

Soins de longue durée dans les cantons

Trois modèles-types d'organisation

Point de vue

«L'ambulatoire avant le stationnaire», depuis des années, cette expression est sur toutes les lèvres quand il est question de mettre en place une offre adaptée aux besoins des personnes nécessitant des soins et un accompagnement. Le développement ces dernières années des services d'aide et de soins à domicile, en application de ce principe, répond sans doute au souhait de beaucoup de personnes âgées de rester le plus longtemps possible dans un environnement familial. Cette expression présente toutefois le risque d'an-crer peu à peu dans les esprits une image idéalisée du «vieillir chez soi» en comparaison au «vieillir en EMS» et de conduire à des conclusions dépassées.

Le présent bulletin Obsan montre que, selon le contexte socioculturel et la politique de prise en charge des cantons, l'offre ambulatoire et l'offre stationnaire remplissent des fonctions différentes dans le système de soins. A l'avenir, seule l'application du principe «ambulatoire et stationnaire» permettra à tous les cantons de proposer une offre de soins suffisante. Mais, il faudra aussi de plus en plus d'«ambulatoire avec du stationnaire». La demande de services coordonnés entre l'ambulatoire et le stationnaire, temporaires ou à long terme, prenant en compte l'environnement social et associés à des logements adaptés va aller croissant. Grâce à cette coordination, l'efficacité sera améliorée. Des développements dans ce sens sont en cours, mais il existe encore peu d'informations systématiques sur les bonnes pratiques dans ce domaine. Le grand défi qui attend les responsables de la politique de la santé et de la politique sociale ces prochaines années sera de planifier les soins, les ressources en personnel et le financement à long terme, de sorte que le principe «l'ambulatoire avec le stationnaire» puisse s'établir sur tout le territoire.

Stefan Leutwyler, secrétaire central suppléant
 Conférence suisse des directrices et directeurs
 cantonaux de la santé (CDS)

Avec le vieillissement de la population, la prise en charge des personnes âgées fait face à de nombreux défis. Comment les cantons s'organisent-ils? Trois modèles-types de prise en charge émergent.

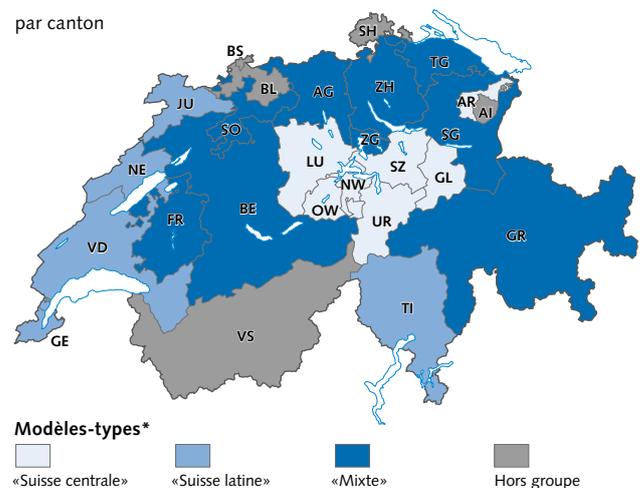
Ce bulletin examine les différentes pratiques de prise en charge des personnes âgées dans les cantons. Dans une première partie, il rappelle les trois modèles-types d'organisation des soins de longue durée, construits sur la base des caractéristiques du recours aux établissements médico-sociaux (EMS) et aux services d'aide et de soins à domicile (SASD), présentés dans le rapport Obsan 69 (Dutoit et al. 2016). Une deuxième partie complète l'image en examinant le rôle des structures intermédiaires et une troisième en se penchant sur le rôle des proches aidants.

EMS et SASD – les trois modèles-types d'organisation

La Figure 1 présente la répartition géographique des trois modèles-types. Le premier s'observe principalement en Suisse centrale, alors que le deuxième couvre une bonne partie de la Suisse latine. Le troisième modèle-type regroupe l'essentiel des autres cantons.

Répartition géographique des modèles-types

Fig. 1



* Ces trois modèles-types regroupent les cantons présentant des caractéristiques similaires en termes de recours aux EMS et aux SASD, ainsi qu'en termes de types de patients et de prestations fournies (voir Encadré 3). Ils ne correspondent pas aux grandes régions de Suisse.

Encadré 1: Modèles-types

1. Modèle-type «Suisse centrale»: AR, GL, LU, NW, OW, SZ et UR (en bleu foncé dans la Figure 2).
2. Modèle-type «Suisse latine»: GE, JU, NE, TI, VD (en bleu clair dans la Figure 2).
3. Modèle-type «Mixte»: AG, BE, FR, GR, SG, SO, TG, ZG, ZH (en gris dans la Figure 2).
4. Hors groupe: AI, BL, BS, SH et VS. Ces cantons n'entrent statistiquement dans aucun des trois modèles-types, car leur degré de similarité n'est suffisant avec aucun d'entre eux.

Les trois modèles-types présentent les caractéristiques suivantes, illustrées dans la Figure 2:

En «Suisse centrale», l'EMS est le pilier central de la prise en charge des personnes âgées. Avec des résidents moins dépendants, le séjour en EMS n'est ici pas envisagé comme le dernier recours, mais plutôt comme une étape de la vie à part entière.

En «Suisse centrale», la proportion de personnes âgées recourant aux EMS est élevée par comparaison avec les autres modèles-types (voir Figure 2, «Taux de recours EMS»). En moyenne, les résidents entrent relativement plus jeunes en EMS, y séjournent plus longtemps et ont un besoin en soins moins important (la proportion de résidents nécessitant pas ou peu de soins est plus forte que dans les autres modèles). Le recours aux SASD est par contre plus bas que dans les autres modèles, et ceci aussi bien pour les soins OPAS que pour l'aide à domicile (voir Encadré 2).

En «Suisse latine», la prise en charge des personnes âgées repose avant tout sur les SASD. L'EMS est dans ces cantons davantage devenu la dernière étape d'un continuum de la prise en charge, accueillant des résidents plus dépendants et plus âgés pour une durée plus courte.

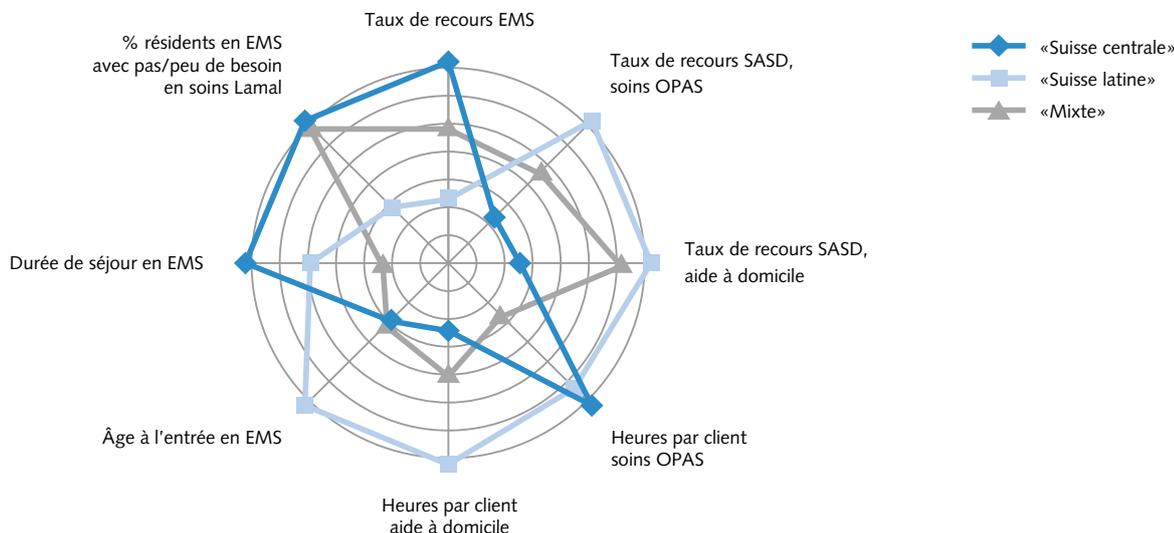
Ce modèle-type se caractérise par un taux de recours aux SASD supérieur aux autres modèles, aussi bien aux soins OPAS qu'à l'aide à domicile. Le nombre d'heures de soins et d'aide délivré par client est en outre supérieur à la moyenne suisse. Quant aux EMS, le taux de recours est nettement inférieur à la moyenne suisse. Les personnes entrant en EMS sont en moyenne plus âgées et y séjournent moins longtemps qu'en «Suisse centrale». Leur besoin en soins est en outre nettement plus élevé: il y a dans ce modèle huit fois moins de résidents ne nécessitant pas ou peu de soins qu'en «Suisse centrale».

Le modèle-type «Mixte» reprend des éléments tant du premier que du deuxième modèle et s'appuie de manière plus égale sur les EMS et les SASD.

Les taux de recours aux EMS et aux SASD se situent à mi-chemin entre les deux premiers modèles et sont proches de la moyenne suisse. Tout comme en «Suisse centrale», les résidents entrent plus jeunes en EMS qu'en moyenne suisse et ont un besoin en soins nettement inférieur à celui du modèle «Suisse latine». Ils séjournent cependant moins longtemps que les résidents des deux premiers modèles. En ce qui concerne les caractéristiques des prestations des SASD, le nombre d'heures de prestations délivrées par client est légèrement inférieur à la moyenne tant pour les soins OPAS que pour l'aide à domicile.

Caractéristiques des modèles-types (illustration)

Fig. 2



Notes: Ce schéma a une valeur illustrative. En effet, les valeurs des différents indicateurs sont exprimées sous formes d'index: elles ont été normalisées de manière à ce que tous les indicateurs aient la même valeur maximale. Les axes ne représentent donc pas les valeurs réelles. Pour une question de lisibilité, l'ensemble des indicateurs utilisés pour l'analyse de classification (cf. Encadré 3) ne peut être représenté sur ce schéma. Les indicateurs présentés ont été choisis de manière à ce que les caractéristiques du recours tant en EMS qu'en SASD soient représentées.

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

Sources: OFS – SOMED 2014; SPITEX 2014; STATPOP 2014, schéma Obsan

© Obsan 2016

Les différences observées ici ne sont ni le reflet de diversités démographiques entre les cantons, puisque celles-ci sont neutralisées par l'utilisation d'indicateurs standardisés (voir Encadré 3), ni le reflet de disparités massives dans l'état de santé, qui sont peu vraisemblables. Ces trois modèles-types d'organisation présentent ainsi des réalités bien différentes en termes de pratiques et de structures de prise en charge des personnes âgées.

Une étude récente sur l'organisation et le financement des soins aux personnes âgées (Cosandey & Kienast 2016) examine d'autres aspects de la prise en charge des personnes âgées, notamment le personnel soignant, les coûts et le financement. Ici encore, les résultats montrent que les modèles d'organisation divergent fortement entre les régions.

L'offre de prise en charge des personnes âgées ne se restreint cependant pas aux EMS et aux SASD: un pan complet de l'offre – structures intermédiaires, proches, milieux associatifs, prestataires spécialisés dans l'accompagnement aux personnes âgées ou encore migrantes pendulaires des soins – n'apparaît dans aucune statistique et n'est donc pas représenté dans ces résultats. Il est probable que ces alternatives à la prise en charge par les EMS et les SASD ne soient pas présentes de manière uniforme sur le territoire et complètent ainsi différemment les trois modèles-types.

Les deux prochaines sections sont une tentative de dépasser cette limite statistique et de compléter – au moins partiellement – l'image obtenue jusqu'à présent.

Encadré 2: Définitions

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

Organisations délivrant des prestations d'aide et de soins extra-hospitaliers, permettant le maintien du client à domicile. Leurs prestations sont principalement les prestations de soins en cas de maladie (soins «OPAS») et l'aide à domicile (ménage, lessive, courses, encadrement social, etc., OFS 2012).

Etablissements médico-sociaux (EMS)

Institutions qui soignent des personnes âgées nécessitant des soins et/ou souffrant de maladies chroniques. Les quelques maisons pour personnes âgées existant encore en Suisse sont incluses dans les résultats. En ce qui concerne les résidents, seuls les résidents en longs séjours en EMS sont considérés dans l'analyse (OFS 2011).

Encadré 3: Approche méthodologique

Ces résultats sont issus d'une étude sur les soins de longue durée dans les cantons réalisée par l'Observatoire suisse de la santé (Dutoit et al. 2016). Les caractéristiques des modèles-types (Figure 2) sont ici actualisées pour l'année 2014. La méthodologie, les définitions, ainsi que des résultats détaillés figurent dans l'étude de base. Cette dernière faisait suite à une étude décrivant les soins de longue durée en Suisse et leur évolution (Füglister-Dousse et al. 2015).

Données

Les informations présentées sont les résultats d'analyses effectuées sur des données de l'OFS, principalement la statistique des institutions médico-sociales (SOMED), la statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX) et, dans une moindre mesure, la statistique médicale des hôpitaux (MS). Les résultats concernent les personnes âgées de 65 ans et plus.

Taux standardisés

Les analyses ont été effectuées par canton. Afin de tenir compte des différences démographiques entre les cantons, les analyses sont menées avec des taux de recours standardisés. Les cantons sont ainsi comparés comme s'ils avaient une structure de population identique (la population suisse de 2013 est utilisée comme base, tout comme dans le rapport Dutoit et al. 2016, dont les résultats présentés ici sont actualisés).

Construction des modèles-types

Les modèles-types d'organisation ont été construits à l'aide d'une méthode de classification. Cette méthode a pour but de regrouper les cantons qui se ressemblent le plus selon des indicateurs choisis. L'analyse a été menée sur tous les sous-ensembles possibles de ces indicateurs permettant d'examiner si des groupes robustes émergent. La cohérence des trois groupes apparaissant a été encore confirmée en comparant manuellement la moyenne des indicateurs entre chaque groupe. Les indicateurs utilisés ici sont les taux de recours standardisés aux EMS, aux SASD (et, au sein des SASD, aux soins OPAS et à l'aide à domicile) et aux moyens et longs séjours hospitaliers, ainsi que la durée de séjour en EMS et, en SASD, le nombre d'heures par client, le nombre d'heures par client de soins OPAS et le nombre d'heures par client d'aide à domicile.

Rôle des structures intermédiaires

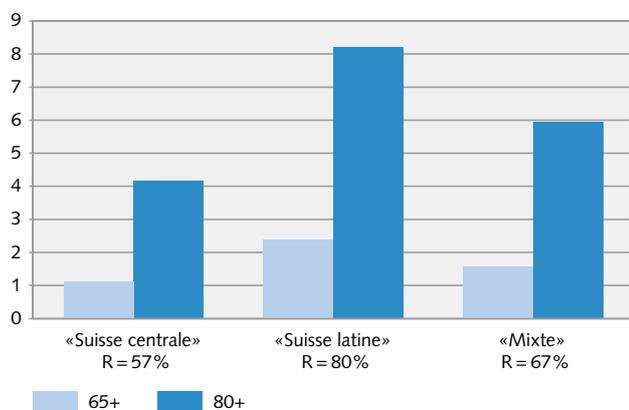
Les structures intermédiaires regroupent l'ensemble des offres de prise en charge pour les personnes âgées en voie de fragilisation ou dépendantes, se situant entre les SASD et l'EMS. Elles se développent fortement ces dernières années et constituent ainsi une offre d'importance croissante parallèlement aux EMS et aux SASD.

Bien que limitées, les informations dont on dispose (voir Encadré 4) suggèrent que **différents types de structures intermédiaires se développent selon le modèle-type d'organisation**: là où l'EMS est le pilier central dans la prise en charge des personnes âgées («Suisse centrale»), les courts séjours en EMS jouent un rôle plus important. Au contraire, là où la prise en charge est plutôt ambulatoire («Suisse latine»), ce sont les structures d'accueil de jour et/ou de nuit qui sont plus développées.

Un peu moins de 400 **structures d'accueil de jour et/ou de nuit** ont été recensées par l'enquête réalisée en 2015 auprès des cantons (voir Encadré 4). Elles représentent deux places en accueil de jour et 0,3 place en accueil de nuit pour 1000 habitants de 65 ans et plus. Selon ces premiers résultats, c'est en «Suisse latine» que le nombre de places d'accueil de jour est le plus élevé, où il y a deux fois plus de places pour 1000 habitants qu'en «Suisse centrale» (Figure 3). Les résultats sont les mêmes lorsqu'on considère le nombre de clients et le nombre de jours passés en structure d'accueil (voir Werner et al. 2016).

Nombre de places d'accueil de jour pour 1000 habitants 65+ et 80+, par modèle-type

Fig. 3



Notes: Taux de couverture de l'échantillon = 67%
R = représentativité du modèle-type (57% = 4 cantons représentés des 7 cantons de «Suisse centrale», 80% = 4 des 5 cantons de «Suisse latine»; 67% = 6 des 9 cantons du modèle-type «Mixte», voir Encadré 4).

Sources: Ecoplan – Enquête des cantons sur les structures intermédiaires 2015; OFS – STATPOP 2014, analyse Obsan

© Obsan 2016

Encadré 4: Structures intermédiaires – méthode

Cette section présente les résultats principaux d'un récent état des lieux des structures intermédiaires dans les cantons mandaté par l'Obsan (Werner et al. 2016). Cet état des lieux a été établi d'une part sur la base d'une enquête menée auprès des administrations cantonales et d'autres organisations cantonales et d'autre part sur la base d'analyses de la statistique SOMED. La méthodologie, les définitions, ainsi que des résultats détaillés figurent dans l'étude de base.

Trois types de structures ont été recensées

- 1. Appartements pour personnes âgées:** appartements spécialement adaptés aux besoins des personnes âgées et spécifiquement proposés à cette clientèle (Werner et al. 2016).
- 2. Structures d'accueil de jour et de nuit:** offres destinées aux personnes âgées, servant à décharger les proches aidants. Sont garantis durant le séjour l'encadrement, les repas et l'activation, ainsi que dans certaines structures, les soins. A l'issue du séjour, les personnes retournent chez elles (Werner et al. 2016).
- 3. Courts séjours en EMS:** séjours temporaires dans un EMS. Le client est considéré en court séjour s'il passe la nuit dans l'établissement et qu'un lit lui est attribué (OFS, 2011).

Les structures intermédiaires dans les modèles-types

Afin d'obtenir une idée de l'importance de l'offre de structures intermédiaires dans les trois modèles-types d'organisation, les résultats cantonaux de Werner et al. (2016) sont regroupés pour ce bulletin selon les trois modèles-types et la moyenne par modèle-type est calculée.

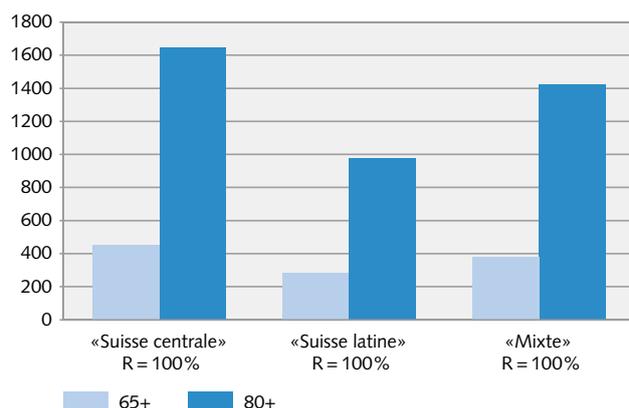
Limites des résultats

Les résultats présentés ici ont une portée encore restreinte, en particulier en ce qui concerne les logements pour personnes âgées et les structures d'accueil de jour et de nuit. D'une part, l'état des lieux présente certaines limites pour ce qui est de la complétude, de l'actualité et de la précision des données. Les résultats ne peuvent donc être présentés que pour les cantons où les données sont suffisamment complètes, ce qui limite les comparaisons intercantionales (Werner et al. 2016). D'autre part, les moyennes calculées pour chaque modèle-type d'organisation ne sont pas pleinement représentatives du modèle en question, puisque l'information n'est disponible que pour certains cantons. Afin de pouvoir évaluer la fiabilité de l'information présentée dans les graphiques ci-dessous, d'une part, le taux de couverture de l'échantillon (part des cantons pour lesquels l'information est exploitable) est signalé sous le graphique, et d'autre part, la proportion de cantons représentés dans chaque modèle-type («R») est indiquée en-dessous du nom du modèle-type. En ce qui concerne les courts séjours en EMS, les résultats sont tirés d'analyses de la statistique SOMED. Ils sont donc considérés comme représentatifs.

Les analyses de la statistique SOMED montrent qu'il y a en Suisse une place de **court séjour en EMS** pour 1000 personnes âgées de 65 ans et plus et quatre pour 1000 personnes âgées de 80 ans et plus. Le nombre de jours passés en court séjour est très différent entre les trois modèles-types: c'est en «Suisse centrale» que le nombre de jours en court séjour est le plus haut, aussi bien en relation avec la population 65+ que la population 80+ (Figure 4). Il est nettement inférieur dans les cantons de «Suisse latine»; le modèle-type «Mixte» se situe entre les deux premiers.

Nombre de jours en court séjour en EMS pour 1000 habitants 65+ et 80+, par modèle-type, 2013

Fig. 4



Taux de couverture de l'échantillon = 100%

Sources: OFS – SOMED 2013, STATPOP 2013, Estimations d'Ecoplan, © Obsan 2016, analyse Obsan

L'enquête a recensé quelque 16'000 **appartements pour personnes âgées** regroupés dans 843 structures, ce qui représente en moyenne 11 appartements pour 1000 habitants de 65 ans et plus. Ces chiffres constituent un minimum pour l'ensemble de la Suisse, puisque toutes les structures n'ont pas pu être recensées. Les résultats par modèle-type ne sont pas présentés ici par manque de représentativité.

Rôle des proches aidants

Les personnes âgées à domicile reçoivent de leurs proches – membres de la famille, amis, voisins – des soins et de l'aide¹. Cette prise en charge constitue un complément important à l'offre des SASD, des EMS et des structures intermédiaires.

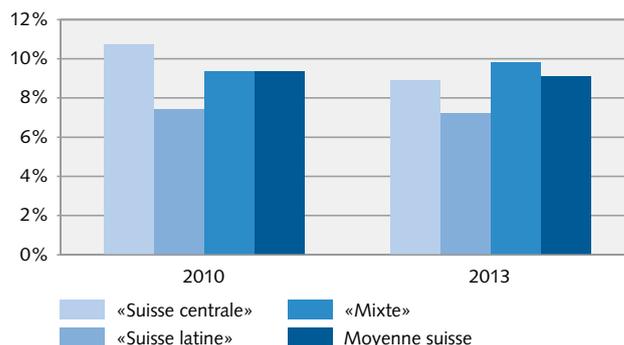
Selon un rapport du Conseil fédéral (2014), environ 330'000 personnes âgées entre 15 et 64 ans soignent et assistent régulièrement des proches en Suisse et entre 220'000 et 260'000 personnes âgées de 65 ans et plus ont sollicité de l'aide informelle au cours de douze derniers mois.

Au niveau cantonal et bien que basées sur de petits échantillons (voir Encadré 5), les estimations présentées ici suggèrent qu'en «Suisse latine», **les proches jouent un rôle un peu moins important dans la prise en charge des personnes âgées que dans le reste de la Suisse.**

Un peu plus de 9% de la population de plus de 15 ans délivre de l'aide et/ou des soins à un proche adulte (Figure 5). Selon les données, c'est en «Suisse latine» que cette proportion est la plus faible (un peu plus de 7% en 2010 et 2013). En «Suisse centrale», elle est au-dessus de la moyenne suisse en 2010 (11%) et se rapproche de celle-ci en 2013 (9%). Le modèle-type «Mixte» est proche de la moyenne suisse.

Proportion de la population résidente permanente de 15+ délivrant de l'aide et/ou des soins à des adultes, par modèle-type, 2010 et 2013

Fig. 5



Note: Les différences observées entre les modèles-types sont statistiquement significatives (à 1% ou 5%), sauf entre les modèles-types «Suisse centrale» et «Mixte».

Sources: OFS – ESPA 2010 et 2013, analyse Obsan

© Obsan 2016

Le type de soutien apporté varie aussi selon les régions.

En moyenne suisse, les proches délivrent principalement de l'aide: le 75% du soutien des proches constitue de l'aide et les 25% restants, des soins (Figure 6). En «Suisse latine», la proportion de soins est nettement plus importante: 37% du soutien aux personnes âgées est sous forme de soins. Ce serait le contraire en «Suisse centrale», où la proportion de soins dans le soutien aux proches est de 16%. Le modèle-type «Mixte» est proche de la moyenne suisse.

¹ Travaux ménagers et administratifs, transports, ou jardinage, par exemple.

Encadré 5: Proches aidants – méthode

Il n'existe à ce jour pas de statistique exhaustive sur les proches aidants et seules des estimations sur la base d'enquêtes permettent d'estimer l'ampleur de cette prise en charge. Les possibilités de comparaisons régionales de l'aide et des soins délivrés par les proches s'en trouvent limitées.

Cette section présente des analyses effectuées par l'Obsan sur les données de l'ESPA 2010 et 2013, de manière analogue à la démarche du bureau BASS (Rudin et al. 2014). La proportion de proches aidants dans la population est tout d'abord estimée au niveau cantonal, avant de calculer la moyenne par modèle-type d'organisation.

D'autres bases de données, telles que l'Enquête suisse sur la santé (ESS), l'Enquête sur les familles et les générations (EFG) ou encore l'Enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (SHARE) contiennent des informations sur les proches aidants. Ces différentes sources de données feront l'objet de travaux dans le cadre du *Plan d'action de soutien et de décharge en faveur des proches aidants*, de la stratégie «Santé2020». Les analyses présentées ici constituent en ce sens une première tentative d'estimation de l'importance de l'aide et des soins délivrés par les proches au niveau cantonal.

Analyses de l'ESPA

L'Enquête Suisse sur la Population Active (ESPA) est une enquête par échantillonnage réalisée par téléphone (environ 126'000 interviews). Elle fournit des données sur la structure de la population active de 15 ans et plus et sur les comportements en matière d'activité professionnelle (OFS 2015).

Les analyses présentées ici ont été effectuées sur les données du module thématique supplémentaire «Travail non rémunéré» inclus dans l'ESPA 2010 et 2013.

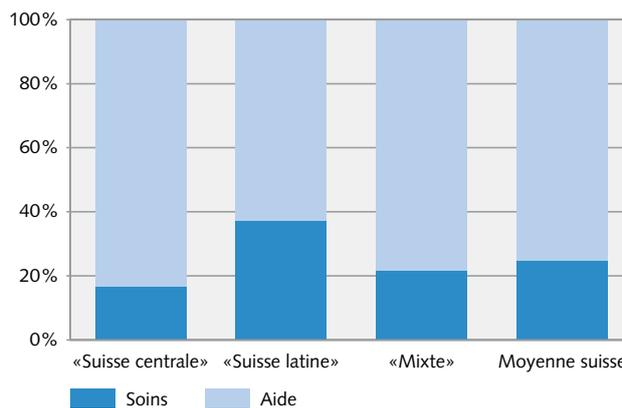
Ce module relève si une personne du ménage donne des soins ou de l'aide à une personne à l'intérieur ou à l'extérieur du ménage, ce qui permet d'estimer la proportion de la population délivrant des soins ou de l'aide à des proches. Le nombre d'heures dédiées à ces activités est aussi indiqué; cependant, le nombre d'heures moyen calculé étant très petit dans l'ensemble de la population résidente permanente de 15 ans et plus, les différences entre les trois modèles-types ne sont pas significatives. Cet indicateur n'est donc pas présenté ici.

Limites des résultats

Les résultats présentés sont à considérer avec prudence: d'une part, les données utilisées (ESPA) sont des enquêtes par échantillonnage et non pas exhaustives; d'autre part, le nombre de proches aidants dans la population étant limité, le nombre d'observations couvrant ce sujet est relativement petit dans l'échantillon.

Type de soutien délivré par les proches aidants, par modèle-type, 2013

Fig. 6



Note: Les résultats pour 2010 étant très proches de ceux pour 2013, seule cette dernière année est présentée ici.

Sources: OFS – ESPA 2013, analyse Obsan

© Obsan 2016

A notre connaissance, les seules autres comparaisons régionales concernant l'aide informelle sont celles de Perrig-Chiello et al. (2011). Leurs résultats ne sont cependant pas tout à fait comparables car les régions d'analyse ne coïncident pas. L'étude de Perrig-Chiello et al. (2011) se base sur les données nationales et sur des enquêtes menées au moyen de questionnaires auprès de proches soignants. L'étude ne trouve aucune différence significative entre les régions linguistiques (Suisse alémanique, Suisse romande et Tessin) quant à l'importance et à la forme de l'aide informelle. Les auteurs mentionnent cependant qu'on observe des différences entre la Suisse romande et la Suisse alémanique dans la combinaison entre l'aide «formelle» (SASD) et informelle: en Suisse romande, une personne âgée est plus souvent prise en charge à la fois par les SASD et par les proches, alors qu'en Suisse alémanique, la prise en charge se fait plus souvent uniquement par ces derniers. Des différences significatives apparaissent en outre dans le temps investi en aide et soins: le nombre d'heures d'aide et de soins délivrés en moyenne par semaine est nettement plus élevé au Tessin et nettement moins élevé en Suisse alémanique. Les auteurs expliquent ces différences par la part plus élevée en Suisse latine de proches atteints de démence, par le fait qu'il est plus fréquent en Suisse latine que les proches aidants habitent avec la personne nécessitant un soutien et par des différences culturelles dans l'interprétation des prestations fournies et l'estimation du temps investi.

Ces résultats partiellement contradictoires témoignent de la nécessité d'avoir plus d'informations sur le soutien délivré par les proches aidants. Dans ce sens, les travaux prévus dans le cadre du Plan d'action de soutien et de décharge en faveur des proches aidants (Encadré 5) sont un apport intéressant.

Conclusions

Les résultats présentés dans ce bulletin laissent apparaître des combinaisons différentes de prises en charge formelles et informelles, reflet de conceptions cantonales distinctes des soins de longue durée aux personnes âgées.

Dans le premier modèle-type, regroupant des **cantons du centre de la Suisse**, l'EMS a un rôle central: les personnes âgées y recourent plus que dans le reste de la Suisse et c'est en son sein que les structures intermédiaires – sous forme de courts séjours dans nos données – se sont le plus développées. Dans ces cantons, la proportion de proches aidants y serait plus élevée et ils apporteraient principalement de l'aide.

Dans le deuxième modèle-type, à l'opposé du premier et regroupant une grande partie des **cantons latins**, les personnes âgées recourent relativement plus aux SASD. Elles entrent plus tard en EMS, avec un besoin en soins plus élevé. Les structures intermédiaires y seraient plus développées sous forme d'accueil de jour et/ou de nuit. La proportion de proches aidants serait relativement moindre et ceux-ci apporteraient plus de soins qu'en moyenne suisse.

Le **troisième modèle** s'inspire des deux premiers et s'appuie de manière plus égale aussi bien sur les prises en charge par les SASD et en EMS que sur les structures intermédiaires et les proches.

Au vu de la limitation des données concernant les structures intermédiaires et les proches, ce bulletin est une première tentative pour décrire les différents modèles-types d'organisation actuels. En outre, le domaine des soins de longue durée étant en continu et rapide développement, il est difficile de capter les nouveautés à l'aide des données disponibles. Des données plus complètes sur l'ensemble de l'offre de prise en charge des personnes âgées permettraient d'obtenir une image plus précise de l'organisation des soins de longue durée.

La vague démographique exerçant une pression sur l'ensemble des cantons, il est possible que les différences observées entre les régions s'atténuent. Il existe une volonté générale de limiter la prise en charge stationnaire, de diversifier l'offre et d'optimiser la chaîne des soins dans son ensemble, exigeant la coordination des différents acteurs (Oesch & Künzi 2015, Conseil fédéral 2016). Comme le relate Cosandey & Kienast 2016, la majorité des cantons veut à l'avenir réserver les places d'EMS à des personnes plus fortement dépendantes de soins et orienter les personnes peu dépendantes vers les soins ambulatoires.

Dans ce contexte, l'Obsan a récemment lancé un nouveau mandat, avec pour but de comprendre comment les personnes âgées peu dépendantes de soins, qui en Suisse alémanique résident en EMS, sont prises en charge en Suisse romande. Les résultats, prévus pour le printemps 2017, devraient fournir des informations utiles en vue de réorienter la prise en charge des personnes peu dépendantes de soins du stationnaire vers l'ambulatoire.

Encadré 6: Références

Conseil fédéral (2014). *Soutien aux proches aidants, Analyse de la situation et mesures requises pour la Suisse*, Rapport du Conseil fédéral du 5 décembre 2014. Berne.

Conseil fédéral (2016). *Etat des lieux et perspectives dans le secteur des soins de longue durée*, Rapport du Conseil fédéral du 25 mai 2016. Berne.

Cosandey, J. & Kienast, K. (2016). *Kantonsmonitoring 7. Neue Massstäbe für die Alterspflege: Organisation und Finanzierung einer gesellschaftlich immer wichtigeren Aufgabe*. Zurich: Avenir Suisse.

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

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

Oesch, T. & Künzi, K. (2015). *Strategien der Kantone im Bereich der Langzeitpflege*, Bericht im Auftrag des Bundesamt für Gesundheit. Bern: Büro BASS.

OFS (2011). *Statistique des institutions médico-sociales (SOMED) – Catalogue de variables V2.3*. Neuchâtel: OFS.

OFS (2012). *Document explicatif des résultats publiés. Statistique de l'aide et des soins à domicile*. Neuchâtel: OFS.

OFS (2015). *Enquête suisse sur la population active (ESPA) – Fiche signalétique*. Neuchâtel: OFS.

Perrig-Chiello, P., Hutchison, S. & Höpflinger, F. (2011). *Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Suisse Latine (inkl. Vergleich mit der deutschsprachigen Schweiz)*. Bericht des Forschungsprojektes AgeCare-SuisseLatine.

Rudin, M. & Strub, S. (2014). *Zeitlicher Umfang und monetäre Bewertung der Pflege und Betreuung durch Angehörige*, im Auftrag des Spitex Verbands Schweiz. Bern: Büro BASS.

Werner, S., Kraft, E., Mohagheghi, R., Meuli, R. & Egli, F. (2016). *Angebot und Inanspruchnahme von intermediären Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz. Ergebnisse einer Kantonsbefragung und einer Auswertung der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (Obsan Dossier 52)*. Neuchâtel: Obsan.

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

Impressum

Editeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Auteurs

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

Référence bibliographique

Dutoit, L., Pellegrini, S. & Füglistler-Dousse, S. (2016). *Soins de longue durée dans les cantons. Trois modèles-types d'organisation (Obsan Bulletin 13/2016)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Renseignements/Informations

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

Graphisme/Layout

DIAM, Prepress/Print, OFS

Commande

Tél. 058 463 60 60 / Fax 058 463 60 61
order@bfs.admin.ch
Numéro OFS: 1034-1613

Cette publication est également disponible en allemand (numéro OFS: 1033-1613)

Adresse de téléchargement

www.obsan.ch → Publications

© Obsan 2016



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



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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



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