



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

Comparaison intercantonale du recours aux soins de longue durée en Suisse

Hélène Jaccard Ruedin
Alexander Weber
Sonia Pellegrini
Claude Jeanrenaud

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une unité organisationnelle de l'Office fédéral de la statistique, née dans le cadre du projet de politique nationale suisse de la santé et mandatée par la Confédération et les cantons. L'Observatoire suisse de la santé analyse les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions du secteur de la santé publique dans leur planification, leur prise de décisions et leur action. Pour plus d'informations, consultez www.obsan.ch et www.nationalegesundheits.ch.

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

Hélène Jaccard Ruedin, Alexander Weber,
Sonia Pellegrini, Claude Jeanrenaud
Comparaison intercantonale
du recours aux soins de longue durée en Suisse

Document de travail 17 de l'Obsan
Mai 2006

Commandes:
obsan.expedition@gewa.ch
CHF 15.– plus frais d'expédition
ISBN-13 978-3-907872-32-1
ISBN-10 3-907872-32-0

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

Direction du projet à l'Obsan:
Hélène Jaccard Ruedin

Adresse des auteurs:

Hélène Jaccard Ruedin
Observatoire suisse de la santé
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel

Alexander Weber, Sonia Pellegrini, Claude Jeanrenaud
Institut de recherches économiques
Université de Neuchâtel
Pierre-à-Mazel 7
2000 Neuchâtel



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



Comparaison intercantonale du recours aux soins de longue durée en Suisse

Document de travail 17

**Hélène Jaccard Ruedin¹, Alexander Weber², Sonia Pellegrini²,
Claude Jeanrenaud²**

1 : Observatoire suisse de la santé

2 : Institut de recherches économiques de l'Université de Neuchâtel

Mai 2006

Neuchâtel

Observatoire suisse de la santé

SOMMAIRE

SOMMAIRE	i
RESUME	iii
ZUSAMMENFASSUNG	vii
1 INTRODUCTION	1
2 PARTICULARITES DES SOINS DE LONGUE DUREE	4
3 METHODOLOGIE	6
3.1 Généralités	6
3.2 Démarche et types d'analyse.....	6
3.3 Sources de données et indicateurs.....	8
3.4 Modèles de régression linéaire multiple.....	11
3.5 Hypothèses de départ.....	12
4 RECOURS AUX SOINS DE LONGUE DUREE DANS LES CANTONS	13
4.1 Population âgée dans les cantons et besoins en soins de longue durée.....	13
4.2 Services d'aide et de soins à domicile (SASD).....	15
4.3 Etablissements médico-sociaux (EMS)	27
4.4 Hospitalisations (HSA)	32
4.5 Taux de recours à l'ensemble des soins de longue durée	33
5 RELATIONS ENTRE LES SERVICES DE SOINS DE LONGUE DUREE	37
5.1 Analyse bivariée	37
5.2 Analyse multivariée	38
6 CONCLUSIONS	44
7 BIBLIOGRAPHIE	47

Annexe 1 Correction pour les séjours hors canton des pensionnaires des EMS	49
Annexe 2 Données sociodémographiques cantonales	50
Annexe 3 Services d'aide et de soins à domicile 2002 : Données cantonales brutes.....	51
Annexe 4 EMS 2002 : Données cantonales brutes	52
Annexe 5 Soins aigus 2002 : Données brutes	53
Annexe 6 Typologie des cantons : Recours aux services de soins de longue durée en 2002.....	55

RESUME

Contexte

Les statistiques nationales disponibles laissent apparaître d'importantes différences cantonales dans le recours aux diverses formes de soins de longue durée. Selon les cantons considérés, le taux de placement en établissements médico-sociaux (EMS) ou le volume de prestations fournies par les services d'aide et de soins à domicile (SASD) varie du simple au double, voir au triple. Ces variations peuvent refléter des disparités dans le recours aux institutions dans leur ensemble tout comme des manières différentes de répondre à un même besoin en soins.

La présente étude aborde ces différences intercantionales avec deux objectifs :

1. Il s'agit d'abord de décrire le recours aux EMS, aux SASD et à l'ensemble des soins formels dans les cantons, en incluant certains aspects spécifiques aux SASD, encore peu explorés à ce jour. Cette partie descriptive, qui repose sur des comparaisons par rapport aux valeurs moyennes suisses, doit permettre d'établir des typologies cantonales de l'offre en soins de longue durée.
2. Le second objectif est d'analyser, à l'aide d'un modèle de régression linéaire, les relations entre les différents services utilisés : un taux de placement en EMS élevé coïncide-t-il avec un recours aux SASD élevé ou ce dernier est-il au contraire plus faible, reflétant alors un phénomène de vases communicants ?

Orientation variable des services d'aide et de soins à domicile

En moyenne 12% des personnes de 65 ans et plus font appel aux SASD, avec des taux de recours variant de 7 à 20%. L'analyse de ces taux de recours confirme les résultats d'études préalables : ces services sont plus développés dans les cantons romands qu'en Suisse centrale. Cependant, lorsque l'on tient compte de l'activité fournie et de l'intensité avec laquelle les clients sont pris en charge, les résultats doivent être nuancés :

Les SASD de certains cantons romands (NE, FR, VS) enregistrent beaucoup de clients mais leur fournissent peu d'heures de prestations, en moyenne 39 à 43 heures/client par année ; à l'inverse ceux de certains cantons alémaniques comme BE, GR, SG, AI, UR ont des taux de recours inférieurs à la moyenne nationale, mais leurs patients bénéficient d'un volume de prestations supérieur à la moyenne suisse, qui est de 61 heures/client par année. Pour le reste, les chiffres confirment les études antérieures, à savoir que les SASD sont moins développés que la moyenne nationale dans tous les autres cantons alémaniques. Dans les cantons romands de GE, VD et JU, ainsi qu'à BS, les SASD enregistrent plus de clients et leur offrent plus de prestations que la moyenne suisse.

L'activité des SASD comporte deux dimensions : les soins médicaux au sens de l'article 7 OPAS (ci-après soins OPAS) et l'économie domestique. Selon les cantons, les SASD mettent l'accent sur l'une ou l'autre activité. Les SASD des cantons de BE, SO, VD et OW offrent d'abord des soins OPAS alors que les SASD de ZG, BL, SG, VS et GE sont plutôt

orientés vers l'économie domestique. Dans quatre cantons – BS, AI, GR, JU – le niveau des prestations est supérieur à la moyenne pour les deux types d'activité. L'orientation des activités vers les prestations OPAS ou d'économie domestique semble donc indépendante du niveau de développement des SASD.

Finalement, le niveau général de développement des SASD est inférieur à la moyenne dans un grand groupe de cantons, majoritairement de Suisse orientale, où ces services offrent peu d'heures par personne pour les deux types de prestations (ZH, LU, UR, SZ, NW, GL, SH, AR, AG, TG, TI).

Recours aux établissements médico-sociaux plus fréquent en Suisse orientale

En moyenne 20% des personnes de 80 ans et plus vivent en institution. Cependant, dans les cantons cités ci-dessus, TI mis à part, caractérisés par des SASD peu développés, le taux d'institutionnalisation y est nettement plus élevé, atteignant 34% à GL. On trouve également dans cette situation les cantons de GR et SG, où les SASD déploient beaucoup d'activité auprès de peu de patients ou le canton de OW où l'activité des SASD est plus « saupoudrée ». Si l'on observe ici également un clivage est-ouest, il faut noter qu'il se situe plus à l'est que celui qui caractérise le développement des SASD ou la barrière linguistique, puisque BE, SO et BL ont pour leur part des taux d'institutionnalisation inférieurs à la moyenne nationale.

Ce recours plus fréquent aux EMS en Suisse orientale ne s'explique pas par la seule structure par âge de ces cantons, mais selon les experts par une perception différente du home : l'*Altersheim* de Suisse orientale est un lieu de vie communautaire et la proportion de personnes autonomes y est souvent plus élevée qu'en Suisse occidentale, où l'EMS est un lieu hautement médicalisé.

Recours à l'ensemble des soins formels : les différences sont plus marquées chez les jeunes retraités qu'au-delà de 80 ans

L'analyse du recours à l'ensemble des soins formels, toutes formes confondues, met en évidence des différences cantonales qui sont relativement plus marquées chez les personnes de 65-79 ans. Dans cette classe d'âge, la part de la population faisant appel aux soins de longue durée varie entre 6 et 15% soit de plus du simple au double. Après 80 ans, ces différences s'atténuent et le taux de recours aux soins formels se situe entre 45% et 55% dans la grande majorité des cantons. Si le recours global aux soins de longue durée devient plus constant, c'est alors la manière de répondre à ce besoin qui diffère d'un canton à l'autre.

Relations entre SASD, EMS et HSA différentes selon l'âge des bénéficiaires

Compte tenu des différences observées ci-dessus, on peut se demander quelles relations régissent les différentes formes de prise en charge. Est-ce qu'un recours plus élevé aux

EMS est associé à moins d'hospitalisations ? Existe-t-il un potentiel de substitution entre les EMS et les SASD ?

Cette dernière question est controversée. Höpflinger et Hugentobler (2005) rejettent l'idée d'une substitution entre EMS et SASD, argumentant que le maintien à domicile dépend moins des SASD que du soutien des proches. A la différence des travaux antérieurs, la nature de l'interaction entre EMS et SASD est ici examinée à l'aide de modèles de régression en incluant une troisième institution, les hôpitaux de soins aigus (HSA), et en mettant sous contrôle les spécificités cantonales susceptibles d'influencer cette relation. Les analyses aboutissent à des résultats qui diffèrent selon la classe d'âge, reflétant le fait que les personnes âgées et très âgées ont des besoins en soins différents.

Chez les personnes de 65-79 ans, on ne note pas de relation de substitution entre les EMS et les SASD mais entre les EMS et les hospitalisations de plus de trois mois. Une configuration que les experts expliquent par le fait qu'à cet âge, le recours aux EMS est souvent motivé par la présence de maladies invalidantes qui ne permettent pas un maintien à domicile (p. ex. démences, maladie de Parkinson). Les personnes qui font appel aux SASD souffriraient plutôt d'incapacités fonctionnelles légères et auraient besoin de soins pour une courte durée (pathologie intercurrente, convalescence).

La situation est différente chez les personnes de 80 ans et plus et les phénomènes de vases communicants entre EMS et SASD deviennent plus marqués : dans les cantons où le recours aux SASD est plus intense, le placement en EMS est relativement plus faible. Le faible coefficient (- 0.25) suggère toutefois que les SASD ne sont une alternative à l'EMS que pour une frange limitée des patients. On note également que les hospitalisations de moyenne durée (11 à 90 jours) sont moins nombreuses lorsque le taux de placement en EMS est plus important, un constat qui ouvre des perspectives intéressantes en matière de prise en charge de patients par les EMS pour une durée limitée, par exemple pour des réhabilitations.

Toujours chez les personnes de 80 ans et plus, si un recours plus grand aux SASD permet de limiter le nombre de placements en EMS, il est par contre associé à davantage d'hospitalisations de moyenne durée. Les flux peuvent aller dans les deux sens : des SASD bien développés permettent de raccourcir les hospitalisations mais on peut également supposer que ces services facilitent la détection précoce de situations médicales qui nécessitent une hospitalisation de moyenne durée. En outre, l'hospitalisation est la seule solution quand l'état de santé d'un patient à domicile se dégrade subitement ou suite à l'épuisement physique et psychique des proches.

Stades différents dans la réflexion et le développement des soins de longue durée

L'analyse montre l'existence d'une certaine marge de manœuvre quant aux services à fournir pour répondre aux besoins en soins des personnes âgées. Selon les cantons, l'offre s'oriente plutôt vers les soins en institution ou plutôt vers les soins à domicile. Même si certains cantons ont déjà amorcé une réflexion en profondeur dans ce domaine, cette

diversité est encore souvent le reflet d'héritages du passé plutôt que d'un véritable choix stratégique.

Selon les experts interrogés, les questions de restructuration de ces services ont été abordées par les cantons à des moments différents et sous des formes différentes. Quelques cantons ont une action plus volontariste dans ce domaine et ont entrepris une réforme en profondeur de leur système, comme par exemple Vaud ou les Grisons qui ont développé une approche intégrant les différents types de services. D'autres cantons ont également entamé une telle réflexion, mais sont à des étapes moins avancées de leur restructuration.

Le secteur des soins de longue durée est en pleine évolution. Suite à l'introduction de la LAMal en 1996, les homes simples ont entrepris de se transformer en EMS pour répondre aux exigences légales ; de même les associations d'aide et de soins à domicile se sont engagées dans un important processus de réorganisation et de professionnalisation de leurs activités. Au final, la diversité des situations observées reflète également le fait que ces réformes se trouvent aujourd'hui à des stades très différents.

L'étude l'a montré, les trois principales institutions prodiguant des soins de longue durée, EMS, SASD et hôpitaux, peuvent être organisées différemment, révélant différentes combinaisons d'offre possibles. Il importe de considérer le domaine des soins de longue durée comme un tout et de concevoir le système en tenant compte des besoins de la population, des particularités cantonales, en particulier géographiques, et des moyens financiers à disposition, mais aussi des interactions existant entre ces différents prestataires de soins.

ZUSAMMENFASSUNG

Kontext

Für die Inanspruchnahme der verschiedenen Formen der Langzeitpflege zeigen sich beträchtliche kantonale Unterschiede. In einigen Kantonen findet man eine doppelt so häufige Inanspruchnahme der Alterspflegeheime (APH) bzw. einen bis zu dreimal grösseren Umfang der erbrachten Spitex-Leistungen als in anderen Kantonen. Diese Differenzen können auf Unterschiede in der Inanspruchnahme institutioneller Leistungen als Ganzes hinweisen. Sie können aber auch Unterschiede widerspiegeln, in welcher Art und Weise auf einen bestimmten Pflegebedarf reagiert wird.

Die vorliegende Studie geht auf interkantonalen Unterschiede wie folgt ein:

1. Es wird die Inanspruchnahme der APH- und Spitex-Leistungen sowie der formellen Pflege in den einzelnen Kantonen unter Einbezug einiger spitexspezifischer, bis heute wenig erforschter Aspekte beschrieben. Dieser deskriptive Teil dient zur Bildung kantonaler Typologien des Angebots an Langzeitpflegeleistungen, basierend auf Vergleichen mit schweizerischen Mittelwerten.
2. Anhand eines linearen Regressionsmodells wird das Verhältnis zwischen den verwendeten Dienstleistungen analysiert. Ist eine hohe APH-Inanspruchnahme von einer starken Spitex-Inanspruchnahme begleitet? Oder geht vice versa die hohe APH-Inanspruchnahme mit einer geringen Spitex-Inanspruchnahme einher? Letzteres würde darauf hinweisen, dass beide Pflegeformen aufeinander reagieren und sich möglicherweise gegenseitig substituieren können.

Unterschiedliche Ausrichtung der Spitex-Dienste

Im Mittel beanspruchen 12% der 65-jährigen und älteren Menschen Spitex-Dienste, wobei die entsprechenden Quoten zwischen 7% und 20% variieren. Die Analyse der Inanspruchnahme in dieser Arbeit bestätigt die Ergebnisse früherer Studien, wonach die Spitex-Dienste in den französischsprachigen Kantonen stärker ausgebaut sind als in der Zentralschweiz. Werden jedoch die geleistete Aktivität und die Betreuungsintensität mit einbezogen, ergibt sich ein differenzierteres Bild:

Die Spitex-Dienste gewisser Westschweizer Kantone (NE, FR, VS) verzeichnen zwar viele Klienten, diese erhalten jedoch wenig Pflegestunden – durchschnittlich 39 bis 43 Stunden pro Person pro Jahr. Umgekehrt melden die Spitex-Dienste gewisser Deutschschweizer Kantone (BE, GR, SG, AI, UR) tiefe Inanspruchnahmequoten, jedoch werden ihre Klienten intensiver betreut (61 Stunden pro Person pro Jahr) als es für die Schweizer Kantone durchschnittlich der Fall ist. Im übrigen bestätigen die Daten die früheren Analyseergebnisse, zum Beispiel, dass das Spitex-Wesen in allen anderen Deutschschweizer Kantonen unterdurchschnittlich ausgebaut ist. In den Westschweizer Kantonen GE, VD und JU und

auch in BS, verzeichnen die Spitex-Dienste überdurchschnittlich viele Betreute und Pflegestunden pro Person.

Die Spitex-Dienste bieten Leistungen auf zwei verschiedenen Gebieten an: die medizinische Pflege gemäss Artikel 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (nachstehend „KLV-Pflege“) sowie die hauswirtschaftlichen Dienste. Je nach Kanton steht das eine oder das andere Aktivitätsgebiet im Vordergrund. Die Spitex-Dienste der Kantone BE, SO, VD und OW konzentrieren sich in erster Linie auf die KLV-Pflege, während sich jene der Kantone ZG, BL, SG, VS und GE eher auf die hauswirtschaftlichen Dienste konzentrieren. In vier Kantonen – BS, AI, GR, JU – ist das Leistungsniveau in beiden Bereichen überdurchschnittlich. Demnach scheint die Ausrichtung auf die KLV- oder die hauswirtschaftlichen Leistungen unabhängig vom Ausbau der Spitex-Dienste zu sein.

Insgesamt unterdurchschnittlich ausgebaut sind die Spitex-Dienste einer grösseren Gruppe von Kantonen. Dies betrifft vor allem die Ostschweiz, wo in beiden Leistungsgebieten wenig Stunden pro Person erbracht werden (ZH, LU, UR, SZ, NW, GL, SH, AR, AG, TG, TI).

Alterspflegeheime in der Ostschweiz häufiger in Anspruch genommen

Durchschnittlich werden 20% der 80-Jährigen und Älteren in einer Institution betreut. In den oben genannten Kantonen (ausser TI) mit wenig ausgebauten Spitex-Diensten ist die Quote der Heimbewohner jedoch deutlich höher und beträgt z.B. im Kanton Glarus 34%. Eine erhöhte Quote findet sich auch in den Kantonen GR und SG, wo die Spitex-Dienste viele Leistungen bei wenigen Betreuten erbringen, und im Kanton OW, wo die Spitex-Aktivitäten relativ breit gestreut sind. Auch in diesem Bereich ist eine Ost-West-Spaltung festzustellen, die Trennlinie liegt jedoch östlicher als im Falle des Spitex-Ausbaus.

Die stärkere Inanspruchnahme der APH in der Ostschweiz erklärt sich nicht nur durch die Altersstruktur dieser Kantone, sondern auch – nach Ansicht von Fachleuten – durch eine unterschiedliche Auffassung von der Rolle des Heims: In der Ostschweiz gilt das Altersheim als Ort gemeinschaftlichen Lebens. Der Anteil an selbstständigen Bewohnerinnen und Bewohnern ist dort somit auch oft grösser als in den Heimen der Westschweiz, wo die APH eher als medizinisch geprägte Strukturen erlebt werden.

Inanspruchnahme der formellen Pflege als Ganzes: Grössere Unterschiede bei den «jungen» Pensionierten als bei den 80-Jährigen und Älteren

Bei der Analyse der formellen Pflege als Ganzes haben sich für die Altersklasse der 65- bis 79-Jährigen vergleichsweise grössere kantonale Differenzen ergeben als für die Älteren. In der erstgenannten Gruppe variiert der Anteil der Bevölkerung, die Langzeitpflegeleistungen in Anspruch nimmt, je nach Kanton zwischen 6% und 15%, also im Verhältnis von über 1:2. Ab 80 Jahren ist die Differenz nicht mehr so gross, da den meisten Kantonen zwischen 45% und 55% der Personen formelle Pflegeleistungen in Anspruch nehmen. Somit stabilisiert sich zwar die Inanspruchnahme der Langzeitpflegestrukturen, dafür unterscheidet sich die Art und Weise, wie das Bedürfnis nach Langzeitpflege befriedigt wird, von Kanton zu Kanton.

Zusammenhänge zwischen Spitex-Diensten, Alterspflegeheimen sowie Akutspitälern

Angesichts der oben genannten Differenzen stellt sich die Frage, welche Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Betreuungsformen bestehen. Bedeutet eine stärkere Inanspruchnahme der APH automatisch weniger Spitalaufenthalte? Besteht ein Substitutionspotenzial zwischen den APH und den Spitex-Diensten?

Die letztgenannte Frage ist umstritten. Höpflinger und Hugentobler (2005) verwerfen die These einer substitutiven Beziehung zwischen APH und Spitex-Diensten mit der Begründung, dass die ambulante Pflege weniger von den Spitex-Diensten als von der Unterstützung aus dem Umfeld abhängt. Im Unterschied zu früheren Arbeiten wird hier die Interaktion zwischen APH und Spitex-Diensten mit Hilfe von Regressionsmodellen und unter Einbezug eines dritten Institutionstyps – der Akutspitäler – untersucht. Ferner werden dabei kantonale Eigenheiten, welche dieses Verhältnis beeinflussen könnten, berücksichtigt. Die Analysen haben zu unterschiedlichen Ergebnissen je nach Altersklasse geführt, worin sich die Tatsache widerspiegelt, dass ältere und hochbetagte Menschen unterschiedliche Pflegebedürfnisse haben.

Bei den 65- bis 79-Jährigen ist keine substitutive Beziehung zwischen APH und Spitex-Diensten festzustellen; eine solche Beziehung besteht hingegen offenbar zwischen APH und Spitalaufenthalten von mehr als drei Monaten. Diese Situation erklären die Fachleute damit, dass in diesem Alter die Inanspruchnahme von APH-Leistungen oft durch schwer behindernde Krankheiten begründet ist, die ein Zuhausebleiben verunmöglichen (z.B. Demenz, Parkinsonsche Krankheit). Spitex-Klienten leiden offenbar eher an leichten funktionalen Behinderungen und benötigen kurzzeitige Pflege (interkurrente Erkrankung, Konvaleszenz).

Anders die Situation bei den 80-Jährigen und Älteren: Hier reagieren APH und Spitex-Dienste stärker aufeinander. In den Kantonen mit intensiverer Inanspruchnahme der Spitex-Dienste ist die Quote der APH-Inanspruchnahme vergleichsweise geringer. Der tiefe Koeffizient (-0,25) deutet jedoch an, dass die Spitex nur für eine kleine Gruppe von Klientinnen und Klienten eine Alternative darstellt. Es fällt zudem auf, dass die Anzahl mittellanger Spitalaufenthalte (11 bis 90 Tage) bei einer höheren Quote der APH-Inanspruchnahme tiefer ist. Diese Feststellung eröffnet interessante Perspektiven für die zeitlich begrenzte Betreuung von Patientinnen und Patienten durch die APH, z.B. im Rahmen der Rehabilitation.

In der Gruppe der 80-Jährigen und Älteren begrenzt zwar eine stärkere Inanspruchnahme der Spitex-Dienste die Anzahl Aufnahmen in APH, sie bedeutet jedoch auch mehr mittelfristige Spitalaufenthalte. Die Klientenströme könnten sich in beide Richtungen bewegen: Gut ausgebaute Spitex-Dienste erlauben zwar eine Verkürzung der Spitalaufenthalte, aber es ist auch denkbar, dass durch ihre Leistungen medizinisch kritische Situationen, die einen mittelfristigen Spitalaufenthalt erfordern, früher erkannt werden. Zudem ist ein Spitalaufenthalt oft die einzige Lösung, wenn sich der Gesundheitszustand einer zuhause gepflegten Person rasch verschlechtert oder die Pflegenden aus deren Umfeld körperlich bzw. psychisch erschöpft sind.

Unterschiedlicher Stand der Diskussion und des Ausbaus der Langzeitpflege

Die Praxis der Kantone zeugt von unterschiedlichen Auffassungen darüber, wie die Pflegebedürfnisse der älteren Menschen zu befriedigen sind. Je nachdem ist das Angebot eher auf institutionelle Pflege oder eher auf ambulante Spitex-Dienste ausgerichtet. Auch wenn in gewissen Kantonen bereits eine Grundsatzdiskussion über dieses Thema lanciert wurde, dürfte es sich bei diesen Differenzen in vielen Fällen noch um ein Erbe aus der Vergangenheit und weniger um Früchte einer bewusst gewählten Strategie handeln.

Fachleuten zufolge wurden die Restrukturierungen der oben genannten Dienste der Kantone zu unterschiedlichen Zeitpunkten begonnen und auf eine unterschiedliche Art vorgenommen. Einige Kantone pflegen diesbezüglich ein voluntaristischeres Vorgehen und haben begonnen, ihr System tiefgreifend zu reformieren. Zu nennen sind die Kantone VD oder GR, welche einen Ansatz entwickelt haben, der die verschiedenen Arten von Leistungen integriert betrachtet. In anderen Kantonen gehen die Überlegungen in eine ähnliche Richtung, jedoch ist dort der Restrukturierungsprozess noch weniger weit fortgeschritten.

Der Bereich der Langzeitpflege befindet sich in einem tief greifenden Wandel. Im Anschluss an die Einführung des KVG im Jahr 1996 wurden einfache Heime zu Alterspflegeheime, um den neuen gesetzlichen Anforderungen zu genügen. Parallel dazu unterwarfen sich die Vereinigungen zur Betreuung und Pflege zuhause einem umfassenden Reorganisations- und Professionalisierungsprozess. Die Vielfalt an Situationen ist nicht zuletzt auf den unterschiedlichen Entwicklungsstand dieser Reformen zurückzuführen.

Die Studie hat gezeigt, dass die drei wichtigsten Langzeitpflege-Institutionstypen – APH, Spitex und Akutspitäler – unterschiedlich organisiert sein können und sich unterschiedlich aufeinander beziehen. Gerade deshalb ist es wichtig, den Bereich der Langzeitpflege bewusst auch als Ganzes zu betrachten und dabei die Bedürfnisse der Bevölkerung, die kantonalen – insbesondere geografischen – Spezifitäten, die verfügbaren finanziellen Mittel aber auch die Interaktionen zwischen den verschiedenen Leistungserbringern mit einzubeziehen.

1. INTRODUCTION

Au cours des prochaines décennies, la Suisse comme les autres pays développés devra faire face à un important vieillissement de la population. Selon les projections démographiques de l'OFS, la proportion des personnes de plus de 65 ans parmi la population totale passera de 15% en 2002 à 23% en 2030, avec une augmentation importante du nombre de personnes très âgées (80 ans et plus) : alors que ces dernières représentaient 290'000 personnes en 2000, elles seront entre 555'000 et 680'000 en 2040¹. La dépendance fonctionnelle et le besoin en soins de longue durée sont étroitement liés à l'âge : actuellement les taux de prévalence estimés pour la Suisse augmentent de 2.5% à 65 ans à plus de 35% à partir de 85 ans [1]. Même si les enquêtes les plus récentes font état d'une baisse régulière des taux de dépendance fonctionnelle dans les cohortes atteignant le grand âge, l'évolution démographique aura pour conséquence une augmentation du nombre de personnes nécessitant des soins de longue durée [2]. Le développement et l'organisation de services accessibles et économiquement supportables pour la collectivité représentent dès lors un défi majeur pour le système de santé.

L'approche choisie par les services publics pour développer les soins de longue durée, en tant que domaine spécifique du système de santé, varie d'un pays à l'autre. Le dernier rapport de l'OCDE décrit les stratégies mises en oeuvre au sein de l'Europe et révèle de grandes différences d'un pays à l'autre. Celles-ci concernent les aspects financiers, comme la part du PIB allouée², le mode de financement et la part du financement prise en charge par la collectivité³, mais aussi l'utilisation de ces services par la population et leur degré d'intégration dans le système de santé en général⁴ [3]. Compte tenu de la variation dans l'offre de services, les différences quant au rapport entre le nombre de bénéficiaires pris en charge à domicile ou en institution y sont également importantes.

De telles différences se retrouvent également à l'échelon national. En Suisse, des différences régionales du taux d'institutionnalisation des personnes âgées ont été décrites lors du dernier recensement fédéral [4]. Cette observation a été confirmée dans une étude récente, réalisée par Höpflinger et Hugentobler, qui a aussi tenu compte des services d'aide et de soins à domicile. Ainsi, si les taux de recours aux établissements médico-sociaux (EMS) sont deux fois plus élevés dans les cantons de Suisse centrale (GL, AR, ZG et OW) que dans certains cantons latins (VD, VS, JU, GE), le niveau de développement des services d'aide et de soins à domicile (SASD) est quant à lui plus élevé dans les cantons romands (JU, GE, NE, VD, VS). Dans ces régions, l'offre de prestations par habitant est deux fois plus élevé que dans certains cantons de Suisse centrale (SZ, NW, LU) [5].

Ces variations cantonales sont encore mal expliquées. S'agit-il de différences dans le taux de recours en général, les personnes de certains cantons faisant plus vite appel aux soins de longue durée que les habitants d'autres cantons ? S'agit-il plutôt de différences dans la

¹ www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/bevoelkerung/zukunftge_bevoelkerungsentwicklung.

² Part du PIB allouée aux soins de longue durée : Espagne : 0.6%, Suisse : 1.5%, Suède : 2.9%

³ Part financée par la collectivité : Espagne : 26%, Suède : 95%.

⁴ Proportion de personnes de 65+ ans recourant aux soins de longue durée : Suède : 17%, Suisse : 12%, Allemagne : 11%.

manière de répondre à des besoins comparables, certains cantons développant plutôt les SASD et d'autres cantons plutôt les soins en EMS ? Le recours aux EMS est-il alors réellement plus bas dans les cantons où le développement des SASD est élevé ? Cela suggérerait que, dans certaines situations, il existe un potentiel de transfert des patients entre un mode de prise en charge et l'autre.

Dans l'étude mentionnée précédemment, Höpflinger et Hugentobler rejettent l'existence d'une certaine substitution entre les deux formes de prise en charge, ambulatoire et institutionnalisée, reprenant l'idée, déjà émise par d'autres, que le soutien des proches jouerait un rôle plus important pour le maintien à domicile que le niveau de développement des SASD [6]. Pourtant, une autre étude suisse a relevé l'existence d'un lien entre le niveau de développement des SASD et la capacité de ces services à soutenir les proches. Ainsi, 44% des personnes très âgées souffrant d'incapacité fonctionnelle restent à leur domicile, grâce à l'appui prodigué par l'entourage et les SASD. Les auteurs en ont conclu que le seuil de dépendance qui rend un hébergement nécessaire, dépend des capacités de l'entourage et des SASD. Ceci laisse supposer qu'un transfert de patients potentiels des EMS vers les SASD est possible si l'entourage est soutenu par des services ambulatoires renforcés en conséquence [7].

La présente étude reprend et approfondit la question des différences cantonales dans l'utilisation des soins de longue durée avec deux objectifs. Il s'agira d'abord de décrire les différences cantonales concernant le recours aux deux institutions EMS et SASD, en incluant pour ces derniers certaines dimensions non traitées auparavant, comme l'intensité avec laquelle les clients sont pris en charge. La relation entre ces services avec leur potentiel de substitution sera ensuite étudiée en tenant compte des spécificités cantonales et de l'influence des hospitalisations en services de soins aigus.

Il existe en effet une relation triangulaire entre les hôpitaux et les EMS et SASD, les interactions survenant à plusieurs niveaux. Certaines études ont mis en évidence le rôle complémentaire des SASD par rapport aux hospitalisations en services de soins aigus [8]. En prenant en charge des patients en attente d'un hébergement dans un EMS ou en organisant une prise en charge par les SASD à la suite d'une hospitalisation, les hôpitaux représentent souvent la porte d'entrée d'un patient dans le système de soins de longue durée. Finalement, le nouveau mode de financement des séjours en hôpitaux, qui implique des séjours de plus en plus courts, a des répercussions sur le fonctionnement des structures de soins extrahospitalières, appelées à fournir alors des soins de plus en plus complexes [9]. Pour être complète, une analyse des soins de longue durée et des interactions entre les différents services proposés doit donc tenir compte de leur relation avec les services de soins aigus.

Dans ce travail, seules les personnes de 65 ans et plus (65+ ans) seront considérées. Il s'agira de répondre aux questions suivantes :

- Quelle est l'ampleur des différences cantonales face au recours aux institutions de soins de longue durée ?
- Quelle est la nature de la relation entre les deux pôles de soins de longue durée : Y a-t-il une relation de substitution ou de complémentarité entre ces deux formes de soins de longue durée ? Autrement dit, peut-on supposer l'existence de transferts

entre ces deux formes de prise en charge (EMS et SASD) ? Comment cette relation évolue-t-elle lorsque l'on tient compte des hospitalisations et des particularités cantonales ? Cette relation évolue-t-elle différemment selon l'âge ?

Jusqu'à présent, les soins de longue durée n'ont fait l'objet que de peu d'études, surtout lorsqu'il s'agit de comparer différentes formes de soins, relevant de différents registres statistiques. L'approche comparative utilisée ici représente une première étape, destinée à fournir des pistes pour des études ultérieures.

Les caractéristiques des services de soins de longue durée retenus pour l'étude sont rappelées au chapitre 2 et la méthodologie est décrite au chapitre 3. Les résultats sont présentés et discutés en deux étapes. Au chapitre 4, l'utilisation des soins de longue durée dans les cantons sera abordée institution par institution, puis globalement. L'accent y est mis sur les SASD. L'interaction entre les systèmes de soins de longue durée (SASD, EMS) et les séjours en milieu hospitalier est examinée au chapitre 5. Les limites et les conclusions de cette analyse sont présentées au chapitre 6.

Remerciements

De nombreuses personnes ont soutenu ce projet depuis sa conception ; nous souhaitons remercier ici :

Les experts interrogés lors des entretiens qualitatifs pour leur disponibilité et leurs suggestions :

- Mme Mireille Dubois, secteur Représentation d'intérêt, Association suisse des services d'aide et de soins à domicile
- Mme Elisabeth Hirsch-Durett, responsable de la section Pro Senectute Neuchâtel (jusqu'en août 2005)
- Mme Geneviève Stucki, cheffe de division, Service de la santé publique (VD)
- Mme Lore Valkanover, cheffe de projet, domaine 'Personnes âgées', Curaviva Suisse

Les experts sollicités pour la révision du rapport : Mme Tania Andréani, OFS, M. François Donini, OFAS, M. François Huber, OFAS, M. François Höpflinger, Université de Zürich, M. Daniel Reber, OFAS, M. Andreas Stuck, Université de Berne.

Les collaborateurs de l'OFS ayant contribué de différentes manières à la réalisation du projet : M. Sacha Cerboni (Obsan) pour la préparation des données, Mme Sabine Kuster-Ahrens (section Analyses spatiales) pour la préparation des cartes, Mme Lucy Bayer (Obsan) pour la relecture du manuscrit.

Finalement, nous remercions les nombreuses personnes qui rendent de telles analyses possibles, en fournissant les données statistiques nécessaires ou en mettant ces statistiques en place.

2. PARTICULARITES DES SOINS DE LONGUE DUREE

Dans cette analyse, les soins de longue durée sont définis comme les soins et l'aide destinés à des personnes présentant un degré croissant d'incapacité fonctionnelle, fournis par les services d'aide et de soins à domicile (SASD) ou en établissement médico-socials (EMS) (Tableau T1). Dans la réalité, il existe cependant entre ces deux types d'institutions une diversité toujours plus grande de services (hôpitaux de jour, hôpitaux de nuit, unité d'accueil temporaire,...). Si la vision binaire *soins à domicile/soins en institution* est utilisée dans ce travail, c'est d'abord parce que seules les données concernant ces deux formes de soins sont disponibles. Les services et les structures intermédiaires, pour lesquelles il n'existe ni définition systématisée ni statistique d'envergure nationale, ne seront pas inclus dans cette analyse.

T1 Caractéristiques des services de soins de longue durée		
	Services d'aide et de soins à domicile (SASD)	Etablissements médico-socials (EMS)
Pôles d'activité	<ul style="list-style-type: none"> - Soins OPAS (pris en charge par l'assurance obligatoire de soins) - Economie domestique : aide familiale et autres services (repas à domicile, conseil social etc.) financés par les ménages et les subventions 	<ul style="list-style-type: none"> - Soins (partiellement pris en charge par l'assurance obligatoire de soins) - Hôtellerie et autres services (animation etc.) : financés par les ménages
Bénéficiaires	- 70% des clients âgés de 65+ ans	- 80% des pensionnaires âgés de 80+ ans
Incapacité fonctionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Transitoire ou permanente - Légère ou sévère 	<ul style="list-style-type: none"> - Plutôt permanente - Légère ou sévère
Types de soins	<ul style="list-style-type: none"> - Courte durée après un séjour hospitalier - Longue durée 	<ul style="list-style-type: none"> - Essentiellement longs séjours - Développement de séjours transitoires (par ex. après une hospitalisation)

Les SASD fournissent deux types de prestations, relevant du domaine de l'économie domestique (y compris les repas à domicile) et du domaine des soins. Si les premières sont à la charge des ménages, les secondes, heures OPAS dans les statistiques SPITEX⁵, sont prises en charge par l'assurance obligatoire de soins. Ces prestations s'adressent à deux groupes de personnes, dont 70% sont âgées de 65+ ans :

1. Personnes nécessitant des soins pour une courte durée (affection aiguë, réversible). Dans ce cas, les SASD permettent parfois de raccourcir la durée des séjours hospitaliers.
2. Personnes âgées ayant gardé une certaine autonomie, mais dont les besoins augmentent avec l'âge et les épisodes intercurrents (d'ordre médical et/ou

⁵ Art. 7, ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (832.112.31)

psychosocial). Leur maintien à domicile malgré ces besoins croissants dépendra des capacités des SASD et de l'entourage pour soutenir ces personnes dans leurs activités quotidiennes [6].

Dans les EMS, on peut distinguer une mission médicale partiellement prise en charge par l'assurance obligatoire de soins et une activité 'hôtelière' et sociale, financée par les particuliers (revenu, AVS, fortune, prestations complémentaires). Les EMS ont une clientèle plus âgée (80% sont âgés de 80+ ans) et concernent surtout les groupes de population suivants :

3. Personnes dépendantes, ayant perdu leur autonomie de manière plus ou moins irréversible. En prenant en charge ces personnes, les EMS permettent aussi de raccourcir la durée des séjours hospitaliers.
4. Personnes plus ou moins autonomes mais préférant vivre en institution que seules. Lorsqu'elles ne nécessitent pas de soins, ces personnes prennent leurs frais d'hébergement en charge. Par conséquent, ce collectif de pensionnaires devrait être distingué des autres pensionnaires, ce qui n'est pas toujours possible avec les statistiques existantes.

Dans la présente étude, l'interface « Hôpitaux / Soins de longue durée (SASD & EMS) » est abordé au travers du taux d'hospitalisation de plus de 10 jours dans les hôpitaux de soins aigus (HSA), sans analyser le service impliqué ou les causes sous-jacentes à l'hospitalisation.

3. METHODOLOGIE

3.1 Généralités

L'étude présentée est une analyse transversale, basée sur des données agrégées (« correlational study »). Ce genre d'étude permet de procéder à des comparaisons entre les cantons ou par rapport à des valeurs de référence et de formuler des hypothèses quant à l'origine des différences constatées. Par contre, il n'est pas possible d'établir des liens de causalité.

Les unités d'analyse, notamment les classes d'âge retenues, ont été déterminées en fonction des données disponibles dans la statistique des SASD (statistique SPITEX) qui est la plus limitée (Tableau T2). La distinction entre genres n'a pas été retenue, car cette statistique ne permet pas de croiser les données par âge et par genre.

T2 Unités d'analyse	
Géographique	Cantons
Temporelle	Année 2002
Population	65-79 ans 80+ ans
Services	Services d'aide et de soins à domicile (SASD) Etablissements médico-sociaux (EMS) ⁶ Hospitalisations en services de soins aigus (HSA)

3.2 Démarche et types d'analyse

3.2.1 Comparaisons intercantionales

Dans un premier temps, l'analyse porte sur la structure de la population âgée dans les cantons puis sur le recours aux différentes institutions (SASD, EMS et HSA) dans les cantons, en mettant l'accent sur les services d'aide et de soins à domicile. Il s'agit de mettre en évidence l'ampleur des différences cantonales, de réaliser des comparaisons par rapport à la moyenne nationale et d'établir des typologies. Bien que la moyenne nationale soit utilisée comme référence, elle n'est pas pour autant considérée comme une valeur optimale. Cette partie est suivie d'une description du recours à l'ensemble des soins de longue durée (SASD, EMS et HSA longs séjours)⁷ afin d'illustrer les différents modes de réponse proposés

⁶ Le terme EMS se rapporte, dans tout le document, aux 'établissement médico-sociaux' et aux 'homes médicalisés'.

⁷ Les personnes âgées peuvent faire appel plusieurs fois dans l'année au même service ou à des services différents. Pour être en mesure de comparer le recours total dans les cantons, il faut postuler un taux de comptage multiple constant pour tous les cantons

dans les cantons (pattern de soins différents). Enfin, les déterminants cantonaux du recours à l'ensemble des soins formels sont ensuite analysés dans un modèle de régression linéaire multiple.

3.2.2 Interaction entre les trois formes de services

L'analyse porte ensuite sur la nature des relations entre ces différents services. La mesure de la corrélation entre le recours à deux types de services permet de formuler des premières hypothèses. Celles-ci sont ensuite testées dans un modèle de régression linéaire multiple, qui analysera les déterminants du recours aux EMS en tenant compte du recours aux autres formes de soins (SASD et HSA) et des caractéristiques cantonales spécifiques.

3.2.3 Interviews d'experts

Les résultats quantitatifs sont confrontés à l'avis d'experts du domaine des soins de longue durée recueillis au cours d'entretiens semi-directifs. Ces personnes ont été choisies de manière à représenter les différents services.

Il s'agit de confronter les observations faites au cours de cette analyse à l'expérience de terrain vécue par ces personnes. L'entretien se déroule sous forme de discussion sur la base d'une grille d'entretien reprenant les principales observations. Pour éviter d'influencer ces personnes dans leur évaluation de la situation, seuls les résultats chiffrés, sans commentaires, leur étaient fournis au préalable. Les opinions émises par ces personnes sont intégrées dans les commentaires.

3.3 Sources de données et indicateurs

Les données utilisées proviennent de statistiques administratives publiques. Lorsque le projet a été initié, les données les plus récentes disponibles étaient celles de l'année 2002. Le Tableau T3 présente les indicateurs retenus pour l'analyse descriptive et bi-variée.

T3 Indicateurs retenus pour l'analyse descriptive et bi-variée				
Indicateurs	Description	Catégorie d'âge	Remarque	Source
Population de référence				
Pourcentage de personnes de 65+ ans parmi l'ensemble de la population	Nombre de personnes de 65 ans et plus / 100 habitants*			ESPOP, OFS
Pourcentage de personnes de 80+ ans parmi la population de 65+ ans	Nombre de personnes de 80 ans et plus / 100 habitants* de 65 ans et plus			
Services d'aide et de soins à domicile (SASD)				
Taux de recours	Nombre de clients / 100 habitants*	Population de 65-79 ans; Population de 80+ ans	Correction pour le double comptage	Statistique SPITEX, OFAS
Activité générale	Nombre d'heures totales fournies / habitant*			
Activité de soins	Nombre d'heures de soins OPAS fournies / habitant*	Population générale		
Activité domestique	Nombre d'heures d'aide familiale et autres services fournies / habitant*			
Etablissements médico-sociaux (EMS)				
Taux de recours	Nombre de pensionnaires / 1000 habitants*	Population de 65-79 ans; Population de 80+ ans	Correction pour les séjours hors cantons	Statistique des établissements de santé non hospitaliers, OFS
Hospitalisations (HSA)				
Taux de recours	Nombre d'hospitalisations / 1000 habitants*	Population de 65-79 ans; Population de 80+ ans	Moyens séjours: 11-90 jours; Longs séjours: >90 jours	Statistique médicale des hôpitaux, OFS

*: Population résidante permanente mi-2002, OFS.

3.3.1 Population de référence

Il s'agit de décrire la répartition par canton de la population à laquelle s'adresse ces soins de longue durée, notamment la population âgée (65-79 ans) et très âgée (80+ ans). Les besoins de ces deux populations sont différents, les personnes très âgées nécessitant des soins plus intenses. La proportion des personnes de 80+ ans dans la population de 65+ ans donne une indication de l'importance des ressources qu'un canton devra investir pour couvrir les besoins spécifiques de ce groupe de personnes.

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

La statistique SPITEX regroupe des données agrégées par cantons. Celles-ci indiquent des heures de prestations fournies mais ne donnent aucune information sur leur fréquence hebdomadaire, la durée pendant laquelle les clients en bénéficient ou les actes réalisés. Il

n'est en outre pas possible de ventiler avec précision les prestations fournies en fonction de l'âge et du sexe.

- **Taux de recours aux SASD**

Le taux de recours représente le nombre de clients SASD/100 habitants de la même classe d'âge. Les statistiques SPITEX fournissent les informations concernant les prestations de soins ou d'aide familiale de manière indépendante, si bien qu'un client bénéficiant des deux types de prestations est compté deux fois. Comme le nombre exact de clients des SASD n'est fourni que pour la clientèle totale d'un canton, le nombre de clients d'une classe d'âge doit être estimé en postulant un taux de double comptage constant à travers les âges (estimé à partir du Tableau 10.5.1 de la statistique SPITEX). Pour chaque canton on peut calculer :

$$\text{Taux de double comptage} = \text{Total clients}_{\text{sans double comptage}} / \text{Total personnes selon la classe d'âge} \quad [1]$$

$$\text{Clients par classe d'âge} = \text{N clients par classe d'âge}_{\text{sans double comptage}} / \text{Taux de double comptage} \quad [2]$$

La population de référence utilisée pour calculer le taux de recours comprend la population vivant à domicile et les résidents en EMS. Il est en effet concevable qu'en présence de SASD particulièrement développés, une partie de cette population aurait pu rester à domicile. Elle devient donc, du moins en théorie, une clientèle potentielle et ne peut être exclue de l'estimation des taux de recours.

- **Activité générale des services d'aide et de soins à domicile**

Les prestations fournies par les SASD peuvent être différenciées selon les indicateurs suivants :

- L'activité générale (= nombre d'heures de services / habitant)
- L'intensité générale (= nombre d'heures de service / client)

On trouve la relation suivante entre ces variables :

$$\text{Activité générale} = \text{Intensité générale} \times \text{Taux de recours}$$

$$\text{Nombre d'heures / habitant} = \text{Nombre d'heures / client} \times \text{Nombre de clients / 100 habitants}$$

L'indicateur d'Activité générale reflète donc le volume global des prestations fournies. Directement calculé à partir de données figurant dans la statistique, il permet aussi de valider les taux de recours estimés.

- **Activité de soins et activité domestique des services d'aide et de soins à domicile**

L'activité des SASD peut aussi être décomposée en fonction du type de prestations fournies : heures de soins OPAS, aide familiale et autres services. Dans les analyses qui suivent, ces activités sont mesurées par les indicateurs d'activité de soins (soins OPAS) et d'activité domestique (aide familiale et autres activités). Ces deux indicateurs ne pouvant être désagrégés par classe d'âge, ils ne sont pas utilisés dans l'analyse multivariée.

- L'activité de soins (= nombre d'heures de soins OPAS / habitant) fait référence à la part des prestations de soins à la charge de l'assurance, principalement l'assurance obligatoire de soins⁸.
- L'activité domestique (= nombre d'heures d'aide familiale et autres activités / habitant) se rapporte aux activités non 'médicales' (aide familiale, repas à domicile, autres activités sociales) qui sont à la charge des clients.

3.3.3 Etablissements médico-sociaux (EMS)

Dans la statistique administrative des établissements de santé non hospitaliers, les données par classe d'âge sont agrégées par canton. Ici, seuls les établissements médico-sociaux et homes médicalisés sont retenus (Classification NOGA 2002 de l'OFS : 85.31B). Ces statistiques ne contiennent pas d'indications individuelles sur l'état civil des patients, leur âge à l'entrée en institution, leur degré de limitation fonctionnelle, la durée du séjour ou encore la nature des prestations fournies. Une seule variable concerne l'intensité des soins prodigués quotidiennement et fournit une indication sur le degré de limitation fonctionnelle. Elle se réfère au collectif d'une institution et n'est pas disponible à l'échelon individuel⁹. Il semble d'ailleurs que la qualité de cet indicateur soit relativement faible, ce qui rend son utilisation pour de telles analyses délicate.

- **Taux de recours aux EMS**

Cet indicateur est calculé en rapportant le nombre de pensionnaires domiciliés dans un canton à 1000 habitants de la même classe d'âge. Le canton de l'établissement pouvant différer du canton de résidence du pensionnaire, les taux de recours sont corrigés par rapport aux séjours hors cantons (voir détail à l'annexe 1).

3.3.4 Hospitalisations en services de soins aigus (HSA)

La statistique médicale des hôpitaux regroupe des données individuelles (selon le canton de domicile du patient). Seuls les cas ayant quitté le service au 31 décembre 2002 sont retenus. Les séjours de <11 jours, durée correspondant à la médiane de l'ensemble des séjours hospitaliers, ne sont pas retenus :

- **Taux d'hospitalisation en services de soins aigus (HSA)**

Deux indicateurs sont calculés, par rapport à la durée du séjour :

HSA moyen séjour : Hospitalisation de 11-90 jours / 1000 habitants de la même classe d'âge

HSA long séjour : Hospitalisation de >90 jours / 1000 habitants de la même classe d'âge

⁸ Article 7 de l'Ordonnance sur les Prestations dans l'Assurance obligatoire des Soins en cas de maladie, 832.112.31.

⁹ Estimé à partir de la durée quotidienne des soins : degré 1 : <1 heure/jour, degré 2 : 1-3 heures/jour, degré 3 : 3-5 heures/jour, degré 4 : >5 heures jour.

La référence aux hospitalisations se limite à ces deux indicateurs. Une analyse tenant compte de données plus médicales (diagnostics, traitements entrepris) dépasserait le cadre du projet. Certains cantons distinguent parmi leur lits d'hôpitaux des lits de court séjour et de long séjour. Une telle distinction ne peut être faite dans les statistiques de l'OFS et n'a pas été retenue dans cette analyse.

3.4 Modèles de régression linéaire multiple

L'analyse multivariée est utilisée pour répondre à deux questions distinctes, nécessitant des modèles statistiques différents.

1. Quels sont les déterminants cantonaux du recours à l'ensemble de soins de longue durée ?
2. Quelle est la nature des relations entre EMS, SASD et hospitalisations de moyenne et longue durée ?

D'un point de vue théorique, trois types de variables sont susceptibles d'influencer la relation entre EMS, SASD et HSA : les variables liées à l'offre et à la demande de soins ainsi que les caractéristiques cantonales. Sur le plan empirique, les possibilités d'analyse sont toutefois fortement limitées par l'absence de données. Certaines données liées à la demande ne sont pas disponibles au niveau cantonal : il s'agit par exemple d'informations concernant l'état de santé, l'état civil, le niveau d'éducation et le revenu des personnes faisant appel à ce type de services. D'autres données, comme les prix pratiqués par les EMS et les SASD, la politique de financement des cantons à l'égard de ces services ou les choix en matière de politique de soins de longue durée, devraient d'abord faire l'objet d'une recherche dépassant le cadre de ce projet. Enfin, certaines variables ont été testées mais n'ont pu être incluses dans le modèle pour des raisons de colinéarité. Il s'agit de la langue¹⁰, du taux d'étrangers, de la structure par âge et du taux d'activité des femmes (liste complète des variables testées en annexe 2).

¹⁰ La variable « langue » est fortement corrélée avec le taux de recours aux SASD. A défaut d'être un indicateur des différences culturelles, la langue devient donc un indicateur de la structure des soins à domicile, ce qui exclut son utilisation dans les analyses de la relation entre EMS et SASD.

3.5 Hypothèses de départ

Compte tenu des données disponibles, cinq hypothèses de départ sont faites pour réaliser les analyses :

1. Pour un âge donné, le taux de morbidité est comparable d'un canton à l'autre. Les différences dans les taux de recours sont dues à des facteurs indépendants de l'état de santé.
2. En 2002, la qualité des relevés statistiques des différents systèmes était comparable d'un canton à l'autre.
3. Dans les statistiques SPITEX, le taux de double comptage (Soins OPAS et aide familiale + autres services) est le même pour chaque classe d'âge.
4. La proportion de bénéficiaires des soins de longue durée séjournant hors du canton de domicile est la même pour chaque classe d'âge.
5. Lorsque l'on considère le taux de recours à l'ensemble des services de soins de longue durée, le taux de double ou triple comptage est comparable d'un canton à l'autre.

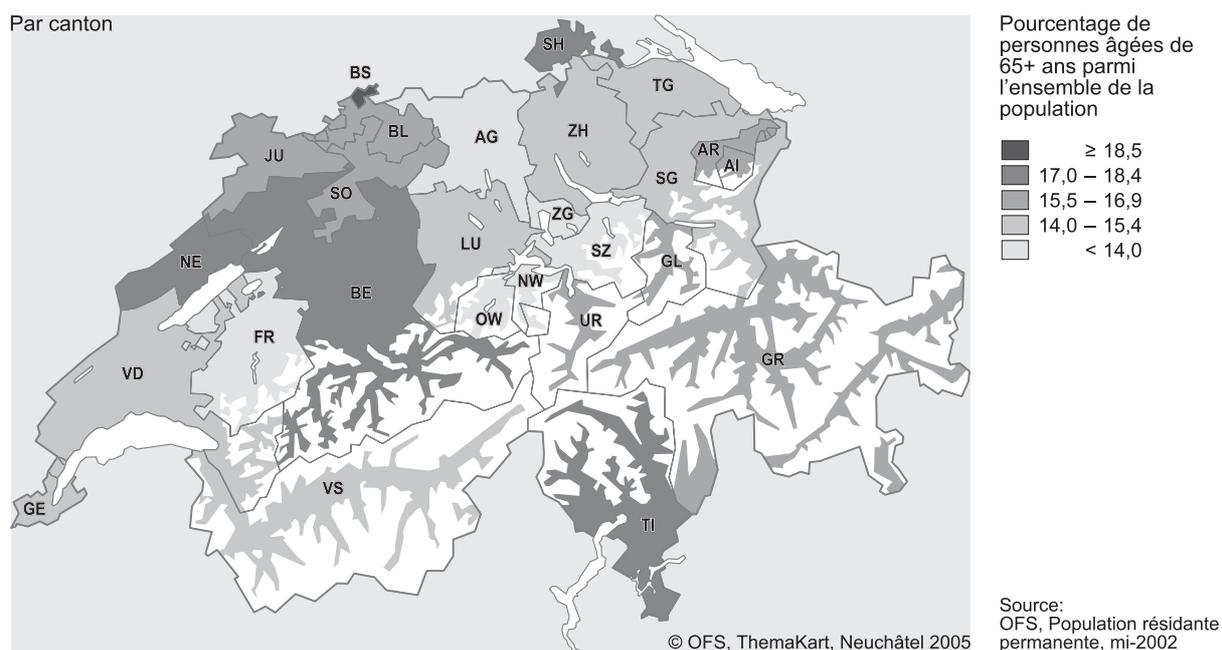
4. RECOURS AUX SOINS DE LONGUE DUREE DANS LES CANTONS

4.1 Population âgée dans les cantons et besoins en soins de longue durée

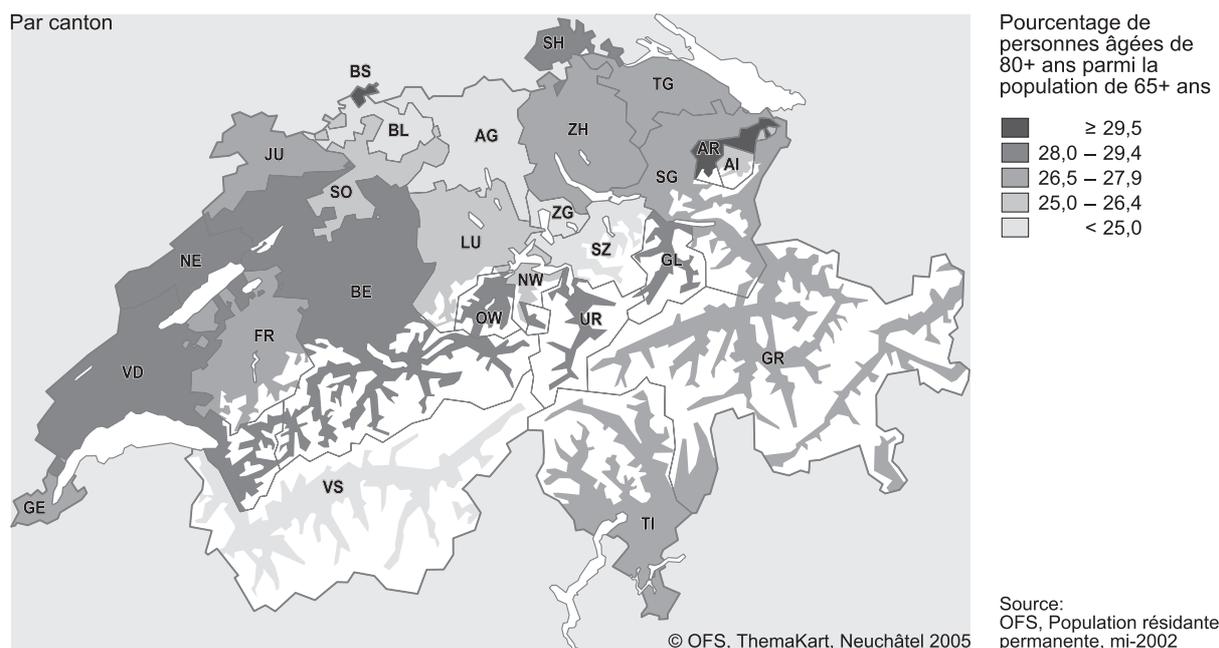
L'importance des besoins en soins dépend de la structure de la population âgée, qui varie fortement d'un canton à l'autre. Ces différences sont les conséquences d'une évolution différente des taux de la natalité selon les régions, ceux-ci ayant diminué plus précocement dans les régions urbaines ou protestantes. Elles reflètent aussi des phénomènes migratoires différents selon l'âge : certains cantons attirent plutôt des personnes actives, d'autres plutôt des personnes retraitées ou alors des jeunes ménages avec enfants [10]. En 2002, alors qu'en moyenne la proportion des personnes de 65+ ans s'élève à 15.6% pour la Suisse, on constate des variations allant de 12.6% pour la population de ZG à 20.9% pour la population de BS (Carte C1). Les cantons où la population âgée est proportionnellement plus élevée sont essentiellement les cantons ruraux et de montagne, à l'exception de NW, OW et SZ. La situation de BS est particulière : alors que les grands centres urbains attirent plutôt une population jeune, ce canton urbain est caractérisé par la proportion la plus élevée de Suisse de personnes retraitées. De par sa situation géographique on peut supposer qu'une bonne partie de sa population active provient des régions limitrophes.

Population âgée dans les cantons, en 2002

C 1



L'urgence de la planification des soins de longue durée dépend de la proportion de personnes très âgées parmi les personnes de 65+ ans, car ce sont d'abord ces personnes qui consommeront ce type de soins. On constate de nouveau de grandes variations entre les cantons, la proportion des personnes très âgées parmi les personnes âgées variant de 22.9 % à BL à 30.7 % à BS, avec une moyenne suisse de 27.2% (Carte C2). Les cantons où ces proportions sont les plus importantes sont ceux du nord de la Suisse, y compris BS et BE.



Ces données permettent de comparer les cantons aux **valeurs moyennes suisses** pour établir une typologie des cantons qui distingue 4 catégories (Tableau T4 et Carte C3). Cette typologie des cantons figure également dans l'annexe 6.

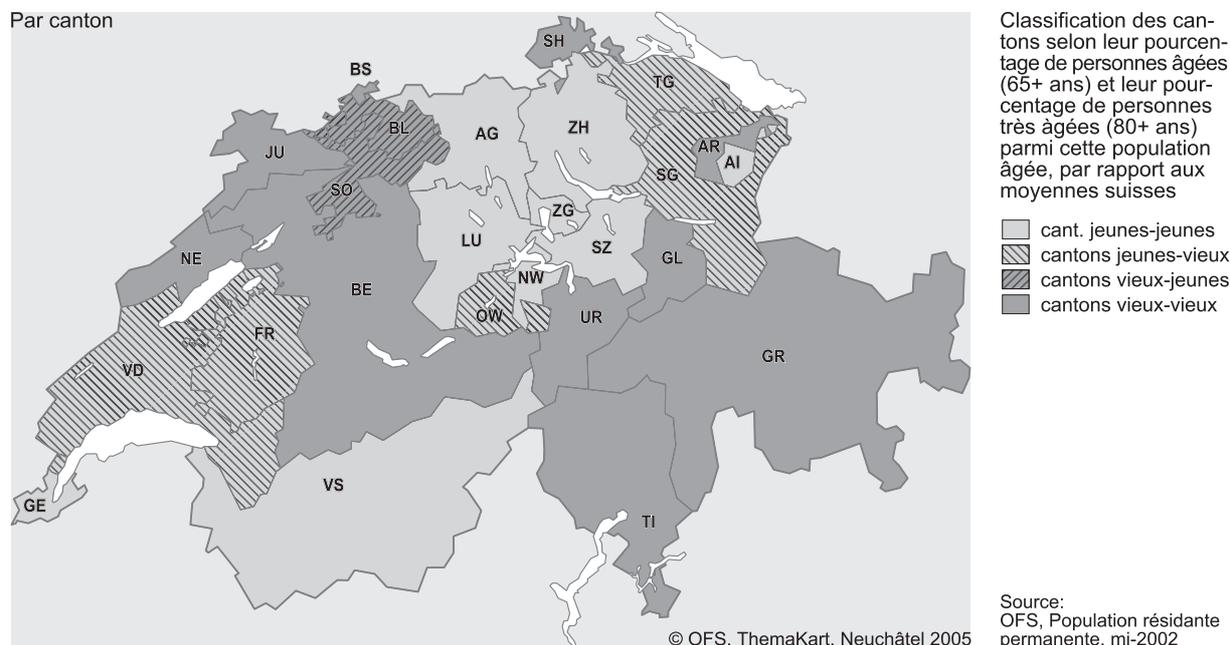
T4 Typologie des cantons par rapport à la structure de leur population		
	Pourcentage de personnes de 65+ ans parmi l'ensemble de la population < moyenne suisse	Pourcentage de personnes de 65+ ans parmi l'ensemble de la population > moyenne suisse
Pourcentage de personnes âgées de 80+ ans parmi la population de 65+ ans < moyenne suisse	Cantons 'jeunes-jeunes' ZH, LU, SZ, NW, ZG, AI, AG, VS, GE	Cantons 'vieux-jeunes' SO, BL
Pourcentage de personnes âgées de 80+ ans parmi la population de 65+ ans > moyenne suisse	Cantons 'jeunes-vieux' OW, FR, SG, TG, VD	Cantons 'vieux-vieux' BE, UR, GL, BS, SH, AR, GR, TI, NE, JU

Pour les cantons jeunes-jeunes, principalement les cantons urbains autour des pôles de Genève et de Zurich, on peut supposer des besoins en soins plus faibles que dans les autres cantons. Pour les cantons jeunes-vieux, essentiellement des grands cantons semi-urbains (VD, FR, TG, SG, OW) les questions associées aux besoins en soins sont plus actuelles que pour des cantons vieux-jeunes comme SO et BL, où la population âgée est encore relativement jeune et les besoins en soins surviendront plus tard. Finalement, on

trouvera les besoins en soins les plus importants dans les cantons de la région nord et jurassienne et de la région centrale et alpine, cantons vieux-vieux caractérisés par une population âgée et très âgée importante.

Typologie des cantons en fonction de leur population âgée, en 2002

C 3



4.2 Services d'aide et de soins à domicile (SASD)¹¹

Les données qui suivent ne regroupent que les services publics et privés à but non lucratif, à l'exclusion des services privés à but lucratif. L'importance de ces derniers, essentiellement situés dans les grandes agglomérations, est cependant faible.

4.2.1 Taux de recours aux SASD, population de 65-79 ans

Moins d'un jeune retraité sur dix fait appel aux SASD dans l'année, puisque le taux moyen s'élève à 7% pour la Suisse. On constate des variations importantes, allant de 3% (NW) à 12% (JU). Le canton de NW représente un cas spécial, les taux de recours les plus bas après ce canton, également des cantons de Suisse centrale, se situant aux alentours de 4.5-6%. Dans la carte C4, on distingue clairement le clivage entre les cantons romands et BS d'un côté avec des taux de recours plus élevés et les cantons alémaniques d'autre part (à l'exception d'OW), avec des taux plus bas, comme cela a été décrit ailleurs [5].

4.2.2 Taux de recours, population de 80+ ans

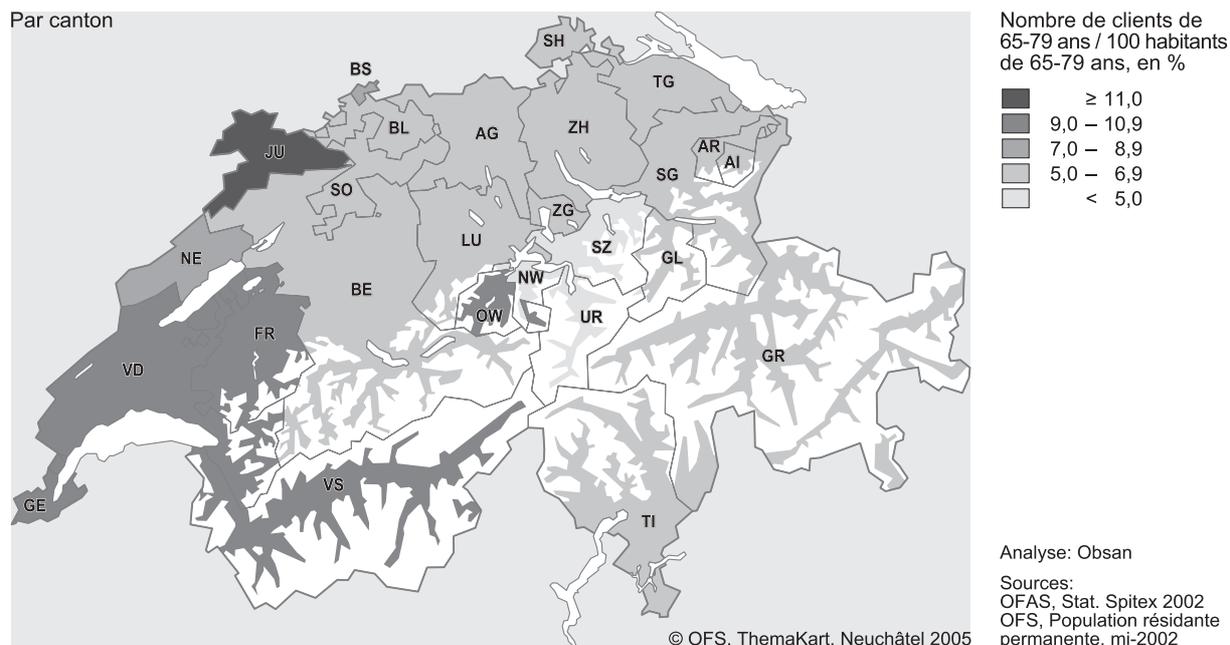
Le recours aux SASD devient plus important à partir de 80 ans puisque 27% des personnes y font appel dans l'année, soit une personne sur quatre. Les taux cantonaux varient entre 18% (SZ) et 39% (JU), et même jusqu'à 46% à OW. Dans ce canton, les SASD offrent des

¹¹ Les données brutes par cantons sont résumées dans l'annexe 3.

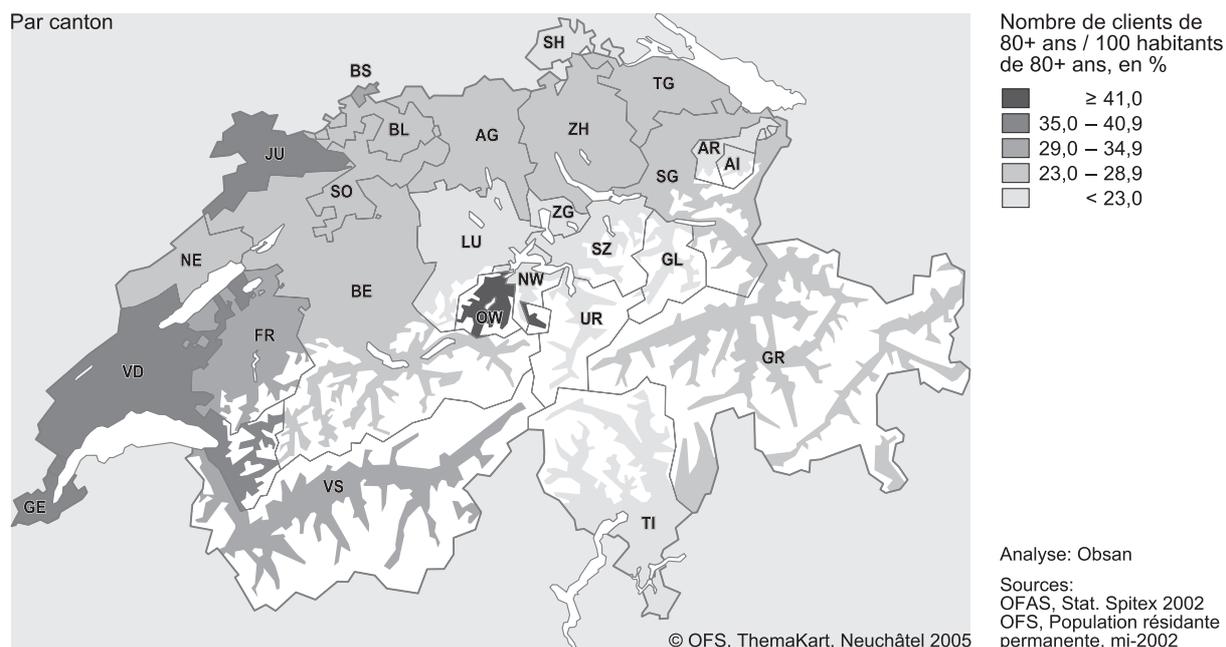
prestations à des hôtes d'un établissement de cure. Les prestations figurant dans les statistiques ne permettent pas de distinguer celles fournies aux résidents du cantons ou aux curistes provenant d'autres cantons ou de l'étranger ce qui entraîne une surestimation des taux de recours par les résidents du canton¹². En ignorant ce dernier canton, on note toujours le clivage mentionné par Höpflinger et Hugentobler, entre la Suisse centrale et la Suisse occidentale, plus marqué que chez les clients plus jeunes (Carte C5) [5].

Taux de recours aux services d'aide et de soins à domicile parmi les personnes âgées de 65 à 79 ans, en 2002

C 4



¹² OFAS : Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX) 2004, notes de bas de page, pages 31 et 72.



Le taux de recours aux SASD ne fournit pas d'informations sur le niveau de développement des SASD et le volume des activités réalisées. Plus la population cible, c'est-à-dire la population à laquelle sont destinés ces services, est importante, plus les efforts que les SASD d'un canton devront faire pour obtenir des taux de recours comparables à la moyenne suisse seront importants. Ce développement demandera alors plus de temps. Pour savoir à quelle étape du développement l'on se trouve, des données longitudinales seraient nécessaires.

Dans une étude transversale portant sur une année, un taux de recours bas peut aussi bien représenter des SASD globalement peu actifs qu'un stade précoce de développement de SASD fournissant de gros efforts pour être accessibles à une population cible importante. Ainsi, parmi les cantons au taux de recours inférieur à la moyenne nationale, on distingue des cantons où la taille de la population cible est relativement basse (ZH et cantons environnants), mais aussi certains cantons plutôt alpins et/ou et semi-ruraux avec une population âgée importante, comme par exemple les cantons de BE, GR, SO, TI ou BL. Dans ces cantons, les SASD doivent fournir un volume d'activité plus important pour atteindre des taux de recours comparables à la moyenne nationale, ce qui peut nécessiter plus de temps. Si leur taux de recours est bas, cet indicateur ne permet pas de tirer des conclusions sur l'évolution de leur développement.

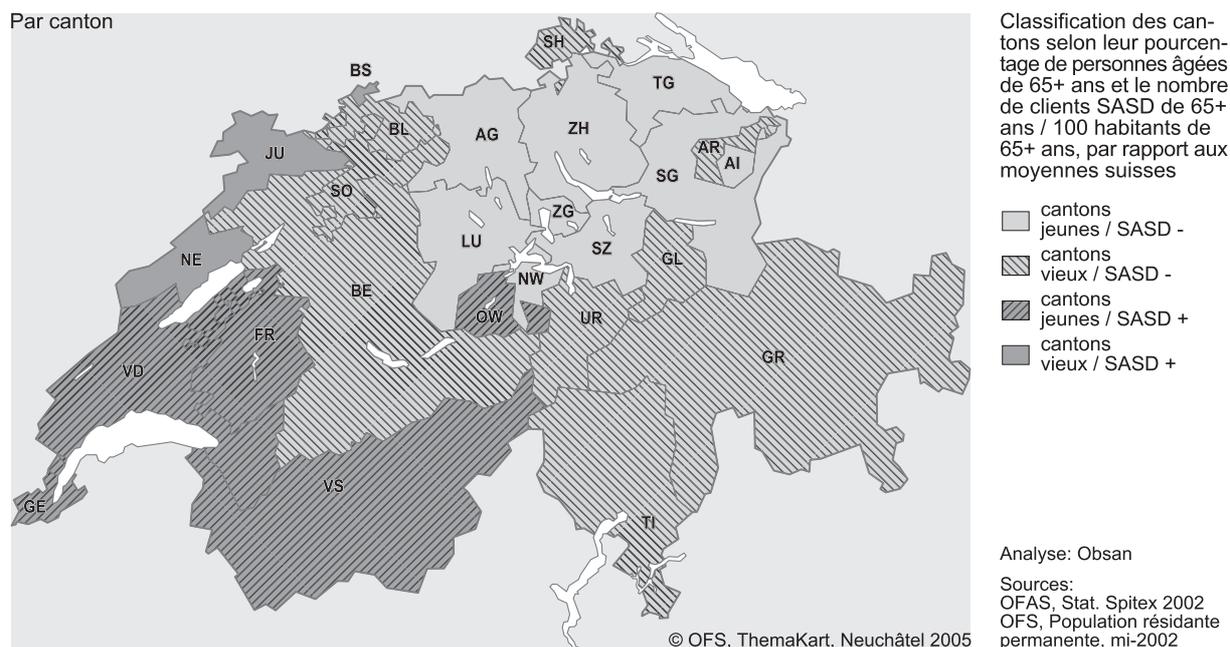
A l'inverse, parmi les cantons où le taux de recours aux SASD est supérieur à la moyenne nationale, soit les cantons romands, BS et OW, cinq cantons présentent une population cible proportionnellement inférieure à la moyenne nationale (VS, OW, FR, VD, GE). Ces cantons nécessitent un déploiement plus faible d'activités et de ressources pour obtenir des taux de recours élevés.

De la même manière que l'on a établi une typologie des cantons en comparant leur structure de population aux valeurs suisses, on peut définir une typologie pour le recours aux SASD et l'importance de la population cible, ici les personnes âgées, en utilisant les valeurs moyennes suisses comme seuil de référence (taux de recours moyen de la population de 65+ ans : 12%)¹³ (Tableau T5 et Carte 6).

T5 Typologie des cantons par rapport à la structure de leur population et leur recours aux SASD (65+ ans)		
	Pourcentage de personnes de 65+ ans parmi l'ensemble de la population < moyenne suisse	Pourcentage de personnes de 65+ ans parmi l'ensemble de la population > moyenne suisse
Taux de recours aux SASD < moyenne suisse	Cantons jeunes – SASD – ZH, LU, SZ, NW, ZG, AI, SG, AG, TG	Cantons vieux – SASD – BE, UR, GL, SO, BL, SH, AR, GR, TI
Taux de recours aux SASD > moyenne suisse	Cantons jeunes – SASD + OW, FR, VD, VS, GE	Cantons vieux – SASD + BS, NE, JU

Cette typologie permet une comparaison entre les cantons ayant des structures de population âgée analogues. Parmi les cantons ayant une population plutôt jeune, on note un gradient entre la région de ZH et les cantons voisins et la Suisse occidentale, où les taux de recours aux SASD sont plus marqués. Parmi les cantons où la population âgée est importante, on observe un gradient entre la région centre sud et nord.

¹³ Voir aussi annexe 6



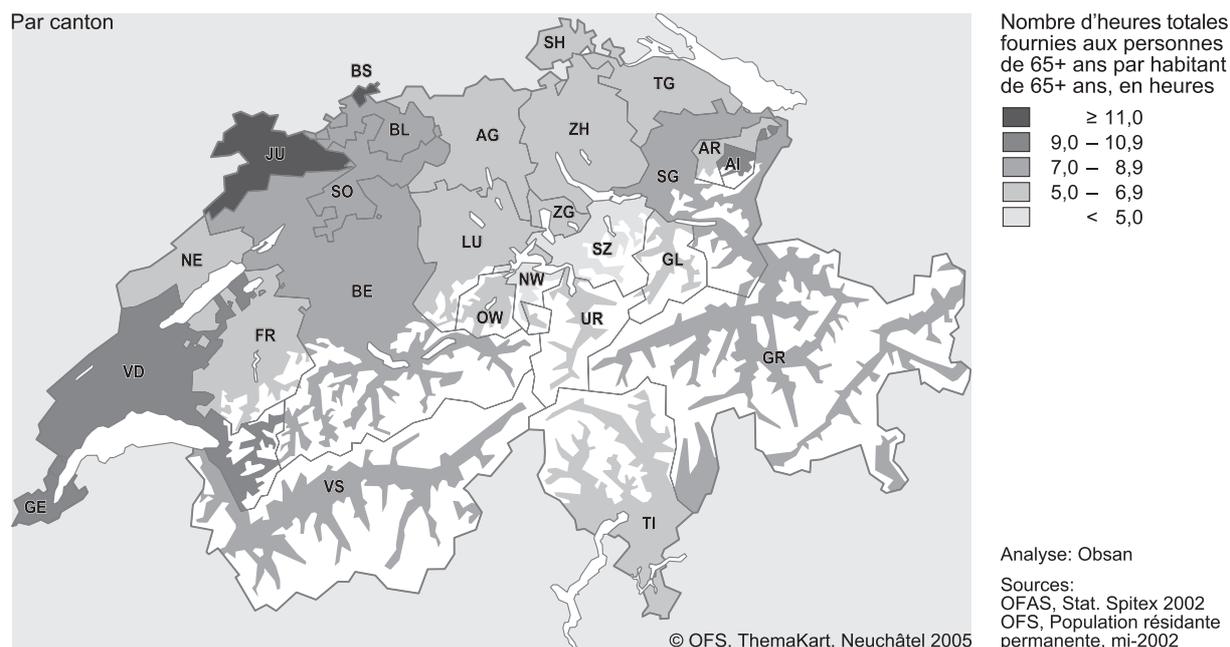
On constate donc des inhomogénéités quant au niveau de développement des SASD au sein des groupes de cantons aux taux de recours bas ou élevé. Celles-ci sont approfondies dans les sections qui suivent.

4.2.3 Profils des services d'aide et de soins à domicile

- **Activité générale**

L'activité générale des services de SASD nous renseigne sur le volume de prestations fournies et indirectement sur l'intensité avec laquelle les clients sont pris en charge. Pour la population de 65+ ans, cet indicateur s'élève en moyenne à 7.6 heures de service/année/habitant, ce qui correspond à une intensité moyenne de 61 heures/client. On note des variations de l'Activité générale entre 4.0 heures/habitant à NW et 4.3 heures/habitant à SZ jusqu'à 19 heures/habitant au JU (2.6 x la moyenne suisse). Ce canton représente plutôt une observation hors norme (« outlier ») car les trois autres cantons où cet indicateur est élevé, VD, GE et BS, ont des valeurs se situant aux alentours de 10-11 heures/habitant. Autrement, l'activité générale est distribuée entre 5 et 9 heures/habitant pour la majorité des cantons (Carte C7).

L'activité générale permet de déduire l'intensité générale. OW est le canton où l'intensité générale est la plus basse (31 heures/client) suivi de FR et NE (respectivement 40 et 43 heures/client). Ce sont trois cantons au taux de recours élevé. Les SASD des cantons d'AI et JU présentent l'intensité la plus importante (104 et 99 respectivement), soit une différence de 73 heures/client entre les deux extrêmes.



Ces résultats indiquent que l'activité générale et l'intensité générale évoluent distinctement du taux de recours et qu'il existe de grandes différences concernant la prise en charge des clients par les SASD. Dans certains cantons comme NE, FR et VS, les SASD enregistrent beaucoup de clients et auront des taux de recours importants. Par contre ces personnes bénéficieront de peu de prestations. A l'inverse, des cantons aux taux de recours plutôt bas comme BE, GR ou BL offrent relativement beaucoup de prestations à leurs clients. Cette constatation permet de nuancer les observations faites plus haut à propos des différences existant entre les régions ouest et est.

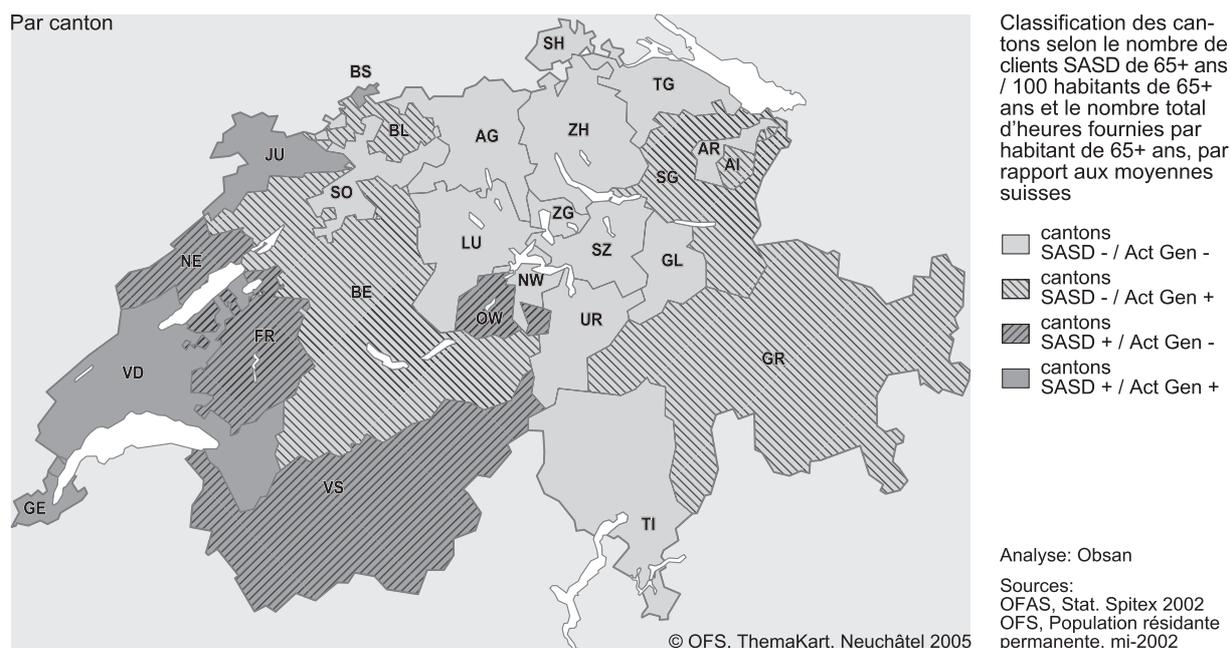
Pour comparer entre eux les cantons ayant des taux de recours analogues, on peut de nouveau définir des types de cantons, en les classant par rapport aux valeurs moyennes suisses du taux de recours aux SASD (12%) et de l'activité générale (7,6 heures/habitant)¹⁴ (Tableau T6 et Carte C8).

¹⁴ Voir aussi annexe 6.

T6 Typologie des cantons par rapport à leur recours aux SASD et à l'Activité générale (65+ ans)		
	Activité générale < moyenne suisse	Activité générale > moyenne suisse
Taux de recours aux SASD < moyenne suisse	Cantons SASD – Act Gen – ZH, LU, UR, SZ, NW, GL, ZG, SO, SH, AR, AG, TG, TI	Cantons SASD – Act Gen + BE, BL, AI, SG, GR
Taux de recours aux SASD > moyenne suisse	Cantons SASD + Act Gen – OW, FR, VS, NE	Cantons SASD + Act Gen + BS, VD, GE, JU

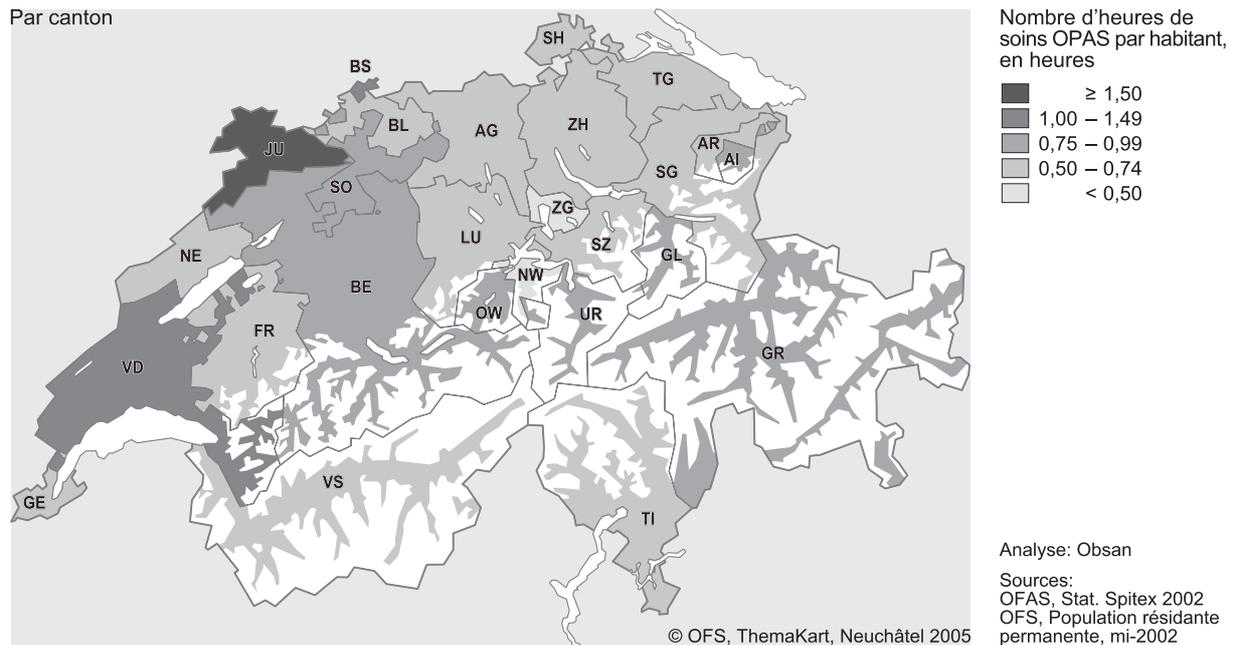
Typologie des cantons en fonction de leur recours aux services d'aide et de soins à domicile et de l'activité générale de ceux-ci, en 2002

C 8



• **Activité de soins**

L'activité de soins fait référence aux heures de soins OPAS fournies. En moyenne, ce sont 0.8 heures de soins OPAS/habitant qui sont fournies, avec des variations allant de 0.4 à ZG et NW, jusqu'à 1.4 pour VD et BS, voire jusqu'à 2.6 heures de soins OPAS/habitant dans le canton du JU, qui représente encore une fois un cas extrême. Pour la moitié des cantons cet indicateur oscille entre 0.7 et 0.8 heures de soins par habitant (Carte C9).

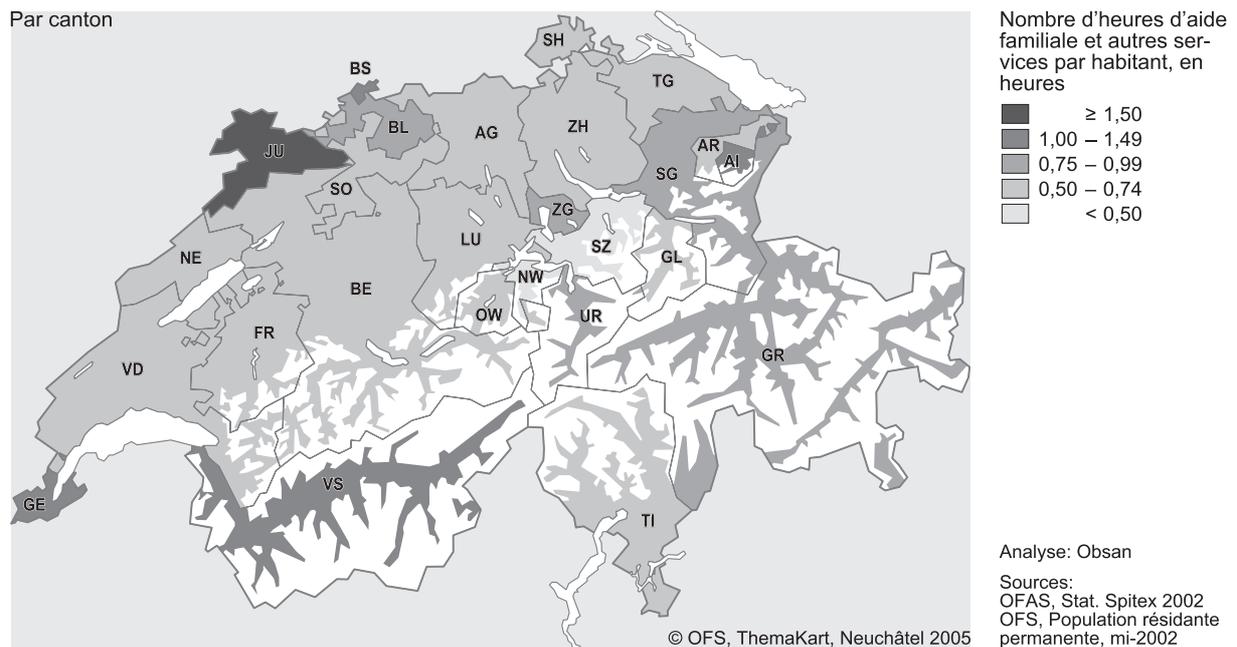


Le fait que les SASD des cantons de BE et SO aient une activité de soins relativement élevée modifie l'aspect des cartes. On peut supposer que cet indicateur évolue également indépendamment du taux de recours puisque dans certains cantons, caractérisés par un taux de recours aux SASD élevé (NE, GE, FR, OW), sa valeur est comparable à celle calculée pour Zurich et les cantons environnants où le taux de recours aux SASD est bas.

- **Activité domestique**

L'activité domestique indique les heures d'aide familiale et autres prestations fournies par habitant. Sa valeur se situe en moyenne à 0.7 heure/habitant, on a donc globalement un peu moins d'activité dans ce secteur que dans celui des soins. Elle varie entre 0.4 (SZ), 0.5 (NW) et 1.4 (BS), 1.5 heures/habitants (JU). Pour 11 cantons, l'activité domestique est distribuée entre 0.6 et 0.7 heures/habitants (Carte C10).

Ces résultats en évidence mettent des évolutions différentes : dans certains cantons comme JU et BS, les deux types de services sont développés, dans d'autres comme GE, l'activité domestique est plus développée que l'activité de soins. Dans les cantons où l'activité domestique des SASD est basse, ceux de Suisse centrale ont plutôt des valeurs basses dans les deux secteurs. Par contre les SASD de SO ont une activité domestique très basse et une activité de soins bien développée.



Le profil d'activité diffère d'un canton à l'autre, indépendamment du taux de recours. Il révèle l'existence de disparités, au sein des groupes de cantons ayant des taux de recours aux SASD comparables. Parmi les cantons où le taux de recours est élevé, les SASD se caractérisent par une activité basse dans les deux domaines (NE, FR) ou uniquement dans le domaine des soins (GE, VS). Ailleurs, les SASD ont surtout une activité de soins élevée (VD, OW) ou les deux types d'activité élevés (JU, BS) (Tableau T7 et Carte C11). Parmi les cantons aux taux de recours inférieurs à la moyenne, les SASD de BE, SO, BL, GR, et AI démontrent une activité de soins supérieure à la moyenne.

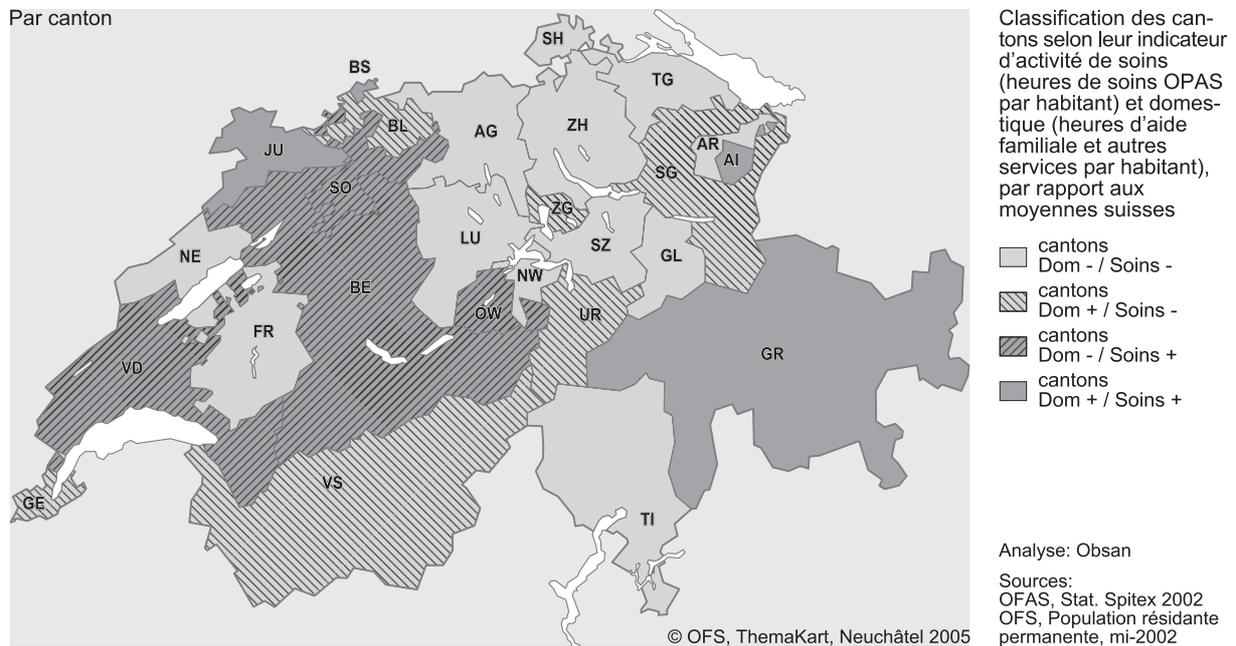
T7 Typologie des cantons par rapport à l'Activité de soins et l'Activité domestique (65+ ans)		
	Activité domestique < moyenne suisse	Activité domestique > moyenne suisse
Activité de soins < moyenne suisse	Cantons Soins – Dom – ZH, LU, UR, SZ, NW, GL, FR, SH, AR, AG, TG, TI, NE	Cantons Soins – Dom + ZG, BL, SG, VS, GE
Activité de soins > moyenne suisse	Cantons Soins + Dom – BE, OW, SO, VD	Cantons Soins + Dom + BS, AI, GR, JU

Théoriquement, les différents modes de rétribution des prestations fournies pourraient influencer le mode de déclaration, les heures étant classées comme heures de soins plutôt que comme heures d'aide familiale, afin de ne pas surcharger le budget des ménages. Cette

éventualité est toutefois peu probable, compte tenu des contrôles exercés par les caisses-maladie sur les prestations facturées.

Typologie des cantons en fonction de la mission de leurs services d'aide et de soins à domicile, en 2002

C 11



La détermination de l'intensité de soins et de l'intensité domestique (heures de soins OPAS et heures d'aide familiale par client) a moins de sens que celle de l'intensité générale, car les heures de soins et d'aide familiale ne sont pas ventilées par classes d'âge. Or il est peu probable que ces services se répartissent de manière homogène entre les classes d'âge.

4.2.4 Recours aux services d'aide et de soins à domicile : Synthèse

Cette étude comparative des SASD fait ressortir l'existence de grandes différences dans l'offre de prestations d'aide et de soins à domicile dans les cantons, à plusieurs niveaux.

1. L'analyse du **taux de recours** confirme l'existence de différences cantonales, avec un clivage est-ouest, le recours à ces services étant plus marqué dans les cantons romands et Bâle-Ville [5].
2. Il existe des différences concernant la **prise en charge** des patients, indépendantes du taux de recours. Les SASD d'un canton peuvent avoir un taux de recours élevé, mais offrir relativement peu de prestations à leurs clients, ou inversement, offrir beaucoup de prestations à peu de clients.
3. La **nature des prestations fournies**, activité de soins ou domestique, varie d'un canton à l'autre. Le rapport entre les différentes prestations offertes évolue indépendamment du taux de recours.
4. Pour évaluer le niveau de développement des SASD d'un canton, des indicateurs comme l'activité générale, l'activité de soins ou l'activité domestique permettent une description plus différenciée de la réalité que le taux de recours.

4.2.5 Recours aux services d'aide et de soins à domicile : Discussion

Les entretiens avec les experts ont fait ressortir plusieurs éléments susceptibles d'expliquer certaines des différences constatées. Il s'agit de facteurs non mesurables et peu systématisés parmi lesquels on peut distinguer des éléments historiques, géographiques et politiques.

- **Facteurs historiques**

Les SASD sont issus d'une multitude d'initiatives, régies à différents niveaux et aux profils très hétérogènes. Avant l'entrée en vigueur de la LAMal, certains cantons avaient déjà manifesté une volonté politique de décharger les hôpitaux et/ou de retarder l'entrée en EMS et intégré ces services dans leur législation/planification sanitaire. Cette orientation influence et modifie les comportements de la population, phénomène qui contribue d'autant plus aux différences cantonales observées, que cette orientation est ancienne. L'entrée en vigueur de la LAMal, qui régleme aussi les prestations de soins (notamment le financement des prestations et la qualification du personnel), a initié des réorganisations et renforcé celles en cours. Il s'agit là de processus qui sont toujours d'actualité.

Ces réorganisations se sont faites à partir d'une multitude de petites unités, caractérisées par une grande diversité de fonctionnement et d'organisations. On note des différences structurelles (orientation professionnelle, niveau de gestion communal, régional, cantonal ou associatif) et politiques (rattachement aux départements des affaires sociales ou de la santé). En outre certaines régions ont restructuré et regroupé leurs services plus tôt que d'autres. Comme l'ont souligné certains experts, plus ces services étaient développés avant la réorganisation, plus celle-ci s'est avérée complexe, le nombre d'acteurs impliqués étant plus grand. Les services s'étant généralement redéfinis à partir des structures existantes, leur orientation après restructuration est restée influencée par le type de personnel disponible auparavant.

- **Facteurs géographiques**

L'offre en prestations de SASD dépend entre autres du mandat de prestation défini avec les collectivités publiques. Mais ces prestations sont aussi définies en fonction des réalités locales : pour offrir des prestations toute la semaine, un service dépendra aussi de la disponibilité de personnel formé et de la souplesse et des dispositions de celui-ci pour des horaires contraignants. Théoriquement, les services des milieux urbains bénéficieront d'un bassin de recrutement plus grand que les régions rurales. Cette règle ne semble pas s'appliquer partout puisque les SASD de Zurich et environs sont encore relativement peu développés malgré un grand bassin de recrutement. On peut donc supposer que ce paramètre ne soit pas l'élément le plus influent et que le développement des SASD dépendra aussi des facteurs stratégiques.

- **Facteurs stratégiques**

Quelle est l'influence du profil d'activité des SASD d'une région sur l'utilisation de ces services ? Les données disponibles ne permettent pas de déterminer l'influence du type de service offert sur le recours aux SASD. Les experts ont clairement souligné l'importance des deux types de prestations (soins et activité domestique) qui couvrent des besoins différents. On note toutefois que dans les cantons où le taux de recours est le plus bas, les prestations d'activité domestique prédominent. On peut supposer que celles-ci regroupent des tâches qui sont plus facilement prises en charge de manière informelle que ne le sont les soins. En cas de forte orientation des SASD vers l'activité domestique, le recours à ces prestations ne surviendra que lorsque de telles activités ne peuvent être assumées par des proches, ce qui pourrait expliquer le taux de recours plus bas observé dans les régions où les SASD sont plus orientés vers l'activité domestique.

Quelle est l'influence du cadre politique donné pour le développement des SASD ? Dans les cantons où le taux de recours aux SASD est relativement élevé mais où l'intensité des prestations offertes est relativement basse, on peut supposer un manque de ressources humaines pour faire face à une demande supérieure à l'offre. A l'inverse, dans les cantons au taux de recours bas mais où l'activité générale est supérieure à la moyenne, on peut supposer que l'offre s'y développe de manière adaptée à la demande et qu'il s'agit d'une question de temps pour atteindre des taux de recours plus élevés. Sans que celle-ci soit mesurable, les entretiens ont fait ressortir l'importance d'une volonté politique pour le développement de ce service. Un cadre précis permet de définir des stratégies explicites quant aux prestations à offrir aux clients, tant du point de vue quantitatif que qualitatif.

S'il est difficile d'exercer une influence sur les facteurs des deux premières catégories, géographique ou historique, il est possible d'influencer les facteurs relevant du domaine stratégique, moyennant un soutien politique dont l'importance a été relevée ailleurs [11]. Les comparaisons internationales dans le domaine des soins de longue durée peuvent s'avérer délicates car les définitions ne sont pas toujours identiques, mais il faut souligner que les taux d'utilisation des SASD sont les plus élevés d'Europe en Norvège (18%) et au Royaume-Uni (20%), pays où des orientations stratégiques claires ont été formulées [3]. Par contre, les taux observés en Suisse, où l'organisation des SASD est extrêmement décentralisée, sont parmi les plus bas d'Europe.

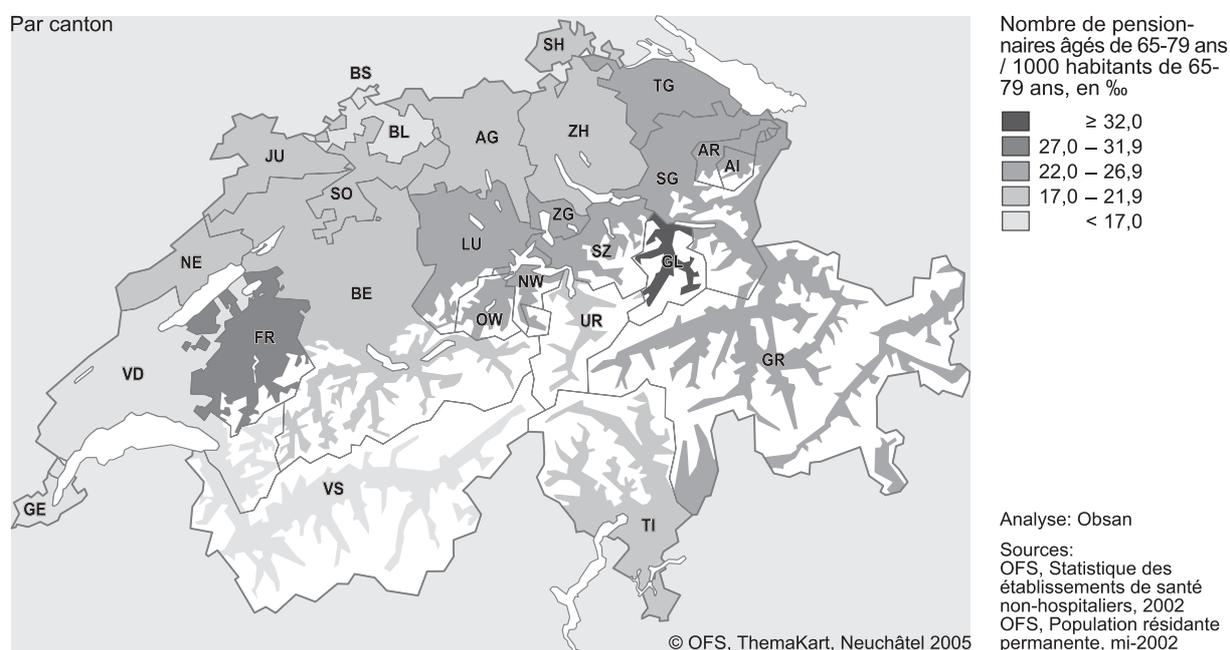
4.3 Etablissements médico-sociaux (EMS)¹⁵

4.3.1 Taux de recours aux EMS des personnes de 65-79 ans

Le recours aux EMS parmi ces jeunes retraités est bas. Chez les personnes de 65-79 ans, de 13 à 35 personnes/1000 habitants résident en EMS (respectivement GE et GL), avec une moyenne suisse de 20/1000 habitants (Carte C12). Les taux sont les plus élevés dans les cantons de Suisse centrale mais aussi FR et les cantons de Suisse orientale. On peut grossièrement distinguer trois zones : la région ouest + BL et BS, avec les taux les plus bas, les cantons du Plateau avec des taux moyens et, finalement, les cantons de Suisse centrale (+FR) et orientale, où les taux sont les plus élevés.

Taux de recours aux établissements médico-sociaux des personnes âgées de 65 à 79 ans, en 2002

C 12



4.3.2 Taux de recours aux EMS des personnes de 80+ ans

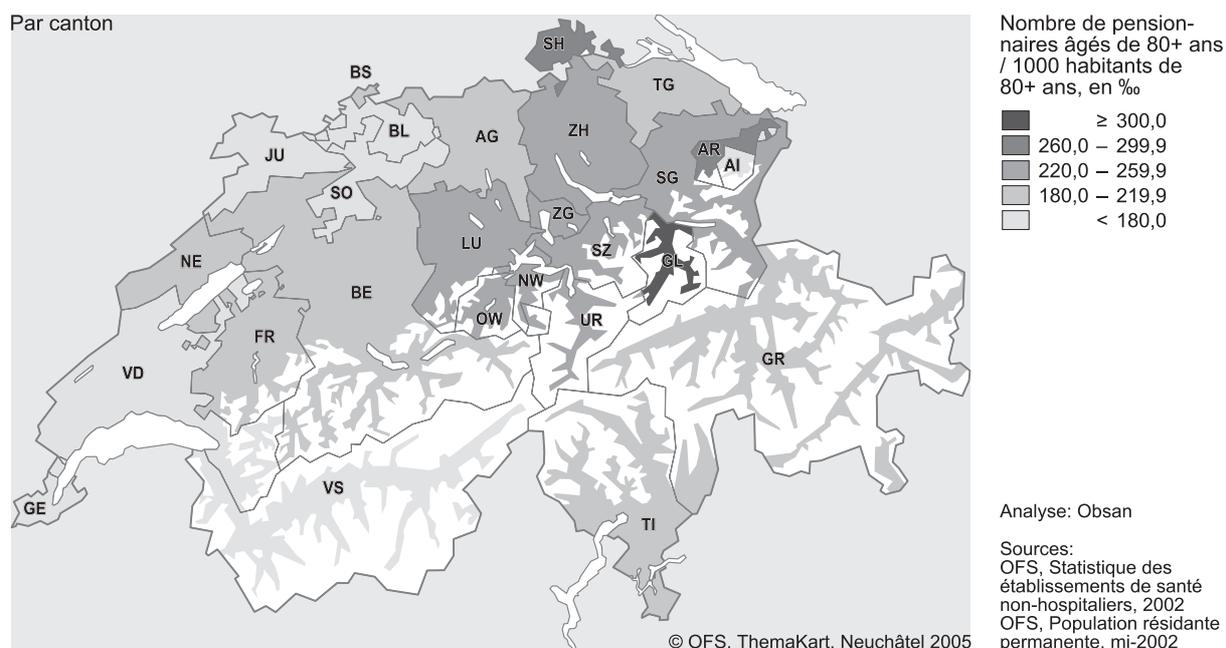
A partir de 80 ans, les personnes font clairement plus appel aux EMS. En moyenne 20% des personnes très âgées (200/1000 habitants) vivent en institution. On observe de grosses variations, avec un taux de recours aux EMS de 143 personnes hébergées/1000 habitants dans le canton de Vaud et de 342 personnes hébergées/1000 habitants à GL (Carte C13). Par rapport aux personnes de 65-79 ans, les cantons où les taux de recours sont élevés se situent en Suisse centrale, ZH et les cantons environnants. Les cantons aux taux de recours bas se situent dans la région occidentale (+ BL et SO). Finalement, les grands cantons du Plateau ont des taux de recours moyens, si bien que l'on n'observe pas de clivage est-ouest très marqué.

¹⁵ Les données brutes par cantons sont résumées dans l'annexe 4.

Certains cantons, représentant en majorité la région nord-est de la Suisse, se caractérisent par des taux de recours supérieurs à la moyenne suisse, mais seulement pour la population de 80 ans et plus (AG, ZH, SH) alors que dans d'autres cantons, plutôt du centre (SO, FR, BE, AI) le taux de recours supérieur à la moyenne concerne plutôt les personnes de 65-79 ans. Ces taux étant calculés en tenant compte des séjours hors cantons, les différences observées ne sont pas le reflet de migrations entre cantons.

Taux de recours aux établissements médico-sociaux des personnes âgées de 80 ans et plus, en 2002

C 13



La corrélation entre le taux de recours aux EMS des personnes de 65+ ans et le rapport entre les pensionnaires nécessitant beaucoup ou peu de soins (rapport entre les patients des degrés 3+4/1+2)¹⁶ est négative (-0.33) : plus le recours aux EMS est élevé, plus les pensionnaires nécessitant peu de soins deviennent nombreux par rapport à ceux nécessitant des soins plus conséquents. Les résultats se référant à cet indicateur doivent toutefois être interprétés avec prudence : celui-ci n'est pas disponible par classe d'âge et sa notification est d'une qualité variable d'une année à l'autre, ce qui le rend peu fiable. Pour cette raison, il n'est pas intégré dans les analyses multi-variées ultérieures.

L'hébergement en EMS concerne essentiellement les personnes de plus de 80 ans. La typologie des cantons établie à partir des moyennes nationales révèle des différences de recours aux EMS, au sein de cantons ayant une structure de population âgée comparable¹⁷ (Tableau T8 et Carte C14).

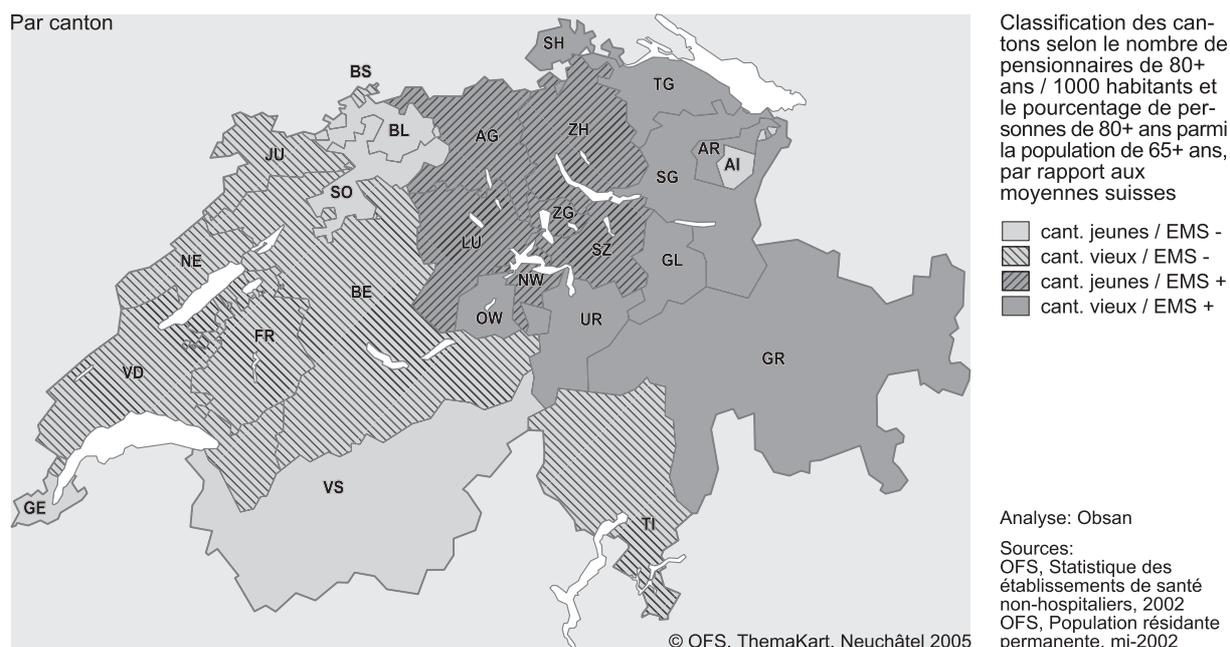
¹⁶ Statistique des établissements de santé non hospitaliers de l'OFS : estimation à partir de la durée quotidienne des soins : degré 1 : <1 heure/jour, degré 2 : 1-3 heures/jour, degré 3 : 3-5 heures/jour, degré 4 : >5 heures jour.

¹⁷ Voir aussi annexe 6.

T8 Typologie des cantons par rapport à la structure de leur population âgée et au taux de recours aux EMS (80+ ans)		
	Taux de recours aux EMS < moyenne suisse	Taux de recours aux EMS > moyenne suisse
Pourcentage de personnes âgées de 80+ ans parmi la population de 65+ ans < moyenne suisse	Cantons jeunes / EMS – SO, BL, AI, VS, GE	Cantons jeunes / EMS + ZH, LU, AG, SZ, NW, ZG
Pourcentage de personnes âgées de 80+ ans parmi la population de 65+ ans > moyenne suisse	Cantons vieux / EMS – BS, TI, VD, NE, FR, BE, JU	Cantons vieux / EMS + UR, OW, GL, SH, AR, SG, GR, TG

Typologie des cantons en fonction du recours aux EMS et de la proportion de la population très âgée, en 2002

C 14



Dans la carte 14, le clivage entre régions orientale et occidentale se situe plus à l'est que la frontière linguistique, les cantons de la région centrale (BE, SO, BL et BS) se caractérisant par des taux de recours aux EMS inférieurs à la moyenne.

4.3.3 Recours aux EMS : Synthèse

Cette analyse confirme les observations faites précédemment [5] :

1. On constate des différences du taux de recours aux EMS entre les cantons. Celles-ci peuvent varier selon les deux classes d'âge retenues : certains cantons n'ont des taux de recours élevés que pour une classe plutôt que pour une autre et vice versa.
2. Les cantons de Suisse orientale recourent plus aux EMS que les cantons de Suisse occidentale mais la limite se situe plus à l'est que la frontière linguistique.

4.3.4 Recours aux EMS : Discussion

Les facteurs évoqués par les experts pour expliquer ces différences relèvent des domaines culturels et stratégiques. Certains éléments ne sont pas mesurables et d'autres sont difficilement saisissables dans les statistiques.

- **Facteurs culturels**

De l'avis des experts, il existe des différences régionales concernant la perception de la vie en communauté et la conception de ce que doit être un EMS. Ainsi, en région alémanique, l'EMS se conçoit plus facilement comme un 'lieu de vie', alors qu'en Suisse Romande, il devient un 'lieu de soins'. Le fait que les institutions de Suisse orientale hébergent plus de personnes indépendantes et nécessitant peu de soins confirme cette hypothèse. Ces différences sont d'importance car elles se reflèteront dans la façon de concevoir l'offre.

Cette différence de perception n'est pas nouvelle et, comme l'ont souligné Höpflinger et Hugentobler, l'offre de places en home a toujours été plus développée en Suisse centrale, mais sans qu'il s'agisse d'hébergements médicalisés. Lorsque de telles structures ont dû s'adapter pour satisfaire aux nouvelles exigences de la LAMal, elles ont transformé le nombre de places existantes en 'lits médicalisés'. Ceci a entraîné une augmentation de l'offre en places médicalisées, situation qui encourage le recours à ce genre de services.

- **Facteurs administratifs et stratégiques**

Derrière les différences statistiques observées se cachent aussi des différences de définition, concernant les établissements, leurs pensionnaires, le type de soins qu'ils requièrent et le concept de soins lui-même. Ces notions sont encore très différentes d'un canton à l'autre. Alors que les experts étaient unanimes pour affirmer que les cantons aux taux de recours élevés hébergent généralement des cas de moindre gravité, on constate que la vérification de cette hypothèse est compliquée par le fait que les différents registres ne rendent pas compte des mêmes variables.

Dans les statistiques 'PLAISIR®' de 2002, qui récoltent des données de 264 EMS et homes médicalisés des cantons de VD, NE, JU et GE, 13% des pensionnaires nécessitaient moins de 60 minutes de soins par jour. La même année, dans le canton de ZH, les pensionnaires nécessitant une telle durée de soins quotidiens étaient trois fois plus nombreux (35% dans

les catégories BESA 0, 1). Les statistiques zurichoises regroupent 236 institutions mais comportent un nombre non spécifié de lits non médicalisés. Il est probable qu'un grand nombre de pensionnaires requérant peu de soins soient en fait des pensionnaires de lits non médicalisés.

Cette hypothèse a également été soulevée par les experts qui ont aussi évoqué la possibilité d'un biais de classification en présence d'institutions mixtes, offrant des lits médicalisés et non médicalisés, qui peut entraîner des confusions entre les différentes catégories de pensionnaires dans les statistiques. Une telle situation pourrait d'ailleurs être favorisée par des réorganisations impliquant des changements périodiques du classement des types de lits.

La définition des soins est aussi sujette à des variations : selon l'acte (par exemple la prise autonome d'un médicament) un pensionnaire se verra « classé » selon un degré de sévérité plus élevé en Romandie qu'en Suisse alémanique [12]. Les comparaisons concernant la lourdeur des soins requis sont d'autant plus difficiles que ces indicateurs ne sont pas disponibles à l'échelon individuel, ce qui permettrait une meilleure appréciation. La distinction des clients selon leur degré de dépendance est d'autant plus importante que la contribution de la collectivité dépendra de la lourdeur des soins prodigués : les pensionnaires ne nécessitant pas de soins assument eux-mêmes une grande partie des frais [12]. Il est donc important de disposer d'indicateurs qui permettent une séparation claire de ces populations de pensionnaires.

Ces aspects soulèvent la question de l'orientation stratégique choisie par les autorités, comme elle a déjà été mentionnée pour les SASD. Les experts ont clairement exprimé l'importance d'une orientation stratégique cantonale explicite, définissant le rôle et le mandat de prestation des EMS. De telles stratégies existent par exemple dans les cantons de BE, SO, BS ou VS et VD.

On peut se demander si la nature décentralisée de la planification des soins en Suisse n'est pas un frein à l'élaboration de stratégies d'envergure. Même si les comparaisons internationales doivent être interprétées avec prudence, cette situation est à mettre en relation avec le fait que la Suisse démontrait, en 2002 le taux d'institutionnalisation le plus élevé d'Europe (12/1000 habitants, six fois plus que la France, l'Autriche ou la Belgique) [13]. Le fait que l'on observe des taux de recours bas aussi dans des pays germaniques devrait d'ailleurs relativiser l'importance des facteurs culturels si souvent évoqués pour la Suisse.

4.4 Hospitalisations (HSA)¹⁸

Dans ce travail, les hospitalisations sont considérées comme une variable de contrôle plutôt que comme variable d'étude et ne font pas l'objet d'une analyse approfondie par service. On relèvera quand même qu'à l'échelon national, pour les personnes de 65+ ans, les services de gériatrie & réhabilitation et de psychiatrie représentent 80% des longs séjours (> 90 jours), alors que ces services ne représentent que le 20% des moyens séjours (11-90 jours). A l'inverse, les services généraux concernent 80% des courts séjours et 73% des moyens séjours. Les analyses par canton montrent peu de différences cantonales, les taux étant souvent relativement homogènes avec quelques observations hors normes. Par conséquent, des cartes ne sont pas présentées ici.

- **Taux de recours des personnes de 65-79 ans**

Le taux de recours aux moyens séjours varie entre 94/1000 habitants (SH) et 173/1000 habitants (BS), avec un taux moyen de 123/1000 habitants, sans qu'un clivage net ne soit mis en évidence.

S'agissant des longs séjours, le taux varie entre 0.3/1000 habitants (OW) et 8.3/1000 habitants (GE) avec un taux moyen de 2.9/1000 habitants, pour la classe d'âge des 65-79 ans. Les taux sont distribués de manière relativement homogène dans la majorité des cantons. Ainsi, moins de un pourcent des jeunes retraités nécessitent ce type de soins, ce qui représente environ la moitié de ceux recourant aux EMS.

- **Taux de recours des personnes de 80+ ans**

Le taux de recours aux moyens séjours varie entre 152/1000 habitants (SH) et 361/1000 habitants (TI), avec un taux moyen de 230/1000 habitants. Les taux les plus élevés se rencontrent dans certains cantons frontières (GE, BS, BL et TI).

Le taux de recours aux longs séjours varie entre 0.8/1000 habitants (AR) et 31.5/1000 habitants à GE et 22.9/1000 habitants à BS, avec un taux moyen de 6.7/1000 habitants. Dans l'ensemble, les longues hospitalisations de personnes très âgées restent rares et 20 cantons ont des taux de recours à ce type de service inférieurs à la moyenne nationale.

- **Synthèse**

L'analyse du recours aux hospitalisations ne permet pas de mettre des clivages régionaux en évidence¹⁹. Pour les deux classes d'âge, les taux de recours aux séjours hospitaliers de plus de trois mois restent rares.

¹⁸ Les données nationales et cantonales brutes sont résumées dans l'annexe 5.

¹⁹ Pour les deux classes d'âge, le taux de recours aux longs séjours est particulièrement marqué pour GE ce qui, selon certains experts, serait la conséquence du moratoire sur la création de places d'hébergements en EMS.

4.5 Taux de recours à l'ensemble des soins de longue durée

La description du taux de recours à l'ensemble des soins de longue durée doit permettre de voir si, dans l'ensemble, les besoins des personnes âgées sont comparables ou si différents modes de consommation coexistent²⁰. Il s'agit ensuite de déterminer l'influence de composantes cantonales sur le mode de recours aux soins par une analyse de régression linéaire multiple²¹. Différentes variables ont été testées (voir annexe 2) ; seules celles retenues dans le modèle final sont présentées au Tableau T9.

T9 Recours à l'ensemble des soins : variables retenues pour le modèle de régression				
Indicateur	Description	Année	Catégorie d'âge	Source
<i>Variable dépendante</i>				
Taux de recours à l'ensemble des soins de longue durée	Taux de recours aux SASD + EMS + HSA (longs séjours)	2002	65+ ans 65-79 ans 80 + ans	Statistique des établissements de santé non hospitaliers et statistique médicale, OFS; Statistique Spitex, OFAS.
<i>Variables explicatives</i>				
Langue	Variable dichotomique valant 0 pour les cantons alémaniques et 1 pour les cantons latins.	2000	Toute la population	Recensement fédéral de la population, OFS
Structure par âge	Pourcentage de la population de 80+ ans dans la population de 65+ ans	2002		ESPOP, OFS
Urbanisation	Pourcentage de la population vivant en milieu urbain, i.e. en ville, en agglomération ou en ville isolée	2000		Recensement fédéral de la population, OFS

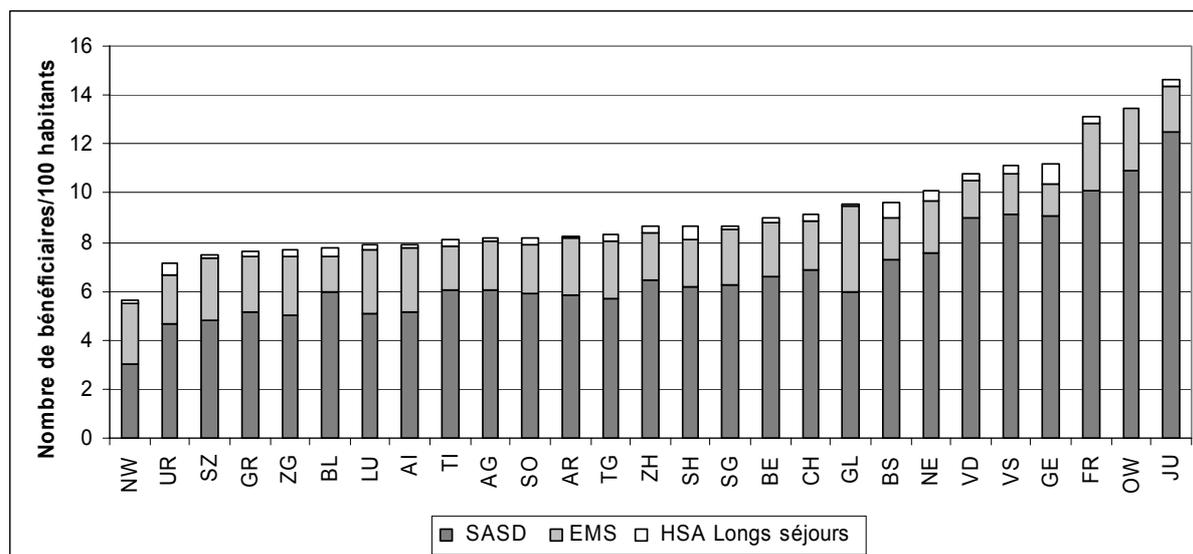
4.5.1 Personnes de 65-79 ans (Tableau T10)

Dans ce groupe d'âge, le taux de recours moyen aux soins formels varie entre 6% (NW) et 15% (JU) avec une moyenne nationale de 9% (Figure F1). Les variations sont importantes tant au niveau du recours aux SASD, qu'aux EMS ou aux HSA (longs séjours). Ainsi, des cantons ayant des taux de placement en EMS similaires ont des taux de recours aux SASD très différents, par exemple NW et ZG. Cela nous amène à un constat intéressant : ce ne sont pas seulement les taux de recours aux différentes institutions qui varient, mais également le recours aux institutions de manière générale.

²⁰ En raison des comptages multiples, les taux de recours aux soins formels sont vraisemblablement surestimés.

²¹ Dans un modèle linéaire, l'incertitude provient non seulement de l'échantillonnage mais aussi de la spécification du modèle. Ainsi, même si dans le cas particulier, l'analyse porte sur toute la population (26 cantons), il est justifié d'effectuer des tests de significativité (Greene W. *Econometric Analysis*, 1997, p.8).

**F1 Recours à l'ensemble des soins formels de longue durée en 2002
(SASD, EMS, HSA longs séjours) ; Personnes de 65-79 ans**



Sources: OFAS : Statistique Spitex 2002

OFS : Statistique des établissements de santé non-hospitaliers, 2002 ; Statistique médicale, 2002

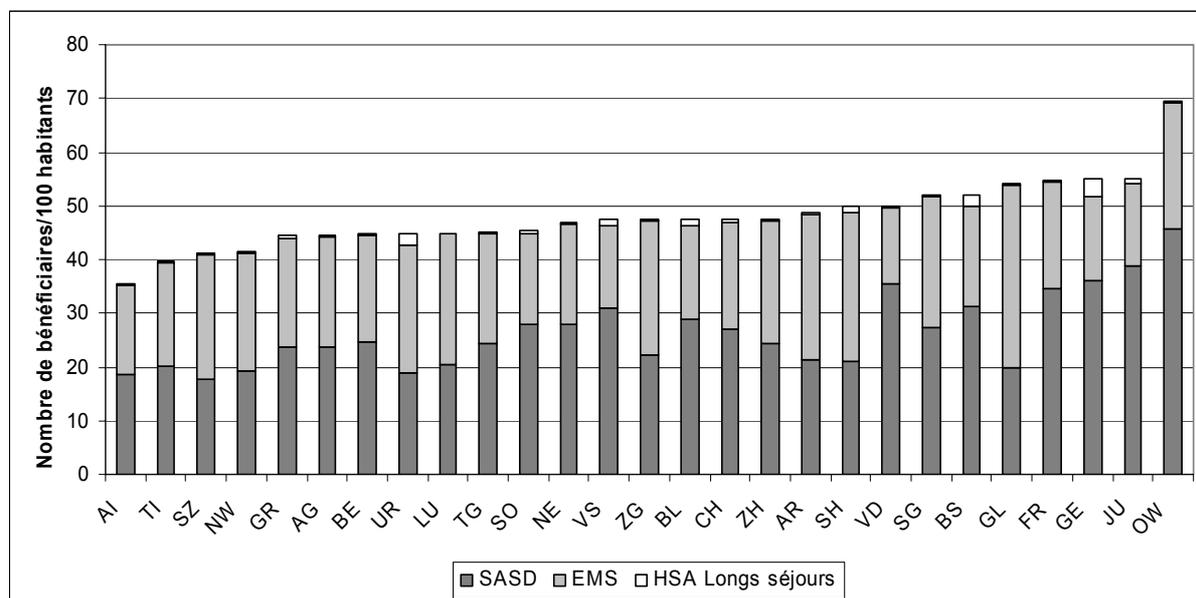
Population résidante permanente, mi-2002

L'analyse de régression montre que ces différences sont liées à la langue et à l'urbanisation des cantons, le taux de recours aux soins formels étant plus élevé dans les cantons romands qu'alémaniques. Le taux d'urbanisation a une faible influence négative sur le taux de recours aux soins formels chez les personnes de 65-79 ans, lesquels recourent davantage aux institutions de soins dans les cantons à prédominance rurale.

4.5.2 Personnes de 80+ ans (Tableau T10)

Dans cette population, près de la moitié des individus (48% en moyenne nationale) fait appel aux services de soins de longue durée. L'ampleur des différences intercantionales est plus faible que chez les personnes de 65-79 ans, surtout si l'on ignore OW qui représente une exception (Figure F2). Dans la majorité des cantons le taux de recours aux soins formels se situe entre 45% et 55% et les hospitalisations de longue durée ne jouent qu'un rôle marginal. La prise en charge des personnes de 80+ ans se fait essentiellement par le biais des SASD et des EMS. Dans certains cantons celle-ci relève plus des soins ambulatoires alors que dans d'autres il s'agit d'abord d'hébergements en EMS. A noter que pour cette catégorie d'âge, on ne retrouve pas la différence de comportement observée précédemment entre cantons romands et alémaniques, ni entre cantons à prédominance urbaine ou rurale.

**F2 Recours à l'ensemble des soins formels de longue durée en 2002
(SASD, EMS, HSA longs séjours) ; Personnes de 80+ ans**



Sources: OFAS : Statistique Spitex 2002

OFS : Statistique des établissements de santé non-hospitaliers, 2002 ; Statistique médicale, 2002
Population résidante permanente, mi-2002

T10 Modèle de régression : Influence des caractéristiques cantonales sur le recours aux soins de longue durée en 2002 (SASD + EMS + HSA longs séjours)

	Modèle 1 65 + ans	Modèle 2 65-79 ans	Modèle 3 80 + ans
Variables indépendantes	Coefficients		
Constante	-0.76	9.70***	50.04***
Langue	2.91**	3.16***	2.93
Urbanisation	-0.02	-0.02**	-0.05
Structure par âge	0.78**	-	-
<i>F-stat (p-value)</i>	0.01	0.00	0.40
<i>R²adj</i>	0.36	0.46	-0.04

Significatif à : * 90% ; ** 95% ; *** 99%

Sources: OFAS : Statistique Spitex 2002

OFS : Statistique des établissements de santé non-hospitaliers, 2002 ; Statistique médicale, 2002
Recensement fédéral, 2000

4.5.3 Recours à l'ensemble des soins formels : Synthèse

Si l'on compare le taux de recours à l'ensemble des soins formels, quatre constats s'imposent :

1. Le taux de recours aux soins formels varie d'un canton à l'autre. Les écarts sont plus marqués chez les personnes de 65-79 ans.
2. Ces variations s'estompent avec l'âge et à partir de 80 ans, c'est davantage la manière de répondre au besoin en soins de longue durée qui diffère d'un canton à l'autre.
3. Les cantons latins ont un taux de recours aux soins formels plus élevé que les cantons alémaniques.
4. Le degré d'urbanisation des cantons est pour sa part un facteur d'influence négative, mais très faible.

4.5.4 Recours à l'ensemble des soins formels : Discussion

Cette analyse fait ressortir des différences dans le comportement et le type de services utilisés. Si l'on postule que globalement, l'état de santé des personnes âgées est comparable d'un canton à l'autre, les différences cantonales observées pour les 'jeunes vieux' reflètent des différences de comportement en présence de limitations fonctionnelles modérées. Le fait que ces différences soient moins marquées chez les personnes de 80+ ans laisse supposer que la perte progressive de l'autonomie implique une convergence des comportements.

Cependant, les différences de comportement entre les deux catégories d'âge pourraient aussi être le reflet d'un effet de cohorte. Ces comportements variables seraient alors le propre de cette génération de jeunes retraités et pourraient persister lorsqu'elle atteindra le grand âge. Une telle tendance pourrait encore être renforcée par le fait que la cohorte des jeunes retraités comporte une plus grande proportion de bénéficiaires d'une rente de deuxième pilier. Si ces personnes jouissent de moyens financiers plus importants, elles auront plus de marge de manœuvre pour recourir aux différents types de soins.

La relation négative entre le degré d'urbanisation et le recours aux soins de longue durée est surprenante puisque l'on considère généralement que l'aide informelle est plus développée en milieu rural. Le recours aux soins plus élevé dans les régions rurales qu'urbaines, pourrait s'expliquer par la plus grande accessibilité de certains services en ville (p. ex. magasins), par un aménagement de l'environnement et des logements plus appropriés ou encore par la disponibilité plus marquée en ville de structures médicales intermédiaires (hôpital de jour, unité d'accueil temporaire, etc.), dont l'activité échappe aux statistiques. Mais il est aussi possible que cette – *faible* – influence soit l'expression d'un biais causé par le nombre élevé de petits cantons avec un taux d'urbanisation bas.

Le fait que, pour des taux de recours globaux comparables, la proportion de personnes prises en charge en institution et à domicile puisse varier laisse supposer un certain potentiel de transfert entre ces deux pôles, qui sera examiné au chapitre suivant.

5. RELATIONS ENTRE LES SERVICES DE SOINS DE LONGUE DUREE

5.1 Analyse bivariée

La relation entre les taux de recours à deux services distincts est mesurée par le coefficient de corrélation de Pearson. Compte tenu des différences constatées pour le recours à l'ensemble des soins, cette relation est abordée séparément pour les deux classes d'âge²².

5.1.1 Personnes de 65-79 ans (Tableau T11)

Chez les jeunes retraités, la relation la plus marquée concerne le recours aux longs séjours en hôpitaux et aux EMS. Avec un coefficient de -0.67, elle suggère un certain degré de substitution : plus le recours aux EMS est élevé, plus les longs séjours en hôpitaux sont bas (ou inversement, une analyse transversale ne donne pas d'indications sur le sens d'une relation). On constate également une corrélation négative entre le recours aux SASD et aux EMS mais plus faible (-0.27), indiquant qu'il y a peu de substitution entre ces deux services. Par contre, il existe une corrélation positive, mais faible entre le recours aux HSA et aux SASD (0.18), ce qui signifie que là où les hospitalisations sont plus nombreuses, le recours aux SASD l'est également.

T11 Corrélation entre les indicateurs de recours des trois services de soins en 2002 (Personnes de 65-79 ans)			
Coefficients de corrélation de Pearson	Taux de recours aux EMS	Taux de recours aux HSA 11-90 jours	Taux de recours aux HSA >90 jours
Taux de recours aux SASD	-0.27	0.18	0.18
Activité générale des SASD	-0.27	0.29	0.21
Taux de recours aux HSA 11-90 jours	-0.23	-	-
Taux de recours aux HSA >90 jours	-0.67	-	-

T12 Corrélation entre les indicateurs de recours des trois services de soins en 2002 (Personnes de 80+ ans)			
Coefficients de corrélation de Pearson	Taux de recours aux EMS	Taux de recours aux HSA 11-90 jours	Taux de recours aux HSA >90 jours
Taux de recours aux SASD	-0.47	0.35	0.26
Activité générale des SASD	-0.57	0.46	0.37
Taux de recours aux HSA 11-90 jours	-0.53	-	-
Taux de recours aux HSA >90 jours	-0.30	-	-

Sources: OFAS : Statistique Spitex 2002

OFS : Statistique des établissements de santé non-hospitaliers, 2002 ; Statistique médicale, 2002 ;

Population résidante permanente mi-2002

²² Des tests de significativité statistique ne sont pas réalisés car les analyses reposent sur des données considérées comme exhaustives.

5.1.2 Personnes de 80 ans et plus (Tableau T12)

Avec un coefficient de corrélation de -0.47, la relation de substitution entre le recours aux SASD et aux EMS est plus marquée pour les personnes très âgées. Là où les personnes très âgées recourent plus aux SASD, elles font moins appel aux EMS et inversement. Le lien le plus fort s'observe entre le recours aux EMS et aux HSA de moyens séjours et l'on peut supposer l'existence d'une certaine substitution entre ces services (-0.53) : le recours aux HSA est plus important si celui aux EMS est bas et inversement. La relation entre le recours aux HSA et aux SASD est positive surtout pour les moyens séjours (0.35)²³.

5.1.3 Synthèse

L'analyse bivariée met en évidence des relations différentes selon les classes d'âge et permet de formuler certaines hypothèses à vérifier dans l'analyse multivariée :

1. Relation modérée de substitution entre les SASD et les EMS, plus marquée à partir de 80+ ans.
2. Relation de substitution entre EMS et HSA différente selon la classe d'âge :
Personnes de 65-79 ans : substitution par rapport aux longs séjours.
Personnes de 80+ ans : substitution par rapport aux moyens séjours.
3. Relation de complémentarité entre les SASD et les hospitalisations de moyenne durée, principalement pour les patients de 80+ ans.

5.2 Analyse multivariée

L'analyse se concentre maintenant sur la nature des interactions entre les trois types de soins formels de longue durée – EMS, SASD et HSA moyens et longs séjours²⁴. L'analyse est menée par régression linéaire multiple, avec le taux de recours aux EMS comme variable dépendante²⁵. L'influence des hospitalisations de longue et moyenne durée est examinée séparément, car ces deux variables sont fortement corrélées entre elles ; elles ne peuvent donc être introduites simultanément dans le modèle de régression.

L'analyse est effectuée en deux étapes. Dans un premier temps, on examine les relations entre les trois institutions de soins uniquement. Dans un deuxième temps, différentes variables de contrôle sont testées afin de voir si la relation observée demeure lorsque l'on tient compte de l'influence des déterminants culturels, économiques ou liés aux structures de soins qui peuvent l'influencer. Sur le plan théorique, trois types de variables sont

²³ Pour l'ensemble des personnes de 65+ ans, les hospitalisations de moyens séjours sont positivement corrélées tant avec l'activité de soins qu'avec l'activité domestique. Cette corrélation est plus marquée pour l'activité domestique ($r=0.53$) que pour l'activité de soins ($r=0.34$). Ces valeurs ne sont mentionnées ici qu'à titre indicatif car la répartition par classe d'âge de ces deux formes de prestations est inconnue.

²⁴ Il importe au préalable de vérifier que la demande en EMS n'est pas uniquement conditionnée par l'offre, c'est-à-dire qu'il n'y a pas une raison purement structurelle aux différences de taux de recours aux EMS. A cette fin, le taux de recours aux EMS a été régressé par rapport à un indicateur d'offre de soins, le pourcentage de places vacantes en EMS en moyenne annuelle. La relation n'étant pas significative, il est justifié d'examiner les relations de substituabilité potentielles entre le taux de recours aux EMS et les autres formes de soins formels.

²⁵ Dans un modèle linéaire, l'incertitude provient non seulement de l'échantillonnage mais aussi de la spécification du modèle. Ainsi, même si dans le cas particulier, l'analyse porte sur toute la population (26 cantons), il est justifié d'effectuer des tests de significativité (Greene W. *Econometric Analysis*, 1997, p.8).

susceptibles d'influencer la relation entre EMS, SASD et HSA : les variables liées à l'offre et à la demande de soins ainsi que les caractéristiques cantonales. Sur le plan empirique toutefois les possibilités d'analyse sont fortement limitées par l'absence de données et par des problèmes de multicolinéarité (voir détail des variables testées à l'annexe 2). Seules les variables retenues dans le modèle final sont décrites dans le Tableau T13.

T13 Relation entre les services : variables retenues pour le modèle de régression				
Indicateur	Description	Année	Catégorie d'âge	Source
Variable dépendante				
Taux de recours aux EMS	Taux de recours aux EMS corrigés pour les séjours extra cantonaux	2002	65-79 ans; 80+ ans	Statistique des établissements de santé non hospitaliers, OFS
Variables d'intérêts				
Taux de recours aux SASD	Taux de recours aux services d'aide et de soins à domicile	2002	65-79 ans; 80+ ans	Statistique Spitex, OFAS
Taux de recours aux HSA 11-90 jours	Taux de recours aux hôpitaux de soins aigus, moyens séjours			Statistique médicale des hôpitaux, OFS
Taux de recours aux HSA >90 jours	Taux de recours aux hôpitaux de soins aigus, longs séjours			Statistique Spitex, OFAS
Activité générale	Nombre d'heures totales fournies / habitant			Statistique Spitex, OFAS
Variables de contrôle				
Urbanisation	Pourcentage de la population vivant en milieu urbain, i.e. en ville, en agglomération ou en ville isolée	2000	Toute la population	Recensement fédéral de la population, OFS
EMS / 1000 hab	Nombre d'EMS pour 1000 habitants			Statistique des établissements de santé non hospitaliers, OFS

L'indicateur 'Nombre d'EMS pour 1000 habitants' est utilisé comme 'proxy' de l'accessibilité des EMS pour la population.

5.2.1 Personnes de 65-79 ans (Tableau T14)

- Il n'y a pas de substitution entre EMS et SASD chez les personnes de 65-79 ans. Tant la faible valeur du coefficient (entre -0.03 et -0.08) que l'absence de significativité de la relation en attestent.
- Il en va de même de la relation entre EMS et hospitalisation de moyenne durée ; les EMS ne remplacent en aucun cas la prise en charge dans les hôpitaux
- Les hospitalisations de très longue durée (>90 jours) sont négativement associées au taux de recours aux EMS. Avec un coefficient de l'ordre de 1, la relation de substitution est par ailleurs beaucoup plus forte qu'avec les SASD.
- Bien que très faible, l'association négative avec le taux d'urbanisation montre que le placement en EMS des personnes de cet âge est moins fréquent dans les cantons à prédominance urbaine.
- L'offre d'EMS telle qu'approchée par le nombre d'EMS par habitant ne semble pas être un facteur d'influence dans le recours des personnes de 65-79 ans aux EMS.

T 14 Modèles de régression pour les personnes de 65-79 ans								
Variable dépendante : Taux de recours aux EMS	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3 ^a	Modèle 4 ^a	Modèle 5	Modèle 6	Modèle 7 ^a	Modèle 8 ^a
	(N=26)	(N=26)	(N=24)	(N=24)	(N=26)	(N=26)	(N=24)	(N=24)
Variables indépendantes	Coefficients				Coefficients			
Constante	3.04***	3.5***	3.37***	3.67***	2.8***	2.99***	2.78***	2.96***
Taux de recours aux SASD	-0.05	-0.06	-0.06	-0.08**	-0.03	-0.05	-0.05*	-0.07**
Taux de recours aux HSA 11-90 jours	-0.05	-0.05	-0.07*	-0.06*	-	-	-	-
Taux de recours aux HSA > 90 jours	-	-	-	-	-1.7***	-1.14**	-1.34***	-0.98**
Urbanisation	-	-0.01***	-	-0.01***	-	-0.01**	-	0.00*
Nombre d'EMS / 1000 habitants	-	7.16	-	3.93	-	5.53	-	3.64
F-stat (p-value)	0.32	0.01	0.03	0.0003	0	0	0.002	0.003
R ² _{ajusté}	0.02	0.38	0.23	0.47	0.4	0.49	0.48	0.54

Significatif à *: 90%; **: 95%; ***: 99%

a) Sans Glaris et Fribourg

Sources: OFAS : Statistique SpiteX 2002

OFS : Statistique des établissements de santé non-hospitaliers, 2002 ; Statistique médicale, 2002

Population résidante permanente mi-2002

5.2.2 Personnes de 80+ ans (Tableau T15)

- Chez les personnes de 80+ ans, la relation entre taux de recours aux EMS et aux SASD est toujours négative et significative. Avec un coefficient oscillant entre -0.19 et -0.41, les services d'aide et de soins à domicile jouent un rôle de substitution par rapport aux EMS pour cette catégorie d'âge dont l'ampleur est toutefois limitée.
- Dans cette catégorie d'âge, on n'observe pas de relation significative entre placement en EMS et hospitalisation de longue durée. Par contre, il existe une association négative modérée entre EMS et hospitalisations de moyenne durée.
- Les coefficients négatifs pour le recours aux SASD et aux hospitalisations indiquent que ces deux indicateurs évoluent de pair : un recours plus important aux SASD est associé à davantage d'hospitalisations, sans que le sens de ce lien de causalité puisse être déterminé : le flux des personnes peut aller des hôpitaux vers les SASD, comme des SASD vers les hôpitaux.

A relever que la qualité générale des modèles est bonne, ceux-ci expliquant entre 30% et 58% de la variation du taux de recours aux EMS entre les cantons.

T15 Modèles de régression pour les personnes de 80 ans et plus								
Variable dépendante : Taux de recours aux EMS	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3 ^a	Modèle 4 ^a	Modèle 5	Modèle 6	Modèle 7 ^a	Modèle 8 ^a
	(N=26)	(N=26)	(N=24)	(N=24)	(N=26)	(N=26)	(N=24)	(N=24)
Variables indépendantes	Coefficients				Coefficients			
Constante	34.12***	29.53***	33.74***	28.75***	28.98***	26.08***	31.01***	25.83***
Taux de recours aux SASD	-0.21*	-0.19	-0.31***	-0.29***	-0.27**	-0.24**	-0.41***	-0.39***
Taux de recours aux HSA 11-90 jours	-0.33**	-0.24	-0.24*	-0.26**	-	-	-	-
Taux de recours aux HSA > 90 jours	-	-	-	-	-1.15	-0.52	-0.09	0.06
Urbanisation	-	-0.02	-	-0.04	-	-0.03	-	0.03
Nombre d'EMS / 1000 habitants	-	144.20	-	112.41	-	154.41	-	131.15*
F-stat (p-value)	0.01	0.01	0.00	0.00	0.03	0.03	0.00	0.00
R ² ajusté	0.30	0.35	0.49	0.58	0.19	0.28	0.39	0.46

Significatif à *: 90%; **: 95%; ***: 99%

a) Sans Glaris et Obwald

Sources: OFAS : Statistique Spitex 2002

OFS : Statistique des établissements de santé non-hospitaliers, 2002 ; Statistique médicale, 2002

Population résidente permanente mi-2002

Le recours aux SASD est un indicateur imparfait de l'utilisation des services d'aide et de soins à domicile dans la mesure où il ne rend compte que du nombre de personnes faisant appel à ces services, mais pas de l'intensité des soins fournis. L'analyse menée avec l'activité générale comme indicateur de l'utilisation des SASD au lieu du taux de recours ne modifie pas les résultats. Elle confirme que chez les personnes de 65-79 ans la relation entre SASD et EMS n'est pas significative, mais qu'elle l'est chez les personnes de 80+ ans (coefficient oscillant autour de -0.34). L'ampleur de cette substitution reste faible : l'augmentation d'une heure de services par habitant ne baisse le taux de recours aux EMS que d'un tiers de point de pourcentage. Compte tenu du petit nombre d'observations ce chiffre est indicatif et ne saurait représenter une estimation fiable.

5.2.3 Synthèse de l'analyse multivariée

L'analyse multivariée confirme les observations faites au cours de l'analyse bi-variée. La nature des interactions entre les trois types d'institutions de soins – SASD, EMS et HSA – diffère selon les catégories d'âge, ces deux groupes de population présentant des comportements et vraisemblablement des besoins différents en matière de soins de longue durée.

Personnes de 65-79 ans

1. La relation entre le taux de recours aux EMS et le taux de recours aux SASD (ou l'activité générale des SASD) est insignifiante.
2. Les hospitalisations de longue durée agissent comme un substitut au placement en EMS, ceci de manière robuste dans tous les modèles.

Personnes de 80+ ans

1. Il y a clairement une relation de substitution entre EMS et SASD. Toutefois celle-ci est relativement modeste, suggérant que les SASD ne sont une alternative à l'EMS que pour une petite partie des personnes dépendantes de soins. L'analyse conduite avec l'indicateur d'activité générale confirme ce résultat.
2. On observe une relation négative entre EMS et hospitalisations de moyenne durée.
3. Le recours aux SASD et aux hospitalisations évoluent de pair : davantage de recours aux SASD sont associés à davantage d'hospitalisations de moyenne durée. L'analyse ne permet toutefois en aucun cas d'établir une relation de causalité.

5.2.4 Relations entre les différents services : Discussion

L'analyse multivariée montre qu'il existe une certaine marge de manœuvre pour offrir aux bénéficiaires le type de service le plus adapté à leurs besoins. Ainsi, différentes réponses à un besoin donné sont possibles, comme cela a été relevé dans un travail réalisé dans le canton de Vaud [14]. On peut donc supposer l'existence d'un certain potentiel de substitution entre EMS et SASD. Celui-ci ne semble toutefois pas concerner la population de 65-79 ans. Il est possible que, lorsque les personnes de cet âge font appel à ces services, il s'agisse plutôt de soins pour une courte durée (suite à une affection intercurrente), le recours aux EMS étant plutôt motivé par des maladies graves comme les démences, nécessitant alors coûte que coûte un hébergement. Cette hypothèse expliquerait aussi le lien direct entre le recours aux EMS et aux longs séjours en milieu hospitalier, où ces derniers jouent alors un rôle tampon en attendant qu'un lit d'EMS se libère.

A partir de 80 ans apparaît un certain potentiel de substitution entre les SASD et les EMS, évoquant l'existence d'un gradient au sein de l'aide formelle, les soins ambulatoires précédant les soins en institution. Ces résultats complètent des observations évoquées dans l'étude SWILSO-O, qui décrit pour sa part une progression dans le recours aux soins en fonction du degré d'incapacité fonctionnelle, entre l'aide informelle et l'aide formelle [15]. Nos résultats diffèrent de ceux publiés par Höpflinger et Hugentobler car l'approche méthodologique est différente [5]. Dans leur analyse du recours aux SASD, la relation de substitution disparaît lorsque les auteurs déterminent le recours aux SASD en excluant les résidents des EMS du dénominateur. Dans notre étude qui vise à identifier les transferts possibles entre différents types de soins, nous avons inclus les résidents des EMS dans le groupe des clients potentiels des SASD, afin de ne pas exclure d'emblée certains résidents des EMS qui pourraient être pris en charge par les SASD.

Le fait que cette substituabilité soit modérée indique qu'elle ne concerne qu'une fraction de la population tributaire de soins, notamment celle présentant encore une certaine autonomie, par elle-même ou grâce au soutien des proches. Il est intéressant de constater qu'au Québec, où la population âgée est de taille comparable à celle de la Suisse et présente des taux de recours aux soins formels comparables (19,4% des personnes de 65+ ans au Québec et 19,3% en Suisse), le taux d'institutionnalisation s'élève à 3,5%, contre 6,9% en Suisse, ce qui confirmerait bien l'existence d'une certaine marge de manœuvre [16].

Le nombre de bénéficiaires de soins ambulatoires dépend de la disponibilité des SASD, mais aussi de l'aide informelle disponible et de l'évolution de l'état de santé de la population âgée. Des études récentes ont démontré une diminution régulière d'environ deux pourcents sur 15 ans de la prévalence de limitations fonctionnelles sévères chez les personnes âgées [2, 17-19]. Si cette tendance se confirme, les personnes nécessitant des soins seront plus longtemps à même de gérer leurs handicaps à domicile. La taille du groupe qui pourrait le plus bénéficier des SASD pourrait alors augmenter.

Toujours chez les personnes de 80+ ans, la relation de substituabilité observée entre les EMS et les moyens séjours en hôpitaux n'est pas surprenante : lorsqu'une personne ne peut plus rester à son domicile, l'hôpital est la seule alternative en attendant que se libère un lit en EMS. A noter qu'une certaine relation de substitution entre ces deux types de service a été décrite précédemment, pour les décès en hôpitaux [20]. Cette relation laisse aussi supposer que les EMS pourraient décharger les hôpitaux en hébergeant des patients pour des moyens séjours, par exemple pour des réhabilitations, comme cela a été décrit en Australie [21]. Moyennant un mandat de prestation clair et du personnel formé en conséquence, une telle possibilité permettrait par exemple des réadaptations en EMS à des prix plus bas que dans un service de soins aigus.

La relation de complémentarité entre hospitalisations et SASD, chez les personnes de 80+ ans, peut s'expliquer par différents éléments. Les SASD remplissent aussi un rôle préventif, en détectant de façon précoce des situations critiques, entraînant éventuellement une hospitalisation dans un service de soins aigus, mais pour des séjours de durée moyenne. Il est également concevable que les services de soins aigus fassent d'autant plus appel aux SASD lors de décharges de patients âgés, que ces services sont présents localement. Le recours à ces services risque d'ailleurs d'augmenter en raison du passage au financement par forfait des hospitalisations [9]. Certains experts ont évoqué la prise en charge par les services de soins aigus des personnes soignées et/ou des aidants, lorsque ces derniers sont épuisés, éventualité qui n'est pas vérifiable avec les données disponibles.

6. CONCLUSIONS

Des différences cantonales dans le recours aux services de soins de longue durée ont été décrites précédemment mais des analyses approfondies n'avaient pas été réalisées à ce jour. Le premier objectif de ce travail est donc de décrire le recours aux différents types de services de soins de longue durée dans les cantons, notamment les EMS, les SASD et les moyens et longs séjours en hôpitaux, afin de mieux connaître l'ampleur de ces différences cantonales. Un deuxième objectif concerne l'analyse de la nature des relations entre ces services. Il s'agit d'examiner si les différences cantonales concernent le recours à l'ensemble des soins ou si elles reflètent plutôt différentes formes de réponses à un besoin comparable, puis, dans une deuxième étape s'il existe une relation de complémentarité ou de substituabilité entre EMS et SASD.

Compte tenu de certaines limites méthodologiques, l'interprétation des résultats doit rester prudente. Les banques de données utilisées ont été introduites récemment, ce qui implique un biais potentiel de sous-déclaration et de 'mal-classification' dont il est difficile de connaître l'ampleur. D'autre part, ces statistiques sont relativement peu détaillées et, pour combler certaines lacunes dans l'information disponible, plusieurs hypothèses de travail ont été faites. Certaines dimensions concernant en particulier les bénéficiaires de ces soins ou les politiques cantonales et les stratégies de financement ou encore des données concernant l'aide informelle n'ont pu être considérées. Enfin, il faut relever qu'une étude au niveau des cantons comporte l'inconvénient de n'avoir qu'un nombre limité d'observations, rendant ainsi les résultats des analyses très sensibles aux valeurs hors norme.

Les résultats confirment les observations publiées précédemment. Ils mettent en outre en évidence des différences de besoins et de comportements entre les personnes des 3^{ème} et 4^{ème} âges, ainsi que des relations complexes entre les différents systèmes de soins, de nature variable selon l'âge des bénéficiaires.

S'il existe un clivage entre la Suisse orientale et occidentale pour le recours aux SASD, plus développé en Romandie, cette observation doit être nuancée : l'intensité de la prise en charge des clients et la nature des services offerts évoluent différemment du recours à ces services. Par conséquent, dans certains cantons les clients des SASD sont nombreux mais reçoivent peu de prestations. A l'inverse, certains cantons offrent une prise en charge intense à un nombre restreint de clients. On constate également un clivage pour l'hébergement en EMS, plus répandu en Suisse orientale qu'en Suisse occidentale. Ce clivage se situe toutefois plus à l'est que la barrière linguistique.

Face à l'ensemble des soins, les différences de comportement sont plus marquées chez les jeunes retraités que chez les personnes très âgées, où les différences dans le taux de recours s'amenuisent. C'est alors qu'apparaissent des différences dans le mode de réponse à ces besoins, laissant supposer l'existence d'une certaine marge de manœuvre pour les types de services à offrir, surtout pour la population très âgée ayant encore une certaine autonomie. Pour ces personnes, les résultats indiquent un potentiel de transfert entre SASD et EMS, mais aussi entre EMS et hôpitaux. Enfin, il faut souligner une relation de complémentarité entre les SASD et les hospitalisations en soins aigus.

Il est probable que la nature et l'importance de ces relations se modifient à l'avenir. Le passage au financement forfaitaire des hospitalisations pourrait accentuer le transfert de clients vers les SASD. L'amélioration de l'état de santé des personnes âgées et le renforcement de leurs capacités à garder leur autonomie, malgré des limitations fonctionnelles sévères, pourraient accroître le potentiel de substitution observé entre les SASD et les EMS. Des analyses détaillées seront nécessaires pour suivre ces évolutions et en saisir les conséquences.

Les relations complexes décrites ici démontrent bien l'importance de disposer de données détaillées décrivant les différents types de soins fournis. Si elles sont récoltées de manière standardisée et systématique, elles permettent de comprendre le système dans son ensemble, en facilitent la planification et deviennent alors un outil de suivi et d'évaluation des mesures prises. Afin de mieux saisir l'impact de facteurs socio-culturels et médicaux sur l'utilisation de ces structures, des données individuelles, transversales et longitudinales seraient cependant nécessaires. Dans cette optique, l'adaptation de la statistique des institutions de santé non hospitalières que l'OFS introduit en 2006, qui récolte des données individuelles, représente une réelle amélioration pour les analyses futures du recours à ces services.

La planification du domaine des soins de longue durée représente un réel défi car il s'agit d'un secteur très dynamique. Certaines difficultés proviennent aussi du fait que l'information disponible ne permet qu'une description relativement superficielle de ce système, qui représentait en 2002 quand même 14 % des coûts de la santé. Or, l'écart entre l'information statistique et la réalité pourrait encore s'accroître à l'avenir : face aux pressions croissantes exprimées par les différents partenaires du système, bénéficiaires de soins, prestataires ou financeurs, de nouvelles formes de prise en charge voient régulièrement le jour, à des échelons locaux. Ce développement de structures alternatives échappant aux statistiques, pourrait dorénavant biaiser les analyses du recours aux services 'officiels'. Il s'agira donc d'adapter en permanence les relevés existants de manière à y intégrer au mieux ces nouvelles formes de soins, pour dresser un état des lieux réaliste.

7. BIBLIOGRAPHIE

1. Höpflinger, F. et al. *Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse. Prévisions et scénarios pour le 21e siècle*. Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé. Hans Huber, 2003.
2. Freedman, V. et al. *Resolving inconsistencies in trends in old-age disability: report from a technical working group*. Demography, 2004. 41(3): p. 417-41.
3. OCDE. *Les soins de longue durée pour les personnes âgées*. 2005.
4. Guilley, E. *Ages et Générations. La vie après 50 ans en Suisse*. Office fédéral de la statistique, 2005. p. 117-127.
5. Höpflinger, F. et al. *Familiale, ambulante und stationnäre Pflege im Alter. Perspektiven für die Schweiz*. Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé. Hans Huber, 2005.
6. Schwarzmann, U. *Spitex: Ein taugliches Instrument in der Gesundheitspolitik?* Cahiers de l'IDHEAP, 2004 (220).
7. Cavalli, S. *Vieillards à domicile, vieillards en Pension. Une comparaison*. Age et société. Réalités sociales, 2002.
8. Di Gioacchino, C. et al. *Home care prevents cognitive and functional decline in frail elderly*. Arch Gerontol Geriatr Suppl, 2004(9): p. 121-5.
9. Indra, P. *Die Einführung der SwissDRGs in Schweizer Spitälern und ihre Auswirkungen auf das schweizerische Gesundheitswesen*. Cahiers de la Société suisse de politique de la santé, 2004 (80).
10. Wanner, P. *Ages et Générations. La vie après 50 ans en Suisse*. Office fédéral de la statistique, 2005. p. 1-33.
11. Chevreuil, K. et al. *Le développement des services de soins hospitaliers à domicile: éclairage des expériences australienne, britannique et canadienne*. Bulletin d'information en économie de la santé, 2004 (91).
12. Huber, F. *Der Westschweizer geht weniger in ein Heim*. Curaviva, 2005(3): p. 10-13.
13. Hofmarcher, M. et al. *Health System Watch: Long term Care in the EU: little chance for prioritising outpatient care over inpatient care?* Institute for advanced Studies, 2004.
14. Richard, J. et al. *Utilisation du modèle " Balance of care " pour le canton de Vaud*. Service de la santé publique du canton de Vaud, 1998.
15. Armi, F. et al. *Articulation entre réseaux formels et informels en association avec le status de santé de la personne âgée*. Age05, 2005.
16. *Les services aux aînés en perte d'autonomie. Plan d'action 2005-2010*. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2005.
17. Malmberg, J. et al. *Improved functional status in 16 years of follow up of middle aged and elderly men and women in north eastern Finland*. J Epidemiol Community Health, 2002. 56(12): p. 905-12.
18. Freedman, V. et al. *Recent trends in disability and functioning among older adults in the United States: a systematic review*. Jama, 2002. 288(24): p. 3137-46.
19. Spillman, B. *Changes in elderly disability rates and the implications for health care utilization and cost*. Milbank Q, 2004. 82(1): p. 157-94.
20. Jaggi, A. et al. *[Does the structure of medical services affect the proportion of death in hospitals? An ecological analysis in the mobility regions of Switzerland?]*. Soz Präventivmed, 2001. 46(6): p. 379-88.
21. Crotty, M. et al. *Transitional care facility for elderly people in hospital awaiting a long term care bed: randomised controlled trial*. BMJ, 2005. 331(7525): p. 1110-14.

ANNEXE 1 CORRECTION POUR LES SEJOURS HORS CANTON DES PENSIONNAIRES DES EMS

Les habitants d'un EMS se composent de :

Pensionnaires du canton de l'établissement + pensionnaires provenant d'autres cantons :

$$N1 = P_c + P_{ec} = 65-79_H + 80_H + 65-79_F + 80_F$$

P_c = pensionnaires résidant dans le canton

P_{ec} = pensionnaires provenant d'autres cantons

$65-79_H$ = Hommes de 65-79 ans

80_H = Hommes de 80+ ans

$65-79_F$ = Femmes de 65-79 ans

80_F = Femmes de 80+ ans

Nous voulons connaître **N2**, le nombre réel d'habitants d'un canton séjournant en EMS, dans leur propre canton + dans des EMS d'autres cantons :

$$N2 = R_c + R_{ec} = f_e * N1$$

f_e = facteur de correction pour les séjours extra-cantonaux

R_c = pensionnaires résidant dans le canton

R_{ec} = pensionnaires résidant dans d'autres cantons

Les statistiques des hôpitaux fournissent N1 sans les ventiler selon les classes d'âge et de sexe. f_e peut pour sa part être calculé, si l'on postule que le taux d'hébergement extra-cantonal est réparti de manière homogène pour toutes les catégories d'âge au sein de chaque canton et être appliqué à chaque catégorie de N1 :

$$f_e * 65-79_H + f_e * 80_H + f_e * 65-79_F + f_e * 80_F = R_{c+ec(65-79H)} + R_{c+ec(80H)} + R_{c+ec(65-79F)} + R_{c+ec(80F)}$$

ANNEXE 2 DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES TESTEES DANS LES MODELES DE REGRESSIONS

Indicateur	Description	Année	Catégorie d'âge	Source
Variable Y				
Taux EMS	Taux de recours aux EMS corrigés pour les séjours extra-cantonaux [%]	2002	65+ 65-79 80+	Statistique des établissements de santé non hospitaliers, OFS
Variables d'intérêts				
Taux SASD	Taux de recours aux services d'aide et de soins à domicile [%]	2002	65+ 65-79 80+	Statistique Spitex, OFAS
Taux HSA moyens séjours	Taux de recours aux hôpitaux de soins aigus, séjour de 10 à 90 jours [%]	2002	65+ 65-79 80+	Statistique médicale des hôpitaux, OFS
Taux HSA longs séjours	Taux de recours aux hôpitaux de soins aigus, séjour de plus de 90 jours [%]	2002	65+ 65-79 80+	Statistique médicale des hôpitaux, OFS
Activité générale	Nombre d'heures de soins à domicile (OPAS + social) par personne de la catégorie d'âge considérée	2002	65+ 65-79 80+	Statistique Spitex, OFAS
Variables de contrôle				
Structure par âge	Pourcentage de la population de plus de 80 ans parmi la population de plus de 65 ans	2002	–	ESPOP, OFS
Urbanisation	Pourcentage de la population vivant en milieu urbain, i.e. en ville, en agglomération ou en ville isolée	2000	Ensemble de la population	Recensement fédéral de la population, OFS
Langue	Variable dichotomique valant 0 pour les cantons alémaniques et 1 pour les cantons latins.	2000	–	Recensement fédéral de la population, OFS
Religion	Variable dichotomique rendant compte de la religion du canton : 0 ⇒ catholique 1 ⇒ protestant	2000	–	Recensements fédéral de la population, OFS
Etrangers	Proportion de personnes étrangères dans la catégorie d'âge considérée [%]	2002	65+ 65-79 80+	ESPOP, OFS
Taux de vacance EMS	Pourcentage du nombre de lits disponibles en EMS par rapport au nombre de lits totaux	2002	Ensemble de la population	Statistique des établissements de santé non hospitaliers, OFS
Taux d'activité des femmes	Pourcentage de la population active par rapport à la population des plus de 15 ans chez les femmes	2000	Ensemble de la population	Recensement fédéral de la population, OFS
EMS/hab	Nombre d'EMS pour 1000 habitants	2002	–	Statistique des établissements de santé non hospitaliers, OFS
Domestique/OPAS	Proportion du nombre d'heures d'activité domestique par rapport aux heures de soins dans les SASD	2002	Ensemble de la population	Statistique Spitex, OFAS

ANNEXE 3 SERVICES D'AIDE ET DE SOINS A DOMICILE 2002 : DONNEES CANTONALES BRUTES

	Clients SASD 65+ ans / 100 habitants*	Clients SASD 80+ ans / 100 habitants*	Heures totales / habitant*	Heures totales / client*	Heures soins OPAS / habitant**	Heures soins OPAS / client**	Heures aide familiale et autres services / habitant**	Heures aide familiale et autres services / client**
ZH	11.2	24.3	6.9	61.2	0.6	35.2	0.7	46.6
BE	11.9	24.7	7.6	64.2	0.9	44.2	0.7	47.6
LU	9.1	20.4	5.1	56.6	0.5	43.2	0.6	48.6
UR	8.7	19.0	6.4	72.7	0.8	38.2	0.8	71.7
SZ	8.0	17.7	4.3	53.7	0.5	35.6	0.4	46.2
OW	20.9	45.7	6.4	30.8	0.8	26.2	0.6	46.8
NW	7.1	19.2	4.0	55.5	0.4	49.5	0.5	52.6
GL	10.0	19.7	5.9	58.7	0.8	39.1	0.5	45.7
ZG	9.1	22.1	6.1	67.2	0.4	38.0	0.9	69.5
FR	16.8	34.7	6.7	39.7	0.7	30.4	0.6	43.7
SO	11.7	27.9	7.3	62.7	0.9	46.6	0.5	37.5
BS	14.7	31.2	11.2	76.6	1.4	57.5	1.4	51.6
BL	11.2	28.9	8.0	70.8	0.7	42.8	0.8	53.3
SH	10.4	21.1	6.0	58.3	0.7	42.7	0.7	52.0
AR	10.6	21.3	5.6	52.5	0.6	31.8	0.6	46.7
AI	8.7	18.7	9.0	104.2	0.8	46.6	1.0	80.9
SG	12.2	27.3	7.9	65.1	0.6	37.8	0.9	58.2
GR	10.3	23.6	8.2	79.8	0.8	43.7	0.9	53.7
AG	10.4	23.8	5.6	53.5	0.5	35.7	0.5	44.3
TG	10.9	24.4	6.7	61.7	0.7	37.7	0.6	48.5
TI	10.0	20.2	5.6	56.0	0.6	37.6	0.7	44.4
VD	16.4	35.3	10.5	63.7	1.4	47.8	0.6	36.9
VS	14.5	30.9	7.2	49.9	0.7	33.6	1.0	57.6
NE	13.4	28.0	5.7	42.8	0.7	22.8	0.6	32.5
GE	16.3	36.0	10.6	64.9	0.7	31.1	1.3	57.5
JU	19.8	38.8	19.5	98.5	2.6	83.6	1.5	49.0
CH	12.4	26.9	7.6	61.3	0.8	40.1	0.7	48.3

*: estimation pour la population de 65 ans et +

** : estimation pour la population totale

Sources : OFAS : Statistique SPITEX 2002

OFS : Population résidente permanente mi-2002

ANNEXE 4 EMS 2002 : DONNEES CANTONALES BRUTES

	Facteur de correction*	Personnes hébergées	Pensionnaires / 1000 habitants 65-79 ans	Pensionnaires / 1000 habitants 80+ ans	EMS / 100'000 habitants
ZH	1.01	14232	19	228	19
BE	0.99	12113	22	198	29
LU	1.00	4283	26	243	17
UR	1.05	469	21	237	26
SZ	0.98	1341	26	232	17
OW	0.93	387	25	235	21
NW	0.96	378	24	221	21
GL	1.02	806	35	342	31
ZG	1.06	1003	24	251	16
FR	0.99	2329	27	198	20
SO	1.02	2222	20	169	20
BS	1.03	2678	17	186	25
BL	1.01	2185	15	174	11
SH	1.00	1211	19	277	22
AR	0.92	853	23	272	56
AI	1.33	145	26	166	20
SG	1.02	5558	22	243	26
GR	0.95	2147	23	203	24
AG	1.00	4854	19	205	14
TG	0.91	2375	23	204	23
TI	1.02	3750	18	193	20
VD	1.01	4981	15	143	19
VS	0.99	2124	16	153	14
NE	1.00	1960	22	186	34
GE	1.01	3176	13	158	12
JU	1.06	637	19	154	14
CH		78193	20	200	21

*: exclusion des séjours de ressortissants extracantonaux et inclusion des séjours extracantonaux

Sources : OFS : statistique des établissements de santé non-hospitaliers 2002 ; population résidente permanente mi-2002

ANNEXE 5 SOINS AIGUS 2002 : DONNEES BRUTES

5.1 Données nationales

Dans les deux classes d'âge, la majorité des courts séjours se déroulent en services de soins généraux. Lorsqu'il s'agit de moyens et de longs séjours, les services de gériatrie & réhabilitation et de psychiatrie regroupent jusqu'à 80% des séjours.

Proportion des hospitalisations en soins aigus selon les services et la durée de séjour (%)					
65 + ans	Services généraux	Gériatrie & Réhabilitation	Psychiatrie	Autres services	Total (N)
< 11 jours	83%	2%	0%	14%	100% (204709)
11-90 jours	74%	20%	3%	3%	100% (172293)
> 90 jours	17%	43%	37%	3%	100% (4425)
Total	78%	11%	2%	9%	100% (381427)
80 + ans					
< 11 jours	83%	3%	0%	13%	100% (63107)
11-90 jours	74%	21%	2%	3%	100% (70964)
> 90 jours	13%	56%	28%	2%	100% (2066)
Total	77%	13%	2%	8%	100% (136137)

Provenance des patients hospitalisés dans les services de soins aigus (%)				
65-79 ans	<11 jours	11-90 jours	>90 jours	Total
Domicile	90.9%	72.8%	43.7%	83.0%
SASD	0.2%	0.8%	1.9%	0.5%
EMS	0.5%	1.4%	6.1%	0.9%
Home non médicalisé	0.4%	0.7%	3.9%	0.5%
Autre	6.1%	21.5%	40.7%	12.8%
Inconnu	1.8%	2.8%	3.7%	2.2%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
80 + ans				
Domicile	83.8%	68.2%	35.0%	74.9%
SASD	0.6%	1.2%	2.1%	0.9%
EMS	2.9%	2.9%	9.2%	3.0%
Home non médicalisé	3.0%	2.6%	3.5%	2.8%
Autre	7.9%	23.0%	47.6%	16.4%
Inconnu	1.8%	2.0%	2.6%	2.0%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Autre : autres services, y compris psychiatrie, prisons, etc...

Source : OFS : statistique médicale 2002

Provenance des patients

Pour les personnes de 65-79 ans, 9/10 des cas viennent du domicile, 1/5 et 2/5 des moyens et longs séjours respectivement, proviennent d'autres services.

Pour les personnes de 80+ ans, 4/5 des patients viennent du domicile, presque la moitié des longs séjours sont transférés d'autres services.

5.2 Données cantonales

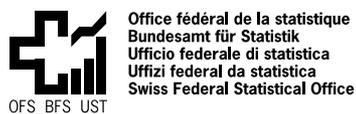
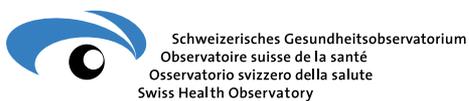
Hospitalisations / 1000 habitants						
	Personnes de 65-79 ans			Personnes de 80+ ans		
	<11 jours	11-90 jours	>90 jours	<11 jours	11-90 jours	>90 jours
ZH	169.8	114.6	2.8	200.4	204.4	5.3
BE	171.5	111.7	2.0	190.6	195.9	3.4
LU	141.8	96.6	1.8	176.6	162.5	1.6
UR	158.9	127.3	4.4	166.2	217.2	20.9
SZ	155.5	115.4	1.4	156.6	174.4	2.1
OW	176.4	123.6	0.3	229.2	202.3	2.3
NW	135.4	102.4	1.6	159.7	201.6	3.1
GL	129.2	143.9	0.7	141.0	216.1	2.1
ZG	170.9	100.1	2.3	195.9	205.7	3.0
FR	201.5	120.9	2.3	252.7	215.0	3.5
SO	201.9	124.6	2.8	239.4	285.6	6.6
BS	175.8	173.0	6.2	237.1	351.9	22.9
BL	172.7	142.1	3.4	184.3	302.3	12.3
SH	122.7	93.8	5.5	123.3	152.1	11.0
AR	164.7	104.8	0.7	181.4	187.9	0.8
AI	177.8	130.7	1.2	193.0	191.3	1.7
SG	181.2	127.1	1.5	206.5	208.5	2.1
GR	184.3	133.0	1.7	213.4	226.9	6.0
AG	185.5	123.5	1.6	203.8	199.8	2.7
TG	151.4	121.1	2.8	159.1	183.7	3.0
TI	209.6	168.3	2.6	256.2	360.6	3.3
VD	172.6	111.1	2.6	246.5	228.2	3.6
VS	161.9	139.7	3.5	210.2	291.3	12.6
NE	157.4	107.5	3.7	209.6	217.2	5.0
GE	135.3	125.1	8.3	150.0	303.1	31.5
JU	172.5	130.7	2.8	251.0	280.1	7.0
CH	171.2	122.5	2.9	204.2	229.6	6.7

Source : OFS : statistique médicale 2002 ; Population résidante permanente mi-2002

ANNEXE 6 TYPOLOGIE DES CANTONS : RECOURS AUX SERVICES DE SOINS DE LONGUE DUREE, EN 2002 (PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS)

	Personnes de 65+ ans / 100 habitants	Personnes de 80+ ans / 100 habitants de 65+	SASD: Taux de recours	SASD: Activité générale	SASD: Activité domestique	SASD: Activité de soins	EMS: Taux de recours	Taux d'hospitalisations moyens séjours	Taux d'hospitalisations longs séjours
ZH	jeune	jeune	SASD -	Act gen -	Dom -	Soins -	EMS +	Moyen -	Long -
BE	vieux	vieux	SASD -	Act gen +	Dom -	Soins +	EMS +	Moyen -	Long -
LU	jeune	jeune	SASD -	Act gen -	Dom -	Soins -	EMS +	Moyen -	Long -
UR	vieux	vieux	SASD -	Act gen -	Dom -	Soins -	EMS +	Moyen +	Long +
SZ	jeune	jeune	SASD -	Act gen -	Dom -	Soins -	EMS +	Moyen -	Long +
OW	jeune	jeune	SASD +	Act gen -	Dom -	Soins +	EMS +	Moyen -	Long -
NW	jeune	jeune	SASD -	Act gen -	Dom -	Soins -	EMS +	Moyen -	Long -
GL	vieux	vieux	SASD -	Act gen -	Dom +	Soins -	EMS +	Moyen +	Long -
ZG	jeune	jeune	SASD -	Act gen -	Dom +	Soins -	EMS +	Moyen -	Long -
FR	jeune	jeune	SASD +	Act gen -	Dom -	Soins -	EMS +	Moyen -	Long -
SO	vieux	vieux	SASD -	Act gen -	Dom -	Soins +	EMS -	Moyen +	Long -
BS	vieux	vieux	SASD +	Act gen +	Dom +	Soins +	EMS -	Moyen +	Long +
BL	vieux	vieux	SASD -	Act gen +	Dom +	Soins -	EMS -	Moyen +	Long +
SH	vieux	vieux	SASD -	Act gen -	Dom -	Soins -	EMS +	Moyen -	Long +
AR	vieux	vieux	SASD -	Act gen -	Dom -	Soins -	EMS +	Moyen -	Long -
AI	jeune	jeune	SASD -	Act gen +	Dom +	Soins +	EMS -	Moyen -	Long -
SG	jeune	jeune	SASD -	Act gen +	Dom +	Soins -	EMS +	Moyen -	Long -
GR	vieux	vieux	SASD -	Act gen +	Dom +	Soins +	EMS +	Moyen +	Long -
AG	jeune	jeune	SASD -	Act gen -	Dom -	Soins -	EMS -	Moyen -	Long -
TG	jeune	jeune	SASD -	Act gen -	Dom -	Soins -	EMS +	Moyen -	Long -
TI	vieux	vieux	SASD -	Act gen -	Dom -	Soins -	EMS -	Moyen +	Long -
VD	jeune	jeune	SASD +	Act gen +	Dom -	Soins +	EMS -	Moyen +	Long -
VS	jeune	jeune	SASD +	Act gen -	Dom +	Soins -	EMS -	Moyen +	Long +
NE	vieux	vieux	SASD +	Act gen -	Dom -	Soins -	EMS -	Moyen +	Long +
GE	jeune	jeune	SASD +	Act gen +	Dom +	Soins -	EMS -	Moyen +	Long +
JU	vieux	vieux	SASD +	Act gen +	Dom +	Soins +	EMS -	Moyen +	Long +

Sources: OFAS : Statistique SPITEX 2002
OFS : Statistique des établissements de santé non-hospitaliers 2002 ; Statistique médicale 2002 ; Population résidente permanente 2002.



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine Organisationseinheit des Bundesamtes für Statistik.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une unité organisationnelle de l'Office fédéral de la statistique.