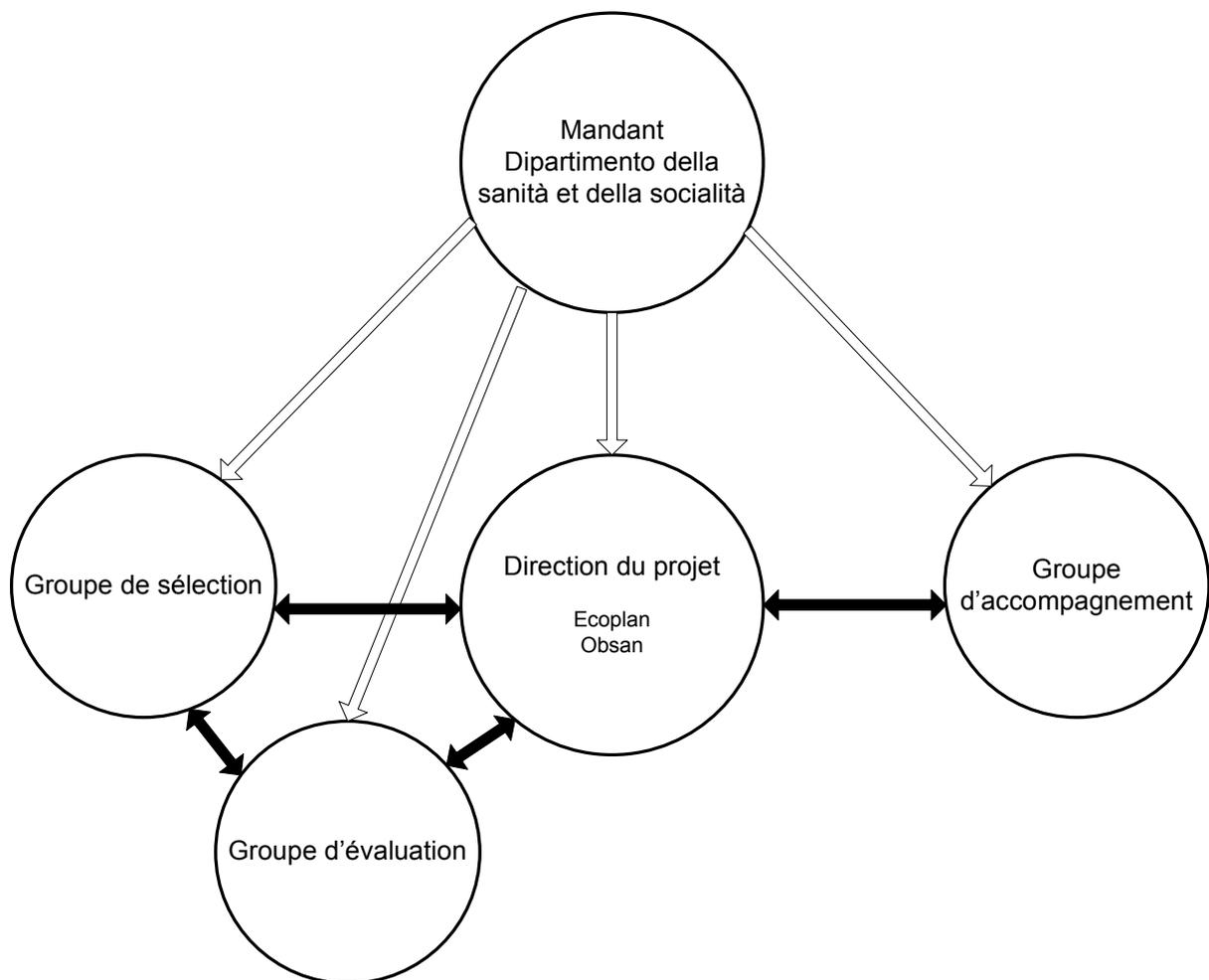
1. Costa-Font, J., et al., *Projecting long-term care expenditures in four european union member states: the influence of demographic scenarios*. Social Indicators Research, 2008. **86**: p. 303-321.
2. Oliver, D., et al., *Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses*. Bmj, 2007. **334**(7584): p. 82.
3. Weaver, F., et al., *Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse*. 2008, Observatoire suisse de la santé: Neuchâtel.
4. Fuhrer, B., et al., *Pflegefinanzierung und Pflegebedarf: Schätzung des zukünftigen Entwicklung*. 2003, OFAS, Berne. p. 53.
5. Fuhrer, B., *Enquête sur le coût des soins*. Sécurité sociale, 2008. **2008**(1): p. 57-59.
6. Höpflinger, F., Hugentobler V. *Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse*. Observatoire suisse de la santé. Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé, 2006: Médecine & Hygiène.
7. de Meijer, C.A., et al., *The role of disability in explaining long-term care utilization*. Med Care, 2009. **47**(11): p. 1156-63.

## 8 Annexes

### 8.1 Partenaires du projet

- Mandant : Dipartimento della sanità e della socialità  
représenté par M. C. Denti, du DASF
- Mandataire : Obsan représenté par Mme H. Jaccard Ruedin
- Sous-mandataire : Bureau Ecoplan, représenté par MM H. Sommer et M. Marti.

La direction du projet est assurée en tandem par M. Marti et H. Jaccard Ruedin



<p><b>Groupe d'accompagnement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- M. C. Denti (Chef de Section, DASF)</li> <li>- M. F. Branca (Adjoint Chef de Section, DASF)</li> <li>- M. G. Borradori (Chef d'Office, DASF)</li> <li>- Mme C. Gulfi (DASF)</li> <li>- M. C. Leoni (DASF)</li> </ul>	<p><b>Groupe de sélection</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mme V. S. Roffi (Pro Senectute, assistante sociale)</li> <li>- Mme M. Santini (SASD ALVAD, Directrice sanitaire du SASD)</li> <li>- M. M. Battaglia (Chef de Section, EMS de la Ville de Lugano)</li> <li>- M. G. Marvin (Infirmier cantonal, Service du médecin cantonal)</li> </ul>
<p><b>Groupe d'évaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mme R. Sablonier-Pezzoli (SASD SCuDo)</li> <li>- Mme L. Baroni (SASD ABAD)</li> <li>- Mme M.-C. Galland (SASD MAGGIO)</li> <li>- Mme K. Colombi (SASD Mendrisiotto e Basso Ceresio)</li> <li>- M. R. Rodoni (SASD regione Tre Valli)</li> <li>- Mme C. Turrini (SASD ALVAD)</li> <li>- M. R. Sadiki (EMS La Quercia)</li> <li>- M. A. Ambrosio (EMS Bellinzona)</li> <li>- Mme A. B. Peloso (EMS Alto Vedeggio)</li> <li>- M. G. Castrica (EMS Girotondo)</li> <li>- Mme A. Calvi (EMS Centro sociosanitario Onsernone)</li> <li>- M. B. Mazzuchelli (EMS Girasole)</li> </ul>	

## 8.2 Annexe statistique

### Etablissements médico-sociaux pour personnes âgées<sup>12</sup>

#### Nombre d'établissements et de lits et répartition géographique

Fin 2008, le canton du Tessin comptait 67 établissements médico-sociaux, dont 55 étaient subventionnés selon la Loi sur les personnes âgées (Lanz) et 12 n'étaient pas subventionnés. La plupart de ces établissements se situent dans les zones de Locarnese e Vallemaggia, du Luganese et de Mendrisiotto e Basso Ceresio.

Le nombre de lits médicalisés proposés s'élevait à 4'146, dont 3'916 étaient réservés à des séjours de longue durée, 109 à des séjours de courte durée et 121 se situaient dans des appartements protégés. Quatre EMS proposent, pour des séjours de courte durée, des lits hautement médicalisés («ad alto contenuto sanitario – ACS»), destinés à des personnes âgées fragiles ayant besoin d'un soutien clinique non spécialisé pour retrouver leur autonomie (réactivation gériatrique). Le principal but d'un tel soutien est de permettre à ces personnes de rentrer chez elles.

**Tableau 8.2.1 EMS par zone SASD, lits totaux, selon la durée du séjour et la typologie à fin 2008**

Zones SASD	Nbre d'établ.	Lits médicalisés				
		Total	Longue durée	Courte durée	En apart. protégés	
Mendrisiotto e Basso Ceresio	13	752	713	20	15	19
Luganese	18	1'223	1'171	19	15	33
Malcantone e Vedeggio	5	350	331	19	15	0
Locarnese e Vallemaggia	21	1'080	1'001	40	15	39
Bellinzonese	5	425	388	7	0	30
Tre Valli	5	316	312	4	0	0
<b>canton du Tessin</b>	<b>67</b>	<b>4'146</b>	<b>3'916</b>	<b>109</b>	<b>60</b>	<b>121</b>

Source: DASF, 2009.

<sup>12</sup> Y compris les places dans les appartements protégés.

### Densité et répartition géographique des lits dans les établissements médico-sociaux par rapport à la population âgée

La densité des lits dans les établissements médico-sociaux varie beaucoup au Tessin selon le niveau régional. Fin 2008, on dénombrait en moyenne 12 lits médicalisés (y compris des lits dans les appartements protégés) pour 1'000 personnes âgées de 65 ans ou plus.

La zone Locarnese e Vallemaggia surtout, ainsi que celle de Mendrisiotto e Basso Ceresio, présentaient une densité au niveau global régional supérieure à la moyenne cantonale (la situation est plus contrastée au niveau micro-régional). Les zones Luganese e celle de Tre Valli connaissaient des densités proches de la moyenne. Enfin, la zone Malcantone e Vedeggio et, plus particulièrement, la zone Bellinzonese étaient en dessous de la moyenne (cette dernière étant une région nettement sous-dotée).

**Tableau 8.2.2 Densité des lits dans les EMS, par rapport à la population de 65 ans et plus, au Tessin et par zone SASD, fin 2008**

<b>Zone SASD</b>	<b>Population</b>	<b>65+ (%)</b>	<b>Lits médicalisés</b> (y c. app. prot.)	<b>%</b>
Mendrisiotto e Basso Ceresio	52'725	20.6%	752	14.3
Luganese	100'270	19.7%	1'223	12.2
Malcantone e Vedeggio	37'226	17.6%	350	9.4
Locarnese e Vallemaggia	66'821	22.3%	1'080	16.2
Bellinzonese	47'877	17.9%	425	8.9
Tre Valli	27'817	20.4%	316	11.4
<b>canton du Tessin</b>	<b>332'736</b>	<b>19.9%</b>	<b>4'146</b>	<b>12.5</b>

Source Ustat, réalisé le 14.09.2009 + DASF, 2009.

Le **taux d'occupation des lits** (de longue durée) s'élevait au Tessin à 98% en 2008, selon les dernières données SOMED ; ce taux augmente depuis plusieurs années.

## Services d'aide et de soins à domicile

### Composition des six services SASD

Le canton du Tessin dénombre **six SASD d'intérêt public**, dont le rayon d'activité correspond aux **zones SASD** suivantes:

Zone SASD **Mendrisiotto e Basso Ceresio** (AM&BC). Cette zone comprend le district de Mendrisio, avec en plus les communes suivantes : Arogno, Brusino Arsizio, Maroggia, Melano et Rovio (district de Lugano).

Zone SASD **SCuDo**. Cette zone comprend une partie du district de Lugano (ville et agglomération, communes de Capriasca et de Valcolla, sans la région de Basso Ceresio).

Zone SASD **Malcantone e Vedeggio** (MAGGIO). Cette zone comprend une partie du district de Lugano (uniquement les régions de Malcantone et de Vedeggio), avec en plus les communes d'Isone et de Medaglia (district de Bellinzone).

Zone SASD **Locarnese e Vallemaggia** (ALVAD). Cette zone comprend les districts de Locarno et de Vallemaggia, à l'exception de la commune de Contone.

Zone SASD **Bellinzonese** (ABAD). Cette zone comprend le district de Bellinzone, à l'exception des communes d'Isone et de Medaglia, avec en plus la commune de Contone (district de Locarno).

Zone SASD **Regione Tre Valli**. Cette zone comprend les districts de Blenio, de Leventina et de Riviera.

Figure 8.2.1 Limites des six zones SASD tessinoises, situation à fin 2008



### **8.3 Sélection des cas de l'étude**

Conformément aux besoins des mandants, les cas doivent être représentatifs des services de soins de longue durée fournis dans le canton du Tessin. Ils doivent provenir des deux types d'institutions, soit les EMS et les SASD et des différentes régions de soins du canton, comme elles sont définies dans le chapitre 2. La sélection s'est faite par étapes successives :

#### **Sélection des institutions**

Avec les collaborateurs de la DASF, cette étape a été réalisée par un groupe de sélection invité par le « Dipartimento della sanità e della socialità » (DSS) du canton du Tessin, dont les membres ont été choisis pour leur connaissance des institutions de soins de longue durée du canton : il s'agissait de l'infirmier cantonal, d'un responsable de Pro Senectute et de deux collaborateurs issus du milieu des soins (SASD et EMS).

Pour que les résultats soient représentatifs du canton du Tessin dans sa totalité, le projet devait concerner des patients provenant des deux types d'institutions et être issus autant du milieu rural qu'urbain. Les institutions ont sélectionné les institutions sur la base de 3 critères :

1. Type d'institution : 6 institutions des SASD et 6 des EMS d'intérêt public, soumis au système des contrats de prestations avec le canton.
2. Régional :
  - 3 SASD de régions de soins « urbaines »
  - 3 SASD de régions de soins « rurales »
  - 3 EMS de régions de soins « urbaines »
  - 3 EMS de régions de soins « rurales »
3. Compétence et disponibilité des institutions : estimée subjectivement.

Chaque institution a alors désigné un expert en soins pour faire partie du groupe d'évaluation. Cet expert a alors reçu un mandat explicite de la part de la DASF, pour consacrer en 2009 sept jours de travail au projet. Ce mandat a été inscrit dans le contrat de prestation entre le canton et l'institution concernée.

#### **Sélection de 5 dossiers par institution**

Chacun des douze experts en soins a identifié 5 cas représentatifs de son institution dont il a transmis le dossier anonyme à l'Office du médecin cantonal du DSS. Cette première sélection a reposé sur 4 critères :

- 4 Age : être âgé de 70 ans ou plus ;
- 5 Durée de la prise en charge : être suivi depuis au moins trois mois ;
6. Forme de prise en charge courante, à savoir pas de traitements particuliers (p.ex chimiothérapie) ;
7. Degré de dépendance fonctionnelle :

- EMS : déterminé selon l'échelle RAI-RUG. Par rapport à la distribution du degré de dépendance fonctionnelle de tous les patients de l'institution, le patient se situe dans l'espace interquartile (25%-75%)
- SASD : déterminé selon le nombre de minutes consacrées aux soins et à l'aide familiale. Par rapport à la distribution du minutage de tous les patients de l'institution, le patient se situe dans l'espace interquartile (25%-75%).

L'office du médecin cantonal a ainsi reçu au total 60 dossiers anonymes :

- 3x5 cas provenant de SASD urbains
- 3x5 cas de SASD ruraux
- 3x5 cas provenant d'EMS urbains
- 3x5 cas d'EMS ruraux

### **Sélection des 20 cas définitifs**

Ces 60 dossiers ont alors été examinés par les mandataires et le groupe d'évaluation pour la sélection finale. Deux critères ont été appliqués :

8. Etat de santé : Ce critère assure que tout le spectre des besoins et des services les plus courants est représenté.

La grille d'évaluation RAI-NH et RAI-HC<sup>13</sup> relève les diagnostics médicaux des patients. Les principales pathologies responsables de dépendance fonctionnelle ont alors été regroupées en sept grandes catégories de troubles : troubles locomoteurs, troubles pulmonaires, démence, troubles dépressifs, troubles cardiaques, séquelles d'attaque cérébrale, diabète. En général, les patients présentaient des diagnostics relevant de trois à cinq catégories de troubles.

Les 15 cas de chaque région et de chaque type d'institutions ont alors été classés selon la fréquence d'occurrence de chaque catégorie de troubles ci-dessus.

Pour que chaque catégorie de trouble soit représentée au moins une fois, le cas présentant le trouble le moins fréquemment cité a été sélectionné en premier, suivi du cas présentant le trouble mentionné avec la deuxième fréquence la plus faible etc.

9. Degré de dépendance fonctionnelle : déterminé comme sous le point 7.

Si plusieurs cas présentant les mêmes pathologies entraînent en ligne de compte, le cas considéré comme le plus représentatif a alors été retenu, c'est-à-dire celui dont le niveau de dépendance fonctionnelle (sur l'échelle RAI ou selon le minutage) était le plus proche de la médiane de la distribution portant sur les 15 cas.

---

<sup>13</sup> Pour le 30 cas issus des SASD, la partie "I" du « Minimal Dataset » du RAI-NH (version 2.0) pour les EMS a été expressément compilée par le médecin en charge du patient SASD et transmise, sous forme anonyme, à l'Office du médecin cantonal. Ceci pour garantir une parfaite comparabilité des diagnostics des différents cas.

## 8.4 Méthode de comparaison

L'objectif principal de ce travail est de comparer les coûts engendrés par une prise en charge de longue durée en établissement médico-social (EMS), à ceux engendrés par une prise en charge par les soins à domicile (SASD), en tenant compte de la totalité des coûts.

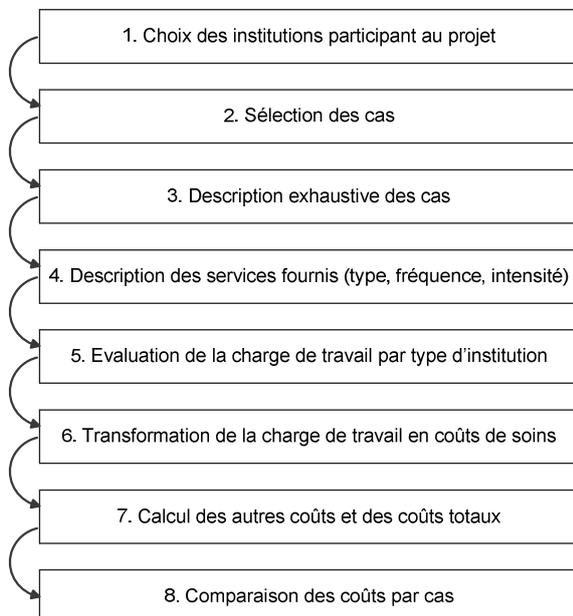
La méthode choisie par le bureau Ecoplan et la HES-Nordwestschweiz tente d'améliorer la comparabilité puisque les prises en charge examinées se réfèrent au même patient. Cette démarche permet d'englober la totalité des coûts et de mettre en évidence les spécificités de chaque type de prise en charge.

Le principe consiste à décrire d'abord les besoins de chaque cas, de la manière la plus exhaustive possible, et le type et l'intensité des services dont il bénéficie, là où il est pris en charge (EMS ou SASD).

Les services fournis sont alors traduits en charge de travail puis en coûts, pour une prise en charge en EMS ou une prise en charge par les SASD. Selon ses besoins, chaque cas se voit donc offrir une prise en charge en EMS et une prise en charge à domicile, qui peuvent être exprimées en coûts totaux et ensuite être comparées.

La Figure 8.4.1 schématise les différentes étapes du processus adopté pour rendre ces prises en charge comparables. Les étapes 1 et 2 sont décrites dans l'annexe 8.3. La présente annexe décrit les étapes 3 à 8.

**Figure 8.4.1**      **Etapes du projet**



## **Description des cas : besoins en services**

Comme mentionné au chapitre 3, le canton du Tessin a mis en place les systèmes d'évaluation RAI-NH et RAI-HC sur tout son territoire. Ceci permet de faire l'hypothèse que dans ce canton, les patients sont évalués de manière relativement standardisée et que les besoins en soins et en services sont établis sur la base de standards communs aux acteurs impliqués. Cette situation facilite grandement l'évaluation des cas, qui peut reposer sur un outil déjà en place et familier.

Pour chaque cas retenu, une fiche spécifique est complétée par un expert en soins en charge du patient rassemblant sous forme anonyme des informations récoltées dans le « Minimal Dataset » RAI-NH (version 2.0) et RAI-HC (version juin 2003). Le but est d'utiliser un langage le plus uniforme et neutre possible afin de ne pas influencer ultérieurement les experts, durant la phase d'évaluation de la charge de travail.

Toute l'évaluation de la charge de travail et des coûts repose sur l'analyse de ces fiches. Ces dernières contiennent des informations concernant les besoins et les services fournis dans les domaines suivants :

- Etat civil et situation sociale (présence de parents ou d'amis, soutien social, utilisation de services courants : coiffeur, pédicure, etc.).
- Mobilité et activités de la vie quotidienne (se déplacer, s'habiller, manger, marcher, etc.)
- Continence (urinaire et fécale)
- Diagnostics médicaux
- Problèmes médicaux spécifiques (douleurs, œdèmes, etc.)
- Etat nutritionnel
- Etat de la peau et soins spécifiques
- Traitements infirmiers particuliers (médicaments, signes vitaux, glycémie etc)
- Fonctions cognitives
- Communication et fonction auditive
- Troubles visuels
- Troubles de l'humeur (dépression, anxiété, agressivité, etc.)
- Bien-être psychosocial

Pour chaque domaine, les fiches décrivent la prise en charge : type de services offerts avec leur fréquence (journalière, hebdomadaire ou mensuelle) ainsi que le nombre de professionnels en charge du service.

Les services ci-dessus sont regroupés en soins corporels, soins psychosociaux et soins médicaux proprement dit. Les services mentionnés dans la première catégorie de besoins ci-dessus, comme le coiffeur et la pédicure ne sont pas des services fournis par les institutions de soins. En outre, ils sont fournis indépendamment du lieu de vie. C'est pourquoi ils ne sont pas inclus dans le calcul des coûts totaux ou des coûts des soins.

## **Evaluation de la charge de travail des soins**

Connaissant la quantité de chaque service que reçoit un cas, sans connaître la provenance (EMS ou domicile), les douze experts en soins participant au projet évaluent le minutage requis pour chaque type de service décrit dans les vingt fiches soumises. Ce minutage est ventilé par niveau professionnel chargé de la tâche si ce cas était pris en charge dans leur institution, en distinguant trois niveaux : infirmier/-ère diplômé/-e (INF); infirmier/-ère assistant/-e (OSS) ou personnel auxiliaire (AUX) (un niveau pour les SASD (AUX SASD); deux niveaux en EMS : auxiliaire des soins (AUX EMS) et assistant de soins (AC).

On obtient donc la charge de travail que ces 20 cas représenteraient, sous forme de minutes et selon les trois niveaux professionnels susmentionnés, pour les deux types de prise en charge.

- Les experts travaillant dans des EMS évaluent la charge de travail pour une prise en charge en EMS.
- Les experts issus des SASD évaluent la charge de travail pour une prise en charge à domicile.

C'est une étape cruciale pour rendre les cas comparables car il faut être capable d'abstraction : dans la réalité, la moitié des cas à évaluer provenait de l'autre mode de prise en charge. Ainsi, les experts des SASD ont dû évaluer la charge de travail pour des cas issus des EMS, tout en supposant qu'ils seraient pris en charge par les SASD et vice versa.

Cette étape, étant réalisée indépendamment par les douze experts en soins, les différents avis concernant le temps nécessaire sont alors synthétisés sous forme de valeur médiane.

## **Contrôle de la cohérence des fiches**

Les fiches d'évaluation des besoins et de la charge de travail pour les soins sont alors systématiquement vérifiées quant à la cohérence des réponses. L'incohérence peut concerner des aspects médicaux (par exemple un cas avec un diagnostic de diabète insulino-dépendant chez lequel l'administration d'insuline ne serait pas mentionnée dans la fiche) ou des aspects plus techniques (par exemple un expert évalue à 20 minutes le temps pour préparer les médicaments alors que les onze autres experts l'évalueraient à 10 minutes). Ces incohérences sont discutées d'une part avec l'infirmier cantonal, d'autre part, avec les experts concernés et les corrections sont faites au cas par cas.

## **Charge de travail impartie aux soins paramédicaux**

Si l'on veut inclure ces services, en particulier la physio- et l'ergothérapie ou la logopédie dans l'analyse, on se heurte à un biais. En effet, ces services peuvent être dispensés dans certains EMS par un thérapeute employé par l'institution. Par contre, pour les EMS et les SASD qui n'emploient pas de tels professionnels, ce genre de soins devrait être comptabilisé différemment. Pour éviter toute confusion et pour que la comparaison reste équitable, il a été décidé d'exclure ces soins de l'analyse.

## Evaluation des coûts engendrés

### Catégories de coûts retenues et sources de données utilisées

Pour rappel les coûts sont classés en quatre catégories : Les coûts des soins, des déplacements ceux de la soutien social, et de la pension (repas, ménage et frais de logement. Les coûts des déplacements ne concernent que les SASD. Ils sont inévitables et sont comptés avec les coûts des soins de ces services.

### Coûts des soins

Le coût des soins dépend du type de services fournis, du niveau professionnel requis et de la charge de travail que leur délivrance implique.

La charge de travail est monétarisée, en se basant sur le salaire-horaire brut (y compris les charges sociales) des personnes concernées, selon leur niveau professionnel. L'échelle des salaires correspond à celle des contrats collectifs de travail en vigueur dans les deux secteurs (EMS et SASD). Pour chaque niveau professionnel envisagé dans cette étude (3 pour les SASD, 4 pour les EMS), on s'est référé à un profil moyen de carrière dans le secteur correspondant. Ce salaire-horaire dépend donc aussi du lieu de la prise en charge (Tableau 8.4.1).

Pour les SASD, les heures de déplacements s'ajoutent aux heures de soins fournis, dans des proportions qui varient selon le niveau professionnel impliqué. Selon des estimations reposant sur la comptabilité annuelle des institutions, disponible au DASF, les heures de déplacement représentent respectivement 17%, 11% et 8% des heures effectives de travail des INF, OSS et AUX. Dans le calcul du coût des soins, les salaires horaires de ces heures s'ajoutent aux heures de soins. S'y ajoute encore un forfait de déplacement, variant entre CHF 5.80, CHF 2.60 et CHF 1.60 par heure de déplacement d'une INF, d'une OSS ou d'une AUX.

**Tableau 8.4.1. Coûts/heure de soins selon le type d'institution et le niveau professionnel.**

<b>SASD</b>	<b>Heures travaillées/année (100%)</b>	<b>Salaires annuels bruts (CHF)</b>	<b>Coûts/ heure de soins (CHF)</b>
INF	1'752	98'000	57.-
OSS	1'752	84'000	48.-
AUX SASD	1'752	62'000	36.-
<b>EMS</b>			
INF	1'752	96'000	55.-
OSS	1'752	83'000	47.-
AC EMS	1'752	71'000	40.-
AUX EMS	1'752	64'000	36.-

Les frais médicaux ou de physiothérapie ne sont pas pris en compte dans les coûts des soins puisque ceux-ci sont pris en charge par l'AOS indépendamment du lieu de résidence du bénéficiaire.

## **Coûts du soutien social et de la pension**

**Pour une prise en charge en EMS**, on suppose que les coûts du soutien social et de la pension sont indépendants du degré de besoin en soins. Ils représentent un même montant pour chaque individu. Ce montant est estimé sur la base de la comptabilité annuelle des EMS tessinois pour 2008, disponible auprès de la DASF. Ce montant tient compte des salaires du personnel non soignant, de l'entretien, du matériel et des coûts d'infrastructure. Il s'élève à CHF 145.-/cas et par jour.

**Pour une prise en charge à domicile**, les estimations se basent sur différentes hypothèses :

Les coûts de pension sont indépendants de l'intensité des besoins en soins. Ils comprennent le coût du logement, estimé sur la base du montant mensuel maximal (pour une personne seule) des Prestations complémentaires AVS-AI versées au Tessin (CHF 1'100.-/mois) et le coût des repas, estimé à partir des tarifs pour les repas livrés à domicile par le service de Pro Senectute ainsi que selon le montant retenu par les dispositions AVS pour le calcul d'un revenu en nature (CHF 885.-/mois, ou CHF 645.-/mois pour les personnes bénéficiant de l'aide d'une employée de maison), et un forfait pour l'entretien de CHF 200.-/mois (uniquement pour les personnes ne bénéficiant pas de l'aide d'une employée de maison).

Le coût du soutien social est lui dépendant du degré de besoin en soins: plus une personne à besoin de soins, plus son autonomie est limitée et plus l'aide informelle prend de l'importance. Dans l'analyse on a estimé le coût moyen mensuel pour une employée de maison à CHF 3'740.-/mois (charges sociales comprises) sur la base d'un salaire mensuel d'un «contrat standard» en vigueur au Tessin. Dans ce travail, il a été fait l'hypothèse que seuls les cas dont la charge de travail pour les soins dépassait 160 minutes par jour faisaient appel à ce genre d'aide, à plein temps.

A ces coûts s'ajoutent encore les coûts « overhead » également dépendants du degré de besoin en soins et donc du nombre d'heures de soins fournies. Ils couvrent les coûts du personnel de direction ou administratif des SASD, le matériel (sans les médicaments) ainsi que les frais de location et d'entretien des locaux hébergeant ces services. Ils sont estimés sur la base de la comptabilité annuelle des SASD tessinois pour 2008 disponible auprès de la DASF.

Pour chaque cas définitif on dispose finalement de quatre renseignements : le coût des soins/cas et le coût total/cas, pour une prise en charge en SASD et une prise en charge en EMS, qui permettront de procéder à la comparaison.

Pour chaque cas définitif on dispose finalement de quatre renseignements : le coût des soins/cas et le coût total/cas, pour une prise en charge en SASD et une prise en charge en EMS, qui permettront de procéder à la comparaison.

**Tableau 8.4.2. Coûts/heure de soins selon le type d'institution et le niveau professionnel.**

Catégories de coûts et hypothèses	SASD	Coûts mensuels (CHF)
<b>Coûts de pension : indépendant des besoins en soins</b>		
Logement	Limite maximale fixée par les PC AVS-AI (pour une personne)	1'100.-
Repas	- sans présence d'un/-e employé/-e (repas de midi livré à domicile -tarif maximal de CHF 18.-, repas du soir et petit déjeuner selon revenu en nature reconnu par AVS, total CHF 29.50/jour)  - en présence d'une employée (revenu en nature reconnu par AVS pour nourriture, CHF 21.50/jour)	885.-  645.-
Entretien	- 2 heures de nettoyage/semaine (à CHF 25.-/h)  - en présence d'une employée	200.-  0.-
<b>Coûts du soutien social : dépendant des besoins en soins</b>		
Niveaux de besoins en soins	Salaires mensuel standard d'une employée pour les cas complexes traités à domicile (CHF 2'950.-/mois + 13 <sup>ème</sup> salaire + 17% charges sociales)	3'740.-
<b>Coûts « overhead » : dépendant des besoins en soins</b>		
Coûts overhead	Proportionnels au nombre d'heures de soins fournies.  22% du coût des heures de soins, donc des salaires bruts totaux du personnel soignant (incluant les charges sociales mais sans les frais de déplacement). Ces 22% se composent de 16% de coûts salariaux du personnel non médical et 6% de coûts d'infrastructure)	
<b>Catégories de coûts et hypothèses</b>		
<b>EMS</b>		
<b>Coûts mensuels (CHF)</b>		
<b>Coûts de pension et soutien social: indépendants des besoins en soins</b>		
Forfait par pensionnaire	Part des coûts salariaux du personnel non médical (salaires du personnel de direction, administratif, thérapeutique, indemnité de piquet pour le médecin: total CHF 78.-/jour; coûts administratifs et techniques - sans médicaments: total CHF 34.-/jour; coûts de l'investissement en infrastructure: total CHF 33.-/jour - à savoir 6% pour intérêt hypothécaire + amortissement sur un coût moyen de CHF 200'000.-/lit)  Forfait journalier: CHF 145.-/jour	4'350.-







