



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

Coûts des établissements médico-sociaux et des services d'aide et de soins à domicile

Prévisions à l'horizon 2030

Sonia Pellegrini,
Hélène Jaccard Ruedin,
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.

Sonia Pellegrini, Hélène Jaccard Ruedin,
Claude Jeanrenaud
Coûts des établissements médico-sociaux
et des services d'aide et de soins à domicile

Document de travail 18 de l'Obsan
Avril 2006

Commandes:
obsan.expedition@gewa.ch
ou Obsan-Versand, c/o GEWA
Tannholzstrasse 14, CH-3052 Zollikofen
CHF 15.– plus frais d'expédition
ISBN-13 978-3-907872-30-7
ISBN-10 3-907872-30-4

© 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:
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

irene

Institut de recherches économiques
Université de Neuchâtel

COÛTS DES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO- SOCIAUX ET DES SERVICES D'AIDE ET DE SOINS À DOMICILE PRÉVISIONS À L'HORIZON 2030

Sonia Pellegrini¹, Hélène Jaccard Ruedin², Claude Jeanrenaud¹

¹Institut de recherches économiques, Université de Neuchâtel

²Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel

Avril 2006

Sommaire

Sommaire.....	i
Résumé.....	iii
Zusammenfassung	vi
1. Introduction	1
2. Etablissements médico-sociaux et services d'aide et de soins à domicile.....	3
2.1 Clientèle, dépendance et besoin en soins	3
2.2 Situation actuelle	5
2.3 Déterminants des coûts.....	8
3. Evolutions possibles des principaux déterminants.....	10
3.1 Démographie.....	10
3.2 Espérance de vie sans incapacité	11
3.3 Coûts par cas	14
4. Méthode de prévision.....	17
4.1 Techniques de prévision.....	17
4.2 Modèle de prévision	19
5. Coûts futurs des services d'aide et de soins à domicile et des établissements médico-sociaux.....	24
5.1 Scénario de référence – prolongement de la situation actuelle	24
5.2 Scénario 2 – vieillissement accentué ou atténué de la population.....	28
5.3 Scénario 3 – augmentation de l'espérance de vie sans incapacité	29
5.4 Scénario 4 – ralentissement de la croissance des coûts médicaux	32
5.5 Comparaison avec les études suisses et internationales	33
6. Conclusion	35
Références.....	39

Résumé

Réalisée sur mandat de l'Observatoire suisse de la santé, cette étude effectue une prévision des coûts des établissements médico-sociaux (EMS) et des services d'aide et de soins à domicile (SASD) à l'horizon 2030.

Son but est de mettre en évidence les pressions exercées sur le système de soins de longue durée (SLD) par l'évolution de :

- la démographie;
- la morbidité;
- des coûts par patient.

Ces trois paramètres sont, comme l'a montré Wittenberg *et al.* (2001), les principaux facteurs de croissance des dépenses. L'étude examine leur impact sur les coûts et les besoins en soins futurs dans un cadre institutionnel et social supposé inchangé. En particulier, les caractéristiques du système de SLD – système de financement et structure de l'offre – sont supposées inchangées car ce ne sont pas des facteurs de pression, mais des éléments sur lesquels les pouvoirs publics peuvent agir pour adapter et orienter le système.

Scénarios

Les incertitudes quant à l'évolution de la démographie, de la morbidité et des coûts par cas sont importantes, c'est pourquoi la prévision envisage différents scénarios.

Le premier constitue le scénario de référence auquel comparer les autres variantes; il dessine l'évolution des coûts dans l'hypothèse où les tendances actuelles se prolongent. De manière détaillée, les hypothèses retenues dans le scénario de référence postulent que :

- la population suisse évoluera selon le scénario démographique « tendance » (OFS 2002);
- les individus recourront aux EMS / SASD aux mêmes âges qu'aujourd'hui;
- les coûts des prestations médicales augmenteront au même rythme que par le passé;
- les coûts des prestations socio-hôtelières et d'aide familiale évolueront au même rythme que la productivité.

Les autres scénarios examinent, pour chaque paramètre successivement, l'hypothèse d'une évolution différente de celle postulée dans le scénario de référence :

- le scénario 2 examine l'effet d'un vieillissement accentué ou atténué de la population;
- le scénario 3 montre l'impact sur la demande et les coûts d'un décalage dans l'âge d'apparition des troubles fonctionnels;
- le scénario 4 enfin simule l'évolution des dépenses en supposant une augmentation des coûts unitaires médicaux plus lente que dans le scénario de référence.

Des coûts qui vont plus que doubler à l'horizon 2030

Sous les hypothèses du scénario de référence, les coûts des soins de longue durée passent de 6,5 milliards en 2001 à quelque 15,3 milliards de francs en 2030. D'ici 25 ans, les dépenses auront donc plus que doublé en termes réels, un résultat que corroborent les études internationales, notamment l'étude réalisée sur mandat de la Commission européenne pour le Royaume-Uni, l'Allemagne, l'Italie et l'Espagne (Comas-Herrera *et al.* 2003), et qui est également cohérent avec la prévision réalisée par le réseau économie de l'OFAS (Fuhrer *et al.* 2003).

Rôle limité de la démographie

Cette croissance doit en premier lieu être attribuée à la hausse des coûts par cas et ensuite seulement au vieillissement de la population. L'accroissement du nombre de patients est en effet à l'origine d'un peu plus du tiers (37%) de l'augmentation totale, alors que l'augmentation combinée des prix et du volume de soins par patient est responsable des deux autres tiers. Un résultat similaire est obtenu dans la prévision réalisée pour l'ensemble des coûts du système de santé (OFS 2005b) où l'évolution démographique contribue à hauteur de 35% à la hausse totale des coûts en 2020.

Retarder la survenue de la dépendance fonctionnelle : un impact sensible sur les coûts

Les autres scénarios illustrent d'autres évolutions possibles des coûts et permettent de tester la sensibilité de la projection de référence à des variations dans les trois principaux facteurs de croissance des coûts.

La variante qui modifie le plus sensiblement les résultats est l'hypothèse d'un recul de l'âge auquel survient le besoin en soins. L'impact est simulé en décalant le taux de recours aux EMS ou aux SASD d'une durée égale au gain d'espérance de vie; ainsi pour un gain d'espérance de vie de un an, la probabilité d'un homme de 80 ans d'entrer en EMS en 2000 devient celle d'un homme de 81 ans en 2030. L'augmentation du nombre de patients se trouve ainsi sensiblement atténuée, en particulier dans les EMS, ce qui se traduit par des coûts inférieurs de 2,2 milliards de francs (-14%) à l'estimation de référence.

L'hypothèse ayant le deuxième plus fort impact est celle d'un ralentissement de la croissance des coûts par patient. Supposer que l'on parvienne à limiter la croissance des coûts unitaires médicaux à +1,5% par an au lieu des +2,6% retenus dans le scénario de référence diminue la prévision de 1,7 milliard (-11%). Pour 2030, celle-ci s'établit alors à 13,6 milliards au lieu des 15,3 milliards de l'estimation de référence.

Enfin, envisager que la démographie subisse un vieillissement accentué ou au contraire atténué n'a qu'un impact modéré sur les coûts. La différence n'est notable qu'après 2020 et se traduit en 2030 par une différence de +880 millions de francs (+6%) en cas de vieillissement accentué ou de -480 millions (-3%) en cas de vieillissement atténué.

Conclusions

Avec des estimations qui diffèrent de quelque 2 milliards selon le scénario, ces variantes montrent que les résultats sont sensibles aux hypothèses retenues. Un élément en particulier

pourrait modifier les prévisions : la disponibilité de l'aide informelle. Si son importance venait à diminuer, une partie de la demande de soins se reporterait sur les EMS et les SASD, se traduisant par des coûts plus importants. L'analyse a toutefois exclu à dessein ces modifications du contexte institutionnel et social pour mettre en évidence les pressions exogènes sur le système. En évaluer l'ampleur est un préalable nécessaire à la réflexion sur la refonte du système de financement et la conception de nouveaux modes de prise en charge. Toutefois, même sous l'hypothèse d'un contexte social et institutionnel inchangés, l'incertitude qui entoure l'évolution des coûts des EMS et des SASD reste grande.

Zusammenfassung

In der vorliegenden Studie, die im Auftrag des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums durchgeführt wurde, werden Prognosen zur Entwicklung der Kosten der Alters- und Pflegeheime (APH) sowie der Spitex-Dienste in der Schweiz bis 2030 beschrieben.

Die Studie verfolgt das Ziel, den Einfluss, der sich auf das System der Langzeitpflege auswirken wird, in Zusammenhang mit der Entwicklung folgender Kosten-Determinanten darzustellen:

- Demographie,
- Morbidität,
- Fallkosten

Wie es Wittenberg *et al.* (2001) darlegen konnten, bilden diese drei Parameter die Hauptfaktoren der steigenden Ausgaben dar. Die Studie untersucht deren Einfluss auf Kosten und zukünftige Pflegebedürfnisse in einem sozialen und strukturell unveränderten Rahmen. Besonders Merkmale des Langzeitpflegesystems (LPS) – speziell im Bereich der Finanzierung oder der Betreuungsformen - werden als unverändert vorausgesetzt, da die öffentliche Hand als Reaktion auf exogene Entwicklungen auf diese Parameter Einfluss nehmen kann. Es handelt sich dabei somit weniger um Druckfaktoren.

Szenarien

Prognosen über Entwicklungen der Demographie, der Morbidität oder der Kosten pro Patient/in sind mit zahlreichen Unsicherheiten behaftet. Aus diesem Grund wurden verschiedene Zukunftsszenarien entwickelt.

Das erste Szenario dient als Grundszenario, mit dem sich die übrigen Szenarien vergleichen lassen; es stellt die Kostenentwicklung bei einer Verlängerung der aktuellen Trends dar. Zum Grundszenario gehören folgende Ansätze:

- Die Bevölkerung wird sich gemäss dem Szenario „Trend“ des Bundesamtes für Statistik (BFS) entwickeln;
- Die Quote der Inanspruchnahme der APH und der Spitex wird sowohl nach Geschlecht als auch nach Altersklasse gegenüber heute unverändert bleiben;
- Die Einheitskosten medizinischer Leistungen werden mit dem selben Rhythmus wie bisher steigen;
- Die Einheitskosten für Unterkunft- und Familienpflegeleistungen werden sich wie die Produktivität entwickeln.

Die Alternativszenarien verfolgen sukzessiv für jede Determinanten andere Entwicklungsmöglichkeiten als im Grundszenario angenommen:

Szenario 2 untersucht den Einfluss einer verstärkten beziehungsweise abgeschwächten Alterung der Bevölkerung.

Szenario 3 zeigt die Wirkung auf Nachfrage und Kosten, bei einer Verschiebung des Auftretens der Pflegebedürftigkeit ins höhere Alter.

Schlussendlich wird im Szenario 4 die Kostenentwicklung unter der Annahme eines gegenüber dem Grundszenario verlangsamten Kostenanstiegs für medizinische Einheitskosten simuliert.

Mehr als zweifacher Kostenanstieg bis 2030

Unter den Voraussetzungen des Grundszenarios dürften die Kosten der Langzeitpflege im Jahr 2030 rund 15,3 Milliarden Franken betragen, während es 2001 noch 6,5 Milliarden waren. Die realen Kosten sollten sich somit bis in 25 Jahren mehr als verdoppelt haben. Diese Prognose wird durch internationale Studien erhärtet, insbesondere jene im Auftrag der Europäischen Kommission über die Situation im Bereich der Langzeitpflege in England, Deutschland, Italien und Spanien (Comas-Herrera et al. 2003). Sie stimmt auch mit den Ergebnissen einer vom Netzwerk Ökonomie des BSV durchgeführten Prognose überein (Fuhrer et al. 2003).

Geringe Rolle der Demographie

Der grösste Teil dieses Anstiegs ist auf eine Zunahme der Fallkosten zurückzuführen, während die Alterung der Bevölkerung erst als zweiter Faktor folgt. So macht die Zunahme der Patientenzahl nur gerade einen Drittel (37%) der gesamten Erhöhung aus, während sich die Zunahme von Preis und Umfang der Pflege pro Patient/in für die übrigen zwei Drittel verantwortlich zeichnet. Ähnliche Ergebnisse finden sich bei Prognosen für die gesamten Gesundheitskosten, bei welchen 35% des gesamten Kostenanstiegs im Jahre 2020 auf die demographische Entwicklung zurückzuführen sind (BFS 2005b).

Das Auftreten der Pflegebedürftigkeit verzögern: ein deutlicher Einfluss auf die Kosten

Die Alternativszenarien verfolgen weitere Entwicklungsmöglichkeiten und prüfen die Empfindlichkeit des Grundszenarios gegenüber Veränderungen in den drei Hauptdeterminanten des Kostenwachstums.

Eine Erhöhung des Alters, mit dem die Pflegebedürftigkeit eintritt, wirkt sich am deutlichsten auf die Kosten aus. Die Konsequenzen einer solchen Erhöhung werden simuliert, indem die Quote der Inanspruchnahme der APH und der SPITEX Dienste parallel zur Zunahme der Lebenserwartung verschoben wird. Bei einer Zunahme der Lebenserwartung um ein Jahr wird die Wahrscheinlichkeit eines Pflegeheimetrtritts für einen 80-jährigen Mann im Jahr 2000 zu jener eines 81-jährigen im Jahr 2030. Der Anstieg der Patientenzahl vermindert sich vor allem in den Pflegeheimen deutlich, was mit einer Kostendifferenz um -2,2 Milliarden Franken (-14%) gegenüber dem Grundszenario einhergeht.

Als zweitwichtigster Einflussfaktor erwies sich eine Verzögerung des Fallkostenanstiegs. Eine jährliche Wachstumsrate der medizinischen Einheitskosten von +1,5% anstatt der +2,6% des Grundszenarios würde zu einer Gesamtkostenreduktion um 11% führen. Die Gesamtkosten würden sich um 1,7 Milliarden Franken reduzieren (-11%): nur noch 13,6 Milliarden im Jahr 2030 anstatt der im Grundszenario geschätzten 15,3 Milliarden.

Es zeigt sich schliesslich, dass unterschiedliche demographische Szenarien den geringsten Einfluss auf die Kosten ausüben. Die Differenzen werden erst ab 2020 deutlich und entsprechen im Jahre 2030 +880 Millionen Franken (+6%) bei einer verstärkten Alterung der Bevölkerung oder -480 Millionen Franken (-3%) bei einer entsprechenden Verlangsamung.

Schlussfolgerungen

Differenzen von 2 Milliarden je nach Szenario zeigen, dass die Ergebnisse sensibel auf die den Prognosen zugrunde gelegten Hypothesen reagieren. Als wichtiges Element könnte die Bereitschaft der informellen Hilfe diese Prognosen umändern. Sollte diese abnehmen, würde sich ein Teil der Nachfrage auf die Pflegeheime und SPITEX Dienste auswirken, was mit erhöhten Kosten einhergehen würde. Die Analyse klammert jedoch solche Veränderungen des institutionellen und sozialen Kontextes bewusst aus, um die exogenen Einflüsse auf das System hervorzuheben. Deren Umfang abschätzen zu können, ist eine Vorbedingung für Überlegungen zur Umgestaltung des Finanzierungssystems und für die Konzeption neuer Betreuungsformen. Aber auch unter der Voraussetzung eines unveränderten sozialen und institutionellen Kontextes bleibt die Entwicklung der Kosten der APH und der Spitex äusserst ungewiss.

1. Introduction

Le secteur des soins de longue durée connaît une forte croissance, tant en termes de coûts que de nombre de patients. Depuis 1995, les dépenses augmentent au rythme moyen de près de 5% par année, soit une augmentation plus rapide que celle du système de santé dans son ensemble. Le vieillissement démographique attendu pour les décennies à venir ne laisse pas présager un ralentissement, bien au contraire, et suscite questions et inquiétudes dans les milieux de la santé et des assurances ainsi que dans les cantons. Combien de personnes auront besoin de soins de longue durée dans les prochaines décennies ? Combien cela va-t-il coûter ? La hausse attendue sera-t-elle supportable pour les collectivités publiques et en particulier pour l'assurance-maladie obligatoire ?

L'arrivée à l'âge de la retraite des cohortes du baby-boom, plus nombreuses que les générations précédentes, représente une augmentation importante du nombre de personnes susceptibles d'avoir besoin de soins de longue durée (SLD). Adapter – quantitativement et qualitativement – l'offre de prise en charge à cette nouvelle donne démographique constitue un véritable défi pour la planification et l'organisation des soins. La viabilité du système de financement actuel est également remise en cause, le gouvernement et les assureurs doutant du fait que l'assurance-maladie puisse faire face à la hausse prévisible des coûts.

Dans ce contexte, l'Observatoire suisse de la santé a mandaté l'Institut de recherches économiques de l'Université de Neuchâtel pour réaliser une prévision des coûts des établissements médico-sociaux (EMS) et des services d'aide et de soins à domicile (SASD) à l'horizon 2030. Cette étude approfondit et prolonge une première analyse réalisée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique dans le cadre de l'évaluation de l'impact du nouveau régime de financement des soins mis en consultation à l'été 2004¹. Le modèle de prévision utilisé permet d'examiner des modifications dans les principaux facteurs de pression extérieurs au cadre institutionnel affectant l'évolution des coûts des EMS et des SASD. En particulier, il met en évidence l'impact des évolutions de la démographie, de la morbidité et des coûts unitaires sur les coûts des soins de longue durée.

L'incertitude quant à l'évolution de ces paramètres étant grande, l'étude envisage différents scénarios. Le premier fait office de scénario de référence auquel comparer les autres variantes ; il prolonge la situation actuelle et examine ce que deviendraient les coûts si l'on suppose que la population évoluera selon la prévision démographique « tendance » (OFS 2002), que les individus recourront aux EMS / SASD aux mêmes âges qu'aujourd'hui et que les coûts augmenteront au même rythme que par le passé. Les trois autres scénarios postulent d'autres évolutions pour ces paramètres et en estiment l'influence sur le résultat de la prévision. Le scénario 2 examine l'impact sur les coûts des soins de longue durée d'un vieillissement accentué ou atténué de la population. Le scénario 3 examine l'hypothèse d'une augmentation de l'espérance de vie sans incapacité. Le scénario 4 évalue l'impact d'un ralentissement modéré de la croissance des coûts médicaux.

La prévision, réalisée pour les années 2010, 2020 et 2030, se fonde sur la répartition des patients et des coûts par sexe et par classe d'âge en 2001. Les données proviennent pour

¹ Pellegrini, Jaccard Ruedin et Jeanrenaud (2004).

l'essentiel de la Statistique de l'aide et des soins à domicile, de la Statistique des établissements de soins non hospitaliers du pool de données santésuisse^R, ainsi que des prévisions démographiques réalisées par l'Office fédéral de la statistique.

Le chapitre 2 situe tout d'abord l'objet de la prévision – les coûts des EMS et des SASD – par rapport aux notions plus générales de soins de longue durée et de dépendance. Il caractérise ensuite, par quelques chiffres clé, la situation qui prévaut actuellement dans le secteur des EMS et des SASD. Les facteurs de croissance des coûts sont ensuite identifiés et l'évolution probable des principaux déterminants – espérance de vie, morbidité et coûts unitaires – est discutée. Le chapitre 3 décrit les approches et les modèles de prévisions existants dans la littérature internationale. Il présente ensuite le modèle de prévision utilisé, décrit les sources de données et évoque les scénarios envisagés. Les résultats des prévisions sont présentés et commentés au chapitre 4, séparément pour chaque scénario. Enfin, le chapitre 5 discute les résultats, notamment en rappelant les limites d'une telle démarche.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier ici M. Daniel Reber (OFAS), M. Yves-Alain Gerber (OFS) et M. Renaud Lieberherr (OFS) qui ont réalisé l'exploitation spéciale de leurs statistiques, fournissant ainsi les données essentielles à cette étude. Nous souhaitons également remercier M. Bruno Fuhrer (OFSP), M. Ludwig Gärtner (OFAS), M. François Huber (OFAS), Mme Semya Ayoubi (CDS), M. Alain Schönenberger (Eco'Diagnostic), M. Yves-Alain Gerber (OFS) et M. Raymond Rossel (OFS) qui, en tant qu'experts, ont été sollicités pour la révision de ce rapport. Nous les remercions de leur lecture attentive ainsi que de leurs commentaires et suggestions.

2. Etablissements médico-sociaux et services d'aide et de soins à domicile

2.1 Clientèle, dépendance et besoin en soins

Reconnus comme prestataires de soins autorisés à pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire depuis le 1^{er} janvier 1996, les établissements médico-sociaux et les services d'aide et de soins à domicile sont les principales structures qui assurent des soins de longue durée. Leur développement repose largement sur des initiatives locales et privées, soutenues par les pouvoirs publics. Des services d'aide et de soins à domicile sont fournis par différentes associations : Association suisse des services d'aide et de soins à domicile (Spitex), Pro Senectute ou des œuvres caritatives et religieuses. Ici toutefois, seules les prestations fournies par les quelque 700 organisations d'aide et de soins à domicile Spitex sont prises en compte. Quant aux homes pour personnes âgées, il coexiste des établissements publics et privés qui offrent différents degrés de médicalisation. Les établissements pris en compte dans cette analyse correspondent, dans la Statistique des hôpitaux et des établissements de santé non hospitaliers, à la catégorie des homes pour personnes âgées nécessitant des soins et malades chroniques, à l'exclusion des homes pour personnes âgées (non médicalisés).

L'activité des EMS et des SASD ne couvre pas la totalité du besoin en soins et de nombreux autres acteurs interviennent dans la prise en charge des personnes dépendantes de soins. Les hôpitaux sont un maillon du système puisqu'ils assurent, essentiellement dans les départements de gériatrie, des hébergements de longue durée à des fins de réadaptation ou lorsque l'état des patients dépasse les compétences des EMS ou encore que ces derniers n'ont plus de places disponibles. Les structures dites intermédiaires – habitations encadrées, centres de jour, unités d'accueil temporaire – jouent un rôle croissant et permettent de prolonger l'autonomie et de ménager des temps de repos aux proches, dont il faut souligner le rôle essentiel : bien que difficilement chiffrable, l'on sait qu'une part non négligeable de l'assistance aux personnes âgées est fournie à titre bénévole par l'entourage.

On relèvera enfin que les EMS et les SASD prodiguent essentiellement, mais non exclusivement, des soins de longue durée à des personnes âgées. Ils assurent également des prises en charge à court terme et des soins à des personnes de moins de 65 ans. Dans les paragraphes qui suivent, nous analyserons la relation entre prestations fournies par les EMS et les SASD et les notions de soins de longue durée, de dépendance et de besoin en soins.

2.1.1 Demande s'adressant aux EMS et SASD et soins de longue durée aux personnes âgées

Dans le langage courant, on associe activité des EMS et des SASD et soins de longue durée aux personnes âgées. Mais cette association est-elle correcte ? Dans les EMS, elle l'est puisque 96% des patients hébergés a plus de 65 ans – 76% a plus de 80 ans – et que les séjours temporaires sont l'exception (figure 2).

Dans les SASD, la situation est plus nuancée car ces associations remplissent deux missions de nature différente : elles assument autant des prises en charge temporaires, par

exemple lors de période de convalescence ou de sortie précoce de l'hôpital, que des suivis à long terme de patients dépendants de soins. La statistique officielle ne permet pas de dire quelle proportion de l'activité totale représente chacune des deux missions. Une exploitation spéciale de l'Enquête suisse sur la santé 2002 (Lieberherr 2005) donne une indication à ce sujet. Elle montre que la part des clients faisant appel de manière régulière – par opposition à temporaire – aux SASD passe de 55% entre 65 et 79 ans, à 75% après 80 ans. Après 65 ans, les SASD prodiguent donc majoritairement des soins de longue durée. La majorité de la clientèle des SASD étant composée de personnes de plus de 65 ans (72%) – 42% ont plus de 80 ans –, l'on conclut que l'activité principale des SASD consiste en des soins de longue durée aux personnes âgées (figure 3). Il ne faut toutefois pas perdre de vue que la clientèle des SASD est plus hétérogène que celle des EMS à la fois en termes d'âge, de sévérité des incapacités et de durée de prise en charge.

2.1.2 Demande s'adressant aux EMS et SASD et notion de dépendance

Les études de prévision des coûts considèrent généralement que les personnes bénéficiant de soins de longue durée sont des personnes *dépendantes* au sens des critères ADL² (Activities of Daily Living) ou IADL (Instrumental Activities of Daily Living). Une personne est dite dépendante de soins au sens des critères ADL si elle a besoin de l'aide d'autrui pour accomplir au moins un des gestes élémentaires de la vie quotidienne (se lever / se coucher, faire sa toilette, s'habiller / se déshabiller, se déplacer dans son logement). Les critères IADL sont moins restrictifs et désignent le besoin d'aide pour les activités instrumentales de la vie quotidienne tels que faire ses courses, son ménage, préparer ses repas, etc.

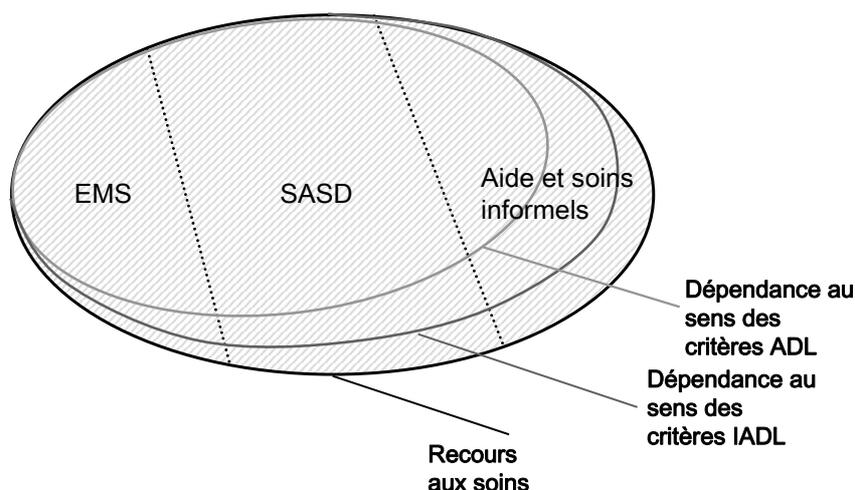
En réalité, la demande qui s'adresse aux EMS et aux SASD ne correspond, de manière stricte, à aucune de ces deux définitions (figure 1). En effet, on trouve parmi les clients des EMS et des SASD à la fois des personnes gravement impotentes qui ont besoin de l'aide d'autrui pour accomplir les gestes élémentaires de la vie quotidienne et des personnes souffrant de troubles fonctionnels plus légers, par exemple qui éprouvent des difficultés à faire leur ménage, à préparer leur repas ou à sortir de chez elles. Parmi la clientèle des SASD, on trouve en outre des personnes sans incapacité fonctionnelle, mais qui nécessitent que leur soient prodigués certains soins médicaux spécifiques tels que des injections ou des pansements. Le besoin en soins dont il est question ici dépasse donc le cadre de la stricte dépendance, tant au sens des critères ADL que IADL, et englobe une demande plus large.

Les statistiques existantes ne permettent d'obtenir qu'une estimation sommaire de la prévalence de la dépendance en Suisse. L'Enquête suisse sur la santé fournit des données pour les personnes non institutionnalisées sur la base desquelles Höpflinger et Hugentobler (2003) estiment à 10% le taux de prévalence de la dépendance au sens des critères ADL³ chez les personnes de 65+ vivant à domicile. On ne dispose d'aucune information quant à la prévalence des limitations fonctionnelles pour réaliser des activités instrumentales (IADL).

² C'est également ce critère qui détermine le droit à une allocation pour impotent dans l'AI / AVS.

³ Définie ici comme le fait d'avoir des difficultés à accomplir seuls au moins *une* activité élémentaire de la vie quotidienne.

Figure 1 : Demande s'adressant aux EMS et SASD et notion de dépendance



2.1.3 Demande s'adressant aux EMS et SASD et besoin en soins

Les soins de longue durée fournis par les EMS et les SASD ne couvrent pas la totalité du besoin en soins de longue durée puisqu'une part non négligeable des personnes tributaires de soins sont prises en charge par des proches (figure 1). L'Enquête suisse sur la santé 2002 indique que 11% des 65-79 ans et près de 30% des plus de 80 ans ont reçu de l'aide informelle pour des raisons de santé (ESS 2002, exploitation spéciale). Cette aide a été fournie par une personne vivant au sein du même ménage et exclut toute assistance apportée par des personnes « extérieures » (enfants, petits-enfants, voisins, amis). Elle doit donc être considérée comme une estimation basse du volume d'aide informelle aux personnes âgées.

En l'absence d'autres données, il n'est cependant pas possible de chiffrer de manière complète le nombre de personnes bénéficiant d'aide et / ou de soins informels. Les chiffres montrent néanmoins qu'une partie non négligeable du besoin en soins des personnes âgées est assumée par les proches et qu'une éventuelle diminution de celle-ci aurait un impact significatif sur les coûts. A titre indicatif, l'on peut citer l'étude de Schmid et al. (1999)⁴ : les auteurs estiment que la valeur du travail non rémunéré fourni à titre de soins aux personnes dépendantes représente 1,2 milliards⁵, soit 18% des coûts cumulés des EMS et SASD en 2001.

2.2 Situation actuelle

Patients

En 2001, le nombre de personnes hébergées dans un EMS était de 78 000, majoritairement des femmes de plus de 80 ans. En réalité, la vie en collectivité concerne peu les « jeunes vieux » puisque seuls 2% des personnes de 65-79 ans sont institutionnalisées, le plus

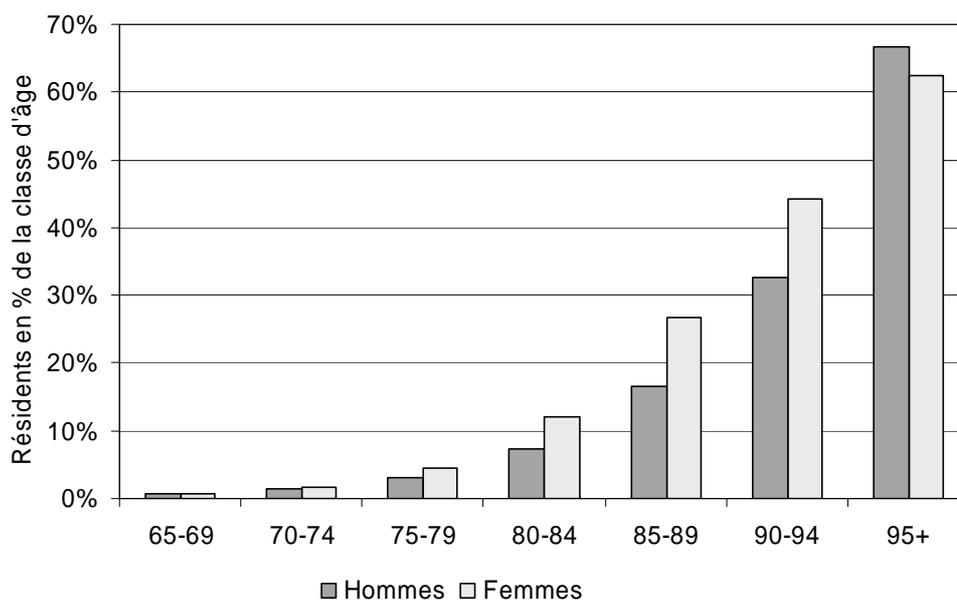
⁴ Basée sur un module spécial de l'ESPA sur la population active 1997.

⁵ Valeur actualisée pour l'année 2000 par le réseau « Economie » de l'OFAS (Fuhrer et al. 2003).

souvent en raison de l'apparition précoce de maladies dégénératives ou psychiatriques⁶. Au-delà de 80 ans, cette proportion est beaucoup plus forte avec une personne sur cinq en moyenne qui vit dans un home, et atteint 60% chez les personnes ayant survécu jusqu'à l'âge de 95 ans (figure 2).

La tendance à l'institutionnalisation a fortement augmenté entre 1970 et 2000 : l'accroissement de la population très âgée résidant en collectivité a été bien supérieur à l'augmentation de la population suisse du 4^e âge sur la même période (Guilley 2005). Entre 1990 et 2000, cette proportion s'est stabilisée en raison du moratoire sur la construction d'EMS imposé dans plusieurs cantons et en parallèle au développement des SASD.

Figure 2 : Taux de recours⁷ aux EMS, par sexe et par classe d'âge, 2001



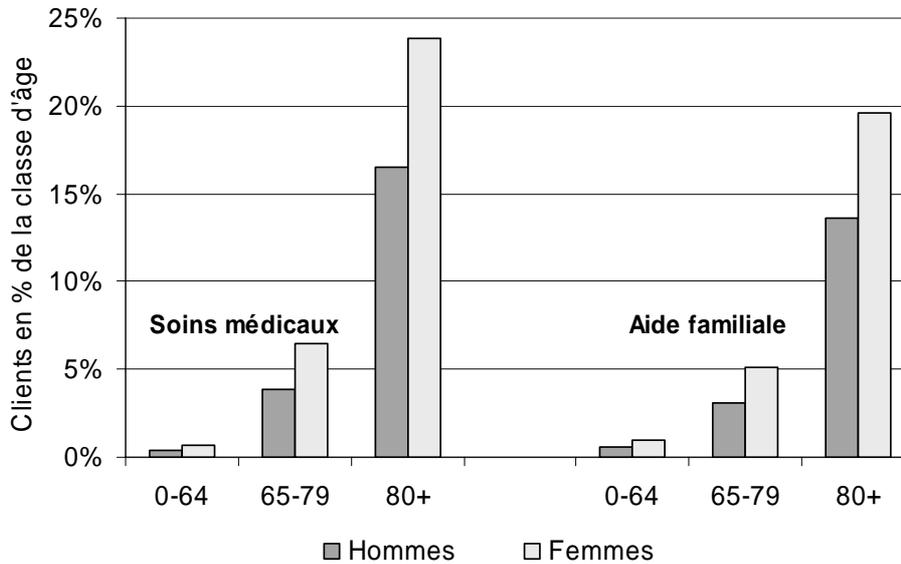
Sources : Statistique des hôpitaux et des établissements de santé non hospitaliers 2001 et ESPOP 2001.

Vie à domicile ne signifie pas absence de besoin d'aide et de soins : en 2001, 196 000 personnes ont fait appel aux SASD pour des soins médicaux et/ou une aide au ménage. Le recours aux SASD pour des prestations médicales est de 5,3% chez les 65-79 ans et de 21,4% chez les 80+ ans. Le recours à l'aide familiale – aide au ménage, repas – est à peine moins important puisque 4,2% des 65-79 ans et 17,6% des 80+ y ont fait appel. Ces chiffres ne représentent qu'une partie du besoin en soins réel puisque, selon Mösle (2001), seul un tiers de l'aide aux personnes âgées vivant à domicile est dispensé par des professionnels.

⁶ Information fournie par le panel d'experts consultés dans le cadre de l'étude « Comparaison intercantonale du recours aux soins de longue durée », à paraître printemps 2006.

⁷ Le taux de recours correspond au nombre de clients dans une classe d'âge donnée exprimé en pour-cent du nombre de personnes composant cette même classe d'âge dans la population suisse en 2001.

Figure 3 : Taux de recours⁷ aux prestations d'aide et de soins à domicile, par sexe et par classe d'âge, 2001



Sources : Statistique de l'aide et des soins à domicile 2001 et ESPOP 2001.

Coûts

En 2001, le coût des EMS représente un montant de quelque 5,6 milliards de francs pour 78 000 personnes prises en charge, soit un coût par patient de l'ordre de 71 000 francs par an. Les dépenses annuelles pour des prestations d'aide et de soins à domicile se montent à 915 millions de francs pour 196 000 bénéficiaires, soit une moyenne de 4700.- par patient et par an. Les coûts par cas en EMS et aux SASD ne sont toutefois pas directement comparables, et ceci pour deux raisons. La première est que les coûts des prestations de SASD ne comprennent pas les frais d'hébergement, qui constituent une part très importante du coût d'un séjour en EMS. La seconde est que la clientèle des SASD est plus hétérogène, avec une part importante de clients de courte durée qui abaissent la moyenne des coûts par cas.

Tableau 1 : Coûts annuels et par cas des EMS et des SASD, 2001

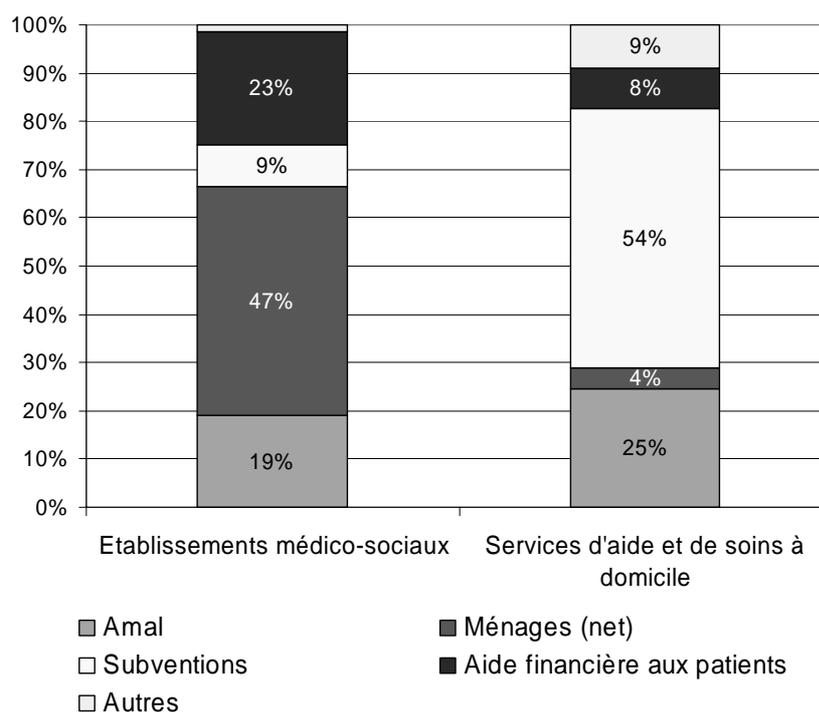
	Coût total (en millions)	% dépenses de santé	Patients	Coût/pers/an
EMS	5576,6	12,1%	78 174	71 336.-
SASD	915,7	2,0%	195 923	4 674.-*

* représente une moyenne de 38 h de soins et de 48 h d'aide familiale par personne et par an.

Sources : Statistique des établissements de santé non hospitaliers 2001
Statistique de l'aide et des soins à domicile 2001.

Ensemble EMS et SASD ont engendré des dépenses de l'ordre de 6,5 milliards de francs en 2001. Ce montant représente 14% de l'ensemble des dépenses du système de santé et fait des soins de longue durée le troisième plus gros secteur de soins après les hôpitaux et les soins ambulatoires. Ces dépenses sont financées à hauteur de 20-25% selon le domaine par l'assurance-maladie obligatoire (figure 4). Les ménages, déduction faite des aides financières reçues, notamment sous forme d'allocations pour impotents et de prestations complémentaires, assument en moyenne 40% des coûts. Enfin, les subventions jouent un rôle non négligeable dans le financement : elles représentent 9% du total dans les EMS et 55% dans le domaine des SASD.

Figure 4 : Répartition des coûts par agent de financement, en %, 2001



Source : Nouveau régime de financement des soins (OFSP 2004) et propres calculs.

2.3 Déterminants des coûts

Description du système

Prévoir l'évolution des dépenses pour les EMS et les SASD est une question complexe, ceci pour deux raisons au moins : premièrement car les facteurs d'influence sont nombreux, de nature très différente et qu'ils interagissent entre eux de manière complexe; deuxièmement car une grande incertitude entoure l'évolution de chacun de ces facteurs.

Néanmoins, et de manière très schématique, on peut considérer que trois grands paramètres déterminent l'évolution des coûts (figure 5) :

- Le nombre de personnes ayant besoin de soins;
- La structure de l'offre de soins;
- Le coût de prise en charge d'un patient dans les différents types de services.

Figure 5 : Déterminants de la croissance des coûts des soins de longue durée, représentation simplifiée

Nombre de personnes ayant besoin de soins	Répartition entre EMS, SASD et aide informelle	Coût par cas
Facteurs d'influence <ul style="list-style-type: none"> • Population de > 65 ans • Espérance de vie sans incapacité • Progrès médical • Prévention 	Facteurs d'influence <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité de l'offre • Système de financement • Préférences 	Facteurs d'influence <ul style="list-style-type: none"> • Volume de soins • Progrès médical • Salaires

Chacun de ces paramètres est lui-même influencé par toute une série de facteurs. L'importance du besoin en soins dépend tout d'abord du nombre absolu de personnes "à risque", c'est-à-dire du nombre de personnes de 65+ ans et surtout de 80+ ans. Or il faut s'attendre à ce que la population de plus de 80 ans augmente substantiellement d'ici 2030. Le besoin en soins dépend également de l'évolution de l'espérance de vie sans incapacité, laquelle résulte à la fois d'une évolution naturelle, du progrès médical et d'éventuelles mesures de prévention et de promotion de la santé qui seraient mises en œuvre.

Ensuite, la répartition des personnes requérant des soins entre aide informelle, SASD et EMS est conditionnée par les préférences des patients – envisagent-ils sereinement une vie en collectivité ou préfèrent-ils rester à la maison ? et par la disponibilité de l'offre – y-a-t-il des places en homes ? les proches peuvent-ils et sont-ils prêts à prendre en charge leur aîné ? quelles autres solutions existe-t-il ? Le système de financement, qui se matérialise pour les patients par les montants à leur charge, peut également orienter la demande vers un type de service ou un autre.

Enfin, dans l'augmentation du coût par cas, on distingue un effet "volume" et un effet "prix". Le volume de soins peut s'accroître si l'état de santé moyen des patients s'aggrave⁸, mais aussi si les attentes des patients en matière de soins augmentent ou si la perception par le corps médical de ce qui est considéré comme pathologique évolue⁹. Au niveau des prix, dans un secteur aussi intensif en travail, les salaires peuvent être un facteur de hausse important. Enfin, dans le domaine médical, le progrès technique a la particularité d'affecter à la hausse tant le volume que les prix des soins. Les nouvelles possibilités thérapeutiques sont en effet plus coûteuses et ne remplacent généralement pas les anciennes, mais viennent s'ajouter aux possibilités de diagnostic et de traitement existantes (add-on technologies).

En résumé, l'évolution des dépenses pour les soins de longue durée résulte de la conjonction de facteurs démographiques (augmentation du nombre de personnes de plus de

⁸ Aggravation du case mix.

⁹ Abaissement du seuil pathologique.

65 ans et augmentation de l'espérance de vie), médicaux (évolution des taux de dépendance), politiques (système de financement, offre de structures de prise en charge, mesures de prévention), sociaux (disponibilité de l'aide informelle) et économiques (évolution des prix et des salaires).

Facteurs examinés dans le modèle de prévision

Certains des facteurs ci-dessus sont *exogènes* au système de soins de longue durée. Les pouvoirs publics n'ont par exemple pas d'influence directe sur la démographie : le nombre de personnes de 65+ ans augmentera quels que soient les choix effectués en matière de politique de soins de longue durée. Ces facteurs extérieurs au cadre institutionnel constituent les facteurs de pression sur le système. L'étude de Wittenberg et al. (2001) a montré que les principaux sont :

- la démographie;
- l'espérance de vie sans incapacité;
- l'évolution des coûts par cas.

Ce sont donc ces trois facteurs qu'il importe d'étudier en priorité et sur lesquels se concentre la prévision.

Les facteurs *endogènes* sont les caractéristiques propres au système de soins de longue durée. Des éléments tels que le régime de financement et la structure de l'offre ne sont en effet pas des éléments de pression sur le système, mais des instruments sous l'influence des pouvoirs publics utilisés pour l'orienter, pour influencer son évolution. Ces aspects sont maintenus constants car l'intérêt de la prévision est de mettre en évidence l'impact sur les coûts des principaux déterminants exogènes afin que les pouvoirs publics puissent anticiper leurs effets et réagir en utilisant les paramètres endogènes comme leviers d'action.

3. Evolutions possibles des principaux déterminants

3.1 Démographie

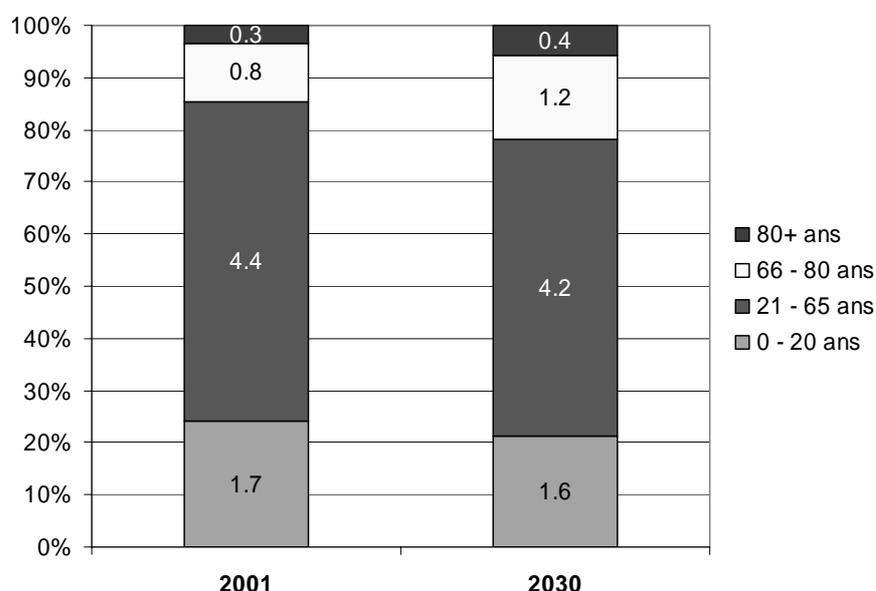
Prévoir la demande qui pourrait s'adresser aux institutions de soins implique de connaître le nombre de personnes qui constitueront les classes d'âge concernées – les 65+ – d'ici à 2030. Les cohortes qui nous intéressent au premier chef sont celles nées entre 1940 et 1965. Les personnes nées en 1940 ont actuellement 65 ans et auront 90 ans en 2030; les derniers ont aujourd'hui 40 ans et atteindront 65 ans en 2030. Une incertitude entoure toujours ce type de prévision; elle est néanmoins moindre lorsque comme ici les cohortes sont déjà nées. La principale inconnue est alors l'évolution de la mortalité, puisque ces générations ne sont plus concernées par la fécondité et peu par les phénomènes migratoires.

Les prévisions démographiques pour la Suisse sont établies par l'Office fédéral de la statistique. Différents scénarios sont envisagés, qui décrivent les évolutions possibles de la population résidente permanente pour la période 2000 - 2060 (OFS 2002). Les paramètres

pris en compte sont la fécondité, la mortalité, les migrations et les taux d'activité. Le scénario « tendance » (A-00-2000) prolonge les tendances passées tout en intégrant les changements politiques d'ores et déjà connus¹⁰ et constitue le scénario de référence.

Le scénario « tendance » prévoit que la population totale augmentera peu et passera de 7,2 millions en 2000 à 7,4 millions en 2030. La structure par âge par contre sera assez fortement modifiée dans le sens d'un vieillissement de la population. De 15%, la part des 65 ans et plus passerait à 22% en 2030, représentant une augmentation de 562 000 personnes (+53%). En termes de rapport de dépendance, cette évolution équivaut au passage de 25 âgés pour 100 actifs aujourd'hui à 40-45 âgés pour 100 actifs en 2035 (Wanner *et al.* 2005). L'accroissement du nombre de personnes de 80 ans et plus sera proportionnellement plus important encore : l'OFS prévoit que la population des grands âgés augmentera de 168 000 individus, soit une hausse 65%.

Figure 6 : Structure par âge de la population résidante en 2001 et 2030, en millions



Source : Scénario tendance (OFS 2002)

3.2 Espérance de vie sans incapacité

Les prévisions démographiques montrent que le nombre de personnes âgées augmentera sensiblement sur la période étudiée. Mais quelle part d'entre eux aura besoin de soins de longue durée et à quel âge ? Prévoir la demande qui va s'adresser aux institutions requiert que des hypothèses soient faites quant à l'évolution des taux de dépendance. Les prévisions démographiques font toutes l'hypothèse d'une décroissance des taux de mortalité et d'une espérance de vie en augmentation. La question essentielle est de savoir si ces années de

¹⁰ Notamment l'entrée en vigueur des accords bilatéraux entre la Suisse et l'Union Européenne.

vie supplémentaires seront des années vécues en bonne santé ou si au contraire elles prolongeront la période de dépendance.

3.2.1 Les différentes thèses

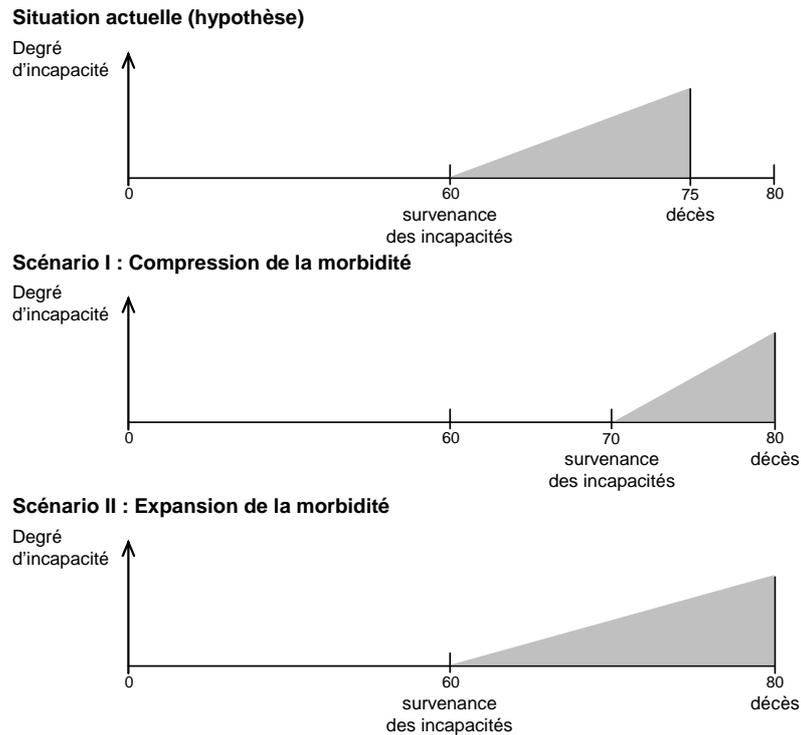
L'évolution de la morbidité par rapport à l'espérance de vie est controversée et différentes thèses coexistent (figure 7). Une première théorie, défendue en particulier par Fries (1980, 1983, 1989), postule que les progrès médico-techniques et les meilleures habitudes de vie vont permettre une diminution de la morbidité propre à chaque âge à mesure que l'espérance de vie augmente, se traduisant par une augmentation de l'espérance de vie sans incapacité. Si le nombre absolu d'années de vie passées en mauvaise santé est constant, Fries parle d'un *décalage vers la droite* de la courbe de morbidité et d'une *compression de la morbidité* si ce nombre diminue. Le premier cas de figure est neutre en termes de besoin en soins, alors que le second conduirait à une diminution de celui-ci.

Une deuxième théorie prédit à l'inverse une *expansion de la morbidité*. Elle postule que l'amélioration de la prévention de séquelles fatales des affections chroniques, en repoussant la survenue du décès, va prolonger la période de morbidité et de limitation fonctionnelle associée (Gruenberg 1977; Kramer 1980). La réalisation de ce cas de figure viendrait aggraver l'effet du vieillissement démographique.

Une troisième théorie enfin est celle d'un *équilibre dynamique* entre prévalence et sévérité de l'incapacité (Manton 1982) : l'augmentation de l'espérance de vie va aller de pair avec une prévalence accrue des pathologies chroniques, mais les progrès médico-techniques en ralentiront la progression. En conséquence, les années vécues avec des incapacités faibles vont augmenter et les années de vie avec fortes incapacités vont être réduites.

Enfin, une analyse publiée récemment (Robine et Michel 2004) postule que *l'expansion de la morbidité*, *l'équilibre dynamique* puis *la compression de la morbidité* sont trois stades successifs de l'évolution démographique des pays industrialisés. Actuellement, avec l'émergence de personnes très âgées et très vulnérables, on se trouverait au début d'un nouveau cycle, avec expansion de la morbidité de ces personnes très âgées.

Figure 7 : Illustration des différentes thèses concernant la relation entre espérance de vie et morbidité



Source : Seshamani (2004), adapté de Fries (1989).

3.2.2 Qu'a-t-on observé dans le passé ?

Si l'évolution future de la morbidité est largement controversée et incertaine, les observations faites sur les années passées peuvent donner des indications de tendances. Les résultats des études épidémiologiques sont toutefois contrastés et varient selon l'indicateur de dépendance utilisé (ADL ou IADL). La recherche menée par REVES, le Réseau d'Espérance de Vie en Santé, dans 50 pays à basse mortalité sur une période de 40 ans donne une image plus précise de cette évolution. Elle constate que l'espérance de vie à 65 ans augmente de manière universelle et régulière, mais que le nombre d'années de vie sans incapacité stagne de même que les années de vie avec incapacités sévères. Ces observations amènent les auteurs à la conclusion que les années de vie gagnées sont vécues avec des troubles fonctionnels mais pas avec des incapacités sévères (Robine et Michel 2004). Ces résultats confirment ceux d'une étude antérieure, menée aux Etats-Unis (Crimmins et al. 1989) : celle-ci montre que la plupart des années gagnées entre 1970 et 1980 sont des années vécues avec des incapacités, mais que lorsque l'on définit l'incapacité en termes de dépendance sévère, alors on trouve que ces années sont des années sans incapacités. Ces résultats apportent des éléments en faveur de la théorie d'un changement mixte de la morbidité de Manton (1982), selon laquelle l'incapacité sévère diminue mais la prévalence d'incapacités mineures augmente. Des études plus récentes, menées en France

et aux USA, ont montré que la prévalence de l'incapacité, de tout degré, pourrait diminuer au fil du temps¹¹.

Les données pour la Suisse s'ancrent dans cette dernière tendance et montrent une évolution positive. L'Enquête suisse sur la santé indique que l'allongement de la vie n'induit pas une augmentation des années en mauvaise santé. Elle montre au contraire qu'entre 1990 et 2000, hommes et femmes de plus de 65 ans ont non seulement vécu plus longtemps sans incapacité, mais aussi moins longtemps en situation de dépendance (Guilley 2005). Dans une étude comparative, Höpflinger et Hugentobler (2005) mettent également en évidence une amélioration de l'état de santé subjectif chez les « jeunes vieux » (65-79 ans) entre 1992 et 2002.

3.2.3 A quoi peut-on s'attendre pour le futur ?

La tendance à une augmentation des années de vie sans incapacité, soit à un report de la survenue de la dépendance sévère, va-t-elle se poursuivre ? Wanner et al. (2005)¹² soulignent que « les générations du baby-boom présentent un certain nombre d'atouts au moment d'aborder la retraite : généralement en bonne santé, bénéficiant d'un bon support social ou familial et de conditions de vie en moyenne favorables (...) la génération du baby-boom devrait très certainement bouleverser les notions de « retraite passive » ou de « retraite retrait » pour imposer un modèle de « retraite active » » et que par conséquent « le passage des baby-boomers à travers les âges de la retraite se présente sous de bons auspices ».

Sauvain-Dugerdil et Wanner¹³ (2005) soulignent toutefois que « la vieillesse active et autonome repose sur une conjoncture particulièrement favorable » et se demandent si, « dans les conditions sociales actuelles et à venir, la démocratisation de la vieillesse et les retournements de conjoncture ne risquent pas de mettre un terme à cet âge d'or de la maturité ». Les auteurs évoquent principalement l'accroissement des divorces et la fragilisation des unions, l'augmentation du nombre de personnes sans enfants, l'accroissement des retraites anticipées et du chômage de longue durée chez les travailleurs âgés, risquant d'amener un nombre croissant d'individus à aborder la retraite dans des conditions de plus grande vulnérabilité (précarité économique et soutien familial réduit). Ainsi, même si les incertitudes sont grandes, les tendances actuelles laissent entrevoir une situation moins favorable pour ceux qui arriveront à la retraite en fin de période que pour les cohortes actuelles de jeunes retraités.

3.3 Coûts par cas

Outre l'augmentation des personnes nécessitant des soins de longue durée, l'autre principal déterminant de l'évolution des dépenses est la croissance des coûts par cas. A quoi faut-il s'attendre sur ce plan ? L'on a relevé (section 2.3) que l'augmentation dépend à la fois du prix et du volume de soins. D'un point de vue théorique, elle dépend également de la

¹¹ Voir Seshamani (2004) pour une revue plus détaillée des études épidémiologiques.

¹² In *Âges et générations*, p.30.

¹³ In *Âges et générations*, p.133.

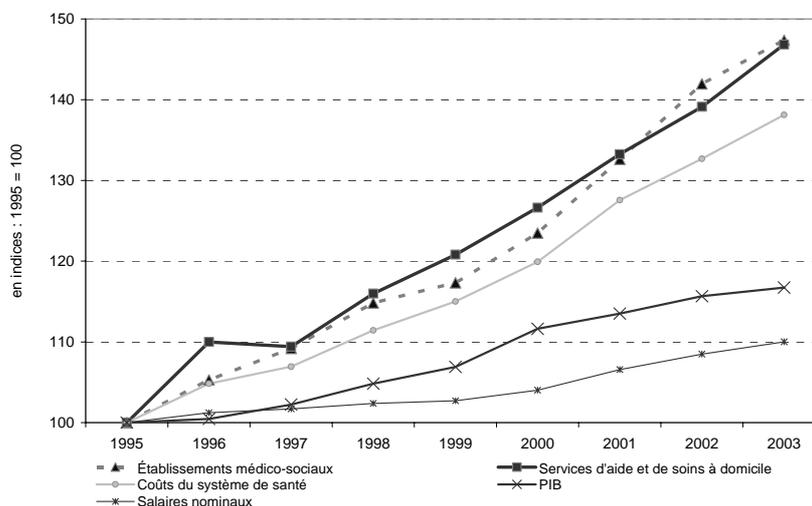
présence ou non d'une composante technologique. C'est pourquoi il y a lieu en effet de distinguer les prestations médicales¹⁴ des prestations socio-hôtelières et d'aide familiale.

Les prestations socio-hôtelières des EMS – hébergement, nourriture et encadrement – et l'aide familiale – aide au ménage, repas à domicile – dans les SASD correspondent surtout à des heures de travail et peu de gains de productivité sont possibles. Etant constituées essentiellement de frais salariaux, elles sont donc supposées croître au même rythme que les salaires réels. A défaut de données spécifiques au secteur des soins, l'on admet que les salaires réels suivront l'augmentation de la productivité, soit selon les prévisions du SECO, une hausse moyenne annuelle de 1%.

Les soins médicaux, qui regroupent les soins infirmiers et les soins de base, sont également intensifs en travail, mais ont cependant une composante technologique plus marquée (add-on technologies). Leur coût devrait par conséquent croître à un rythme plus rapide, mais difficile à prévoir. Une indication peut néanmoins être tirée des tendances passées.

Les données pour les EMS / SASD ne sont disponibles que sur une courte période (1995-2003) et elles ne constituent pas de bons indicateurs de la croissance à long terme en raison des changements structurels¹⁵ qui ont fait suite à la reconnaissance des EMS et des SASD comme prestataires de soins autorisés à pratiquer à charge de l'assurance-maladie de base (1^{er} janvier 1996). A titre d'information, l'évolution des coûts dans le domaine des EMS et des SASD est donnée (figure 8). On observe une croissance annuelle moyenne de l'ordre de 5% sur la période 1995 – 2002 (valeur nominale), soit une progression plus forte que celle du PIB, mais également plus importante que l'augmentation générale des coûts du système de santé.

Figure 8 : Croissance des coûts annuels des EMS et des SASD, à prix courants (1995=100)



Sources : Statistique des établissements de santé non hospitaliers, Statistique de l'aide et des soins à domicile, OFS (2005a) et BNS (2005).

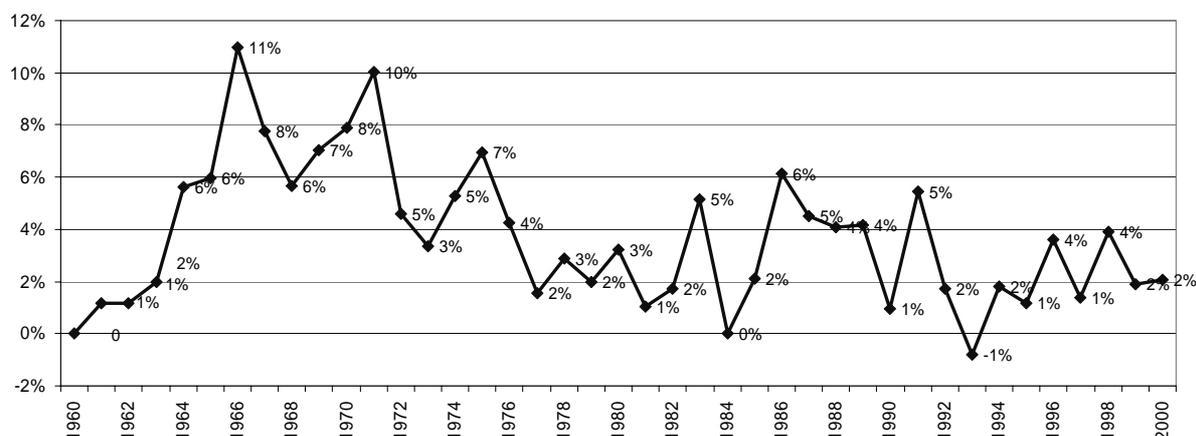
¹⁴ Au sens de l'art. 7 OPAS.

¹⁵ Augmentation du nombre de transferts des hôpitaux vers les EMS et vers les SASD, augmentation du degré de médicalisation des EMS, professionnalisation des SASD, vraisemblablement également hausse des coûts à charge de l'assurance-maladie.

A défaut, l'indice du coût du système de santé par habitant et en valeur réelle, publié par l'OFS (2003), est utilisé comme indicateur¹⁶ (figure 9). L'hypothèse est alors que la croissance des coûts des prestations médicales fournies par les EMS et les SASD va s'aligner sur celle du système de santé en général.

La croissance annuelle des dépenses de santé (figure 9) est très variable, avec des pics jusqu'à 11% dans les années 1960-1970 et à l'opposé quelques valeurs négatives. La fiabilité des données sur cette période n'étant pas suffisante, nous utilisons les valeurs de la période 1980-2000 comme indicateurs de la tendance de long terme. Sur ces 20 années, la variabilité est moins grande, sans toutefois qu'il se dégage une tendance claire. Le taux de croissance annuel moyen sur la période est de 2.6%, avec un écart-type de 0,92, estimé sur la base de la distribution empirique des variations annuelles¹⁷.

Figure 9 : Variations annuelles des coûts de la santé, en valeur réelle et par habitant, 1960-2000



Source : Coûts de la santé en Suisse : Evolution de 1960 à 2000, tab. T7 (OFS 2003b)

¹⁶ Pour être comparable avec les chiffres ci-après, les valeurs obtenues pour les EMS et SASD devraient être déflatées et calculées par patient.

¹⁷ Hypothèse : distribution normale.

4. Méthode de prévision

4.1 Techniques de prévision

Il existe plusieurs manières d'effectuer des prévisions de la demande de soins de longue durée et des dépenses correspondantes. Le choix du modèle le plus approprié dépend principalement de l'objectif de l'étude et des données à disposition. Les études de prévision peuvent avoir des buts différents : aider les décideurs politiques dans la planification des besoins et politiques en matière de soins de longue durée, examiner la viabilité financière du système de soins de longue durée, estimer l'impact futur des changements dans le *pattern* de soins ou dans le système de financement. L'information recherchée aura une incidence sur la conception du modèle.

Sur le plan méthodologique, on distingue deux approches : la macro-simulation (ou *cell-based*) et la micro-simulation¹⁸. La principale différence entre ces modèles réside dans l'unité d'analyse retenue. Les modèles de micro-simulation ont comme unité d'analyse les individus ou les ménages, alors que les modèles de macro-simulation considèrent plutôt des groupes. Dans les études macro, les individus sont groupés par classes en fonction de leurs caractéristiques telles que l'âge ou le sexe. L'ensemble de la population est représentée par un tableau croisé, dans lequel chaque cellule représente une des combinaisons possibles des caractéristiques considérées (p. ex. âge, sexe, statut marital).

Les études micro nécessitent de disposer de données longitudinales sur lesquelles observer des probabilités de transition d'un état à l'autre pour pouvoir effectuer les simulations de trajectoires. Spillman et al. (2000), par exemple, fondent leur prévision sur l'observation rétrospective du nombre de jours passés dans un home, à chaque âge, par les individus de la cohorte observée. Très peu de pays disposent des données nécessaires à leur réalisation, et la Suisse n'y fait pas exception. A notre connaissance en effet, l'unique étude longitudinale existant en Suisse porte sur deux cantons, Genève et Valais, et ne permet pas l'extrapolation au niveau suisse (enquête Swilso-o; Guilley et al. 2003).

Les études de macro-simulation, qui sont par ailleurs techniquement plus simples, sont donc les plus représentées dans la littérature internationale. Le but dans lequel les prévisions sont faites, le système de soins de longue durée qu'ils représentent et la disponibilité des données déterminent dans une large mesure le design et la complexité des modèles. Comas-Herrera *et al.* (2004) ont tenté de les classer en fonction des facteurs qu'elles prennent en compte.

Les modèles les plus simples – en une étape – sont les modèles basés sur des *profils de dépenses* : les coûts moyens par sexe et par classe d'âge sont directement appliqués à la structure de la population à l'année d'intérêt. L'hypothèse implicite est ici que l'âge et l'inflation sont les seuls facteurs qui influencent les dépenses. Or l'âge n'est qu'un indicateur imparfait du besoin en soins. Ce modèle, qui exige très peu de données, est néanmoins le plus utilisé, car il est souvent le seul possible au vu des données disponibles. Il a notamment

¹⁸ Voir Wittenberg et al. (1998, p. 28) pour une discussion des différences entre les deux approches, ainsi que de leurs avantages et inconvénients.

été utilisé pour les prévisions de l'OCDE (Bains et al. 2003) et de l'Union Européenne (Schulz 2005). Toutefois plusieurs pays ne disposent même pas de ces données : dans l'UE, seuls 10 pays ont pu fournir des données concernant leurs dépenses par sexe et par âge pour les SLD.

Des modèles plus complexes, en deux voire trois étapes, permettent d'explorer des modifications dans la prévalence de la dépendance et/ou dans la répartition entre les différentes formes de prise en charge. Le modèle développé pour l'Espagne par exemple multiplie le taux de dépendance actuel par la structure de la population à l'année d'intérêt. Le nombre de personnes dépendantes de soins ainsi estimé est réparti entre les différentes formes de prise en charge sur la base du taux d'utilisation actuel des services et est ensuite multiplié par le coût unitaire des services en 2030.

Le modèle le plus sophistiqué actuellement disponible a été développé par le PSSRU (Personal Social Services Research Unit) au Royaume-Uni. Son élaboration a nécessité près de 10 ans et couple des données issues de différentes enquêtes. Il tient compte de la démographie, de changements dans la prévalence de la dépendance, dans la répartition entre soins institutionnels et soins informels, dans la répartition entre SASD et EMS, de changements dans le taux de croissance des coûts unitaires, dans la structure des ménages et de la situation financière des ménages (Comas-Herrera et al. 2004). Il est destiné à simuler la pression exercée par les éléments exogènes au cadre institutionnel sur l'évolution de la demande de soins de longue durée. Il examine donc l'impact de l'évolution de l'espérance de vie, du taux de dépendance et des coûts unitaires sur les dépenses pour des SLD, en supposant constant le système de financement et la structure institutionnelle.

En Suisse, une première prévision des coûts des SLD a été effectuée par le réseau « économie » de l'OFAS (Fuhrer *et al.* 2003). Les auteurs ont examiné deux scénarios en utilisant une méthodologie proche de celle du *profil de dépenses*. Dans le premier, ils estiment la croissance des coûts attribuables à la seule démographie en appliquant le coût actuel pour un habitant d'âge et de sexe donnés à la structure par âge attendue en 2020 et 2040. Le second scénario prolonge la croissance passée¹⁹ des coûts des EMS et des SASD pour obtenir une estimation du coût total futur. La différence entre l'augmentation attribuable à la démographie et le coût total ainsi estimé représente l'impact des facteurs non démographiques (augmentation des prix, des salaires, progrès médical, modification des besoins en soins). Cette approche, qui examine les différents effets dans des prévisions séparées, manque de flexibilité. Notamment, elle ne permet pas de simuler des modifications simultanées de plusieurs des déterminants de l'évolution des soins de longue durée. Elle ne permet pas non plus d'examiner l'impact d'une éventuelle modification du taux de dépendance, par exemple un recul de la morbidité, car elle repose sur des coûts par *habitant* et non par patient.

¹⁹ Données disponibles sur la période 1995 – 2000.

4.2 Modèle de prévision

4.2.1 Objectif de la prévision

La prévision a pour but de montrer les pressions exercées sur le système de soins de longue durée par ses principaux déterminants exogènes que sont la démographie, la morbidité et les coûts par cas. Elle met donc en évidence l'impact sur les coûts futurs des changements attendus de ces trois paramètres. L'effet de la démographie est d'un intérêt particulier en raison de l'arrivée dans les 3^e et 4^e âges des générations du baby-boom, sensiblement plus nombreuses que les précédentes. Dans le contexte actuel de croissance continue des coûts réels, l'évolution des coûts par patient est également un facteur à considérer avec attention.

Il importe d'examiner les impacts probables de ces facteurs exogènes préalablement à tout changement politique ou institutionnel afin de pouvoir anticiper les évolutions inéluctables et adapter le système aux changements attendus. La prévision est par conséquent effectuée sous l'hypothèse d'un cadre institutionnel et social inchangé; en d'autres termes, le système de financement, la structure de l'offre et la répartition des individus entre EMS, SASD et aide informelle sont supposés constants.

4.2.2 Modèle

Le modèle adopté est un modèle de macro-simulation basé sur la répartition des individus par sexe et par classe d'âge. Décomposer la population en groupes plus homogènes permet de tenir compte du fait que les coûts par patients et surtout le besoin en soins varient selon l'âge et le sexe des individus. Ainsi, la prévision tient compte à la fois de l'augmentation absolue du nombre de personnes de 65+ ans et de la modification de la structure par sexe et par âge de la population.

L'estimation est réalisée en deux étapes, séparément pour les EMS et les SASD. Dans un premier temps, l'on estime le nombre de personnes qui recourront à chacune de ces institutions de soins en multipliant les taux de recours actuels par la population en 2030. Dans un deuxième temps, l'on multiplie le nombre de patients ainsi estimé par les coûts unitaires en 2030.

De manière détaillée, le modèle de prévision est formalisé comme suit :

$$CT^{It} = \sum_p \sum_s \sum_j N_{js}^{It} \cdot C_{jsp}^{It}$$

où $I = EMS \text{ ou } SASD$

avec $N_{js}^{It} = P_{sj}^t \cdot \pi_{sj}^{It}$

$$C_{jsp}^{It} = C_{jsp}^{I0} \cdot \dot{r}_p$$

CT^{It}	=	Coût total annuel des institutions de type I , à l'année t .
N_{js}^{It}	=	Nombre de personnes recourant à l'institution I à l'année, de sexe s et de classe d'âge j .
P_{sj}^t	=	Population de sexe s et de classe d'âge j à l'année t .
π_{sj}^{It}	=	Probabilité pour un individu de sexe s et de classe d'âge j de recourir aux soins de type I à l'année t .
C_{jsp}^{It}	=	Coût des prestations de type p pour les individus de sexe s et de classe d'âge j dans l'institution de type I , à l'année t .
\dot{r}_p	=	Taux de croissance annuel réel des coûts des prestations de type p (médical ou non médical)

▪ *Prévision du nombre de personnes en EMS / recourant aux SASD*

La première étape consiste à estimer le nombre N de personnes qui recourront à l'institution de soins de type I , par exemple aux EMS. La population résidente P est désagrégée par sexe et par classe d'âge et à chacun des groupes ainsi constitués est affectée sa probabilité π de recourir aux EMS. Cette dernière correspond au taux d'utilisation actuel de ce service par la population de sexe s et de classe d'âge j . La multiplication des deux paramètres P et π permet d'obtenir une estimation de la demande de soins de type I à l'année d'intérêt.

▪ *Prévision des coûts par patient*

La seconde étape consiste à estimer le coût annuel moyen (C) pour un patient de sexe s et d'âge j . A ce coût par cas est appliqué un taux de croissance annuel r reflétant la croissance réelle attendue. Ce taux diffère pour les prestations médicales et les prestations socio-hôtelières et d'aide familiale.

Cette structure de modèle permet – outre l'exploration de changements dans la taille et la structure de la population – l'examen de modifications dans le taux de recours aux EMS et aux SASD et dans le rythme de croissance des coûts unitaires. Elle s'inspire du modèle PSSRU mais de manière largement simplifiée car le manque de données empêche que l'on tienne compte d'éventuels changements dans la répartition entre soins institutionnels et soins informels, dans la structure et la situation financière des ménages.

4.2.3 Données

La prévision se base sur les données de l'année 2001 et simule l'évolution des coûts des soins de longue durée aux horizons 2010, 2020 et 2030. Le modèle distingue deux catégories de coûts : les prestations médicales²⁰ et les prestations socio-hôtelières / d'aide familiale. Ces valeurs ne sont pas directement disponibles. Néanmoins, en se basant sur la

²⁰ Au sens de l'art. 7 OPAS.

décomposition des coûts par agent de financement réalisée pour l'année 2001 par l'OFSP²¹, on peut – en se basant sur les principes légaux – reconstituer ces montants.

Les prestations médicales correspondent aux montants pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire, y compris la quote-part et la franchise payées par les assurés. Les montants des prestations socio-hôtelières correspondent aux sommes payées par les ménages et les institutions qui les aident financièrement (allocations pour impotents de l'AVS, prestations complémentaires, aide sociale et autres assurances). Dans le domaine des SASD, les recettes encaissées au titre des prestations médicales et d'aide familiale sont connues. Tant dans les EMS que dans les SASD, les coûts facturés sont inférieurs aux frais effectifs, la différence étant couverte par des subventions. Ces montants sont ré-imputés sur les prestations médicales et socio-hôtelières / d'aide familiale en faisant l'hypothèse que les deux types d'activités sont subventionnées dans les mêmes proportions²².

La prévision utilise des données par classes quinquennales, différenciées pour les hommes et les femmes. Pour les patients en EMS, les données proviennent d'une exploitation spécifique de la Statistique des établissements de santé non hospitaliers (OFS, Section Santé). Dans les SASD, les données ne permettent pas une décomposition par classes de 5 ans et seuls deux groupes d'âge peuvent être considérés : les 65-79 ans et les 80+ ans. Une exploitation spécifique de la Statistique de l'aide et des soins à domicile (OFAS, D. Reber) a également été nécessaire pour permettre une répartition hommes-femmes au sein des classes d'âge. L'hypothèse faite est que la répartition hommes / femmes au sein d'une classe d'âge est la même que celle des coûts des prestations médicales²³.

Sur le plan des coûts, la décomposition par sexe et par classe d'âge des dépenses pour des prestations médicales est obtenue par une exploitation spécifique du pool de données santésuisse^R, réalisée par l'Obsan. Les coûts socio-hôtelières totaux ont simplement été divisés par le nombre total de patients pour obtenir un forfait par cas indépendant de l'âge et du sexe. Dans le domaine de l'aide familiale, la répartition par sexe et par classe d'âge repose sur les données de l'exploitation spécifique réalisée par l'OFAS. A noter encore qu'afin d'éviter les problèmes liés au double comptage des patients entre prestations de soins et d'aide familiale, deux estimations séparées sont réalisées.

Enfin, pour ce qui est de la structure par sexe et par âge de la population résidente suisse, les estimations utilisent les prévisions démographiques réalisées par l'Office fédéral de la Statistique publiée en 2002, sous le titre « *Les scénarios de l'évolution démographique de la Suisse 2000-2060, série complète de scénarios* ».

²¹ Nouveau régime de financement des soins, Tableau 3, p. 15 (OFSP 2004).

²² Dans le domaine des SASD, on obtient de la sorte des coûts par heure qui correspondent aux tarifs pratiqués dans le canton de Neuchâtel, tarifs basés sur les données de la comptabilité analytique. Dans le domaine des EMS, les coûts par personne et par jour obtenus, tant pour les prestations médicales que socio-hôtelières, sont dans la zone inférieure de la fourchette des tarifs journaliers connus.

²³ Une correction est apportée pour tenir compte du fait qu'un homme coûte plus cher qu'une femme : les hommes représentent 28,6% de la clientèle, mais 32% des coûts.

4.2.4 Scénarios

L'évolution de la demande de soins et des coûts de longue durée est simulée sur la base d'hypothèses définies quant à l'évolution des déterminants clés. Les incertitudes étant grandes et les résultats très sensibles aux hypothèses posées, différents scénarios sont examinés. Il va de soi que les prévisions effectuées à l'aide d'un modèle mécaniciste ne peuvent être considérées comme les « véritables valeurs futures », mais qu'elles montrent l'impact sur le système de changements bien définis de certains paramètres. Un premier ensemble d'hypothèses forment le scénario de référence. Des modifications dans l'évolution des facteurs clés sont mises en évidence par comparaison avec ce cas de référence (tableau 2).

La première variante évalue l'impact d'une évolution démographique différente de celle postulée par le scénario « tendance » et examine l'effet d'un vieillissement accentué ou atténué de la population. La seconde variante montre l'impact sur la demande de SLD ainsi que sur les coûts correspondants, d'un décalage dans l'âge d'apparition des troubles fonctionnels. La troisième variante enfin simule l'évolution des dépenses si les coûts unitaires augmentent moins vite que dans le scénario de référence.

▪ *Scénario de référence – prolongement de la situation actuelle*

Le scénario de référence postule la poursuite des tendances actuelles; il montre ce que deviendraient les niveaux de la demande et des coûts si l'on prolongeait la situation actuelle à l'horizon 2030. De manière détaillée, voici les hypothèses qui sont faites sur les paramètres clés :

- Evolution démographique selon les prévisions du scénario « tendance ».
- Taux de recours aux EMS et aux SASD inchangés, par sexe et par classe d'âge.
- Croissance des coûts des prestations médicales au rythme réel moyen des 20 dernières années (+2,6% annuellement).
- Croissance des coûts des prestations socio-hôtelières et d'aide familiale au même rythme que la productivité (+1% annuellement).

▪ *Scénario 2 – vieillissement accentué ou atténué de la population*

En raison de la tendance observée au cours du 20^e siècle à un vieillissement démographique, c'est-à-dire une augmentation de la proportion de personnes âgées dans la population, l'OFS a élaboré deux scénarios supplémentaires permettant d'explorer plus spécifiquement cet aspect. Le scénario « vieillissement accentué » (D-00-2000) combine les choix d'hypothèses produisant le plus fort accroissement du rapport de dépendance²⁴ tandis que le scénario « vieillissement atténué » (E-00-2000) aboutit au plus faible accroissement de ce rapport. Ces deux options se distinguent du scénario « tendance » par les évolutions envisagées quant à la fécondité et, plus important par rapport aux cohortes d'intérêt, à la mortalité. Le scénario D examine l'hypothèse de progrès médicaux importants susceptibles de faire diminuer la mortalité et retarder l'âge d'apparition des pathologies incapacitantes. Le

²⁴ Rapport entre le nombre de personnes de 65 ans et plus et le nombre de personnes en âge de travailler (20-64 ans).

scénario E simule l'impact de la recrudescence de maladies infectieuses affaiblissant le nombre de personnes atteignant le grand âge. Le scénario 2 montrera l'impact sur les coûts d'une évolution démographique autre que celle postulée par le scénario « tendance ».

▪ *Scénario 3 – augmentation de l'espérance de vie sans incapacité*

La plupart des études font l'hypothèse d'un taux de recours aux soins constant par sexe et par classe d'âge. S'il y a augmentation de l'espérance de vie sur la période, cette hypothèse correspond de fait à une expansion de la morbidité. En effet, si les individus entrent en EMS au même âge qu'aujourd'hui alors que leur espérance de vie s'est accrue d'un an, l'on admet implicitement qu'ils passeront une année de plus en EMS.

Le scénario 3 examinera, toutes choses égales par ailleurs, l'hypothèse d'une augmentation de l'espérance de vie sans incapacité. Il utilisera pour ce faire la méthode développée par le Brookings Institute (Wiener et al. 1994), qui consiste à déplacer le taux de dépendance vers le haut de 1 an pour chaque augmentation de 1 an de l'espérance de vie (ou de 1 an pour une augmentation de 2 ans).

▪ *Scénario 4 – ralentissement de la croissance des coûts médicaux*

L'expérience passée a montré que, au-delà de l'augmentation du nombre de personnes soignées, la croissance des coûts par patient est un facteur déterminant de la hausse du coût total. Le scénario de référence fait l'hypothèse que les coûts augmenteront comme par le passé. Or la croissance passée dans le domaine de la santé est plus rapide que celle des principaux indicateurs économiques. Le scénario alternatif 2 évaluera donc l'impact financier d'un ralentissement modéré de la croissance du coût des soins et montrera, toutes choses égales par ailleurs, le bénéfice que l'on pourrait obtenir si l'on parvenait à ramener la croissance des dépenses médicales au rythme de celle de l'économie générale.

Tableau 2 : Scénarios examinés

Paramètres	Scénario de référence	Changements par rapport au scénario de référence		
		Scénario 2	Scénario 3	Scénario 4
Evolution démographique	Prévision « tendance »	Prévisions « Vieillissement accentué / atténué »	–	–
Recours aux EMS / aux SASD	Inchangé	–	Report du recours aux soins équivalant à la totalité (à la moitié) du gain d'espérance de vie	–
Coûts médicaux	+2,6% par an	–	–	+1,5% par an

5. Coûts futurs des services d'aide et de soins à domicile et des établissements médico-sociaux

5.1 Scénario de référence – prolongement de la situation actuelle

5.1.1 Hypothèses

Le scénario de référence postule la poursuite des tendances actuelles; il met en évidence la pression exercée sur le système par ses principaux déterminants exogènes tout en supposant inchangé le cadre institutionnel et social (encadré 1). En d'autres termes, il montre ce que deviendraient les coûts si l'on prolongeait la situation actuelle.

De manière détaillée, la prévision se base sur l'hypothèse que la population suisse évoluera selon le scénario démographique « tendance » (OFS 2002), que les individus recourront aux EMS / SASD aux mêmes âges qu'aujourd'hui et que les coûts par patient augmenteront au même rythme que par le passé pour les prestations médicales²⁵, et au même rythme que la productivité pour les prestations socio-hôtelières et d'aide familiale.

La structure de l'offre et donc la manière dont les personnes ayant besoin de soins se répartissent entre aide informelle, services d'aide et de soins à domicile et établissements médico-sociaux sont supposées inchangées. L'on admet donc implicitement que l'offre va s'adapter à la demande, sans rationnement des soins ou moratoire à la construction d'EMS. De même, le système de financement, et en particulier les parts à charge des patients qui sont le plus susceptibles d'influencer la demande, sont supposés inchangés. L'intérêt de cette démarche est de mettre en évidence la pression exercée sur le système par les éléments externes à la politique de soins de longue durée, afin de pouvoir adapter le cadre institutionnel en conséquence.

Encadré 1 : Hypothèses du scénario de référence

Déterminants exogènes

- Evolution démographique selon le scénario « tendance »;
- Taux de recours inchangés aux EMS / SASD, par sexe et par classe d'âge;
- Croissance du coût des prestations médicales au rythme moyen des 20 dernières années (2,6%);
- Croissance du coût des prestations non médicales au même rythme que la productivité (1%).

Déterminants endogènes

- Structure de l'offre inchangée;
- Système de financement inchangé.

²⁵ Calculé sur la base de l'indice des coûts du système de santé, sur la période 1980-2000 (voir section 3.3).

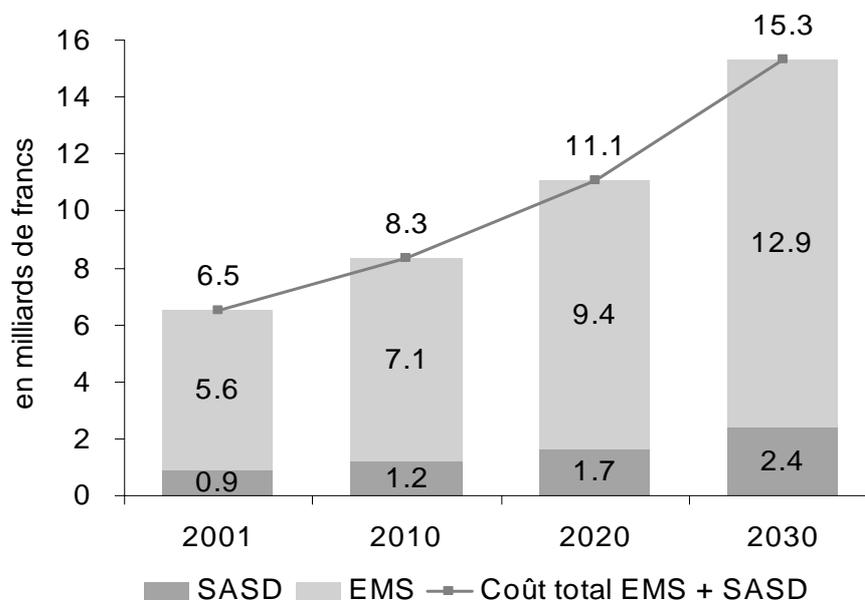
5.1.2 Coût total des soins de longue durée

Sous ces hypothèses, de 6,5 milliards de francs en 2001, les coûts des soins de longue durée passent à 15,3 milliards à l'horizon 2030 en valeur réelle (figure 10). Avec un accroissement de +136% par rapport à 2001, cela signifie que les coûts font plus que doubler sur la période. En pourcent du PIB, en admettant une croissance annuelle du PIB de 1%, cela signifie que la part des soins de longue durée passerait de 1,5% actuellement à 2,7% du PIB en 2030.

L'augmentation est de plus en plus rapide – + 28,5% de 2001 à 2010; +41,7% de 2010 à 2020, +65,4% entre 2020 et 2030 – en raison du double accroissement du nombre de personnes de 65+ ans et des coûts unitaires. Du point de vue démographique, le rythme de la croissance devrait toutefois se stabiliser entre 2030 et 2040, le pic démographique devant être atteint au cours de cette décennie. Il devrait même diminuer au-delà, lorsqu'arriveront à 65 ans les cohortes de l'après baby-boom, sensiblement moins nombreuses.

Avec 12,9 milliards de francs, les séjours en EMS occasionnent, comme aujourd'hui, la majorité des coûts. Les dépenses importantes pour les prestations socio-hôtelières, qui ne trouvent pas d'équivalent dans les SASD, comptent pour les deux tiers de ce montant. Les SASD, dont les dépenses atteindront 2,4 milliards en 2030, ne représentent que 15% du total attendu. La croissance attendue dans le secteur des SASD est toutefois plus rapide (+162%) que dans celui des EMS (+131%), car les prestations médicales, dont les coûts sont supposés croître plus rapidement que celui des prestations d'aide familiale et socio-hôtelières, représentent une part plus importante du coût total dans les SASD que dans les EMS.

Figure 10 : Coût total des soins de longue durée, scénario de référence, en francs constants²⁶



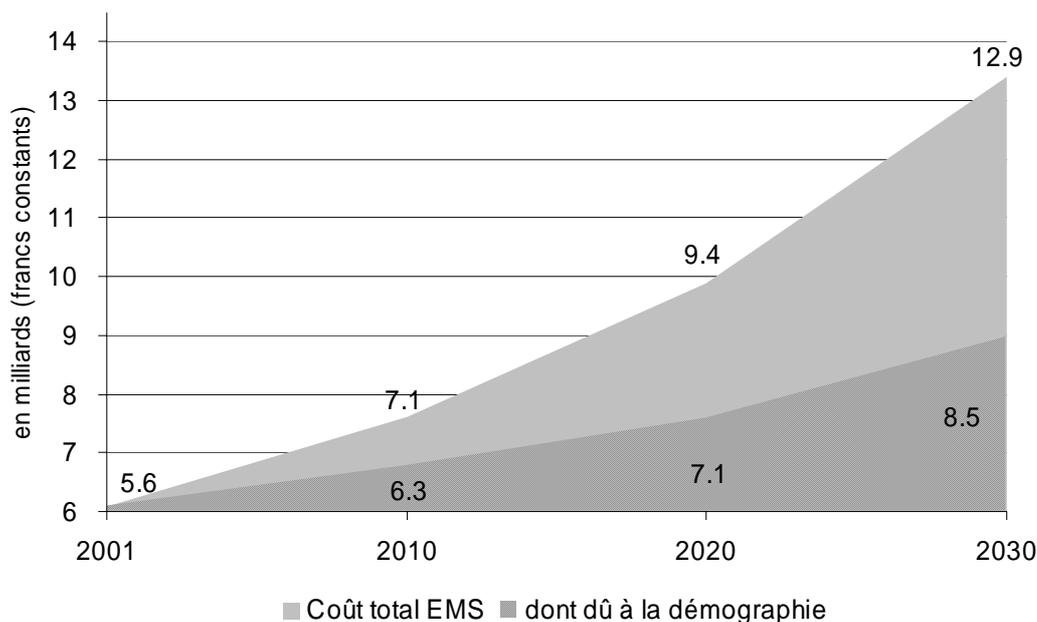
²⁶ Tous les coûts sont exprimés en francs de 2001, c'est-à-dire en valeur réelle, sans tenir compte de l'inflation.

Une étude récente (Infras 2005²⁷), suggère que la LAMal ne couvrirait que 55-60% des coûts médicaux effectifs. Cela signifie qu'une partie des coûts considérés ici comme des coûts socio-hôtelières sont en réalité des frais médicaux²⁸. Puisque les dépenses médicales sont supposées croître plus rapidement que les coûts socio-hôtelières, cette situation peut engendrer une sous-estimation des coûts totaux. Si l'on ré-effectue la prévision en réalisant ce transfert, le coût des EMS à l'horizon 2030 est de 13,6 milliards de francs, soit 700 millions de francs plus élevés que dans le scénario de référence.

5.1.3 Augmentation des coûts attribuable au vieillissement

Deux facteurs sont à l'origine de cette croissance : l'augmentation du nombre de personnes ayant besoin de soins et l'augmentation des coûts par cas. La taille plus importante des cohortes nées entre 1945 et 1965 exerce en effet une forte pression sur le système de soins de longue durée. Dans le scénario de référence, qui postule un taux de recours par sexe et par classe d'âge constant, le nombre de personnes en EMS passe de 78 000 en 2001 à près de 119 000 en 2030. Le vieillissement démographique devrait induire une hausse de +52% des cas et donc des coûts des séjours en EMS par rapport à 2001.

Figure 11 : EMS – Coûts totaux et part attribuable à l'évolution démographique, scénario de référence



Dans le domaine des SASD, le nombre de clients recevant des prestations de soins au sens de l'article 7 de l'Ordonnance sur les prestations d'aide et de soins (OPAS) est de 137 700 en 2001 (Statistique de l'aide et des soins à domicile 2001)²⁹. Dans l'hypothèse d'un recours

²⁷ Etude non encore publique.

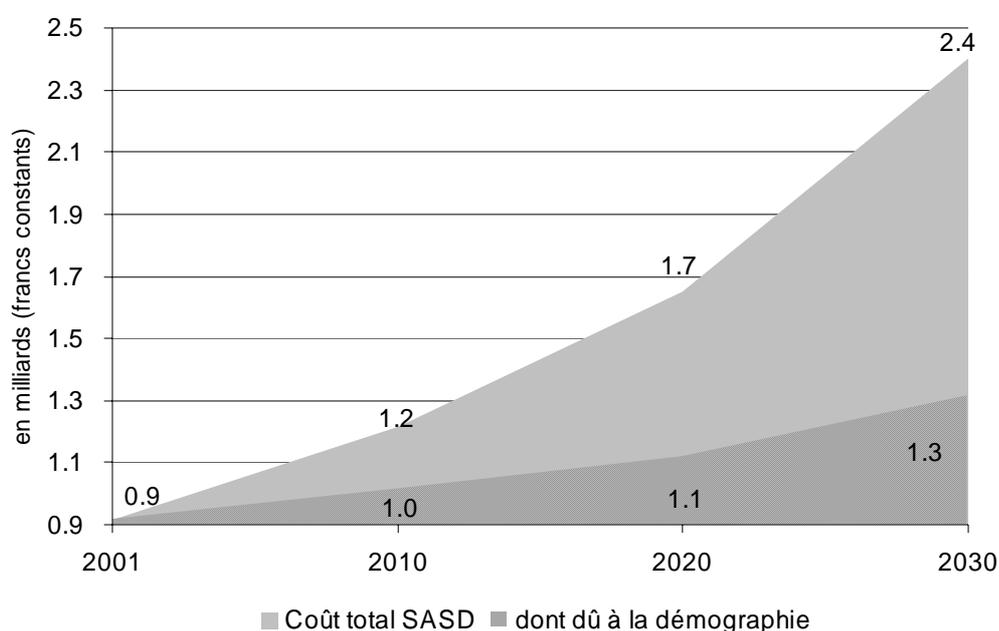
²⁸ Ce potentiel de sous-estimation ne concerne pas les SASD où les subventions couvrent plus de 50% des coûts effectifs. Supposer que les prestations LAMal financent 60% des coûts effectifs serait une hypothèse plus « optimiste » que celle retenue pour la prévision.

²⁹ Les bénéficiaires de prestations d'aide familiale sont au nombre de 133 700 en 2001.

constant, par sexe et par âge, leur nombre devrait passer à 195 000 en 2030, soit un accroissement de +43%.

L'augmentation attribuable au vieillissement démographique est relativement plus faible dans les SASD que dans les EMS. Cette différence provient de la modification de la structure par âge de la population : les classes d'âge les plus concernées par l'institutionnalisation, soit les 80+ ans, sont appelées à croître plus rapidement que les 65-79 ans davantage tournées vers les SASD. A relever encore que la part des hommes, qui constituent 25% des effectifs (30% dans les SASD), augmente très légèrement sur la période pour atteindre 28% des personnes en EMS et 32% aux SASD à l'horizon 2030.

Figure 12 : SASD – Coûts totaux et part attribuable à l'évolution démographique, scénario de référence



L'évolution de la démographie va donc à l'avenir générer une hausse significative du besoin en soins, qui va très naturellement se traduire par une hausse des coûts totaux. La démographie n'est toutefois qu'un paramètre et les figures 11 et 12 montrent clairement qu'elle n'est responsable que d'un peu plus d'un tiers de la croissance du coût total en 2030. L'augmentation du nombre de personnes âgées n'est à l'origine, en moyenne sur les deux secteurs EMS et SASD, que de 37% de la hausse totale des coûts. Il est intéressant de relever ici que l'on retrouve la même proportion dans l'étude de prévision réalisée pour l'ensemble des coûts du système de santé (OFS 2005b). Là également, l'évolution démographique contribue à hauteur de 35% à la hausse totale des coûts en 2020.

La majorité de l'augmentation provient de la croissance des coûts par patients, qui résulte à la fois d'une augmentation du volume et du prix des soins. Dans une perspective de politique publique, ce résultat souligne l'importance de travailler à contrôler la croissance des coûts unitaires. En effet, si l'on ne peut que marginalement agir sur le nombre de personnes requérant des soins par le biais de politiques de prévention et l'amélioration des traitements médicaux, le potentiel d'action est plus grand en ce qui concerne les coûts. Pour l'heure, les

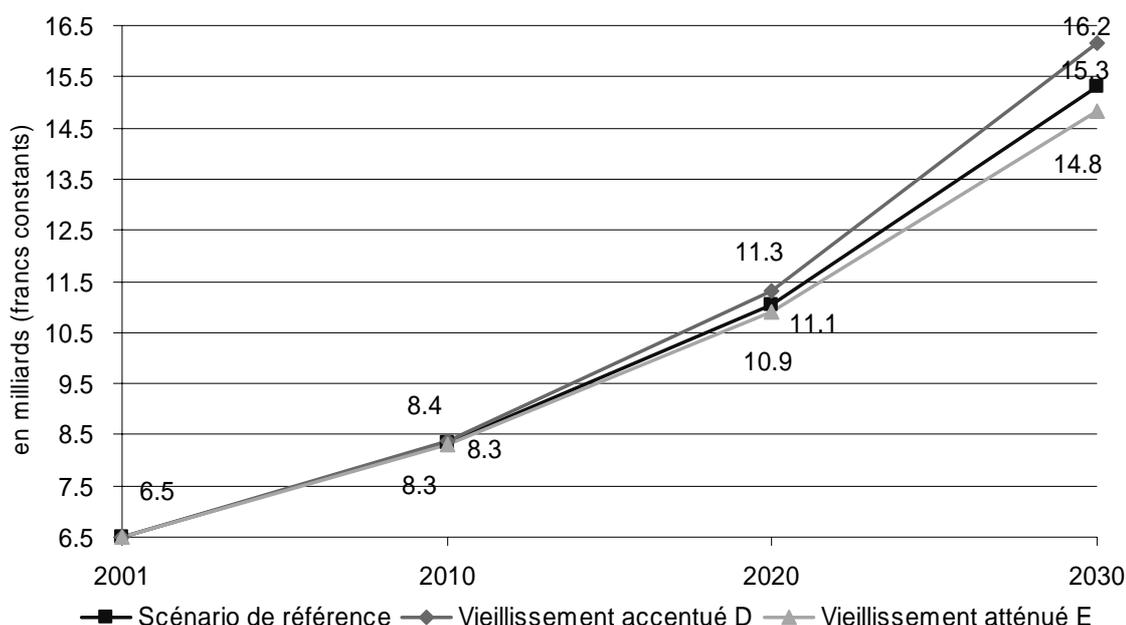
coûts par cas dans le domaine des soins de longue durée croissent plus vite que dans le système de santé en général et plus vite que le PIB (voir section 3.3). Il importe donc de maîtriser cette évolution et au minimum d'éviter que dans le domaine des soins de longue durée, peu technologique, les coûts ne croissent plus rapidement que ceux du système de santé.

5.2 Scénario 2 – vieillissement accentué ou atténué de la population

Les prévisions démographiques sont sujettes à incertitude. Lorsque comme ici les cohortes sont déjà nées, la principale inconnue est l'évolution de la mortalité, ces générations n'étant plus concernées par la fécondité et peu par les phénomènes migratoires. La grande inconnue est l'évolution médicale. Dans ses prévisions démographiques, l'OFS envisage deux options en plus du scénario « tendance » : 1) l'hypothèse d'un « vieillissement accentué » de la population (Scénario D) dans lequel d'importants progrès en matière de technologie médicale permettraient de réduire la létalité de certaines maladies (cancers, SIDA, etc.) et de faire reculer l'âge auquel surgissent les maladies dégénératives; 2) l'hypothèse d'un « vieillissement atténué » de la population (scénario E) dans lequel l'apparition de nouvelles épidémies, la recrudescence de maladies quasiment éradiquées (tuberculose, etc.) et le développement de nouvelles pathologies liées au mode de vie et à la dégradation de l'environnement, pourraient entraîner un net ralentissement de la progression des espérances de vie à la naissance.

L'on examine ici, toutes choses égales par ailleurs, l'impact de l'hypothèse d'un vieillissement accentué, respectivement atténué, de la population suisse sur la prévision des coûts des soins de longue durée. Les différences sont faibles voire nulles sur les premières périodes, s'accroissant surtout à partir de 2020. Même à l'horizon 2030, l'écart avec le scénario de référence n'est pas très marqué, puisque l'on arrive, pour les EMS, à une estimation de 13,7 milliards (+6,1% par rapport au scénario de référence) en cas de vieillissement accentué et de 12,5 milliards (-3,4%) dans l'hypothèse d'un vieillissement atténué. Dans le domaine des SASD, l'écart est encore plus faible, avec une augmentation du coût total des SASD de 3,6% dans l'hypothèse d'un vieillissement accentué, et une diminution de 1,7% dans celle d'un vieillissement atténué. Agrégée, la variation est de [+880 millions; -480 millions] autour de l'estimation de référence du coût des soins de longue durée.

Figure 13 : Impact d'un vieillissement atténué ou accentué sur les coûts totaux des soins de longue durée



5.3 Scénario 3 – augmentation de l'espérance de vie sans incapacité

Pour simuler les besoins en soins futurs, les études de prévision postulent généralement un taux de dépendance constant par sexe et par classe d'âge. Or s'il y a augmentation de l'espérance de vie sur la période examinée, postuler que les troubles fonctionnels apparaîtront au même âge revient à admettre que la période durant laquelle les individus vivront avec des incapacités sera plus longue. Entre 2000 et 2030, les prévisions démographiques tablent sur une augmentation de l'espérance de vie à 65 ans de 1,1 an pour les hommes et de 1,4 an pour les femmes (tableau 3)³⁰. Le scénario de référence, basé sur des taux de recours aux soins constants par sexe et par classe d'âge, admet donc implicitement une expansion de la morbidité.

Tableau 3 : Evolution de l'espérance de vie à 65 ans, prévision selon le scénario tendance

	Hommes		Femmes	
	Espérance de vie à 65 ans	Différentiel par rapport à 2000	Espérance de vie à 65 ans	Différentiel par rapport à 2000
2000	16,8	–	20,7	–
2010	17,2	+ 0,4	21,3	+ 0,6
2020	17,6	+ 0,8	21,7	+ 1,0
2030	17,9	+ 1,1	22,1	+ 1,4

Source : OFS (2002) Prévision démographique selon le scénario tendance A.

L'on examine ici l'hypothèse d'une augmentation de l'espérance de vie sans incapacité, autrement dit d'un recul dans l'âge d'apparition des troubles fonctionnels lorsque l'espérance

³⁰ Les augmentations prévues dans la littérature, en particulier Commas-Herrera (2002), sont plus élevées car il s'agit d'espérance de vie à la naissance, les espérances de vie à 65 ans n'étant pas disponibles dans les prévisions Eurostat.

de vie augmente. L'impact sur la prévision est simulé en utilisant la méthode développée par le Brookings Institute (Wiener et al. 1994), à savoir que l'on décale l'âge d'apparition du besoin en soins d'une durée égale à l'augmentation de l'espérance de vie. Dans la première variante, si l'espérance de vie augmente de 1 an, la probabilité de recourir à des soins à 70 ans en 2000 devient celle d'une personne de 71 ans en 2030. Dans la seconde variante, l'on décale de 1 an le taux de recours pour une augmentation de 2 ans de l'espérance de vie; autrement dit l'on postule que seule la moitié des années de vie gagnées seront des années sans besoin de soins.

Les prévisions ainsi effectuées aboutissent à une estimation basse du nombre de personnes en EMS et aux SASD par rapport au scénario de référence qui constitue l'estimation haute (tableau 4). Ainsi, en 2030, si l'on suppose que la totalité des années de vie gagnées seront sans recours aux soins, on compterait quelques 100 000 personnes en EMS, soit 19 000 de moins que dans l'estimation de référence. L'augmentation par rapport à 2001 serait de 28% au lieu des 52% estimés dans le scénario de référence. Dans les SASD, l'on compterait 185 000 bénéficiaires de prestations médicales, au lieu des 195 000 patients auxquels aboutit l'estimation de référence. Les dépenses devraient donc croître de 34% à 42% uniquement pour faire face à l'augmentation attendue de la demande de prestations de soins à domicile.

Tableau 4 : Evolution du nombre de personnes recourant aux soins formels

	Nombre de clients SASD (prestations médicales)				Nombre de personnes en EMS			
	Scénario de référence		Scénario 3		Scénario de référence		Scénario 3	
	Patients	Indice	Patients	Indice	Patients	Indice	Patients	Indice
2001	137 732	100	137 732	100	78 174	100	78 174	100
2010	152 741	111	149 468	109	88 140	113	82 261	105
2020	168 290	122	161 841	118	100 452	128	88 914	114
2030	195 214	142	184 504	134	118 837	152	99 861	128

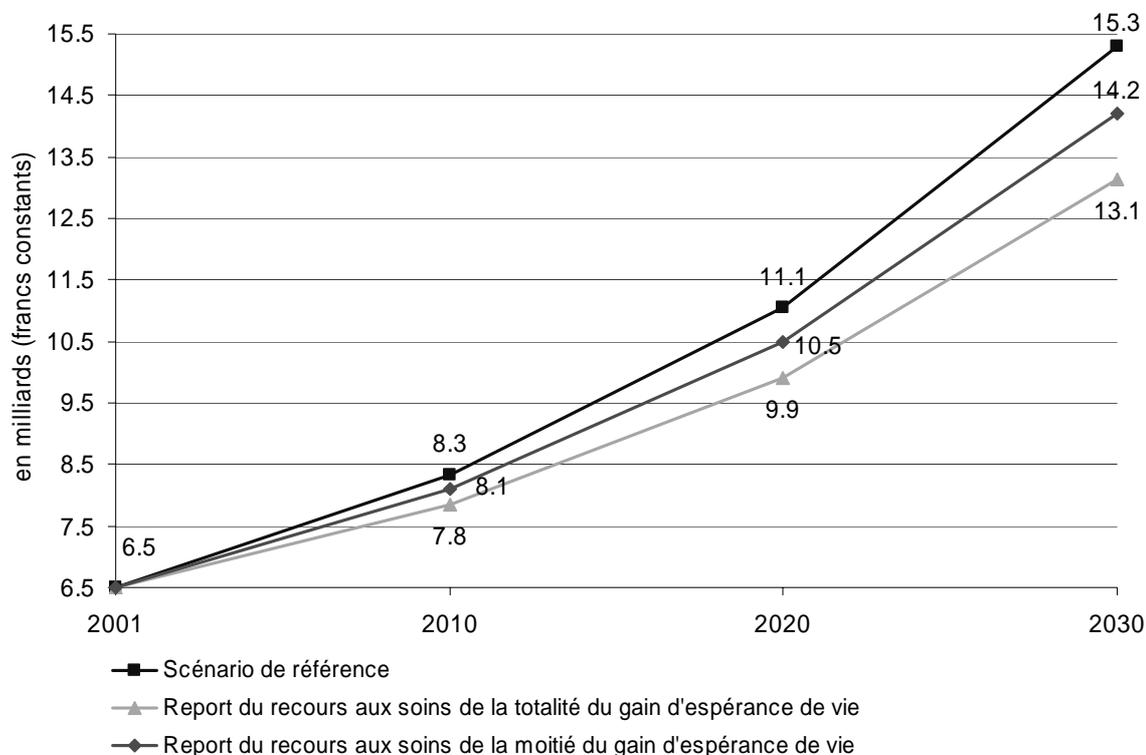
Scénario 3 : Report du recours aux soins équivalant à la totalité du gain d'espérance de vie

En termes de coût total, si la totalité du gain en espérance de vie représente des années sans recours aux soins, l'on aboutit à une estimation inférieure de 2,2 milliards de francs (-14,2%) à l'estimation de référence, de 1,1 milliards (-7,1%) si la moitié de ces années sont sans recours aux soins (figure 14). Un tel recul dans l'âge de recours aux soins produirait rapidement un effet sur les coûts totaux : dès 2010 en effet, on observe un écart de 250 à 500 millions de francs par rapport au scénario de référence.

On peut relever ici qu'un tel recul du moment de survenance du recours aux institutions de soins peut résulter d'une évolution « naturelle », comme elle peut être le fruit d'une politique active de prévention de la dépendance et de maintien de l'autonomie. A ce propos, l'étude EIGER, conduite par le Professeur Andreas Stuck dans le cadre du PNR32, a montré qu'une évaluation multidimensionnelle couplée avec des mesures de prévention adéquates permettait, si pratiquées assez tôt, de retarder de plusieurs années la survenue de la dépendance de soins (Schmocker, Oggier et Stuck 2000). Précisément, elle montre que parmi les personnes qui, au début de l'étude, ne souffraient d'aucune incapacité, le nombre

d'entre elles qui sont devenues dépendantes de soins dans un délai de trois ans est quatre fois plus faible que dans le groupe de contrôle. Le programme n'est par contre pas efficace pour les personnes souffrant déjà d'incapacités.

Figure 14 : Impact d'une augmentation de l'espérance de vie sans incapacité sur les coûts totaux des soins de longue durée (EMS + SASD)



Evolution différenciée du recours aux EMS et aux SASD

Si l'on suit la thèse défendue par Manton (1982), l'hypothèse d'une évolution différenciée du recours aux EMS et aux SASD est également envisageable. L'auteur prédit que l'augmentation de l'espérance de vie va aller de pair avec une prévalence accrue des pathologies chroniques, mais dont la progression sera ralentie par les progrès médico-techniques. En conséquence, les années de vie avec fortes incapacités, généralement vécues dans un EMS, seraient réduites et les années avec des incapacités faibles à modérées, qui sont davantage l'apanage des SASD, augmenteraient. Si l'on suppose que, concrètement, cela se traduit par un report de l'entrée en EMS équivalant au gain d'espérance de vie, et par un recours aux SASD augmenté de 10% à toutes les classes d'âge, l'on obtient les chiffres suivants (tableau 5).

Tableau 5 : Hypothèse d'une évolution différenciée entre recours aux EMS et aux SASD

SASD (prestations médicales) : Demande augmentée de 10%					EMS : Report équivalent à la totalité du gain d'espérance de vie			
Demande de soins		Coût total			Demande de soins		Coût total	
	Patients	Indice	En mia	Indice	Patients	Indice	En mia	Indice
2001	137 732	100	0,9	100	78 174	100	5,6	100
2010	168 015	122	1,3	146	82 261	105	6,7	119
2020	185 119	134	1,8	198	88 914	114	8,3	149
2030	214 735	156	2,6	288	99 861	128	10,9	195

Les dépenses pour les SASD atteindraient 2,6 milliards de francs, soit une différence de 0,2 milliard par rapport au scénario de référence pour 19 500 bénéficiaires de plus. A contrario, les dépenses pour des séjours en EMS seraient inférieures de 2 milliards à l'estimation de référence, pour 19 000 patients de moins. Ainsi, l'on assisterait à une augmentation relativement plus forte du secteur des SASD, avec toutefois un coût inférieur pour l'ensemble des soins de longue durée. La somme des dépenses atteindrait ainsi 13,5 milliards au lieu des 15,3 milliards obtenus dans le scénario de référence qui, rappelons-le, postule un recours aux soins constant par classe d'âge.

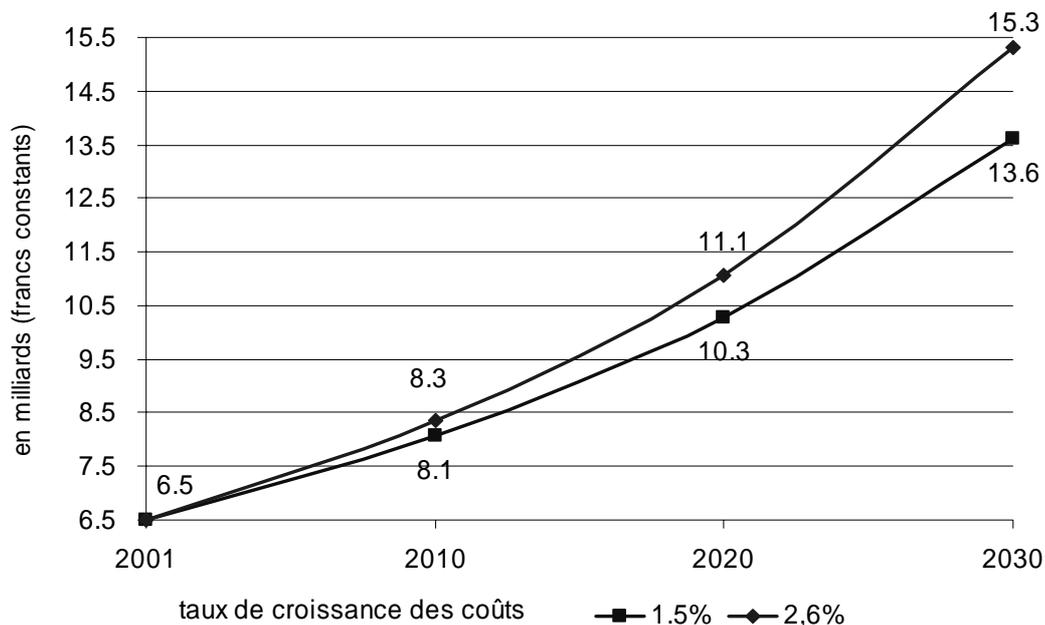
5.4 Scénario 4 – ralentissement de la croissance des coûts médicaux

L'évolution des dépenses par patient joue un rôle essentiel dans la croissance des coûts des soins de longue durée. Si elles ont crû à un rythme rapide par le passé (section 2.4.3), une grande incertitude entoure toutefois leur évolution future : vont-elles continuer à augmenter à un rythme rapide comme les autres dépenses de santé ou parviendra-t-on à les maîtriser et à ramener leur croissance à un rythme proche de celui de l'économie ?

L'on examine ici l'impact du choix du taux de croissance sur la prévision. Le scénario de référence, qui postule la poursuite des tendances actuelles, fait l'hypothèse que les dépenses médicales augmenteront selon le rythme moyen de la croissance des coûts du système de santé sur les 20 dernières années, soit 2,6% annuellement. L'on confronte à ce scénario l'hypothèse plus optimiste que la croissance des coûts va s'aligner sur la productivité, avec un supplément de 0,5 point de pourcentage pour le progrès technologique (+1,5% annuellement). A noter que les coûts des prestations socio-hôtelières et d'aide familiale sont supposés croître au rythme de la productivité (1%) dans les deux scénarios.

Un tel ralentissement de la croissance des coûts permettrait une économie de 1,7 milliard de francs à l'horizon 2030 (-11%), le coût total des soins de longue durée se situant alors à 13,6 milliards de francs, en valeur réelle. Les effets se feraient sentir rapidement avec 260 millions de moins à financer en 2010 et -761 millions en 2020.

Figure 15 : Impact du ralentissement de la croissance des coûts médicaux sur les coûts totaux des soins de longue durée



5.5 Comparaison avec les études suisses et internationales

Sur le plan national, une estimation similaire a récemment été réalisée par le réseau « Economie » de l'Office fédéral des assurances sociales (Fuhrer *et al.* 2003). Leurs résultats sont proches de ceux obtenus dans le scénario de référence, ceci bien que les horizons temporels et les démarches diffèrent. En extrapolant la croissance réelle des coûts observée entre 1995 et 2000 dans les EMS et les SASD, corrigée de la croissance démographique, l'OFAS prévoit une hausse des coûts totaux de 83% d'ici à 2020 et de 208% à l'horizon 2040. L'augmentation de 8,8 milliards de francs (+136%) estimée pour 2030 se situe de manière cohérente entre ces valeurs. Quant à l'augmentation des coûts attribuable à la démographie, l'OFAS l'estime à +31% pour 2020, +77% pour 2040 ; dans la présente étude elle est estimée à +51% pour 2030. La convergence des valeurs obtenues par les deux démarches est positive en ce sens qu'elle renforce la crédibilité des deux études et confirme que la méthode d'estimation adoptée dans cette étude aboutit à des résultats cohérents.

Sur le plan international, un groupe de chercheurs, sur mandat de la Commission européenne, a réalisé des estimations du coût futur des soins de longue durée pour l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie et le Royaume-Uni (Comas-Herrera *et al.* 2003). La méthodologie utilisée est similaire à celle de la présente étude. Selon leurs travaux, au Royaume-Uni, pays dont le système de prise en charge des personnes dépendantes de soins est le plus semblable à la Suisse, le nombre de personnes en institution devrait augmenter de 58% d'ici à 2031 si le taux de placement en institution reste constant. Pour la Suisse, le scénario de référence prédit pour 2030 une augmentation de 52% du nombre de personnes en EMS.

L'augmentation des coûts totaux est estimée à 117% pour le Royaume-Uni contre 136% pour la Suisse, une différence essentiellement attribuable au taux de croissance plus élevé retenu pour les soins médicaux. L'évolution des dépenses dans le domaine de la santé dépend du cadre politique et institutionnel. Ainsi, les taux de croissance des coûts utilisés pour le Royaume-Uni sont de 1,5% pour les soins médicaux et de 1,0% pour les prestations non médicales (valeurs pour le scénario central). Pour la Suisse, le taux utilisé est de 1,0% également pour les prestations non médicales mais de 2,6% pour les prestations médicales (scénario de référence). Le scénario examinant l'hypothèse d'un ralentissement de la croissance des coûts utilise un taux de 1,5% et aboutit à une augmentation de 110% des coûts totaux, très proche de l'estimation britannique.

Une prévision des dépenses pour les soins de longue durée a également été réalisée pour les pays de l'Union Européenne (Bains 2003). A la différence des autres études, elle se concentre sur les dépenses publiques, à l'exclusion des dépenses des ménages. L'approche utilisée est celle des « profils de dépenses » et l'objectif est principalement de montrer l'impact du facteur démographique sur le niveau des dépenses publiques des différents pays. Les auteurs estiment ainsi qu'en moyenne européenne, les gouvernements doivent s'attendre à une augmentation des dépenses équivalant à 1,0% du PIB à l'horizon 2050. Cette part varie toutefois fortement selon les pays – entre +0,5 et +3,0% du PIB – en fonction des systèmes de soins. L'augmentation est en effet plus forte dans les pays où la prise en charge formelle est grande (par exemple Hollande, Danemark, Suède, Finlande). Enfin, une étude relativement similaire à la précédente, menée en Australie (Madge 2000), conclut à une augmentation des dépenses publiques équivalant à 1,4% du PIB à l'horizon 2031.

Les études exprimant la croissance des coûts en pourcent du PIB sont difficilement comparables car les résultats sont sensibles à l'hypothèse retenue pour la croissance du PIB lui-même. Si l'on réalise néanmoins l'exercice pour la Suisse, en admettant une croissance annuelle du PIB de 1,0%, la part des soins de longue durée passerait de 1,5% actuellement à 2,7% du PIB en 2030.

6. Conclusion

Rappel de l'objectif de l'étude

Trois facteurs ont une influence prépondérante sur l'évolution des coûts des établissements médico-sociaux et des services d'aide et de soins à domicile : la démographie, la morbidité et les coûts par patient. L'étude met en évidence leur impact sur les coûts et les besoins en soins futurs, dans un cadre institutionnel et social inchangé. En particulier, le système de financement et la structure de l'offre, qui sont des caractéristiques propres au système de soins de longue durée, sont supposés inchangés, l'intérêt de la prévision étant de mettre en évidence les évolutions inéluctables afin de pouvoir adapter le système.

Il va de soi qu'une telle analyse ne prédit pas les véritables valeurs futures, mais montre les pressions qui s'exerceront sur le système. Il s'agit en réalité de projections, soit de valeurs qui prolongent la situation actuelle, plutôt que de prévisions qui indiquent l'évolution la plus plausible. Les inconnues sont en effet trop nombreuses pour que l'on puisse prétendre prédire ce que sera l'avenir. Comme le souligne Bains (2003), « des changements ont lieu chaque année dans le mode de prise en charge de longue durée et dans la demande pour de tels services de sorte que la manière de répondre à ces besoins pourrait être très différente dans 20 ans, mais cela l'économiste ne le peut prédire » (traduction propre).

Incertitude quant à l'évolution des principaux déterminants

L'évolution même des principaux déterminants des coûts des soins de longue durée est pleine d'incertitudes. Plusieurs thèses s'opposent par exemple quant à l'évolution de la relation entre espérance de vie et dépendance, sans que l'on puisse sans ambiguïté en privilégier l'une ou l'autre. De même prévoir la croissance des coûts par cas est difficile, tant sont nombreux les facteurs pouvant influencer leur évolution. Il est donc hasardeux de définir le scénario le plus réaliste. A défaut, le scénario montrant ce que seront les coûts des soins de longue durée si les tendances actuelles se poursuivent est utilisé comme scénario de référence.

Ce scénario, qui conclut à une augmentation des coûts de 136%, surestime vraisemblablement l'impact sur les coûts de l'augmentation des personnes de 65+ ans. En postulant des taux de recours par âge constants alors qu'il y a augmentation de l'espérance de vie sur la période, ce scénario admet implicitement une expansion de la morbidité. Or on peut douter du fait que la totalité des années de vie gagnées soient des années avec des incapacités. Les travaux des gérontologues, notamment Höpflinger et Hugentobler (2003) pour la Suisse, laissent penser qu'un recul, au moins partiel, de l'âge de survenance du besoin en soin est une hypothèse plus réaliste.

La possible sous-estimation de la part des dépenses médicales dans les coûts des EMS (voir section 5.1.2) peut contrebalancer cet effet. Considérer que la totalité des subventions ainsi qu'une part des coûts socio-hôtelières servent en réalité à couvrir des dépenses médicales, lesquelles sont supposées augmenter plus rapidement, augmente le coût total de 700 millions en 2030.

Les analyses de sensibilité, réalisées en faisant varier les paramètres de la prévision, montrent qu'une grande incertitude entoure l'évolution des coûts des soins de longue durée. La prévision varie de +/- 2 milliards selon les hypothèses posées; les chiffres obtenus doivent donc être considérés comme des ordres de grandeur. Toutefois au-delà de ces incertitudes, plusieurs tendances claires se dégagent.

Grandes tendances

Du fait de la bosse démographique constituée par les générations du baby-boom, il y aura une augmentation significative du nombre de personnes dépendantes de soins. Ces cohortes sont sensiblement plus nombreuses que les précédentes et augmentent donc la taille de la population susceptible d'avoir besoin de soins. Notamment, en 2030, les plus de 80 ans, soit les principaux concernés par les soins de longue durée, seront 168 000 de plus qu'aujourd'hui (+65%). Selon que l'on suppose que le besoin en soins surviendra au même âge qu'aujourd'hui ou sera retardé de la même durée que le gain d'espérance de vie, l'augmentation des personnes en EMS ou aux SASD se situera entre +30 et +50% selon les hypothèses et le domaine de soins.

Cette évolution démographique constitue un véritable défi pour la planification de l'offre. Couplée à des coûts par patient qui tendent à augmenter sous la double impulsion du volume et du prix des soins, cette augmentation met également en jeu la viabilité du système de financement. La prévision montre en effet clairement que si la croissance des coûts par cas se poursuit à des rythmes proches de ceux du passé – et actuellement il n'y a pas de signe clair de ralentissement –, les coûts réels auront plus que doublé à l'horizon 2030.

Facteurs allégeant ou aggravant d'ordre institutionnel et social

A ces deux tendances de fond s'ajoutent les facteurs d'ordre institutionnel et social qui viennent aggraver ou alléger l'augmentation attendue des coûts. D'une part, cette évolution pourrait être nuancée par l'amélioration escomptée de l'état de santé des personnes âgées, mais d'autre part la conjonction de deux phénomènes – l'augmentation de la vie en solo, qui augmente le besoin d'aide formelle quand survient la dépendance, et la transformation des systèmes familiaux³¹, qui entraîne une baisse de l'aide informelle – est susceptible d'accentuer le recours aux institutions de soins de longue durée.

A ce propos, il importe de rappeler qu'en utilisant les taux de recours aux EMS et aux SASD – et non le taux de dépendance dans la population – on ne capte qu'une partie des personnes qui ont besoin de l'aide d'autrui; on ne capte que la demande *visible*. Ainsi, faute de données quant aux personnes bénéficiant d'aide informelle, ce pan de la prise en charge de longue durée est exclu de l'analyse. Si elle n'a pas de coût direct, puisque non rémunérée, l'aide informelle a toutefois un coût implicite élevé : souvent assumée par des femmes en âge de travailler qui renoncent ou diminuent leur activité, la valeur de l'aide informelle est estimée à 1,2 milliard de francs par an (Schmid et al. 1999)³².

³¹ Baisse du nombre d'enfants, augmentation des divorces, éclatement géographique des familles et augmentation du taux d'activité des femmes – principales fournisseuses des soins informels.

³² Valeur actualisée pour l'année 2000 par le réseau « Economie » de l'OFAS (OFAS 2003).

L'évolution des coûts pourrait quant à elle être accentuée par une pénurie de main-d'œuvre dans le domaine des soins engendrant un rattrapage des salaires, actuellement inférieurs dans ce secteur à ceux pratiqués dans les autres secteurs économiques (Prey *et al.* 2004).

Sur le plan des limites de l'étude, il faut encore relever que les données concernant les SASD sont insuffisamment détaillées, ce qui restreint les possibilités d'analyse. Les relevés statistiques ne distinguent que trois grands groupes d'âge et ne les décomposent pas par sexe; mais surtout ils ne permettent pas de différencier les cas de longue durée des cas aigus. Or la très grande hétérogénéité dans la clientèle des SASD exigerait que l'on dispose de données plus détaillées pour que l'on puisse estimer de manière plus réaliste les coûts par cas, selon l'âge, le sexe et la durée de prise en charge. Une exploitation spéciale de la Statistique des services d'aide et de soins à domicile a permis d'estimer la répartition par sexe des clients, par contre on ne peut exclure que les coûts des SASD soient biaisés vers le bas du fait qu'on ne peut distinguer les cas de courte et de longue durée.

Recommandations

En conclusion, la prévision montre que la démographie est un facteur de croissance important, mais que la croissance réelle des coûts par cas semble l'être plus encore. Il importe donc d'agir sur les deux aspects simultanément. L'analyse de sensibilité a montré l'intérêt qu'il y a à retarder l'apparition des troubles fonctionnels et lorsque ceux-ci surviennent à préserver l'autonomie des personnes âgées. Pour y parvenir, il s'agit de renforcer la prévention et la réadaptation ainsi que d'adapter l'environnement des seniors, notamment de leur logement. Il s'agit également de veiller à l'adéquation du type de soins aux besoins. Il est intéressant de relever ici que le taux d'institutionnalisation varie grandement d'un canton à l'autre et que, selon les experts consultés il pourrait y avoir dans les homes jusqu'à 30% de personnes dont l'état ne nécessite pas absolument un placement en EMS³³. Par ailleurs, une étude récente suggère que les SASD pourraient être sous-utilisés en Suisse : dans la plupart des pays européens, les SASD représentent en effet plus de 30% des dépenses publiques pour les soins de longue durée, alors que cette proportion n'est que de 14% en Suisse (OCDE 2005). Ces observations montrent qu'une évaluation systématique du besoin en soins et qu'une planification intégrée des différentes options de prise en charge sont souhaitables.

L'attention devrait également être portée sur le contrôle des coûts par patient. Des mesures sont envisageables sur le plan du système de financement : l'efficacité du système pourrait être améliorée en passant à un système de rémunération forfaitaire, une efficacité qui serait encore renforcée si le forfait était calculé sur la base du coût (moyen, par exemple) observé dans des unités comparables sur l'ensemble du territoire. Par ailleurs, un effort important devrait également être consacré à comprendre pourquoi les coûts augmentent autant. Il y a en effet dans la croissance des coûts par cas un effet prix et un effet volume, ce dernier pouvant résulter de différents facteurs : aggravation du case mix, exigences plus élevées de la part des patients ou tendances à la médicalisation de symptômes qui n'étaient pas

³³ Voir le document de travail 17 de l'Observatoire suisse de la santé « Analyse intercantonale du recours aux établissements médico-sociaux et services d'aide et de soins à domicile », à paraître au printemps 2006.

considérés comme pathologiques par le passé. Pour mieux comprendre pourquoi les coûts par cas augmentent dans de telles proportions, il serait utile de mener des analyses au niveau micro, par exemple en comparant le volume et le prix des soins reçus par des individus dans des situations comparables aujourd'hui et il y a dix ans.

Références

- Bains M. (2003), « Projecting Future Needs. Long-term Projections of Public Expenditure on Health and Long-term Care for EU Member States », in *A disease-based comparison of health systems – What is best and at what cost?*, OECD, Paris, 145-161.
- BNS, 2005, *Bulletin mensuel de statistiques économiques*, Juillet 2005.
- Comas-Herrera, A. et al. (2003), *European study of long-term care expenditures. Report to the European Commission*, PSSRU, London School of Economics, London.
- Comas-Herrera, A., Wittenberg, R. and Pickard, L. (2004), *Making projections of long-term care: examples and methodological issues*, London school of economics, London.
- Crimmins, E.M. (1989), "Changes in life expectancy and disability-free life expectancy in the United-States, 1970-90", *Population and development review*, vol. 23, pp. 555-572.
- Fries, J.F. (1980), "Ageing, natural death, and the compression of morbidity", *The New England Journal of Medicine*, vol. 303, pp. 130-135.
- Fries, J.F. (1983), "The compression of morbidity", *The Milbank Quarterly*, vol. 61, pp. 397-419.
- Fries, J.F. (1989), "The compression of morbidity: near or far?" *The Milbank Quarterly*, vol. 67, pp. 208-232.
- Fuhrer, B., Brunner-Patthey, O., Jost, A., Bandi, T. and Eberhard, P. (2003), *Pflegefinanzierung und Pflegebedarf: Schätzung der zukünftigen Entwicklung.*, Bundesamt für Sozialversicherung, Bern.
- Gruenberg, E.M. (1977), "The failure of success", *The Milbank Quarterly*, vol. 55, pp. 3-24.
- Guilley, E. (2005), "La vie en institution", in *Âges et générations. La vie après 50 ans en Suisse*, OFS, Neuchâtel.
- Guillet, L. Métral, G. Spini, D. (2003), « Swilso-o. Une étude longitudinale sur le grand âge », *Médecine et Hygiène*, vol. 61, pp. 2247-2250.
- Höpflinger, F. and Hugentobler, V. (2003), *Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse*, Les Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé, Verlag Hans Huber, Bern.
- Höpflinger, F. und Hugentobler, V. (2005), *Familiale, ambulante und stationäre Pflege im Alter. Perspektiven für die Schweiz*, Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Verlag Hans Huber, Bern.
- Infras (2005), *Pflegefinanzierung: Finanzielle Auswirkungen der drei Modellvorschläge*, Infras, Zurich.
- Jaccard Ruedin, H., Weber, A., Pellegrini, S. and Jeanrenaud, C. (à paraître 2006), *Comparaison intercantonale du recours aux soins de longue durée*, Document de travail 17, Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel.
- Kramer, M. (1980), "The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities." *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 62, pp. 282-297.

Latzel, C., Günther; W., Andermatt,R. (1997) : Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit. Band I und II, Bundesamt für Sozialversicherung, Bern.

Lieberherr, R. (2005), *La vie à domicile des personnes de 65 ans et plus en Suisse : aides reçues et apportées*. Résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2002, communication lors du Congrès Age05, 25 août 2005, Neuchâtel.

Madge, A. (2000), *Long-term aged care: Expenditure trends and projections*, Productivity commission staff research paper, Canberra.

Manton, K.G. (1982), "Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population", *The Milbank Quarterly*, vol. 60, pp. 183-244.

OCDE (2005), "Pour des soins de longue durée de qualité aux personnes âgées", L'observateur OCDE, Paris.

OFAS (2003), *Statistique de l'aide et des soins à domicile (Spitex) 2001*, Office fédéral des assurances sociales, Berne.

OFS (2002), *Les scénarios de l'évolution démographique de la Suisse 2000-2060, série complète de scénarios*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

OFS (2003), *Statistique des hôpitaux et des établissements de santé non hospitaliers 2001*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

OFS (2003b), Coûts de la santé en Suisse : Evolution de 1960 à 2000, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

OFS (2005a), *Communiqué de presse, 50 milliards pour la santé*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

OFS (2005b), *Coûts du système de santé et démographie. Coûts détaillés par âge en 2002 et évolution sur la période 1985-2020*, Actualités OFS, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

OFSP, 2004, *Nouveau régime de financement des soins. Rapport explicatif*, Office fédéral de la santé publique, Berne.

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

Hedwig Prey, Martin Schmid, Marco Storni, Sibylle Mühleisen,(2004) Zur Situation des Personals in der schweizerischen Langzeitpflege, Bericht des Nationales Forschungsprogramm NFP45 «Probleme des Sozialstaats», Verlag Ruediger, Zurich.

Robine, J.-M. and Michel, J.-P. (2004), "Looking forward to a general theory on population aging", *Journal of gerontology*, vol. 59A, no 6, pp. 590-597.

Schmid, H., Sousa-Poza, A. et Widmer, R. (1999), *Evaluation monétaire du travail non rémunéré. Une analyse empirique pour la Suisse basée sur l'enquête suisse sur la population active*, Office fédéral de la Statistique, Neuchâtel.

Schmoker, H., Oggier, W. und Stuck, A. (2000), *Gesundheitsförderung im Alter durch präventive Hausbesuche*, Cahiers d'études de la SSPS no 62, Société suisse de politique de la santé, Muri.

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

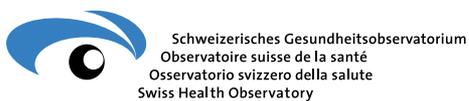
Seshamani, M. (2004), *The impact of ageing on health care expenditures. Impending crisis, or misguided concern?*, Office of Health Economics, London.

Spillman, B.C. and Lubitz, J. (2005), "The effect of longevity on spending for acute and long-term care", *The New England Journal of Medicine*, vol. 342, no 19, pp. 1409-1415.

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

Wiener, J., Illston, L. and Hanley, R. (1994), *Sharing the burden: Strategies for public and private long-term care insurance.*, The Brookings Institution, Washington.

Wittenberg R, Pickard L, Comas-Herrera A, Davies B, and Darton, R. (2001) "Demand for long-term care: projections of long-term care finance for elderly people in England to 2031", *Health Statistics Quarterly*, No. 12, pp. 5-17.



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.