



RAISONS DE SANTE 360 – LAUSANNE

Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique  
Secteur Économie et Politiques de Santé (ECOPOL)

# Lignes directrices et recommandations pour le renfort des soins de longue durée - hébergement dans les cantons latins

Stéphanie Monod, Giulia Belloni, Laurence Seematter-Bagnoud, réalisé avec le  
Groupement Romand des Services de Santé Publique (GRSP)

**unisanté**  
Centre universitaire de médecine générale  
et santé publique • Lausanne

*Unil*  
UNIL | Université de Lausanne

## Raisons de santé 360

Le Centre universitaire de médecine générale et santé publique Unisanté regroupe, depuis le 1er janvier 2019, les compétences de la Policlinique médicale universitaire, de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive, de l'Institut universitaire romand de santé au travail et de Promotion Santé Vaud. Il a pour missions :

- les prestations de la première ligne de soins (en particulier l'accès aux soins et l'orientation au sein du système de santé) ;
- les prestations en lien avec les populations vulnérables ou à besoins particuliers ;
- les interventions de promotion de la santé et de prévention (I et II) ;
- les expertises et recherches sur l'organisation et le financement des systèmes de santé ;
- les activités de recherche, d'évaluation et d'enseignement universitaire en médecine générale et communautaire, en santé publique et en santé au travail.

Dans le cadre de cette dernière mission, Unisanté publie les résultats de travaux de recherche scientifique financés par des fonds de soutien à la recherche et des mandats de service en lien avec la santé publique. Il établit à cet égard différents types de rapports, au nombre desquels ceux de **la collection « Raisons de santé »** qui s'adressent autant à la communauté scientifique qu'à un public averti, mais sans connaissances scientifiques fines des thèmes abordés. Les mandats de service sont réalisés pour le compte d'administrations fédérales ou cantonales, ou encore d'instances non gouvernementales (associations, fondations, etc.) œuvrant dans le domaine de la santé et/ou du social.

### Étude financée par :

Groupement Romand des Services de Santé Publique (GRSP)

### Citation suggérée :

Monod S, Belloni G, Seematter-Bagnoud L, réalisé avec le Groupement Romand des Services de Santé Publique (GRSP). Lignes directrices et recommandations pour le renfort des soins de longue durée - hébergement dans les cantons latins. Lausanne, Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2024 (Raisons de santé 360).

<https://doi.org/10.16908/issn.1660-7104/360>

### Remerciements :

Les auteurs remercient les experts cantonaux désignés par le GRSP qui ont participé à l'identification des lignes directrices et à l'élaboration des recommandations de ce rapport : Mme Stephanie Berner, M. Adrien Bron, Mme Sophie Chevrey-Schaller, M. Victor Fournier, Mme Catherine Hoenger, M. Vincent Huguenin-Dumittan, Mme Alcina Matos Queiros, M. Laurent Mauler, Mme Stéphanie Pin, M. Daniele Stival et Mme Anja Tschannen.

### Relecture et contrôle de l'édition :

Aurélien Baud

### Date d'édition :

Septembre 2024

# Table des matières

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Résumé .....</b>   | <b>6</b>  |
| <b>1 Introduction et contexte du mandat.....</b>  | <b>10</b> |
| <b>2 Méthode .....</b>  | <b>12</b> |
| <b>3 Démographie et soins de longue durée : situation actuelle et projections .....</b>   | <b>14</b> |
| 3.1 Situation actuelle  | 14        |
| 3.1.1 Profil démographique actuel dans les cantons latins   | 14        |
| 3.1.2 Maladies chroniques   | 15        |
| 3.1.3 Soins de longue durée dans les cantons latins aujourd'hui   | 15        |
| 3.1.4 Professionnels du secteur des soins de longue durée   | 22        |
| 3.1.5 Conclusion  | 24        |
| 3.2 Projections démographiques  | 25        |
| 3.2.1 Tendances concernant l'épidémiologie des maladies chroniques  | 27        |
| 3.2.2 Besoins en soins de longue durée à l'horizon 2040   | 28        |
| 3.2.3 Besoins en professionnels de santé dans les soins de longue durée   | 31        |
| 3.2.4 Conclusion  | 32        |
| <b>4 Evolution et modèles innovants dans les soins de longue durée au niveau international et en Suisse .....</b>                                       | <b>33</b> |
| 4.1 L'évolution des hébergements privés et des soins à domicile   | 33        |
| 4.2 La re-capacitation : renforcer les capacités fonctionnelles déclinantes   | 34        |
| 4.3 Evolution des modèles résidentiels de type EMS  | 34        |
| 4.4 Les développements technologiques comme support aux soins de longue durée   | 34        |
| 4.5 Soins de longue durée – exemples de modèles innovants en Suisse   | 35        |
| 4.6 Conclusion  | 37        |
| <b>5 Cadre légal encadrant les soins de longue durée en Suisse .....</b>  | <b>38</b> |
| 5.1 Les bases constitutionnelles de la Suisse   | 38        |
| 5.2 Rôle de l'Etat cantonal et cadres principaux de régulation des soins de longue durée  | 39        |
| 5.3 Financement de l'hébergement de long séjour   | 40        |
| <b>6 Principales problématiques identifiées par les experts cantonaux en lien avec les soins de longue durée - hébergement des cantons latins .....</b> | <b>42</b> |
| <b>7 Lignes directrices et recommandations pour un modèle de soins de longue durée - hébergement médico-social dans les cantons latins .....</b>        | <b>44</b> |
| 7.1 Préambule   | 44        |
| 7.2 Ligne directrice 1 : Aller vers une politique cantonale des soins de longue durée qui intègre les différents dispositifs existants                  | 46        |
| 7.3 Ligne directrice 2 : Renforcer les politiques publiques en faveur du maintien à domicile  | 47        |
| 7.4 Ligne directrice 3 : Réguler l'usage des lits d'hébergement   | 50        |
| 7.5 Ligne directrice 4 : Faire évoluer le cadre réglementaire encadrant les institutions d'hébergement  | 53        |

|           |   |           |
|-----------|---|-----------|
| 7.6       | Ligne directrice 5 : Mettre en place un financement des soins de longue durée-<br>hébergement répondant aux besoins                       | 56        |
| 7.7       | Ligne directrice 6 : Former, fidéliser et recruter du personnel compétent soins et social<br>en institution d'hébergement de longue durée | 57        |
| <b>8</b>  | <b>Conclusion.....</b>  | <b>60</b> |
| <b>9</b>  | <b>Références.....</b>  | <b>61</b> |
| <b>10</b> | <b>Annexes .....</b>  | <b>63</b> |
| 10.1      | Annexe 1 - Cadres de recommandations pour le renforcement des soins de longue<br>durée  | 63        |

## Liste des figures

|  |    |
|--|----|
| Figure 1 Composition de la population dans les cantons latins en 2021  | 14 |
| Figure 2 Nombre de maladie chroniques selon la classe d'âge en Suisse  | 15 |
| Figure 3 Soins à domicile : taux de recours de la population âgée de 65 ans et plus (non-standardisé)  | 16 |
| Figure 4 Long-séjours : taux de recours de la population âgée de 65 ans et plus, standardisé selon l'âge et le sexe.   | 17 |
| Figure 5 Diagnostics physiques : prévalence chez les résidents en EMS  | 18 |
| Figure 6 Diagnostics relatifs à la santé mentale : prévalence chez les résidents en EMS  | 19 |
| Figure 7 Durée moyenne des soins quotidiens en EMS (en minutes)  | 20 |
| Figure 8 Proportion des résidents en EMS âgés de 65 ans et plus recevant au maximum 40 minutes de soins par jour   | 21 |
| Figure 9 Durée des long-séjours en EMS des résidents âgés de 65 ans et plus, moyennes sur 3 ans  | 22 |
| Figure 10 Nombre d'équivalents plein temps du personnel des SASD   | 23 |
| Figure 11 Nombre d'équivalents plein temps du personnel des EMS  | 24 |
| Figure 12 Caractéristiques des modèles de soins de longue durée des quatre groupes de cantons suisses  | 26 |
| Figure 13 Evolution de la population suisse âgée de 65 ans ou plus entre 2019 et 2040, par classe d'âge (scénario moyen de l'OFS).   | 27 |
| Figure 14 Projections du nombre de personnes de 65 ans ou plus ayant besoin de soins à domicile en 2040, selon différents scénarios, pour les quatre groupes de cantons et la Suisse | 29 |
| Figure 15 Prévision du nombre de personnes de 65 ans ou plus ayant besoin de logements protégés en 2040, selon différents scénarios, pour les quatre groupes de cantons et la Suisse | 29 |
| Figure 16 Prévision du nombre de résidents en EMS de 65 ans ou plus en 2040, selon différents scénarios, pour les quatre groupes de cantons et la Suisse                             | 30 |
| Figure 17 Projections des besoins en personnel dans les SASD en 2029 et en 2035, par degré de formation  | 31 |
| Figure 18 Projections des besoins en personnel de soins et d'accompagnement en EMS en 2029 et en 2035, par degré de formation  | 32 |
| Figure 19 Cadre légal et régulation relatifs au domaine des soins de longue durée  | 39 |
| Figure 20 Le continuum des soins de longue durée   | 45 |
| Figure 21 Prestations sociales, médico-sociales et sanitaires qui pourraient être renforcées afin d'optimiser la trajectoire des personnes   | 48 |
| Figure 22 Modèle de financement des soins de longue durée-hébergement variable selon les besoins de la personne  | 56 |
| Figure 23 Exemple de check-list pour le domaine de la gouvernance selon modèle conceptuel de l'OMS pour les soins de longue durée  | 66 |

## Résumé

Les soins de longue durée seront fortement mis sous pression par le vieillissement démographique prévu ces prochaines années, en raison du lien entre l'avance en âge avec la survenue de maladies chroniques et de déficits fonctionnels. Les besoins en termes de soins à domicile, de soutien aux proches aidants ou encore d'hébergement de longue durée seront de plus en plus importants. Les conditions cadres entourant les soins de longue durée, notamment l'hébergement, devront être adaptées afin de garantir un accès équitable et de qualité aux personnes qui en ont besoin.

Le but de ce travail était de définir une vision et un cadre à la fois consensuel et ambitieux pour accompagner l'évolution des soins de longue durée, dans les cantons latins, en particulier en ce qui concerne le secteur de l'hébergement. Ce référentiel commun pourra ainsi être utilisé par chaque canton pour identifier les aspects de son propre système de soins de longue durée qui nécessiteraient d'être adapté pour faire face aux défis futurs.

L'élaboration de ces lignes directrices et recommandations a été réalisée conjointement avec le Groupement Romand des Services de Santé Publique (GRSP). En termes de processus, une recherche documentaire a d'abord été réalisée. Sur cette base, la situation actuelle des soins de longue durée et les prévisions pour le futur ont été caractérisées. Ces éléments ont été ensuite discutés lors d'échanges avec les experts des soins de longue durée des cantons latins, dans la perspective d'élaborer des recommandations adaptées à leur contexte et réalistes.

Ce rapport comprend les éléments suivants :

- Une analyse des modèles de soins de longue durée actuels dans les cantons latins, en général fortement orientés vers les soins à domicile.
- Une synthèse des projections démographiques et des besoins de soins attendus à l'horizon 2040 réalisés par l'OBSAN<sup>a</sup>.
- Une analyse au niveau international et Suisse de l'évolution des modèles d'hébergement ou de prise en charge des personnes ayant besoin de soins de longue durée.
- Une analyse du cadre légal actuel encadrant les soins de longue durée en Suisse.

---

<sup>a</sup> Sonia Pellegrini, Olivier Pahud, Michael Dorn. Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz. Prognosen bis 2040 OBSAN BERICHT 03/2022: OBSAN; Neuchâtel, 2022.

- Un recensement et une analyse des difficultés actuelles au sein des cantons impliqués.

Plusieurs séances de travail ont été réalisées avec le groupe d'experts permettant de faire évoluer le contenu des lignes directrices qui sont le fruit d'un consensus. Les principales lignes directrices et recommandations sont les suivantes :

### **1. Développer une politique cantonale globale des soins de longue durée qui intègre les différents dispositifs existants**

- *Etablir une politique médico-sociale pour les soins de longue durée au niveau cantonal (adoptée par le législatif) comprenant une description du contexte, des projections et des enjeux liés au vieillissement de la population ; l'identification des principales politiques publiques concernées par les soins de longue durée, comme par exemple le logement, les prestations sociales ou la formation des professionnels ; la mise en place d'une gouvernance pour la coordination de ces politiques publiques ; l'élaboration de scénarios de réponse aux besoins de soins de longue durée avec une projection financière ; la mise en place d'un système de pilotage avec des indicateurs, la priorisation d'actions et l'évaluation de la politique globale adoptée.*

### **2. Renforcer les politiques publiques en faveur du maintien à domicile**

- *Renforcer le soutien aux proches aidants via la mise en place de mesures pour encourager les proches à occuper ces fonctions d'aidants tout en préservant au maximum leur santé mentale et physique.*
- *Renforcer les prestations de soins à domicile dans le domaine médical grâce au développement de programmes d'hospitalisation à domicile comme alternative à l'hôpital, de programmes permettant la fin de vie à domicile, de programmes de réponse à l'urgence et des prestations de soins de nuit, tout en prévoyant une étroite collaboration entre les différents dispositifs du réseau de soin (notamment les médecins de premier recours, les soins à domicile et les hôpitaux).*
- *Renforcer les prestations d'accompagnement à domicile dans le domaine social et spirituel, via le développement des capacités d'évaluation et de suivi des besoins sociaux et spirituels, des capacités de présence et de bénévolat, ainsi que par l'amélioration du soutien financier.*

### **3. Réguler l'usage des lits d'hébergement**

- *Elaborer des bases légales pour la régulation de l'admission en hébergement de longue durée (EMS). Compte tenu du devoir constitutionnel de maintenir sa population dans le meilleur état de santé possible, de l'obligation de réaliser la planification de l'offre médico-sociale*

et de contribuer au financement des soins, l'Etat cantonal est légitimé à intervenir dans le fonctionnement d'un dispositif en grande partie constitué d'institutions privées.

- *Définir les critères d'éligibilité à l'hébergement et les principes d'évaluation.* L'Etat devrait être responsable du processus d'évaluation permettant d'établir l'éligibilité à l'entrée en hébergement (fait sur la base du constat d'une impossibilité de maintien à domicile, malgré les supports et aides existants). La méthode d'évaluation pour déterminer la meilleure prise en charge des besoins de la personne et définir quand une institutionnalisation serait appropriée doit être identifiée. Un monitoring et un pilotage de ce processus doit être mis en place. Le financement par l'Etat devrait être lié au principe d'éligibilité.

#### **4. Faire évoluer le cadre réglementaire encadrant les institutions d'hébergement**

Mettre en place un cadre réglementaire définissant les missions et les exigences à l'égard des institutions d'hébergement

- *Revoir le cadre réglementaire définissant les missions des institutions d'hébergement* : les missions des établissements doivent être larges et flexibles pour pouvoir prendre en charge l'hétérogénéité des besoins des résidents qui évoluent au cours du temps et peuvent changer plusieurs fois lors d'un long-séjour. Les institutions doivent s'intégrer dans le dispositif local de soins de longue durée et démontrer le développement d'activités en complémentarité avec les dispositifs locaux.
- *Revoir le cadre réglementaire définissant les exigences à l'égard des institutions d'hébergement.* Le cadre réglementaire de référence devrait inclure la description des éléments suivants :
  - organisation et fonctionnement des organes de gouvernance (notamment la haute gouvernance de l'institution, la gouvernance générale de l'établissement, la gouvernance médicale et la gouvernance soins et accompagnement)
  - composition et compétences de base des équipes de soins et d'accompagnement, dotations minimales, couverture des nuits et des weekends, organisation des prestations plus spécialisées et de la réponse à l'urgence (y compris la mutualisation des ressources spécialisées et rares)
  - qualité des soins et de l'accompagnement
  - modalités de monitoring/reporting.



## 5. Mettre en place un financement des soins de longue durée-hébergement répondant aux besoins

- *Modéliser un nouveau modèle de financement des soins de longue durée hébergement* pour permettre une meilleure prise en charge des besoins des personnes âgées et favoriser la flexibilité dans la réalisation des missions. Il s'agira de définir un socle de financement de base pour chaque résident afin de couvrir les coûts des soins de base, d'accompagnement social et d'hôtellerie, ainsi que des forfaits supplémentaires correspondant aux besoins identifiés dans l'évaluation initiale (notamment des forfaits pour les soins palliatifs, la récupération/réadaptation, les troubles du comportement et les soins de transition).

## 6. Former, fidéliser et recruter du personnel compétent soins et social en institution d'hébergement de longue durée

*Etablir une stratégie de promotion et formation des métiers de l'hébergement*

- *Promouvoir les métiers des institutions de soins de longue durée* avec des offensives de formation, la mise en œuvre de campagnes de promotion de ces métiers et la promotion des stages d'observation pour les jeunes.
- *Augmenter les capacités de formation au sein des institutions* grâce au développement de places de stages dans les institutions et la facilitation des conditions de formation au sein des institutions.
- *Travailler sur des conditions-cadres attractives pour ce secteur et sur la rétention du personnel* avec la mise en place de conditions de travail attractives et la promotion de l'évolution de carrière.
- *Développer les métiers et les compétences des professionnels au sein des institutions et du réseau de soins* via le renforcement de la formation des professionnels moins qualifiés, et l'amélioration des compétences spécifiques des professionnels, notamment en termes de gestion des risques. En outre, une collaboration avec les hautes écoles spécialisées et les universités devrait être envisagée afin de faire évoluer les métiers.

# 1 Introduction et contexte du mandat

Depuis des années, le Groupement Romand des Services de Santé Publique (GRSP) se préoccupe des enjeux liés au vieillissement démographique et à l'adaptation des dispositifs de soins de longue durée visant une prise en charge optimale des personnes nécessitant des soins et/ou de l'aide dans les activités de la vie quotidienne.

Alors que les soins hospitaliers et les soins à domicile se sont adaptés et développés ces 20 dernières années et ont fait preuve d'une certaine flexibilité face aux besoins croissants des patients âgés, le secteur des soins de longue durée-hébergement s'est relativement peu modifié et le modèle de financement-gouvernance-prestations, partiellement piloté par l'Etat, est resté identique. L'évolution des soins hospitaliers, que ce soit dans les soins aigus ou de réadaptation, impacte de plus en plus les besoins/missions au sein du secteur des soins de longue durée, y compris de l'hébergement. On pense notamment à la forte diminution de la durée moyenne de séjour, le virage ambulatoire majeur en chirurgie, les nouveaux régimes de financement pour les soins de réadaptation, la psychiatrie ou les soins palliatifs.

En raison du fort et rapide vieillissement démographique prévu les prochaines années, entraînant une augmentation du nombre de malades chroniques et de personnes dépendantes, les soins de longue durée seront fortement mis sous pression. Pour se préparer à cette demande croissante, les conditions cadres des soins de longue durée et d'hébergement devront être adaptées afin de pouvoir garantir un accès équitable et de qualité à toutes les personnes qui en ont besoin.

Le GRSP a décidé de travailler sur cette thématique des soins de longue durée-hébergement et de confier à Unisanté le mandat d'identifier avec lui des lignes directrices permettant de faire évoluer le système des soins de longue durée-hébergement dans les cantons latins. La réalisation de ce mandat est le fruit d'une collaboration entre l'équipe d'Unisanté et un groupe d'experts sur les soins de longue durée identifiés par le GRSP et incluant au moins un expert pour chaque canton (VD, VS, GE, NE, FR, JU, TI, BE).

Bien que les recommandations finales de ce rapport ciblent principalement le secteur des soins de longue durée-hébergement (établissement médico-sociaux, EMS), la thématique du continuum des soins de longue durée et de l'intégration des différents dispositifs est aussi évoquée. Dans ce rapport on entend donc par soins de longue durée tous les dispositifs permettant de délivrer des prestations de soins, d'aide et d'accompagnement social aux personnes âgées (ou avec handicap) qui présentent des incapacités à accomplir seules les activités de la vie quotidienne sur le long terme<sup>b</sup>. Il s'agit notamment des services d'aide et soins à domicile (SASD), des établissements

---

<sup>b</sup> Brève définition des soins de longue durée: Il existe plusieurs définitions du terme « soins de longue durée ». L'OMS considère que les soins de longue durée doivent répondre aux besoins des individus en matière de santé, de soins personnels et de vie sociale et y inclut toutes les activités visant à garantir que les personnes avec une perte significative de leurs capacités intrinsèques ou à risque de perte d'autonomie puissent maintenir un niveau de capacité fonctionnelle compatible avec leurs droits fondamentaux, leurs libertés fondamentales et leur dignité humaine (1, 2). Cela couvre donc tous les dispositifs répondants à cet enjeu. En Suisse, la conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a une vision plus restrictive, en référence à la Loi sur l'Assurance Maladie : il s'agit des prestations de soins dispensées par les établissements médico-sociaux, les services d'aide et de soins à domicile ainsi que les professionnels de la santé indépendants (3).

médico-sociaux (EMS), des centres d'accueil de jour et de nuit, et des dispositifs de soutien aux proches aidants.)

Le document est structuré comme suit :

- Portrait de la situation actuelle des soins de longue durée dans les cantons latins et projections futures.
- Evolution des soins de longue durée-hébergement et modèles innovants d'hébergement dans le contexte international et national.
- Cadre réglementaire suisse encadrant les soins de longue durée et rôle de l'Etat cantonal par rapport à ce secteur.
- Principaux enjeux et problèmes décrits par les experts cantonaux par rapport aux des soins de longue durée-hébergement.
- Lignes directrices et recommandations pour un modèle de soins de longue durée dans les cantons latins

## 2 Méthode

L'élaboration des lignes directrices et recommandations concernant l'évolution du système des soins de longue durée-hébergement dans les cantons latins repose sur une recherche documentaire et des discussions entre l'équipe d'Unisanté et les experts des cantons impliqués (VD, VS, GE, NE, FR, JU, TI, BE).

### **Constitution du groupe de travail**

Unisanté : Stefanie Monod, Giulia Belloni, Laurence Seematter-Bagnoud

Canton de Vaud : Mme Catherine Hoenger, Mme Alcina Matos Queiros, Mme Stéphanie Pin

Canton du Valais : M. Victor Fournier

Canton de Genève : M. Adrien Bron, M. Laurent Mauler

Canton de Neuchâtel : M. Vincent Huguenin-Dumittan

Canton de Fribourg : Mme Stephanie Berner

Canton du Jura : Mme Sophie Chevrey-Schaller

Canton du Tessin : M. Daniele Stival

Canton de Berne : Mme Anja Tschannen.

### **Recherche documentaire, analyse et synthèse :**

Ces recherches se sont focalisées sur :

- L'état actuel et les prévisions futures du secteur de soins de longue durée : une première partie a porté sur le profil démographique actuel des cantons latins et l'évolution des principaux indicateurs des soins de longue durée au cours des dernières années. Une deuxième partie s'est focalisée sur les projections cantonales de l'OFS et de l'OBSAN sur la composition de la population et les besoins en soins de longue durée à l'horizon 2040 (Chapitre 3).
- Une brève revue de l'évolution des modèles d'hébergement et modèles innovants au niveau international et Suisse (Chapitre 4).
- Le cadre légal encadrant les soins de longue durée en Suisse (Chapitre 5).
- La synthèse des éléments clés du modèle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui présente les conditions-cadre à mettre en place pour un système de soins de longue durée intégré et des recommandations d'un groupe d'experts (novembre 2022) pour le secteur des soins de longue durée-hébergement en Suisse (Annexe 1).

### **Table ronde et discussions avec les experts des cantons**

Différentes séances, individuelles et collectives, ont été réalisées avec les experts sur les soins de longue durée des cantons impliqués entre juin 2022 et février 2023.

Dans un premier temps les principales problématiques en lien avec les soins de longue durée ont été identifiées (Chapitre 6). Les discussions ont ensuite porté sur le partage des différentes expériences, connaissances et points de vue et ont finalement abouti à un consensus sur des lignes directrices et recommandations pour faire évoluer les systèmes de soins de longue durée (Chapitre 7).

En détail, quatre séances collectives ont été organisées avec le groupe de travail au complet (au mois de juin, septembre, décembre 2022 et février 2023) pour permettre la présentation des résultats de la recherche documentaire et promouvoir les échanges au sein du groupe. Un entretien individuel avec chaque expert cantonal a aussi été réalisé au cours du mois de décembre 2022 pour discuter les enjeux spécifiques perçus dans chaque canton et recueillir de l'information sur d'éventuels modèles innovants en lien avec les soins de longue durée, testés dans le canton ou à l'état de projet.

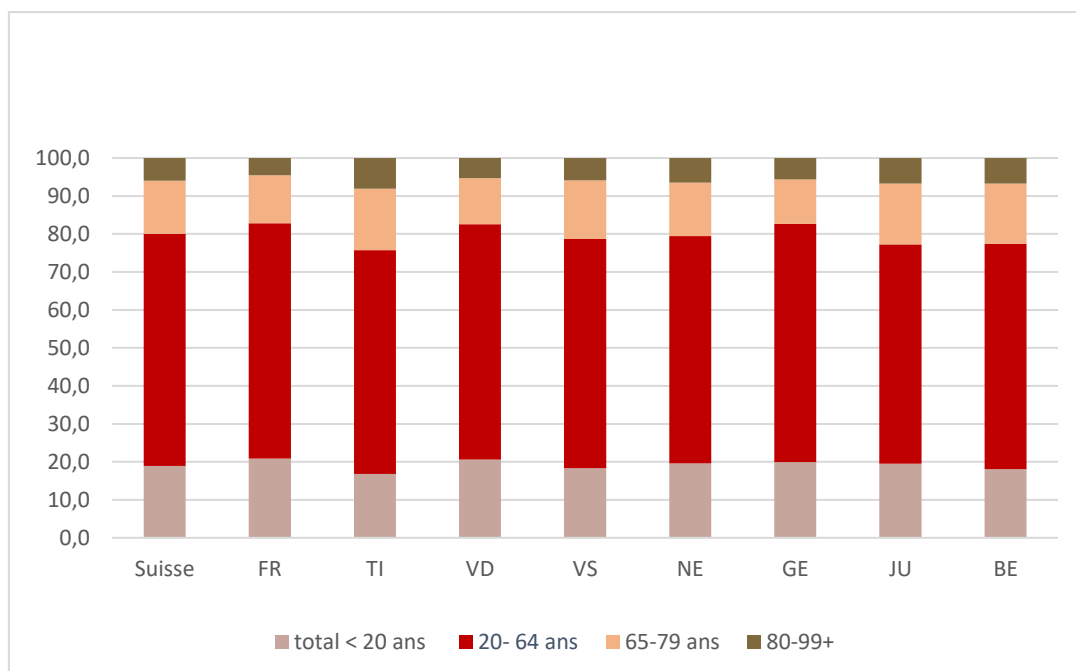
## 3 Démographie et soins de longue durée : situation actuelle et projections

Ce chapitre décrit en premier lieu la situation démographique actuelle en Suisse et brosse le portrait actuel des soins de longue durée dans les cantons latins. Dans une seconde partie, les projections démographiques et en besoins en soins de longue durée d'ici 2040 sont présentés. Finalement, ce chapitre traite aussi de l'évolution attendue des besoins en professionnels des soins, de l'accompagnement, ainsi que des secteurs administratif et logistique.

### 3.1 Situation actuelle

#### 3.1.1 Profil démographique actuel dans les cantons latins

Figure 1 Composition de la population dans les cantons latins en 2021



Source des données : OFS, Bilan démographique selon l'âge et le canton

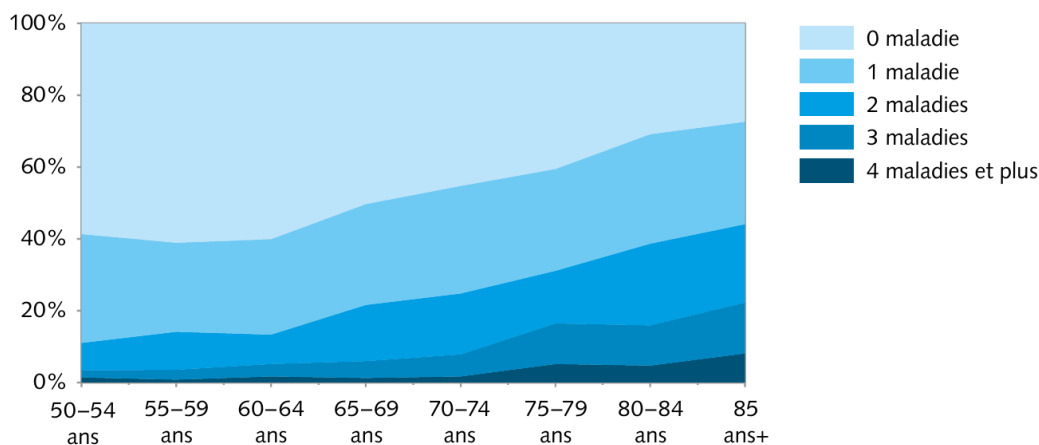
En 2021, environ 20% de la population suisse était âgée de 65 ans ou plus. Dans les cantons latins, ce pourcentage varie entre 17.1% pour le canton de Fribourg et 24.3% pour le canton du Tessin et la proportion de grands seniors (80 ans ou plus) varie entre 4.5% (FR) et 8.0% (TI).

### 3.1.2 Maladies chroniques

Figure 2 Nombre de maladie chronique selon la classe d'âge en Suisse

Nombre de maladies chroniques selon la classe d'âge, SHARE 2010–2011, personnes de 50 ans et plus, N=3627

Fig. 2



Source: Enquête SHARE 2010–2011, analyses Obsan

© Obsan

Source de la figure : Moreau-Gruet, F. (2013). La multimorbidité chez les personnes de 50 ans et plus. Résultats basés sur l'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (Obsan Bulletin 4/2013). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Comme le montre la figure ci-dessus, les maladies chroniques, et en particulier la multimorbidité (2+ maladies), augmentent fortement avec l'âge. Entre 50 et 64 ans, environ 10% des adultes en Suisse déclarent deux maladies chroniques ou plus. Chez les personnes de 85 ans et plus, cette proportion est de près de 40%, et la moitié d'entre elles ont au moins trois maladies (4). Les personnes atteintes de maladies chroniques ont un risque accru de déclin fonctionnel, source de dépendance dans les activités de la vie quotidienne. Des données du panel suisse des ménages ont documenté que les personnes avec maladies chroniques présentaient plus d'incapacités fonctionnelles que celles sans maladies chroniques, et que ces incapacités progressaient plus vite avec l'avance en âge qu'en l'absence de maladies(5).

### 3.1.3 Soins de longue durée dans les cantons latins aujourd'hui

Au cours des dernières décennies, les politiques publiques des cantons latins pour la prise en charge des personnes âgées ont été fortement orientées vers le maintien à domicile au travers d'un important développement des services d'aide et soins à domicile (SASD). De plus en plus, le recours à l'EMS n'a lieu que quand la poursuite de la vie à domicile n'est plus envisageable (6-11). Ce type de politique correspond au souhait de la plupart des personnes âgées de pouvoir vieillir à la maison.

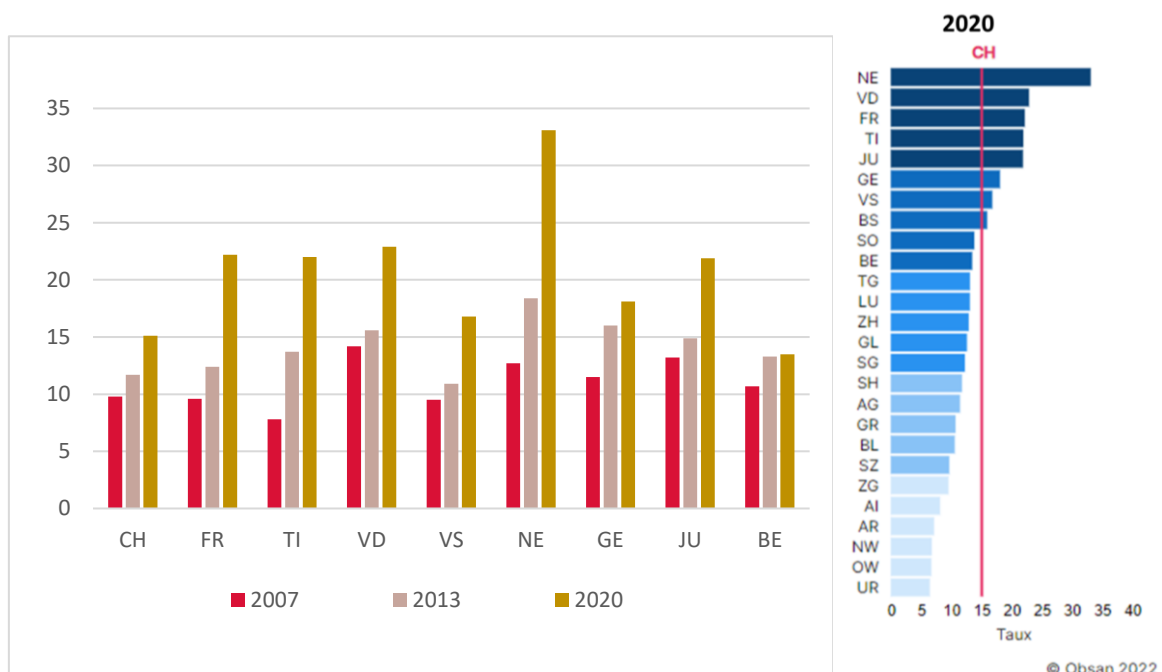
En 2016, l'OBSAN a nommé ce modèle d'organisation des soins de longue durée «modèle de la Suisse Latine »<sup>c</sup> (12), dont les principales caractéristiques sont les suivantes:

- La prise en charge repose surtout sur les SASD, avec un taux de recours plus élevé que dans les autres modèles (Suisse centrale et mixte) ;
- Le nombre d'heures d'aide et soins délivrées par client est supérieur à la moyenne suisse ;
- L'EMS est la dernière étape de la prise en charge de la personne âgée et le taux de recours y est inférieur à la moyenne suisse ; Corollaire à cela, les besoins en soins des résidents en EMS sont plus élevés qu'en Suisse centrale ;
- L'âge à l'entrée en EMS est plus élevé qu'en Suisse centrale ;
- La longueur des séjours en EMS est plus courte qu'en Suisse centrale.

### Services d'aide et soins à domicile

Le graphique suivant montre l'évolution temporelle du recours aux soins à domicile entre 2007 et 2020

**Figure 3 Soins à domicile : taux de recours de la population âgée de 65 ans et plus (non-standardisé)**



Source de la figure à gauche et des données de la figure à droite : OBSAN ; <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/recours-aux-soins-a-domicile>

<sup>c</sup> A noter que dans ce rapport, les cantons FR et BE sont dans le modèle mixte (modèle à mi-chemin entre le modèle de la Suisse latine et le modèle de la Suisse centrale) et le canton VS est hors groupe.



Les cantons latins ont fortement renforcé les SADS ces 10 dernières années et ont un taux de recours<sup>d</sup> aux soins à domicile plus élevé que la moyenne suisse. Le taux du canton de Berne en 2020 est quant à lui légèrement inférieur à la moyenne suisse. On note globalement dans tous les cantons une forte croissance en 2020, probablement liée en partie à la situation pandémique.

### Soins de longue durée-hébergement

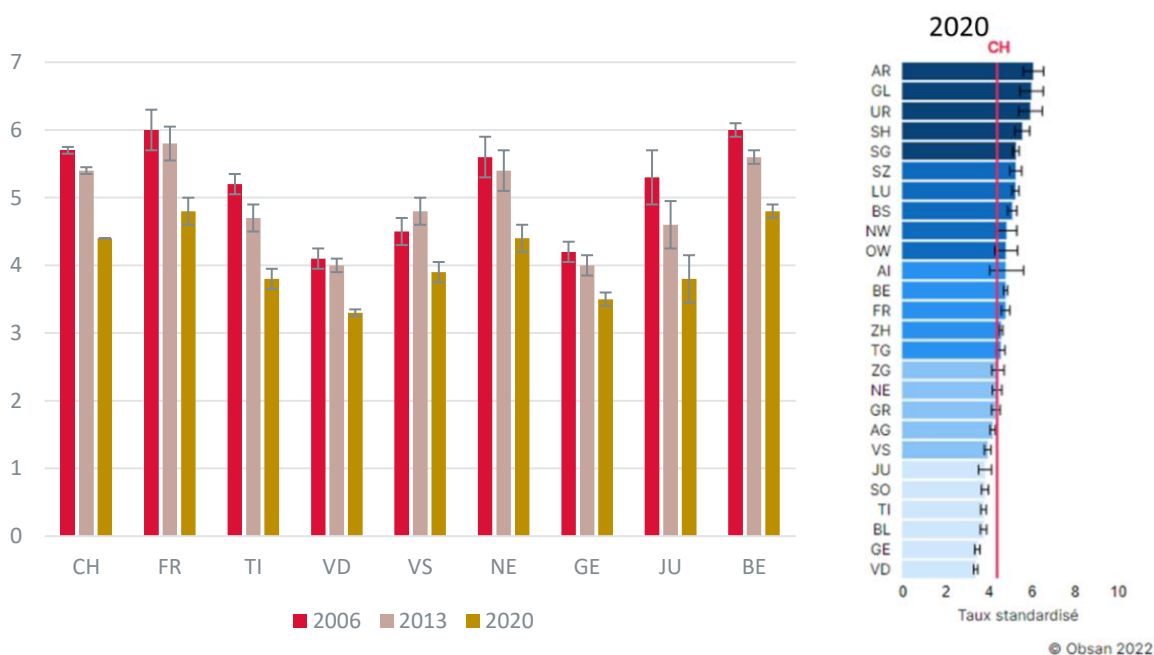
#### Taux de recours aux EMS et maisons pour personnes âgées

Le taux de recours aux EMS et maisons pour personnes âgées indique la proportion de la population de 65 ans et plus résidant en long séjour dans ces infrastructures. Le taux standardisé a été calculé à l'aide de la méthode directe sur la base de la population standard européenne de 2010<sup>e</sup>.

Ces données montrent une tendance à la diminution du recours aux EMS de 2006 à 2020 en Suisse et dans les cantons latins. En 2020, ce taux est inférieur à la moyenne suisse pour la plupart des cantons latins, à l'exception des cantons de Neuchâtel et Fribourg, ainsi que dans le canton de Berne.

Le graphique suivant montre l'évolution temporelle du recours à l'EMS entre 2006 et 2020.

**Figure 4 Long-séjours : taux de recours de la population âgée de 65 ans et plus, standardisé selon l'âge et le sexe.**



Source de la figure à gauche et des données de la figure à droite : <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/taux-de-recours-aux-ems-et-maisons-pour-personnes-agees>

<sup>d</sup> À noter que les taux de recours présentés sur les figures ne sont pas standardisés selon l'âge et le sexe. Ceci limite potentiellement la comparaison entre cantons, ainsi que la comparaison avec les figures de droite qui montrent les taux standardisés pour chaque canton suisse

<sup>e</sup> <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/taux-de-recours-aux-ems-et-maisons-pour-personnes-agees>

### Profil des résidents en EMS

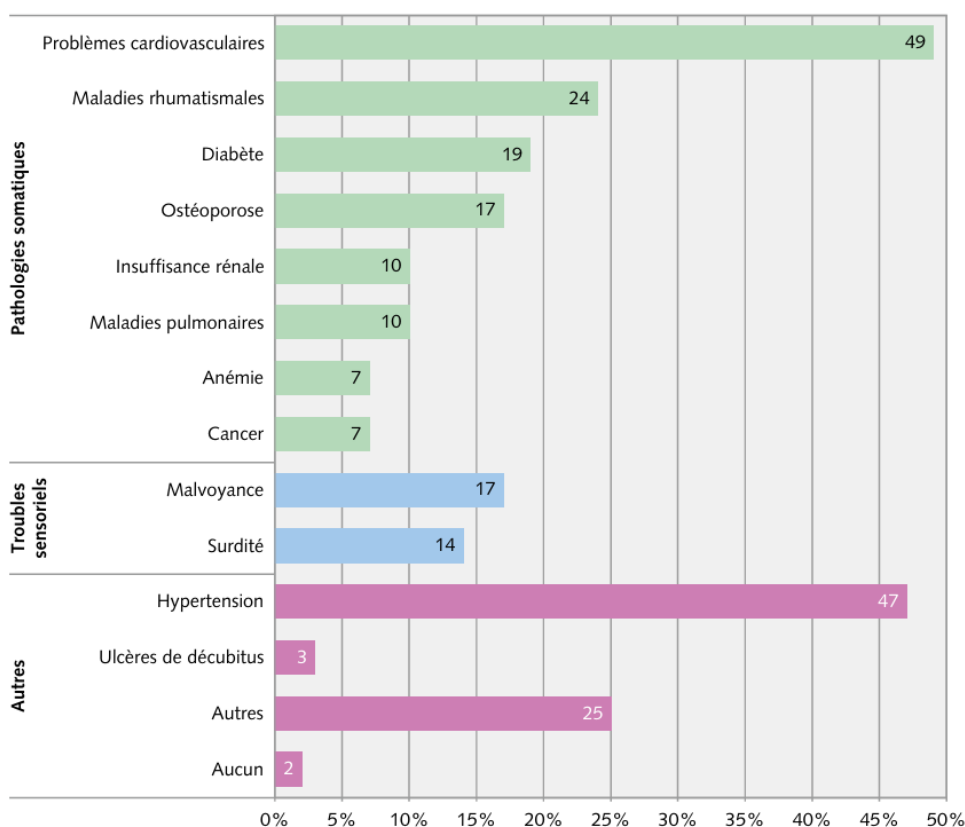
Très peu d'études ont été conduites en Suisse sur le profil des résidents d'EMS. En 2008-2009, une enquête suisse sur la santé des personnes âgées dans les institutions a été conduite pour collecter des données sur la santé, les besoins en soins et l'état fonctionnel des personnes âgées de 65 ans et plus, résidentes dans un établissement médico-social depuis au moins 30 jours(13). Parmi les participants, 96% étaient limités dans au moins une activité instrumentale de la vie quotidienne et/ou dans au moins une activité de base de la vie quotidienne (76%). La plupart des résidents souffraient d'incontinence urinaire (80%), environ la moitié d'incontinence fécale et 61% n'étaient pas capable de marcher seul plus de 200 mètres. Par ailleurs, 86% des résidents étaient atteints d'au moins deux maladies et 23% d'au moins cinq : les maladies somatiques les plus fréquentes étaient les maladies cardiovasculaires, l'hypertension et les maladies rhumatismales. Pour ce qui concerne la santé mentale, 39% souffraient de démence et 26% de dépression(13). On ne dispose malheureusement pas de données plus récentes sur l'état de santé des résidents en EMS en Suisse.

**Figure 5 Diagnostics physiques : prévalence chez les résidents en EMS**

#### Diagnosics physiques individuels, en 2008/09

Part de la population de 65 ans et plus vivant en établissement médico-social

G 18



Source: OFS (ESAI)

  Office fédéral de la statistique (OFS)

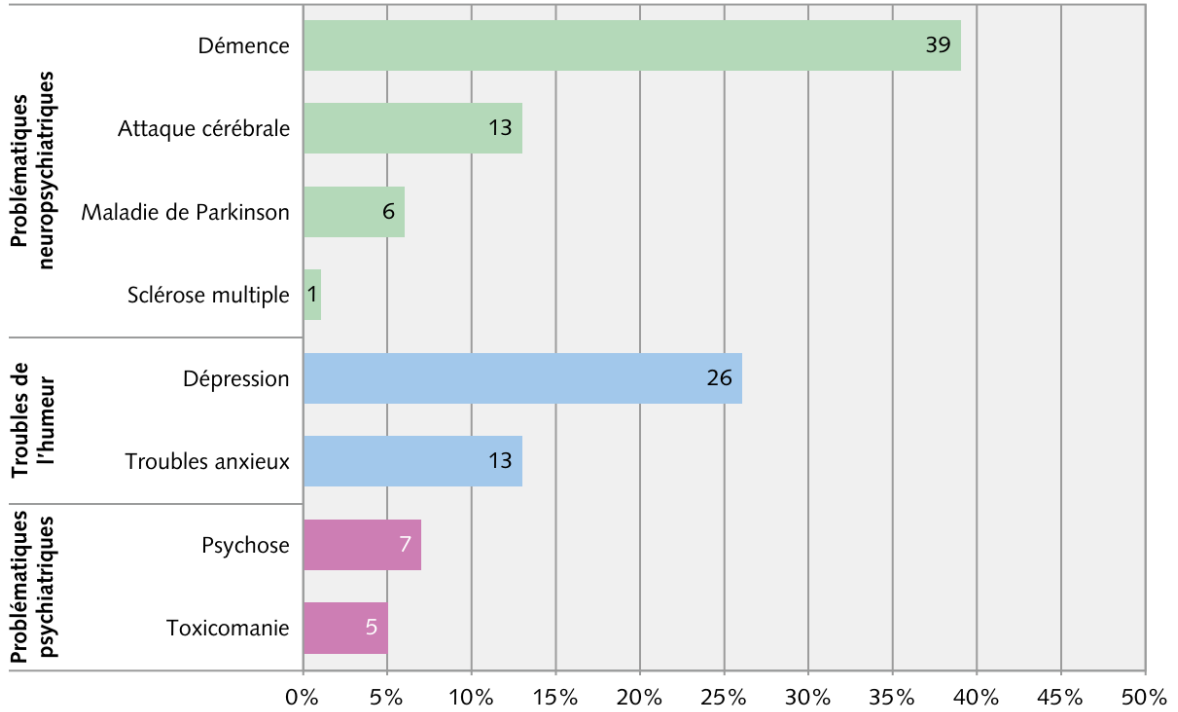
Source de la figure : Office fédéral de la statistique (OFS) - Martine Kaeser MS, Brigitte Santos-Eggimann Santé des personnes âgées vivant en établissement médico-social Enquête sur la santé des personnes âgées dans les institutions 2008/09. 2012.

**Figure 6 Diagnostics relatifs à la santé mentale : prévalence chez les résidents en EMS**

**Diagnostics individuels relatifs à la santé mentale, en 2008/09**

Part de la population de 65 ans et plus vivant en établissement médico-social

**G 20**



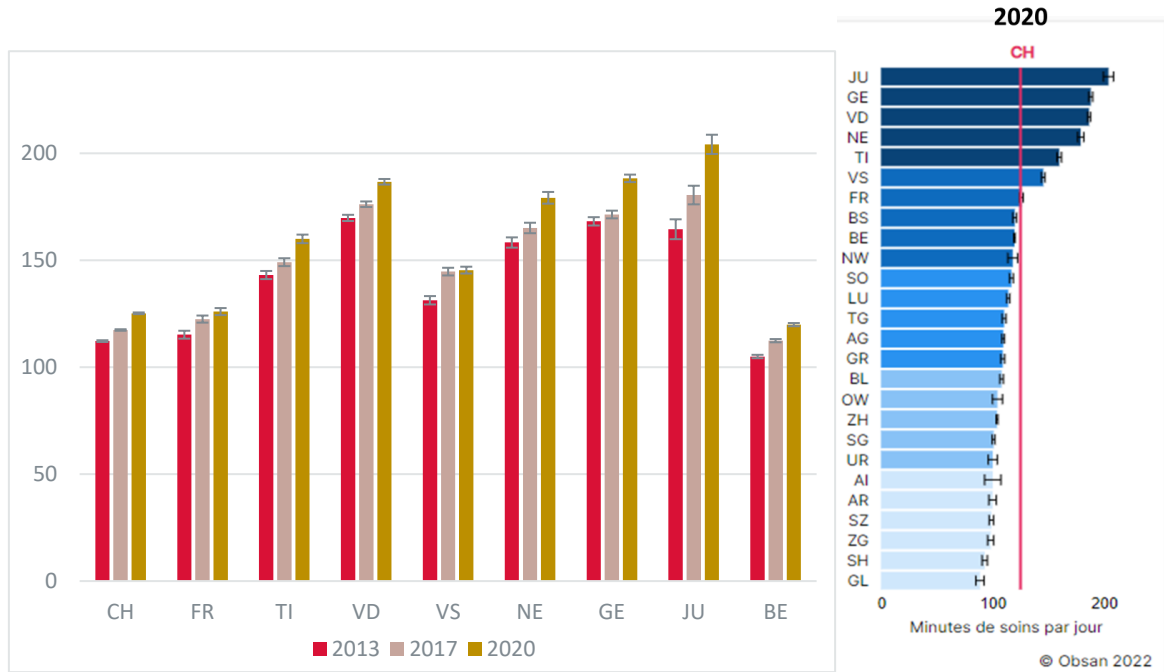
Source: OFS (ESAI)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Source de la figure : Office fédéral de la statistique (OFS) - Martine Kaeser MS, Brigitte Santos-Eggimann Santé des personnes âgées vivant en établissement médico-social Enquête sur la santé des personnes âgées dans les institutions 2008/09. 2012.

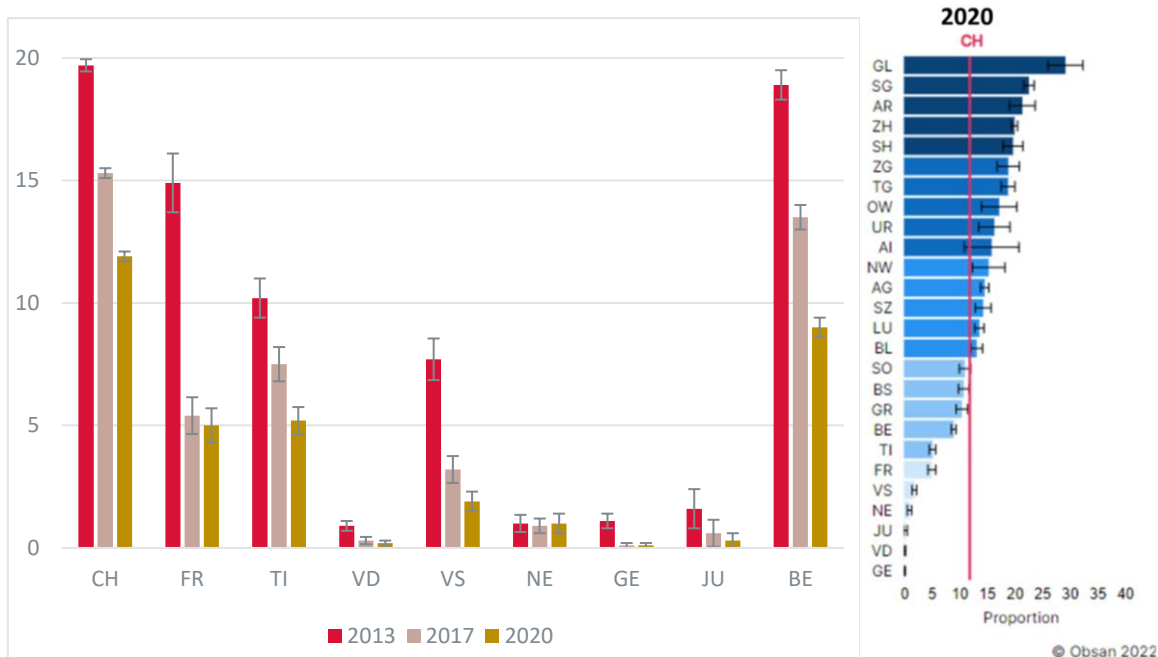
Besoin en soins des résidents des EMS

**Figure 7 Durée moyenne des soins quotidiens en EMS (en minutes)**



Source de la figure à gauche et des données de la figure à droite : <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicateur/obsan/intensite-des-soins-en-ems>

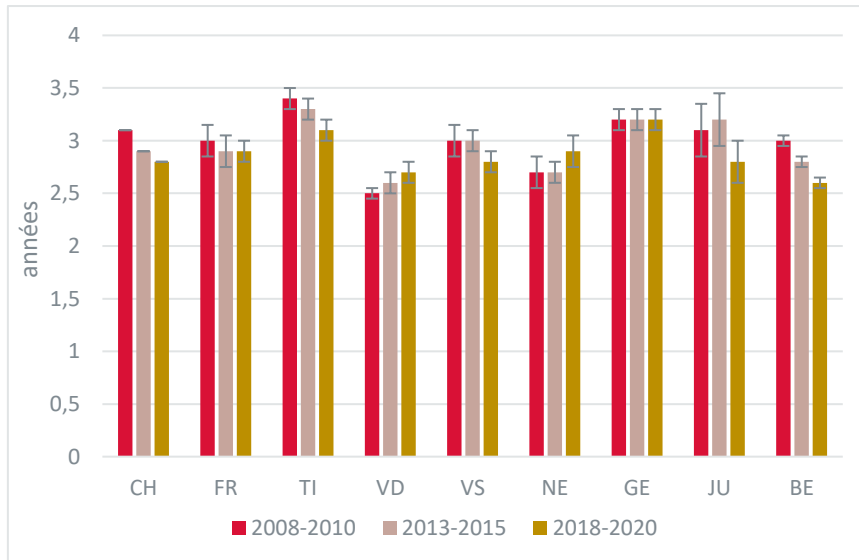
**Figure 8 Proportion des résidents en EMS âgés de 65 ans et plus recevant au maximum 40 minutes de soins par jour**



Source de la figure à gauche et des données de la figure à droite : <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicateur/obsan/intensite-des-soins-en-ems>

Les minutes de soins par jour fournies aux résidents en EMS constituent un indicateur de la charge en soins<sup>f</sup>. De 2013 à 2020, la durée moyenne des soins quotidiens en EMS a augmenté dans les cantons latins, à l'exception du canton du Valais qui semble avoir atteint une stabilité de cet indicateur depuis 2017. Les résidents en EMS des cantons latins ont des besoins en soins plus élevés qu'en Suisse centrale et la proportion des résidents ayant des besoins en soins légers (<40 min) y est inférieure à la moyenne suisse. Les personnes avec des besoins en soins inférieurs à 40 minutes a diminué au cours des dernières années. Il faut toutefois interpréter ces chiffres prudemment puisqu'à ce jour il existe encore plusieurs instruments d'évaluation des besoins de soins et les comparaisons pourraient s'en trouver biaisées.

<sup>f</sup> A noter que la durée moyenne des minutes de soins peut varier selon l'outil cantonal utilisé pour son estimation.

Durée des long-séjours**Figure 9 Durée des long-séjours en EMS des résidents âgés de 65 ans et plus, moyennes sur 3 ans**

Source de la figure à gauche et des données de la figure à droite : <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/taux-de-recours-aux-ems-et-maisons-pour-personnes-agees>

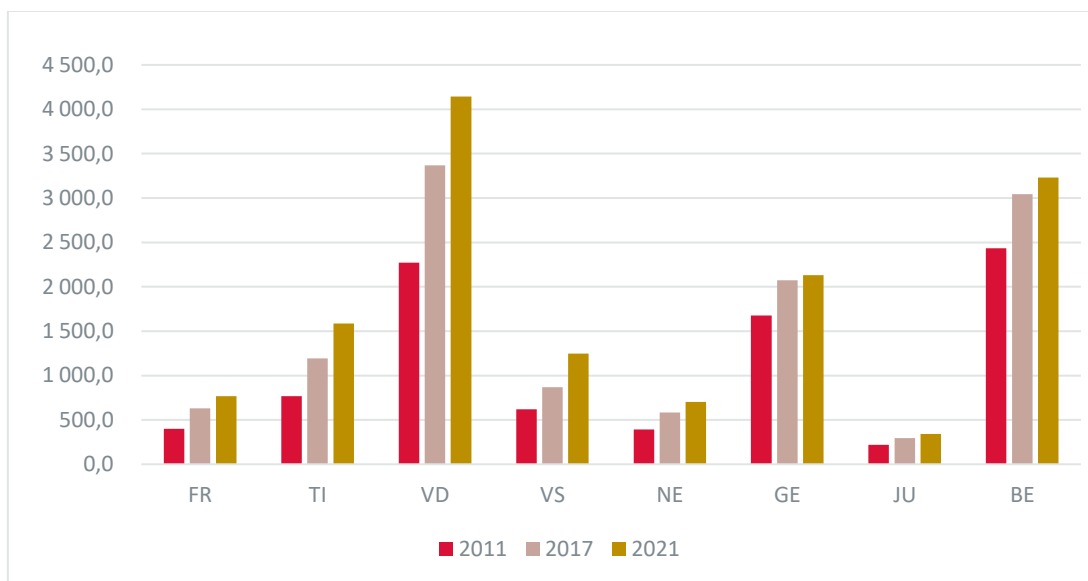
La durée moyenne de l'hébergement en EMS en Suisse latine est d'environ 2.5 à 3 ans sur la période 2018-2020. La durée moyenne des long séjours est stable depuis 2013 dans les cantons de Genève et Fribourg tandis qu'elle tend à diminuer dans les cantons du Tessin, Valais, Jura et Berne.

### 3.1.4 Professionnels du secteur des soins de longue durée

Les graphiques suivants décrivent l'évolution au cours des 10 dernières années des ressources humaines dans le dispositif des soins de longue durée.

#### Professionnels des services d'aide et soins à domicile

À noter que dans la notion de personnel sont compris les profils suivants : les infirmiers (diplôme hautes écoles, formation professionnelle supérieure ou post secondaire), le personnel avec un travail sociale ou thérapeutique (HES et formation supérieure), les personnes avec une formation professionnelle initiale (soins et socio-éducatif) ou de type commercial, les professionnels avec un cours de base ou sans formation spécifique et les stagiaires.

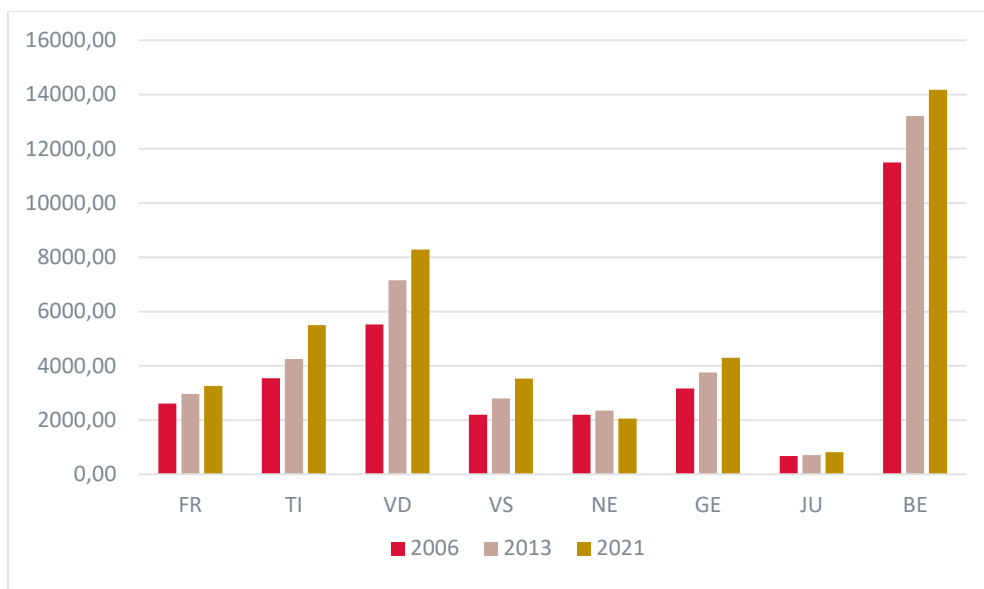
**Figure 10 Nombre d'équivalents plein temps du personnel des SASD**

Source des données : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/aide-soins-domicile.assetdetail.23566151.html>

En 2021, le personnel des services d'aide et soins à domicile en Suisse représentait au total 27 134 postes équivalents plein temps et il a augmenté de +5% par rapport à 2020(14). Les équivalents plein temps des professionnels des SASD ont augmenté dans les cantons latins au cours des dernières dix années.

### Personnels des EMS

À noter que dans la notion de personnel sont compris tous les profils professionnels des EMS, notamment le personnel avec une formation en soins (i.e. les médecins, les infirmières avec différents niveaux de formation, les auxiliaires de santé Croix-Rouge, les stagiaires infirmières, les thérapeutes diplômés, les assistant en soins..), accompagnement (i.e. les travailleurs sociaux diplômés, les accompagnateurs CFC ou les assistants socio-éducatifs ASE ou avec un autre formation d'assistant...), hôtellerie (i.e. les cuisiniers, les employés du service de maison) et administration.

**Figure 11 Nombre d'équivalents plein temps du personnel des EMS**

Source des données : OFS, Personnel des institutions médico-sociales selon le canton de l'établissement.  
[https://www.pxweb.bfs.admin.ch/pxweb/fr/px-x-1404010100\\_304/px-x-1404010100\\_304/px-x-1404010100\\_304.px](https://www.pxweb.bfs.admin.ch/pxweb/fr/px-x-1404010100_304/px-x-1404010100_304/px-x-1404010100_304.px)

En Suisse, entre 2006 et 2020, le personnel des établissements médico-sociaux a connu une croissance moyenne annuelle de 2.5%. En 2021, cet indicateur a diminué pour la première fois depuis 2006, avec une réduction de 0.2% par rapport à l'année précédente, affectant surtout le personnel soignant (-0.5% des postes équivalents plein temps)(14). A l'exception du canton de Neuchâtel, le nombre d'équivalents plein temps du personnel des EMS a augmenté entre 2006 et 2021 dans les cantons latins.

### 3.1.5 Conclusion

Grace au renforcement des politiques favorisant le maintien à domicile, l'utilisation par les personnes âgées des services de soins et aide à domicile dans les cantons latins s'est accrue dans les dernières décennies, ainsi que le nombre de personnels dans ce secteur. Le recours aux soins de long séjour dans les établissements médico-sociaux des cantons latins est inférieur à la moyenne suisse.

Au cours des dernières années, les EMS sont devenus des infrastructures de plus en plus médicalisées : les résidents avec des besoins en soins légers (<40 min) ont diminué et la charge en soins des résidents a augmenté.

Les données 2008-2009 indiquaient que la plupart des résidents d'EMS présentaient une dépendance fonctionnelle et étaient polymorbides, et des données plus récentes font malheureusement défaut au niveau national. Une collection systématique de données sur l'état de santé des résidents des EMS permettrait de suivre l'évolution du profil des résidents au cours du temps.



## 3.2 Projections démographiques

Dans les prochaines années, il y aura une croissance démographique forte et rapide des personnes âgées. Le scénario moyen<sup>9</sup> de l'OFS prévoit un accroissement de 52% de la population des 65 ans et plus entre 2019 et 2040. Cette croissance démographique concernera surtout les personnes de 80 ans ou plus, dont le volume augmentera de 88%.

### Projections démographiques dans les cantons latins

Le rapport sur les besoins en soins de longue durée en Suisse de l'OBSAN présente les projections démographiques pour quatre clusters de cantons, groupés selon les caractéristiques de leur politique de soins de longue durée. Cette typologie repose sur l'utilisation des données SOMED (Statistique des établissements médico-sociaux), des données SPITEX (Statistique de l'aide et des soins à domicile) et d'une enquête nationale (Werner et al. 2021) sur l'offre en structures intermédiaires et logements protégés (15). Les quatre groupes sont les suivants:

- Cantons fortement orientés vers l'ambulatoire (GE, JU, NE, TI et VD);
- Cantons de plus en plus orientés vers l'ambulatoire (BE, BS, FR et VS);
- Cantons orientés à la fois vers le stationnaire et vers l'ambulatoire (AG, BL, GR, NW, OW, TG, SO, ZG et ZH);
- Cantons orientés vers le stationnaire (AI, AR, GL, LU, SG, SH, SZ et UR).

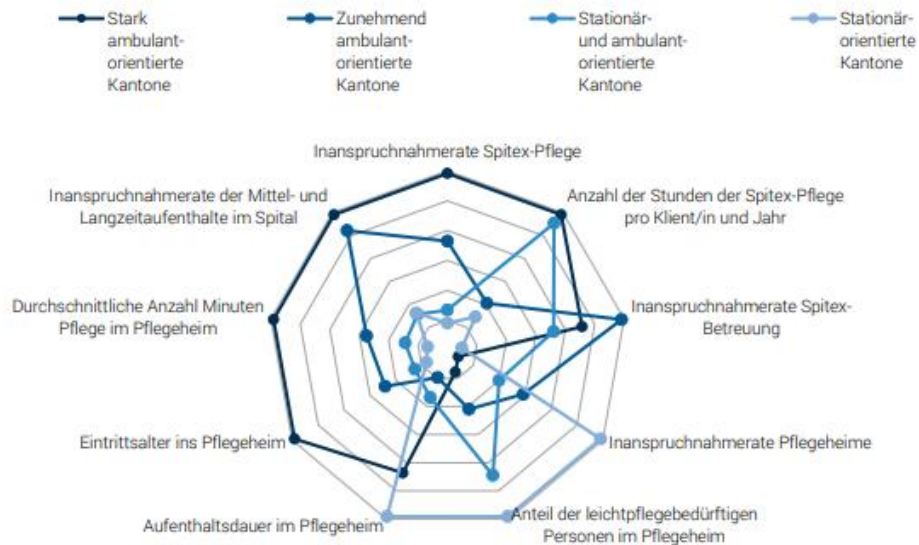
Les cantons latins se situent dans les groupes fortement orientés vers l'ambulatoire et de plus en plus orientés vers l'ambulatoire.

---

<sup>9</sup> Le scénario A-00-2020 assume que les évolutions observées au cours des dernières années se poursuivent (Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse et des cantons, de 2020 à 2050 –Actualité OFS).

**Figure 12 Caractéristiques des modèles de soins de longue durée des quatre groupes de cantons suisses**

**G 8.1 Versorgungsmodelle der Alters- und Langzeitpflege der vier Kantonsgruppen der Schweiz, 2019**



Anmerkungen: Dieses Schema dient rein der Veranschaulichung. Die Werte der verschiedenen Indikatoren werden in Form von Indizes ausgedrückt. Sie wurden so standardisiert, dass alle Indikatoren dieselben Höchstwerte haben. Die Achsen stellen daher nicht die tatsächlichen Werte dar.

Zugehörigkeit zu den Kantonsgruppen: GE, JU, NE, TI und VD (stark ambulanzorientierte Kantone), BE, BS, FR und VS (zunehmend ambulanzorientierte Kantone), AG, BL, GR, NW, OW, TG, SO, ZG und ZH (stationär- und ambulanzorientierte Kantone), AI, AR, GL, LU, SG, SH, SZ und UR (stationärorientierte Kantone).

Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS), Krankenhausstatistik (KS) / Auswertung Obsan © Obsan 2022

Source de la figure : Obsan Bericht 03/2022 - Besoins en soins de longue durée en Suisse Projections à l'horizon 2040.

**Figure 13 Evolution de la population suisse âgée de 65 ans ou plus entre 2019 et 2040, par classe d'âge (scénario moyen de l'OFS).**

G 4.3 Entwicklung der Bevölkerung 65+ nach Altersklasse, mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung des BFS, Schweiz, 2019–2040

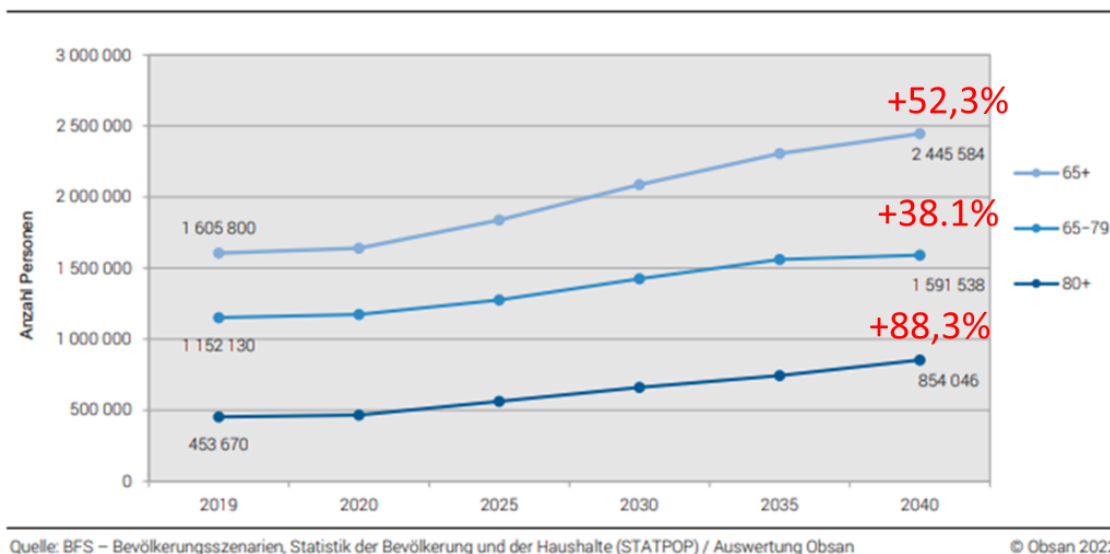


Figure modifiée : Source de la figure : Obsan Bericht 03/2022 - Besoins en soins de longue durée en Suisse Projections à l'horizon 2040. Modification effectuée : ajout de pourcentages.

Entre 2019 et 2040, la croissance démographique estimée pour la classe d'âge 65 ans ou plus varie selon la région géographique: l'augmentation la plus importante concernera les groupes de cantons orientés vers le stationnaire et mixte (+57% et +60% vs +44% et +47% pour les clusters cantonaux plus orientés vers l'ambulatoire)(15). La croissance plus faible dans les cantons plus orientés vers l'ambulatoire pourrait être expliquée par une migration interne négative au niveau interrégional et par une proportion plus élevée d'émigration à l'âge de la retraite (15). L'évolution démographique concernera tout particulièrement la population des personnes de 80 ans ou plus qui doublera quasiment (+90% à +99%), seuls les cantons orientés vers l'ambulatoire devraient observer une croissance un peu moins marquée (+67%).

### 3.2.1 Tendances concernant l'épidémiologie des maladies chroniques

Les cinq types de maladies chroniques les plus répandues sont les cancers, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques, le diabète et les maladies musculo-squelettiques(16). Globalement, l'incidence des pathologies cardiovasculaires et des cancers par classe d'âge était relativement stable au des deux dernières décennies, malgré une légère augmentation chez les femmes pour certaines maladies (17, 18). Selon l'enquête suisse sur la santé, la prévalence du diabète par classe d'âge semble relativement stable depuis 20 ans (19). Quant aux démences, les données internationales ont documenté un recul du taux d'incidence par âge, en d'autres termes les démences tendent à survenir plus tardivement (20). L'augmentation du nombre de cas observé pour chacune des pathologies chroniques est ainsi principalement liée au

vieillesse démographique, ainsi qu'à une baisse de la mortalité de ces pathologies. L'évolution de ces tendances à l'avenir n'est pas claire. Le seul consensus concerne l'augmentation probable de l'incidence du diabète en raison de la prévalence accrue de l'obésité, que l'on observe également en Suisse, bien que dans une moindre mesure (21). Quoi qu'il en soit, pour les 20 prochaines années, le vieillissement démographique sera la principale cause de l'augmentation du nombre de malades chroniques. Ainsi, le nombre de personnes atteintes de démence devrait quasiment doubler entre 2020 et 2040, proportionnellement à l'accroissement de la population des personnes très âgées (80+ ans)(22). Concernant les maladies cardiovasculaires et les cancers, qui sont moins liés au grand âge, les projections suivent plutôt la croissance de la population des 65 ans et plus, estimée à environ +50% d'ici à 2040(15).

#### 3.2.2 Besoins en soins de longue durée à l'horizon 2040

L'OBSAN a estimé les besoins en soins de longue durée en 2040 en tenant compte d'une part des évolutions démographiques et épidémiologiques et d'autre part des politiques régionales de prise en charge des personnes âgées, en utilisant les groupes définis dans de précédents travaux (15). Pour rappel, tous les cantons latins se situent dans les deux groupes orientés vers l'ambulatoire.

Les projections de l'OBSAN présentées dans ce document sont basées sur le scénario moyen des projections démographiques de l'OFS (scénario 2020c) et sur une durée de soins inchangée (par classe d'âge et sexe), selon l'hypothèse qu'il est peu probable que la durée de vie avec besoin d'aide et de soins varie fortement dans les prochaines années<sup>h</sup>. Pour ce qui concerne la politique de prise en charge des personnes âgées, deux scénarios sont présentés: outre le scénario de référence (politique inchangée), deux projections sont réalisées en supposant une prise en charge hors des EMS pour les personnes ayant un besoin de soins léger, inférieur à 40 min ou à 60 min par jour, respectivement(15).

#### Projections des besoins en services de soins à domicile en 2040

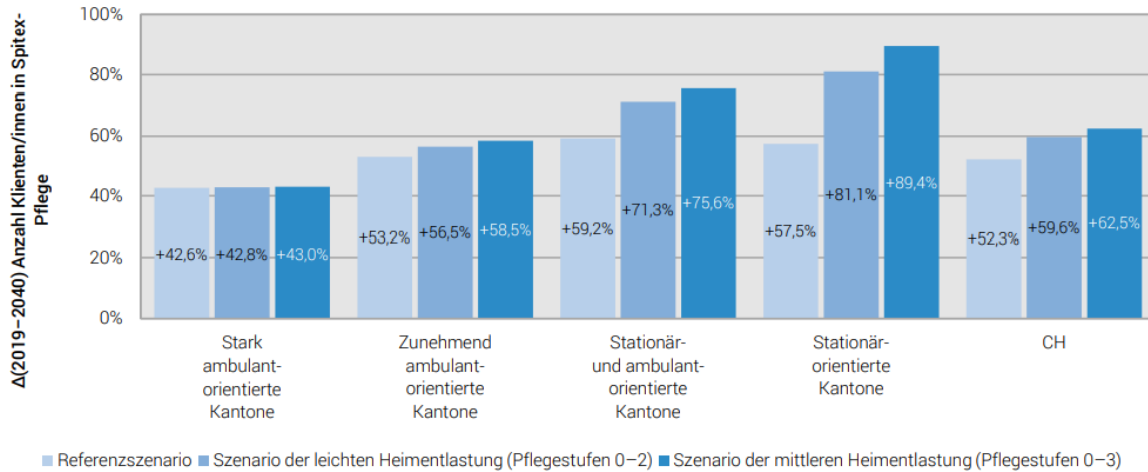
Le nombre de personnes ayant besoin de soins à domicile en Suisse en 2040 est estimé à +52% par rapport à 2019. La plus forte augmentation concernera les cantons orientés vers le stationnaire et elle sera plus marquée en cas de prise en charge des personnes avec besoins en soins légers hors des EMS (+81% et +89%, respectivement). Pour les cantons de plus en plus orientés vers l'ambulatoire, l'augmentation du nombre de clients de soins à domicile est estimée à +53% (sans changement) et à +59% (personnes avec besoins en soins <60 min/jour prises en charge hors des EMS). Ce changement n'a pas d'influence pour les cantons fortement orientés vers l'ambulatoire (différence de moins d'un point de pourcentage selon le scénario considéré), dans lesquels il est très rare que les personnes avec besoins en soins légers soient en EMS.

---

<sup>h</sup> Les projections varient dans une fourchette de plus ou moins 11 points de pourcentage dans les scénarios qui font l'hypothèse d'un allongement ou d'un raccourcissement de la durée des soins(15))

**Figure 14 Projections du nombre de personnes de 65 ans ou plus ayant besoin de soins à domicile en 2040, selon différents scénarios, pour les quatre groupes de cantons et la Suisse**

G 8.12 Prognose der Anzahl Klientinnen und Klienten 65+ in Spitex-Pflege nach Kantonsgruppe und in der Schweiz, Referenzszenario\* und Szenarien der leichten und mittleren Heimentlastung, 2019–2040

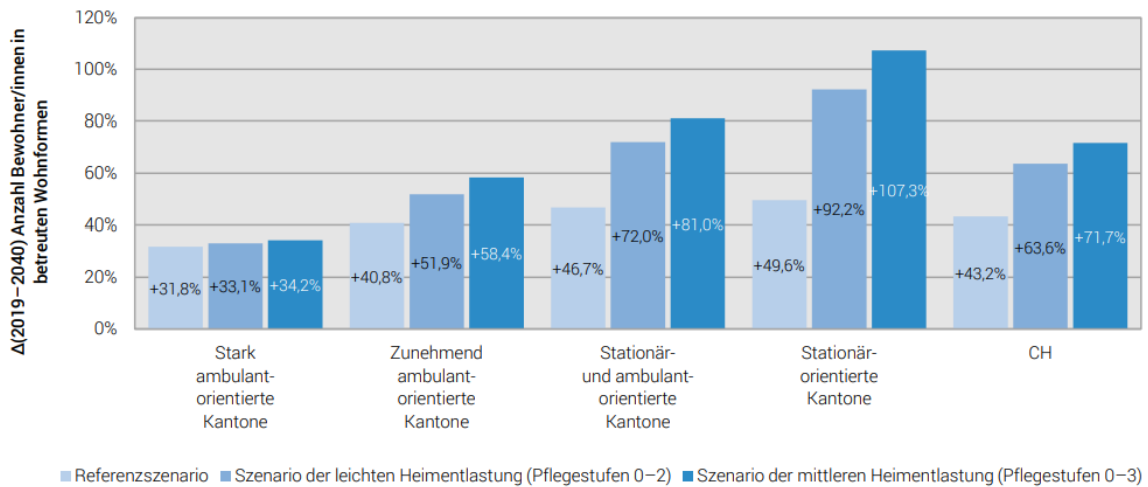


Source de la figure : Obsan Bericht 03/2022 - Besoins en soins de longue durée en Suisse Projections à l’horizon 2040.

**Besoins en logements pour personnes âgées en 2040**

**Figure 15 Prévision du nombre de personnes de 65 ans ou plus ayant besoin de logements protégés en 2040, selon différents scénarios, pour les quatre groupes de cantons et la Suisse**

G 8.15 Prognose der Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner 65+ in betreuten Wohnformen nach Kantonsgruppe und in der Schweiz, Referenzszenario\* und Szenarien der leichten und mittleren Heimentlastung, 2019–2040



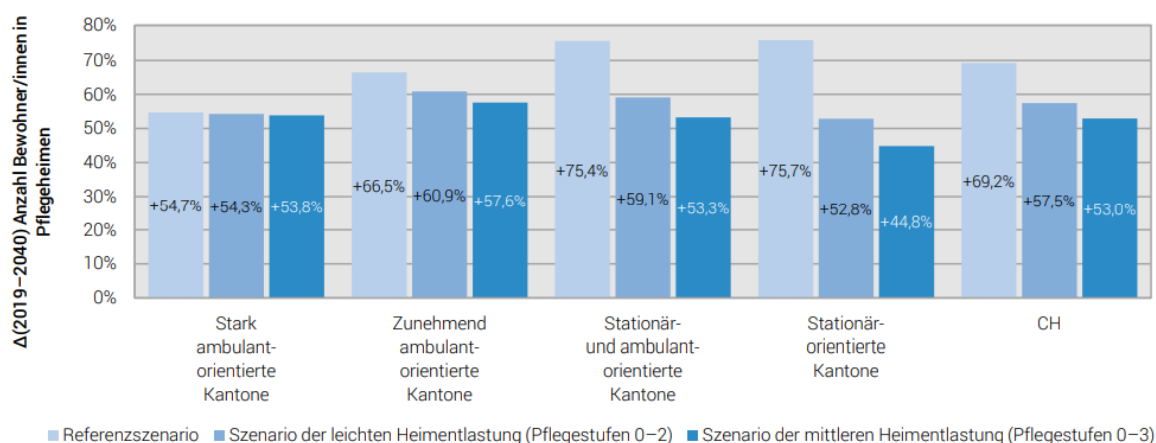
Source de la figure : Obsan Bericht 03/2022 - Besoins en soins de longue durée en Suisse Projections à l’horizon 2040.

Les besoins en logement protégés augmenteront de 43% en Suisse en 2040. L'hypothèse d'une prise en charge hors EMS des personnes avec besoins en soins légers (<60 min/j) a un effet fort pour les cantons fortement orientés vers le stationnaire (+107% vs +50% sans changement) tandis que la différence est modérée pour les cantons de plus en plus orientés vers l'ambulatoire (+58% vs +47% avec une politique inchangée) et minime pour les cantons fortement orientés vers l'ambulatoire (+34% vs +32 avec une politique inchangée).

### Projections des besoins en lits d'EMS en 2040

**Figure 16** Prévision du nombre de résidents en EMS de 65 ans ou plus en 2040, selon différents scénarios, pour les quatre groupes de cantons et la Suisse

G 8.11 Prognose der Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner 65+ in Pflegeheimen nach Kantonsgruppe und in der Schweiz, Referenzszenario\* und Szenarien der leichten und mittleren Heimentlastung, 2019–2040



Source de la figure : Obsan Bericht 03/2022 - Besoins en soins de longue durée en Suisse Projections à l'horizon 2040.

Avec une politique de prise en charge inchangée, il est prévu que le nombre de résidents en EMS en Suisse augmente de 69% en 2040 par rapport à 2019, correspondant à 54'335 lits supplémentaires. L'augmentation sera plus faible pour les cantons orientés vers l'ambulatoire (+55% et +67%) que pour les cantons orientés vers le stationnaire (+75% et +76%). L'hypothèse d'une prise en charge hors EMS des personnes avec un besoin en soins de moins de 60 min par jour réduit fortement l'augmentation projetée du nombre de résidents pour les cantons plus orientés vers le stationnaire (de +75% à +53% et de +76% à +45%). Cet effet est plus limité pour les cantons de plus en plus orientés vers l'ambulatoire (de +67% à +58%), et pratiquement nul pour les cantons orientés vers l'ambulatoire (de +55% à +54%).

### 3.2.3 Besoins en professionnels de santé dans les soins de longue durée

L'OBSAN a élaboré un modèle de projection pour estimer les besoins en personnels de soins et d'accompagnement des degrés tertiaire et secondaire II des établissements sanitaires à l'horizon 2029, en partant de la base des données 2019(23). Ces projections postulent une stabilité dans le temps du nombre du personnel du domaine des soins et de l'accompagnement par résident d'EMS/client SADS, ainsi que d'autres paramètres (i.e. le taux d'occupation, le grade-mix, etc.) et de la politique de prise en charge dans le domaine des soins de longue (même répartition entre la prise en charge en EMS et à domicile). Par ailleurs, elles tiennent compte des scénarios d'évolution de la population des cantons développés par l'OFS pour la période 2020-2050<sup>i</sup> (23, 24), du modèle OBSAN de projections sur les soins de longue durée et des scénarios épidémiologiques qui estiment l'espérance de vie et la durée de vie avec besoin d'aide<sup>i</sup>(23).

#### Projections des besoins de personnels dans les SADS à l'horizon 2029

**Figure 17 Projections des besoins en personnel dans les SASD en 2029 et en 2035, par degré de formation**

T 5.4 SASD: Projections concernant les besoins de personnel de soins et d'accompagnement en 2029 et en 2035 selon le degré de formation

|                                      | 2019*         | 2029                                  |                                       |                                       | 2035                                  |                                       |  |
|--------------------------------------|---------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
|                                      |               | Scénario minimal                      | Scénario de référence                 | Scénario maximal                      | Scénario minimal                      | Scénario de référence                 | Scénario maximal                       |
| Tertiaire                            | 12 800        | 14 600<br><i>+1 800</i>               | 15 400<br><i>+2 600</i>               | 16 200<br><i>+3 400</i>               | 15 500<br><i>+2 700</i>               | 16 800<br><i>+4 000</i>               | 18 200<br><i>+5 400</i>                |
| Secondaire II                        | 10 500        | 12 000<br><i>+1 500</i>               | 12 600<br><i>+2 100</i>               | 13 200<br><i>+2 700</i>               | 12 700<br><i>+2 200</i>               | 13 800<br><i>+3 300</i>               | 14 900<br><i>+4 400</i>                |
| Autres/sans formation                | 7 400         | 8 400<br><i>+1 000</i>                | 8 900<br><i>+1 400</i>                | 9 300<br><i>+1 900</i>                | 8 900<br><i>+1 500</i>                | 9 700<br><i>+2 200</i>                | 10 500<br><i>+3 000</i>                |
| <b>Total soins et accompagnement</b> | <b>30 800</b> | <b>35 000</b><br><b><i>+4 200</i></b> | <b>36 700</b><br><b><i>+5 900</i></b> | <b>38 500</b><br><b><i>+7 700</i></b> | <b>37 100</b><br><b><i>+6 300</i></b> | <b>40 100</b><br><b><i>+9 300</i></b> | <b>43 200</b><br><b><i>+12 500</i></b> |
|                                      |               | <b><i>+14%</i></b>                    | <b><i>+19%</i></b>                    | <b><i>+25%</i></b>                    | <b><i>+20%</i></b>                    | <b><i>+30%</i></b>                    | <b><i>+40%</i></b>                     |

Sources: OFS – Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX) et Relevé structurel © Obsan 2021  
2019\*: pour le calcul des besoins futurs de personnel de soins et d'accompagnement, l'effectif révisé est utilisé comme base de calcul.  
Note: Le nombre de personnes supplémentaires par rapport à 2019 est indiqué en italique.

Source de la figure : Merçay C et al.. Personnel de santé en Suisse – Rapport national 2021. Effectifs, besoins, offre et mesures pour assurer la relève (Obsan Rapport 03/2021).

Le scénario de référence des projections de l'OBSAN estime une croissance du besoin en personnels de soins et d'accompagnement pour les services d'aide et soins à domicile de 19% et de 30%, respectivement à l'horizon 2029 et 2035, par rapport à 2019(23).

<sup>i</sup> Le scénario de référence suppose « une légère augmentation de la fécondité, la poursuite de la baisse de la mortalité et une légère croissance du solde migratoire entre 2020 et 2030, le taux d'accroissement annuel moyen de la population résidente permanente est de 6,2% à l'horizon 2035. » (Merçay C. et al. -Obsan Rapport 03/2021)

<sup>j</sup> Le scénario de référence fait l'hypothèse que, « lorsque l'espérance de vie augmente, la durée du besoin de soins reste identique à celle observée à l'année de référence (l'ensemble des années de vie gagnées sont des années en bonne santé). Le besoin de soins apparaît ainsi à un âge plus avancé. » (Merçay C. et al. -Obsan Rapport 03/2021)

## Projections des besoins de personnels dans les EMS à l'horizon 2029

Figure 18 Projections des besoins en personnel de soins et d'accompagnement en EMS en 2029 et en 2035, par degré de formation

T 4.2 Établissements pour personnes âgées: Projections concernant les besoins de personnel de soins et d'accompagnement en 2029 et en 2035 selon le degré de formation

|                                      | 2019          | 2029   |  |  | 2035   |   |   |
|--------------------------------------|---------------|--|--|--|--|---|---|
|                                      |               | Scénario minimal                               | Scénario de référence                          | Scénario maximal                               | Scénario minimal                               | Scénario de référence                           | Scénario maximal                                |
| Tertiaire                            | 20 100        | 23 200<br><i>+3 200</i>                        | 25 200<br><i>+5 100</i>                        | 27 300<br><i>+7 300</i>                        | 26 300<br><i>+6 300</i>                        | 29 800<br><i>+9 800</i>                         | 33 800<br><i>+13 700</i>                        |
| Secondaire II                        | 31 200        | 36 000<br><i>+4 900</i>                        | 39 100<br><i>+7 900</i>                        | 42 400<br><i>+11 300</i>                       | 40 800<br><i>+9 600</i>                        | 46 300<br><i>+15 100</i>                        | 52 400<br><i>+11 200</i>                        |
| Autres/sans formation                | 20 900        | 24 200<br><i>+3 300</i>                        | 26 300<br><i>+5 400</i>                        | 28 600<br><i>+7 700</i>                        | 27 600<br><i>+6 700</i>                        | 31 300<br><i>+10 400</i>                        | 35 500<br><i>+14 600</i>                        |
| <b>Total soins et accompagnement</b> | <b>72 100</b> | <b>83 500</b><br><i>+11 300</i><br><b>+16%</b> | <b>90 700</b><br><i>+18 500</i><br><b>+26%</b> | <b>98 400</b><br><i>+26 200</i><br><b>+36%</b> | <b>94 700</b><br><i>+22 600</i><br><b>+31%</b> | <b>107 400</b><br><i>+35 200</i><br><b>+49%</b> | <b>121 700</b><br><i>+49 500</i><br><b>+69%</b> |

Source: OFS – Statistique des institutions médico-sociales (SOMED)

© Obsan 2021

Note: Le nombre de personnes supplémentaires par rapport à 2019 est indiqué en italique.

Source de la figure : Merçay C et al.. Personnel de santé en Suisse – Rapport national 2021. Effectifs, besoins, offre et mesures pour assurer la relève (Obsan Rapport 03/2021).

Selon le scénario de référence de l'OBSAN, au niveau national, les besoins de personnels de soins et d'accompagnement dans les établissements pour personnes âgées augmenteront de 26% et de 49%, respectivement à l'horizon 2029 et 2035, par rapport à 2019(23).

### 3.2.4 Conclusion

Le rythme de croissance de la population âgée d'ici à 2040 sera plus élevé que dans la décennie 2010-2020 et l'augmentation concernera surtout les grands seniors. Il y aura donc la nécessité de renforcer tous les types de soins de longue durée pour répondre à la demande en aide et soins des personnes âgées. Parallèlement au fort besoin en infrastructures, le besoin en personnel sera aussi accru, alors qu'une pénurie est envisagée.

Pour les cantons latins, le potentiel pour atténuer le besoin en lits d'EMS supplémentaires par le report des personnes nécessitant des soins légers vers d'autres structures est très limité, vu le développement déjà important d'alternatives pour ces personnes, qui ne sont que très rarement hébergées en EMS.



## 4 Evolution et modèles innovants dans les soins de longue durée au niveau international et en Suisse

Cette section présente les résultats d'une recherche sur les modèles alternatifs et innovants de soins de longue durée, menée courant 2022 sur Google Scholar et internet<sup>k</sup>, avec une approche internationale, puis des exemples en Suisse. Certains éléments ont aussi été extraits des entretiens effectués avec les membres du groupe d'experts concernant les initiatives innovantes dans leurs cantons.

### 4.1 L'évolution des hébergements privés et des soins à domicile

Les modèles jugés novateurs visent à faciliter le vieillissement chez soi le plus longtemps possible dans des appartements adaptables, adaptés ou protégés. Par exemple, **les Apartments for Life** ont émergé dès les années 90 aux Pays-Bas (25, 26). Toute personne dès 55 ans peut emménager dans ce type de logement conçu en prévision de difficultés de mobilité (accès sans escaliers,). L'adaptation du logement et l'accès aux services d'aide et soins sont facilités, il existe de plus une structure d'accueil de jour dans le lotissement. Une évaluation, cependant peu généralisable, a conclu que ce modèle serait 10 à 25 % moins cher que des soins comparables dans des domiciles traditionnels. Une forte implication des proches et autres bénévoles, l'accent mis sur le maintien de l'autonomie, ainsi qu'une économie d'échelle (bâtiment de 175-200 résidents) sont évoqués comme raisons possibles de cet avantage.

On observe aussi un développement de quartiers intégrant une offre complète de services allant des logements adaptés aux soins de premier recours, aux soins à domicile et à l'aide sociale, ainsi que la possibilité d'être hébergé pour des soins plus complexes, voire de fin de vie (exemple : quartier Weidervogelhof).

D'autres modèles reposent sur la colocation, soit en regroupant des personnes aux profils et besoins en soins plutôt similaires (p.ex Demenz-Wohngemeinschaften: personnes avec troubles cognitifs), soit au contraire des colocations intergénérationnelles avec échange de services.

---

<sup>k</sup> Recherche Google Scholar (avril et septembre 2022 avec utilisation des mots-clés : long term care OR nursing home ; home care OR home-based care; innovative OR innovation ; senior care models), sur les sites internet de diverses organisations internationales (Organisation Mondiale de la Santé, Organisation de coopération et de développement économiques) et nationales (Héviva, CURAVIVA, OBSAN, OFSP), et via les références des articles et rapports pertinents.

## 4.2 La re-capacitation : renforcer les capacités fonctionnelles déclinantes

Le Danemark, suivi par d'autres pays européens, a mis sur pied cette intervention intensive, proposée durant 4 à 10 semaines, suite à une hospitalisation ou à une visite préventive à domicile. L'intervention vise à renforcer la capacité à rester à son domicile, par un entraînement aux activités quotidiennes, des exercices physiques, une adaptation du domicile, des moyens auxiliaires et d'assistance, ainsi que des propositions d'activités sociales. Au Danemark, une évaluation avant-après a conclu à une amélioration des capacités fonctionnelles de bénéficiaires et à une meilleure satisfaction au travail parmi le personnel. Il n'y a cependant que peu d'études quant à l'impact pour les bénéficiaires et aux aspects économiques.

## 4.3 Evolution des modèles résidentiels de type EMS

Dès les années 1980, un modèle alternatif d'EMS s'est développé aux Pays-Bas, reposant sur le concept d'établissements plus semblables aux logements privés (« small home model » ou « small houses », connus sous le nom de Green Houses aux USA). Il s'agit typiquement de bâtiments prévus pour accueillir une douzaine de résidents, chacun disposant d'une chambre individuelle avec salle de bains. Les chambres sont regroupées autour des espaces communautaires. Quant à l'organisation des soins, le nombre d'intervenants auprès de chaque résident est réduit pour faciliter un accompagnement plus personnalisé et encourager la participation à des activités et tâches quotidiennes. Dans le même esprit, la méthode Montessori adaptée vise à « faire avec » plutôt que « à la place » du résident pour solliciter les capacités préservées et maintenir les habilités. Ce concept d'hébergement se décline aussi pour les personnes atteintes de démence, complété alors par des éléments architecturaux (p.ex. aménagement facilitant l'orientation, espaces extérieurs faciles d'accès, mais clos), et des activités adaptées et des soins psychogériatriques (modèles **PflegeOase**, **cantou**, **Carpe Diem**, **dementia villages**). Une revue de 14 études a documenté que ces hébergements de type familial offraient des bénéfices par rapport aux EMS traditionnels, en termes de satisfaction des résidents, des proches, ou du personnel, sur certains indicateurs de qualité, ou encore un taux d'admission à l'hôpital inférieur(27). Dans les hébergements pour personnes démentes, il a été observé une diminution des comportements inadéquats, de l'utilisation de médicaments psychotropes et de mesures de contraintes physiques. Ces résultats sont à considérer avec précaution vu le nombre limité de publications, qui relatent souvent des projets pilote menés dans de petits collectifs de résidents.

## 4.4 Les développements technologiques comme support aux soins de longue durée

Divers moyens technologiques sont déjà utilisés dans le cadre du maintien à domicile (télé-alarme...), et il est postulé que les futures générations de personnes âgées seront plus à l'aise avec l'utilisation tels moyens que les seniors d'aujourd'hui. Le développement technologique est perçu

comme à même de soutenir le maintien à domicile en facilitant la communication, en palliant à des capacités physiques déclinantes, mais aussi aux problèmes de déclin cognitif, notamment via les applications de rappels et un soutien sécuritaire. On observe cependant que l'implantation de nouveaux outils comme les senseurs ou robots se fait lentement et il est difficile d'estimer si ce mouvement technologique s'accélérera au cours des prochaines années, notamment en raison de leur coût.

## 4.5 Soins de longue durée – exemples de modèles innovants en Suisse

La plupart des approches innovantes citées ci-dessus ont été adaptées dans des projets-pilotes ou sont en voie de diffusion en Suisse, qu'il s'agisse des prestations renforçant le maintien à domicile, des processus de soins eux-mêmes, ou des structures d'hébergement.

Concernant les soins à domicile, on peut aussi citer le concept d'organisation centré sur la personne Buurtzorg (Exemple : soins à domicile de Zurich et région Ajoie-Ouest, certains soins à domicile privés dans le canton de Vaud). Les équipes soignantes sont petites (env 10 personnes), avec une proportion élevée de personnel diplômé, de manière à pouvoir s'autogérer et se responsabiliser sans organisation hiérarchique. Le client est pris en charge par un nombre de soignants limité si possible à deux personnes, afin de créer une relation plus proche et plus suivie, et de favoriser l'autonomisation du client. Dans cet esprit, les soignants tentent aussi de prévenir la dégradation de son état de santé et d'éventuelles hospitalisations. Le dispositif COGERIA dans le canton de Genève représente une prestation innovante en proposant une évaluation précoce des personnes fragiles à leur domicile dans la perspective de promouvoir leur maintien à domicile par une meilleure coordination interprofessionnelle et une approche préventive, ainsi qu'en anticipant les actions possibles en cas de dégradation de l'état de santé, afin d'éviter des hospitalisations.

Les solutions d'accompagnement et d'hébergement intermédiaires entre domicile et EMS sont une piste prometteuse pour les personnes moins atteintes dans leur santé, pour maintenir l'autonomie de ces personnes le plus longtemps possible. A côté des appartements protégés standard, un nouveau type d'habitat testé notamment dans le canton de Vaud est une colocation spécifiquement prévue pour les personnes atteintes au plan cognitif (Ex : colocation Alzheimer à Orbe et Yverdon). Les appartements accueillent quelques colocataires qui disposent chacun d'une chambre. Une équipe d'accompagnement facilite et sécurise l'implication des colocataires dans les tâches de la vie quotidienne et des activités sociales, tandis que les soins sont fournis par les services d'aide et soins à domicile. Une autre piste pourrait être celle des homes non médicalisés, qui évolueraient vers une sorte de colocation de petits appartements. Comme dans les appartements protégés, des prestations de soins « à domicile » et un accompagnement social seraient proposés. Ce type de home est présent dans certains cantons latins, ainsi qu'en Suisse allemande. On peut aussi citer l'exemple d'habitat intergénérationnel de l'Adret à Genève, qui rassemble sous le même toit des personnes âgées, des personnes avec déficience intellectuelle légère, des étudiants qui s'engagent à fournir certains services, et une crèche, ainsi qu'une structure d'accueil de jour, et diverses prestations de soins et d'accompagnement social.

Dans le cas de personnes démentes devant être hébergées en EMS, l'adoption des principes des « Pflege Oase » est notamment testé à l'EMS L'arbre de vie à Sainte-Croix. La structure vise d'une part à respecter l'autonomie des résidents, d'autre part à leur offrir un environnement rassurant. La description des lieux rend compte de l'importance du jeu de couleurs utilisés, s'inspirant de celles de la nature alentour. Les portes des chambres, pour la plupart individuelles, sont dotées de sonnettes. Le « Dementia village » de Wiedlisbach poursuit les mêmes objectifs d'une autre manière. Les lieux externes sont décorés à l'ancienne, ce qui permet aux résidents d'être moins déboussolés.

Du côté des soins et de l'accompagnement en EMS, plusieurs approches centrées sur la personne coexistent déjà pour personnaliser au mieux la prise en charge et faire en sorte que les résidents se sentent comme à la maison. Par exemple, en 2021, la fondation SAPHIR a choisi de tester un nouveau type de fonctionnement (EMS Montchoisi à Orbe). Dans les grandes lignes, les professionnels ne portent pas d'uniformes, les résidents participent aux choix d'activités et à la réalisation de tâches du quotidien. Leurs horaires de repas et sommeil sont respectés autant que possible. D'autres EMS appliquent la méthode Montessori adaptée, telle que décrite ci-dessus.

Finalement, plusieurs exemples témoignent du souhait de mieux intégrer les EMS dans le système de soins et dans la communauté. Deux cantons ont notamment des projets de **soins de transition dans les EMS**. En Valais, il s'agit d'une prise en charge cogérées entre les unités de gériatrie hospitalière et les EMS, ainsi qu'une certification de qualité de soins dans les EMS. A Fribourg, le projet consiste à poursuivre la réadaptation de certains patients aux besoins légers, et en visant leur retour à domicile. On peut aussi citer l'exemple de certaines régions vaudoises excentrées qui ont opté pour une fusion entre leur hôpital, les soins à domiciles et les EMS, avec un bénéfice en termes d'intégration des services et de trajectoire de soins, grâce à la mutualisation des ressources. Par ailleurs, les EMS du canton de Vaud peuvent désormais faire appel à une équipe mobile pour la prise en charge de troubles psychiatriques aigus, et à une permanence téléphonique incluant un médecin pour la gestion des urgences.

D'autres formules sont mises sur pied pour mieux s'adapter à la diversité sociale et culturelle des personnes âgées ayant besoin d'aide et soins. Par exemple, il existe en Suisse alémanique plusieurs EMS qui offrent une prise en charge de type « méditerranéen », en favorisant la communication dans la langue maternelle des résidents, et en adaptant les menus, les repas, les activités, et les fêtes à l'origine des résidents, (par exemple: Pflegezentrum Erlenhof, Zurich). Concernant l'hébergement en EMS des seniors LGBT, en complément à des actions visant à rendre l'accueil de la population LGBT âgée plus inclusive dans les structures existantes, l'adaptation d'un EMS est en voie de concrétisation à Zurich, avec une partie des unités qui y sera dédiées.

De nombreux EMS évoluent vers des structures d'accompagnement médico-social plus polyvalentes, intégrant des lits d'hébergement, un centre d'accueil temporaire et des logements protégés, autour d'une place ou d'un espace vert. Certains accueillent également des espaces ouverts à la population et proposant des services (commerce, restaurant public, locaux associatifs,..) ou encore une crèche ou un accueil para-scolaire dans le but de favoriser les contacts intergénérationnels. Dans cet esprit, le Tessin a décidé d'appliquer le modèle CURAVIVA qui place l'EMS au centre de la communauté et envisage que les EMS fournissent des soins à domicile.

## 4.6 Conclusion

Cette synthèse conclut qu'il n'y a actuellement pas de modèle unique ni révolutionnaire concernant la prise en charge des personnes âgées ayant besoin d'aide et soins. Les concepts développés à l'étranger sont déjà implantés à une échelle plus ou moins large dans les soins à domicile et les EMS en Suisse. Il y a encore un potentiel significatif d'amélioration de l'offre médico-sociale en disséminant à plus large échelle les projets plus novateurs, et en répliquant les modèles les plus probants dans tous les cantons. Au niveau des soins à domicile, les initiatives permettant d'optimiser la coordination des soins et les trajectoires des personnes âgées seront essentielles, tandis que les EMS bénéficieront du développement de prestations de soutien (p.ex : équipes mobiles de soins palliatifs, centrale téléphonique de gestion des urgences en EMS, ...), et devront poursuivre leur diversification pour offrir des modèles d'hébergement plus flexibles.

Par ailleurs, on peut noter en Suisse une offre encore limitée en appartements protégés, avec une grande diversité en ce qui concerne le niveau d'encadrement (social/infirmier), le lien avec les institutions de soins à domicile, et même les aides financières. La majorité des logements « usuels », même ceux construits dans les dernières décennies, n'ont pas été pensés pour les difficultés de mobilité et leur adaptation peut être coûteuse, en dépit du développement de nombreuses solutions (rampe d'accès, découpe pour porte de baignoire, aplanissement des seuils). Finalement, des contraintes légales et financières constituent aussi un frein au développement de certaines offres.

## 5 Cadre légal encadrant les soins de longue durée en Suisse

Les soins de longue durée regroupent plusieurs organisations, publiques ou privées, et prestations qui relèvent tant du domaine social, médico-social que de celui de la santé. On décrit classiquement sous cette appellation l'aide et les soins à domicile et l'hébergement en institution médico-sociale. Mais à cela s'ajoute une dimension de protection sociale pour la personne et un soutien plus global à la vieillesse, avec également un soutien aux proches aidants. En Suisse les domaines de santé relèvent majoritairement de la responsabilité des cantons, mais ils dépendent aussi d'éléments de régulation fédérale, notamment autour de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal). Voici une brève synthèse.

### 5.1 Les bases constitutionnelles de la Suisse

La Suisse est un Etat fédéral, régit depuis 1848 par une Constitution qui stipule que « les cantons sont souverains, en tant que leur souveraineté n'est pas limitée par la constitution fédérale et exercent tous les droits qui ne sont pas délégués à la Confédération » (art. 3 Constitution fédérale). Les cantons suisses sont donc souverains et responsables de toutes les tâches attribuables à un Etat, sauf celles qu'ils ont décidé, ensemble, de déléguer à la Confédération.

Dans le domaine de la santé on peut ainsi trouver plusieurs compétences spécifiques attribuées comme « tâches santé » fédérale : l'assurance maladie et assurance accident, la gestion des épidémies, la formation des professionnels de santé, le contrôle des agents thérapeutiques, ou encore la protection contre les produits chimiques ou ionisants. Mais ce sont bien les cantons qui sont responsables de la santé de leur population et de l'organisation de leur dispositif de santé et soins sur leur territoire.

En ce qui concerne les soins de longue durée, les cantons ont spécifiquement la responsabilité de mettre en œuvre des soins à domicile (Art. 112c Constitution : Les cantons pourvoient à l'aide à domicile et aux soins à domicile en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées) et de l'aide à la vieillesse (Art. 112c Constitution).

La Confédération est par contre responsable de mettre en œuvre un système de sécurité sociale composé d'un réseau d'assurances couvrant les risques sociaux par des prestations financières (sous forme de rentes, d'allocations pour perte de gain ou d'allocations familiales) ou par la prise en charge des coûts en cas de maladie ou d'accident. La Confédération doit ainsi prendre des mesures afin d'assurer une prévoyance vieillesse, survivants et invalidité suffisante (art 111 Constitution) et assurer la couverture nécessaire par des prestations complémentaires (art.112a Constitution).

Dans ce contexte, les cantons ont établi au fil du temps tout un corpus de lois et de règlements permettant d'assumer ces responsabilités, dans le respect du droit fédéral. Les cantons ensuite délèguent plus ou moins de compétences à d'autres collectivités, notamment aux communes.

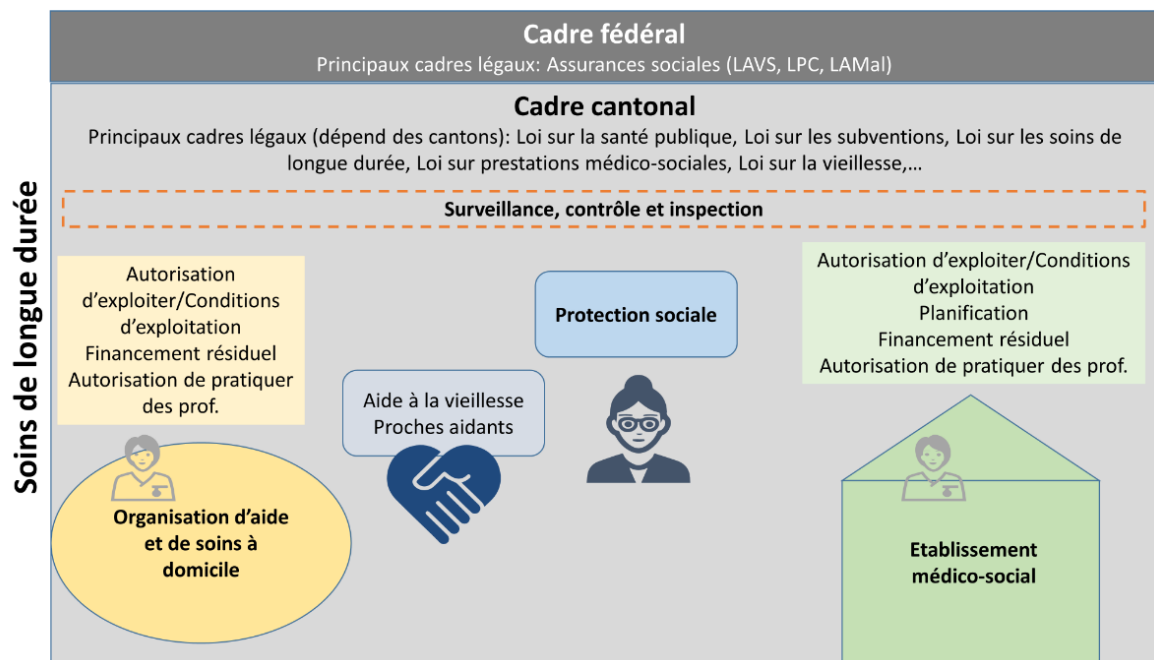
L'Etat social suisse porte ainsi l'empreinte du fédéralisme. La Confédération n'a qu'un rôle mineur à jouer dans le cadre du développement des soins de longue durée. **Les cantons et les communes ont la possibilité de faire œuvre de pionnier dans le développement de l'Etat social.**

## 5.2 Rôle de l'Etat cantonal et cadres principaux de régulation des soins de longue durée

La figure suivante schématise les différents éléments de cadrage/régulation du domaine des soins de longue durée. On peut distinguer :

- La régulation autour des soins à domicile
- La régulation autour des institutions médico-sociales
- La protection sociale, l'aide à la personne et l'aide à la vieillesse

Figure 19 Cadre légal et régulation relatifs au domaine des soins de longue durée



Ces éléments sont présents dans différents corpus de lois selon les cantons. Certains cantons délèguent aussi en grande partie ces éléments de régulation aux communes.

Néanmoins on trouve des similitudes en termes de responsabilité de l'Etat cantonal. En synthèse, on peut retenir les éléments suivants :

- L'Etat cantonal a un devoir constitutionnel de maintenir sa population dans le meilleur état de santé possible et d'organiser son dispositif de santé et de soins afin de garantir l'accès à des soins de qualité. En ce sens, l'Etat cantonal doit assumer les mêmes responsabilités que n'importe quel Etat en termes de système de santé.
- L'Etat cantonal doit réaliser une planification de l'offre médico-sociale.
- L'Etat cantonal doit autoriser les professionnels de santé.
- L'Etat cantonal doit reconnaître et autoriser l'exploitation des institutions de soins à domicile et d'hébergement et définir les conditions d'exploitation.
- L'Etat cantonal peut confier des tâches aux institutions de droit public.
- L'Etat cantonal doit exercer une surveillance et un contrôle.
- L'Etat cantonal doit contribuer au financement des soins
- L'Etat cantonal doit fixer les tarifs des soins à domicile.
- L'Etat cantonal est en charge de la protection sociale.
- L'Etat cantonal peut compléter le dispositif LPC établi au niveau fédéral.

## 5.3 Financement de l'hébergement de long séjour

Il y a globalement trois sources de financement des établissements médico-sociaux :

- Le financement des soins découle de l'article 25a LAMal qui prévoit que le financement se base sur le besoin en soins requis du bénéficiaire. L'OPAS détermine 12 niveaux de soins (par tranches de 20 minutes). Le financement est assuré par les trois entités suivantes :
  - L'assurance maladie obligatoire des soins en fonction du tarif fixé dans l'OPAS;
  - Le résident par la participation aux soins qui est plafonnée légalement à 20% de la contribution maximale de l'assurance maladie, soit au maximum (CHF 23.- par jour);
  - Le canton qui doit déterminer le 100% des coûts par classe qui doit prendre à sa charge le solde du financement des soins requis (financement résiduel). Certains cantons ont fixé dans leur législation des niveaux de soins supplémentaires pour les patients nécessitant plus de 240 minutes de soins par jour.



- Le financement des prestations socio-hôtelières et d'accompagnement, avec un tarif socio-hôtelier pour le long séjour défini au niveau cantonal (par exemple sur la base du modèle SOHO), qui est à la charge du résident. Le montant journalier est en principe fixé par le canton. Les bénéficiaires qui ne disposent pas des ressources financières suffisantes peuvent solliciter les prestations complémentaires. Dans chaque canton, on observe des mécanismes un peu différents pour fixer les forfaits socio-hôtelières et les aides financières qui en découlent. Selon les législations cantonales, les établissements peuvent refacturer, en sus des financements prévus, le montant des allocations pour impotent (AVS/AI/LAA) perçus par les bénéficiaires en raison de l'aide et de la surveillance personnelle particulière dont ils ont besoin.
- Des subventions cantonales ou communales versées directement aux institutions (pas liées aux bénéficiaires) sont mises en place dans certains cantons et pour certaines institutions. Les disparités sont grandes pour cette dernière source de financement.

## 6 Principales problématiques identifiées par les experts cantonaux en lien avec les soins de longue durée - hébergement des cantons latins

Les problématiques prioritaires rencontrées par les cantons ont été identifiées lors des discussions au sein du groupe d'experts et lors d'entretiens individuels avec chaque représentant cantonal sont listées ci-après.

- **Constat 1 : L'intégration des dispositifs de soins de longue durée n'est pas effective**

- Les trajectoires de soins sont parfois chaotiques, il persiste un manque d'anticipation
- L'accès aux soins et les critères d'éligibilité à l'entrée en EMS ne sont pas transparents
- La coordination entre les services est difficile en raison de la fragmentation du système de santé

Les EMS sont des lieux de vie qui dispensent des soins de plus en plus complexes mais ils sont souvent mal intégrés dans les réseaux de soins. L'accès aux soins spécialisés et aux services sociaux ainsi que l'intégration et la coordination des différents services pour la personne âgée pourraient être améliorés afin d'assurer une prise en charge optimale et éviter des hospitalisations inopportunes. Par ailleurs, dans le contexte de pénurie de ressources qui s'annonce, notamment en termes de nombre de lits et de personnel qualifié, il y a la nécessité de faire évoluer les critères justifiant une entrée en EMS, afin d'assurer l'accès aux soins nécessaires aux personnes qui en ont le plus besoin.

- **Constat 2 : La réglementation et les exigences par rapport aux institutions médico-sociales d'hébergement doivent être précisées**

- La gouvernance des institutions
- Les missions
- Les dotations minimales et la manière de les calculer
- Les compétences des professionnels
- La qualité des soins

Les situations cliniques des résidents d'EMS seront de plus en plus lourdes et nécessiteront un encadrement et des compétences plus élevés. Actuellement les critères posés aux institutions ne sont pas assez exigeants, notamment pour la gouvernance médicale et des soins. Globalement les

exigences par rapport à la gouvernance devraient évoluer. Des réflexions sont aussi nécessaires pour redéfinir les missions et les rôles des institutions d'hébergement. Un monitoring plus précis de ce secteur est nécessaire, de même que le développement d'indicateurs de qualité des soins. Enfin, les compositions d'équipes et les compétences nécessaires, tenant compte de la pénurie du personnel, devraient être revues.

- **Constat 3 : Les conditions cadres de l'Etat cantonal doivent s'adapter**

- Gouvernance par l'Etat
- Financement
- Planification

L'Etat cantonal devrait clarifier sa vision et son organisation pour le déploiement de soins de longue durée plus efficaces, y compris en déléguant des tâches aux communes. Le financement des soins de longue durée devrait être aussi adapté à l'évolution des besoins des résidents.

Les experts cantonaux ont également souvent fait état des difficultés en lien avec les règles LAMal en vigueur et les difficultés à faire complètement évoluer les dispositifs de soins de longue durée au niveau cantonal dans ce cadre-là. Toutefois, au vu des enjeux, les cantons entendent assumer au maximum leurs responsabilités et réformer et adapter les dispositifs dans la mesure de leurs possibilités. Même si de nombreux projets de réforme du financement sont en discussion au niveau national, aucun de ces projets ne permettra d'appréhender plus globalement la question du financement des soins de longue durée. Les experts restent ainsi convaincus de l'importance d'avancer et d'établir à leur niveau cantonal un référentiel commun.

# 7 Lignes directrices et recommandations pour un modèle de soins de longue durée - hébergement médico-social dans les cantons latins

## 7.1 Préambule

Avant de traiter spécifiquement les lignes directrices, voici quelques considérations et éléments de cadrage :

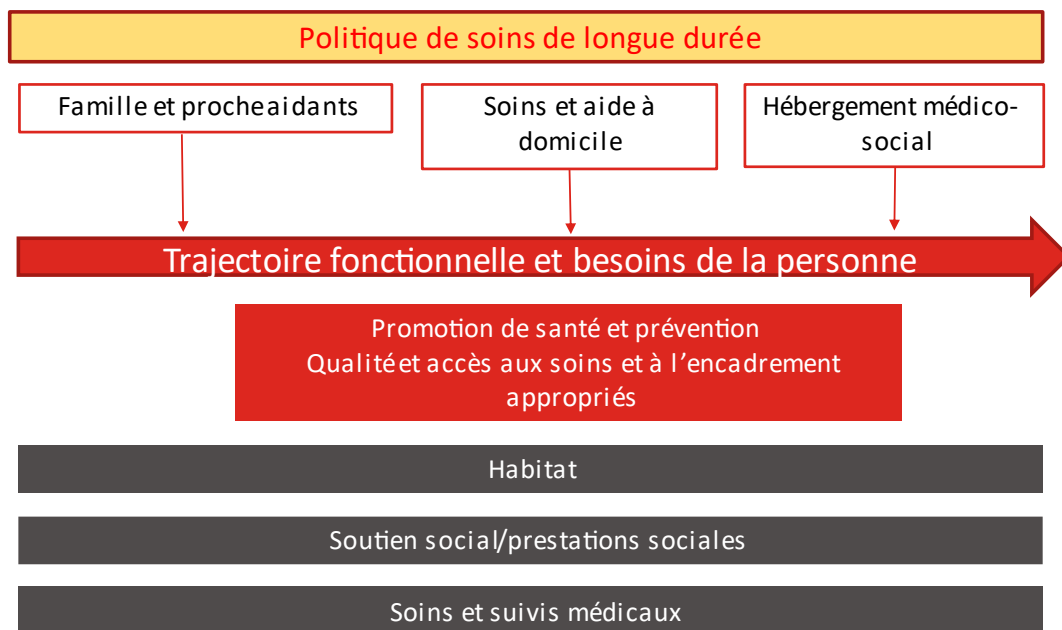
- Population concernée par les soins de longue durée : Les soins de longue durée s'adressent aux personnes qui ne sont plus, en raison de leur âge avancé, d'une maladie ou d'un handicap, en mesure d'assumer seules tous les actes de la vie quotidienne et nécessitent des soins, de l'aide et de l'accompagnement. Du fait de l'évolution de maladies ou du vieillissement, certaines personnes évoluent progressivement vers des difficultés fonctionnelles et un handicap. Ces difficultés peuvent toucher des fonctions physiques (difficultés de mobilisation, par exemple la marche, ou difficultés de mobilisation des membres, par exemple les bras), psychiques ou cognitives (par exemple démence de type Alzheimer ou état dépressif ou anxieux).
- Une dimension évolutive des besoins : En général, l'évolution des maladies ou du vieillissement est progressive et les besoins des personnes évoluent au cours du temps. Il peut s'agir au départ d'une simple aide ou guidance (typiquement assumée par des proches) qui évolue par la suite vers des besoins quotidiens liés aux soins personnels et à la mobilité (qui nécessitent l'intervention de professionnels).
- Des besoins médicaux, psychologiques, sociaux et spirituels : La conception des soins qui doivent être apportés aux personnes en situation de dépendance doit être large. Les soins doivent être globaux et prendre en compte non seulement les besoins de soins (soins personnels, soins médicaux) mais aussi les besoins psychologiques, sociaux et spirituels des personnes concernées. Les personnes n'ont pas uniquement besoin de soins de base, mais elles ont aussi besoin d'être entourées, de maintenir des liens sociaux et de bénéficier de soutien spirituel.
- Une forte responsabilité éthique dans les soins de longue durée : La prise en charge de personnes vulnérables implique une forte responsabilité éthique et sociale de la part de l'Etat et des différents acteurs impliqués dans les dispositifs. La protection de l'autonomie, de l'intégrité et de la dignité des personnes est essentielle et c'est un droit fondamental constitutionnel.
- La fin de la vie et la mort comme des domaines de soins et d'accompagnement à renforcer: On ne peut traiter la question des soins de longue durée sans traiter la question de la fin de

vie. Lorsqu'on entre en EMS, on sait que c'est pour y rester jusqu'à la mort. La question de la fin de vie et de la mort doivent donc non seulement être thématiques mais aussi accompagnées avec expertise.

Ainsi **les soins de longue durée** désignent globalement tous les soins et l'encadrement de personnes en situation de dépendance sur le long terme.

Le schéma suivant décrit ce continuum de soins de longue durée.

**Figure 20 Le continuum des soins de longue durée**



La flèche montre l'évolution en termes de besoins des personnes en fonction de l'évolution de l'état de santé et l'état fonctionnel. On identifie trois étapes-clés dans cette trajectoire :

- Etape 1 : l'implication de la famille et des proches (soins informels) aux stades débutants de la dépendance fonctionnelle, les besoins peuvent en général être assumés par les proches directs.
- Etape 2 : le soutien à domicile avec des prestations d'aide (soins, repas, ménage) devient nécessaire pour permettre le maintien à domicile.
- Etape 3 : l'hébergement de courte ou longue durée devient nécessaire lorsque le maintien à domicile n'est plus possible, malgré les aides apportées.

Tout au long de ce continuum les questions de logement (conditions, adaptations) et d'accès aux prestations sociales doivent être régulièrement évalués et adaptés. Des soins médicaux de qualité (urgents, ambulatoires ou hospitaliers, spécialisés ou généraux) doivent également être accessibles et jouent un rôle très important pour améliorer les prises en charge chroniques et prévenir le déclin fonctionnel.

Les personnes bénéficiaires naviguent entre les différents dispositifs de soins à domicile ou d'hébergement en fonction du temps et de leurs besoins. Comme le montrent les projections de l'OBSAN (voir chapitre 3.2.2)(15), il y a un effet de vases communicants entre les différents dispositifs. Le renforcement d'un type de services (par exemple les soins à domicile) diminue le recours à d'autres dispositifs (par exemple l'EMS).

Pour poursuivre la réflexion sur les soins de longue durée, deux cadres de recommandations sont présentés en *annexe 1*, plus précisément le modèle de l'OMS sur les soins de longue durée et la synthèse d'un groupe national d'experts ayant édicté des recommandations pour le secteur hébergement (analyse post COVID).

## 7.2 Ligne directrice 1 : Aller vers une politique cantonale des soins de longue durée qui intègre les différents dispositifs existants

L'hébergement n'est que la dernière offre d'un dispositif plus complexe et une politique globale des soins de longue durée pour répondre au vieillissement de la population est nécessaire pour garantir la bonne utilisation des différentes ressources et notamment celles de l'hébergement.

### Recommandations 1 : Etablir une politique médico-sociale pour les soins de longue durée au niveau cantonal (adoptée par le législatif)

Une politique publique devrait être rédigée et comprendre les éléments suivants :

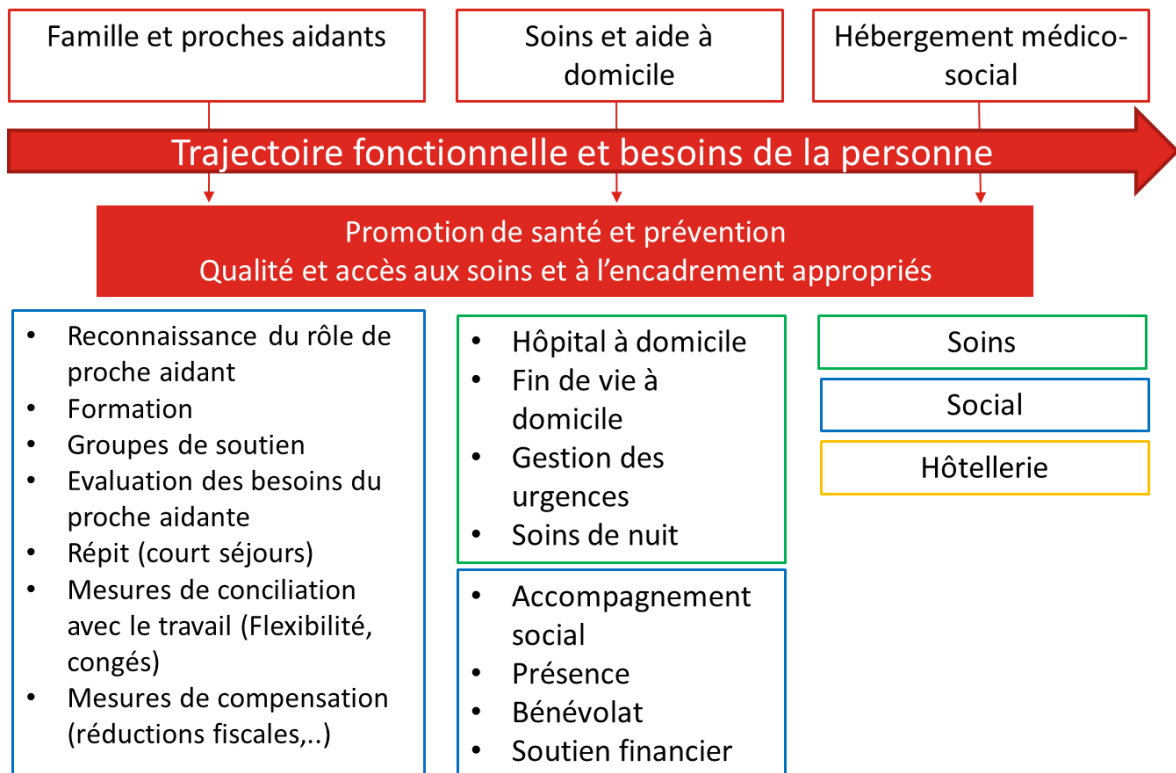
- La description du **contexte** et des **enjeux** liés au vieillissement démographique dans le canton.
- L'estimation et **projection** de la croissance des besoins de soins de longue durée dans le canton.
- L'identification des **principales politiques publiques concernées** par les soins de longue durée, notamment celles concernant :
  - L'habitat / le logement
  - Les prestations sociales
  - Les proches aidants
  - L'aide et soins à domicile

- L'hébergement
  - L'organisation du dispositif de soins médicaux communautaires (y compris d'urgence) et hospitaliers
  - La planification et la formation de professionnels de la santé et du social
- La mise en place d'une **gouvernance** permettant de piloter ces différentes politiques publiques de la manière la plus cohérente possible. L'Etat, les principaux acteurs des soins de longue durée et les associations concernées et représentantes des patients devraient être parties prenantes de la gouvernance.
  - L'élaboration de **scénarios de réponse aux besoins** de soins de longue durée avec une projection financière. Le financement des soins de longue durée devrait pouvoir accompagner la mise en œuvre de politiques publiques mieux coordonnées afin d'optimiser les trajectoires des patients. Les incitatifs devraient être cohérents étant donné qu'un renforcement d'un type de service pourrait être associé à une plus faible pression dans la demande d'un autre service et vice-versa.
  - La mise en place d'un système de **pilotage** avec des indicateurs. Le monitoring des politiques de soins de longue durée (par ex. soutien des proches aidants, le renforcement de l'aide et des soins à domicile) devrait être mis en place afin d'observer l'adéquation entre le déploiement des politiques et la réelle utilisation des services.
  - La **priorisation** d'actions.
  - L'**évaluation** de la politique de soins de longue durée.

### 7.3 Ligne directrice 2 : Renforcer les politiques publiques en faveur du maintien à domicile

Le schéma précédent peut être complété par les différentes prestations sociales, médico-sociales et sanitaires qui pourraient être renforcées afin d'optimiser la trajectoire des personnes bénéficiant de soins de longue durée et favoriser le maintien à domicile dans de bonnes conditions (schéma). Ces domaines spécifiques doivent venir en complémentarité de mesures plus globales de cohésion sociale et favorisant le « bien vieillir ». De plus, les mesures générales de promotion de santé et la prévention restent fondamentales pour maintenir au mieux l'état de santé et les capacités fonctionnelles en faveur des personnes âgées et de mesures plus globales de cohésion sociale et de « bien vieillir ». S'agissant de personnes ayant besoin de soins de longue durée, les mesures de prévention secondaire (en particulier le contrôle des maladies chroniques), voire tertiaire, sont prépondérantes. Il s'agit en parallèle de poursuivre des mesures de promotion de la santé et de prévention primaire, qui devraient être initiées dès l'enfance et poursuivies tout au long de la vie pour, in fine, favoriser le « bien vieillir ».

**Figure 21 Prestations sociales, médico-sociales et sanitaires qui pourraient être renforcées afin d’optimiser la trajectoire des personnes**



Note: les pistes relatives au domaine social/d'accompagnement sont encadrées en bleu, celles qui concernent le domaine des soins en vert, et celles en lien avec les aspects de l'hôtellerie en jaune

## **Recommandation 2 : Renforcer les politiques publiques en faveur du maintien à domicile**

### **Recommandation 2.1 : Renfort du soutien aux proches aidants**

Etant donné la diminution attendue du nombre de proches aidants dans le futur lié à un nombre d'enfants par famille plus bas, une distance accrue entre les proches et les bénéficiaires, une moins grande disponibilité des femmes par une plus grande participation dans le monde du travail(28), il est nécessaire de rendre cette activité plus attractive et de l'accompagner au mieux.

Afin d'encourager les proches à occuper ces fonction d'aidants tout en préservant au maximum leur santé (mentale et physique), certaines mesures peuvent être mises en place:

- Reconnaissance du rôle de proche aidant.
- Formation sur les principales problématiques liées au vieillissement et/ou ciblée sur les problèmes du proche.
- Participation aux groupes de soutien et évaluation des besoins du proche aidant.
- Mesures de soulagement du proche (p.ex. accueil de jour/nuit et court-séjours).



- Mesures de conciliation avec le travail (flexibilité dans les horaires, congés supplémentaires).
- Mesures de compensation financières (réductions d'impôts/primes d'assurances/retraite anticipée).
- Financement des prestations fournies par les proches aidants.

#### Recommandation 2.2 : Renfort des prestations de soins à domicile dans le domaine médical

Les services d'aides et soins à domicile sont essentiels et peuvent encore être développés pour notamment optimiser les trajectoires et permettre un maintien à domicile au plus long cours. La dimension d'anticipation et d'évaluation précoce des besoins est essentielle. Si les prestations réalisées par les soins à domicile permettent de compenser au quotidien les déficits fonctionnels des personnes (aide à la toilette, à l'habillage ou pour la gestion des médicaments par exemple), les dispositifs pour garantir les suivis médicaux sont plus lacunaires. Dans la plupart des cantons les visites médicales à domicile sont insuffisantes et la disponibilité des médecins de premier recours trop faible pour réaliser un suivi optimum à domicile. Ceci se traduit souvent par des visites de médecins de garde, en semi-urgence, qui ne connaissent pas la personne et qui ont tendance à orienter plus rapidement le patient vers les urgences de l'hôpital, avec risque accru d'être hospitalisé, par défaut de sécurité et de capacité de retour à domicile avec prise en charge renforcée.

Pour compenser ce déficit il est recommandé de :

- Développer des programmes **d'hospitalisation à domicile** comme alternative à l'hôpital : une hospitalisation au grand âge dans son milieu de vie permet de réduire le déclin fonctionnel observé en milieu stationnaire (meilleur maintien des performances fonctionnelles). Il y a donc moins de risque d'institutionnalisation à l'issue de l'hospitalisation.
- Développer des programmes pour permettre la **fin de vie à domicile** : c'est le souhait de nombreuses personnes. Or la plupart du temps cela n'est pas possible en terme d'organisation des services et on assiste dans les derniers mois de vie à des hospitalisations en soins aigus parfois multiples(29).
- Développer des programmes de **réponse à l'urgence** : une bonne évaluation des situations d'urgences à domicile permet de bien évaluer le besoin d'hospitalisation et éviter des hospitalisations « par défaut ». Or une hospitalisation pour une personne âgée l'expose à un risque de déclin fonctionnel plus rapide et une perte d'autonomie qui peut la conduire à une institutionnalisation. En 2020, 35% des entrées en EMS en suisse provenaient de l'hôpital, ce pourcentage dans les cantons latins varie entre 22% (JU) et 48% (VD) (données © 2021 OFS - Statistique des institutions médico-sociales).
- Permettre la permanence des soins notamment par des **soins de nuit** : si les soins et les présences peuvent en général être organisés durant la journée, c'est souvent plus difficile la nuit. Il est donc important de développer ces prestations pour permettre le maintien à domicile et éviter encore une fois l'hospitalisation.

Pour développer ces programmes il est important de collaborer étroitement avec les médecins de premier recours, les soins à domicile et les hôpitaux. Des équipes infirmières peuvent permettre la mise en œuvre de ces prestations, telle que l'expérience dans le canton de Vaud l'a montrée.

#### Recommandation 2.3 : Renfort des prestations de soins à domicile dans le domaine social et spirituel

Le dernier champ de renfort concerne l'amélioration des prestations d'aides et de soins à domicile dans le domaine de l'accompagnement social et spirituel. Aujourd'hui les prestations sociales sont souvent entendues comme des prestations administratives et financières. Or la dimension du travail social est essentielle et permettrait de développer les compétences d'accompagnement des personnes fragilisées. De plus le soutien spirituel est également une composante importante au maintien de l'autonomie de la personne et au renfort de sa capacité à faire face aux difficultés.

Il s'agirait en particulier de développer :

- Des capacités d'évaluation et de suivi des besoins sociaux et spirituels (assistants sociaux et accompagnants spirituels).
- Des capacités de présence, notamment en cas de démence, et notamment la nuit, souvent synonyme de difficultés et donc liée à un risque de transfert aux urgences.
- Du bénévolat, des liens avec les communautés, des conciergeries sociales.
- L'amélioration du soutien financier : des forfaits devraient être développés permettant aux personnes de pouvoir bénéficier des différentes aides nécessaires (notamment dans le domaine social, de veille de nuit ou d'aide aux repas et au ménage). De la même manière que lorsqu'une hospitalisation est nécessaire, les dimensions hôtelières sont prises en compte, il paraît nécessaire de soutenir financièrement la personne pour faire face, en cas de nécessité à du support hôtelier tel que des repas ou du ménage. Il faut garder en tête qu'un maintien à domicile coûte globalement moins cher qu'une hospitalisation, avec un meilleur rapport coût-efficacité. Ceci est encore renforcé si l'on retarde l'institutionnalisation ne serait-ce que de quelques semaines ou mois.

## 7.4 Ligne directrice 3 : Réguler l'usage des lits d'hébergement

Dans la perspective d'un continuum des soins de longue durée, l'établissement de critères d'admission pour l'entrée en hébergement permet de prioriser l'utilisation des lits d'hébergement pour celles et ceux qui en ont le plus besoin. Ces ressources seront de plus en plus rares au vu de l'augmentation des besoins. De tels critères permettent aussi de réguler l'ensemble du développement des soins de longue durée et d'inciter fortement au renfort des dispositifs de soutien du maintien à domicile.

Différents modèles de régulation de **l'éligibilité de l'entrée en hébergement** ont été identifiés au niveau international :

- Une absence de régulation : aucune instance n'a le contrôle direct sur l'utilisation des ressources. Dans ces situations les critères prioritaires d'admission ne sont pas transparents et cela donne aux responsables d'établissement des pouvoirs décisionnels étendus qui peuvent négativement impacter sur l'équité d'accès aux soins. C'est le cas en Suisse en général.
- Un modèle « technique » qui prévoit l'utilisation de scores pour déterminer l'éligibilité aux prestations et notamment au financement. Ces modèles sont développés dans des pays qui ont déjà déployé largement des outils d'évaluation globale dans les secteurs des soins de longue durée (aide et soins à domicile et hébergement). Ce type de modèle a l'avantage d'utiliser une évaluation standardisée et objective. Toutefois les outils utilisés ne parviennent souvent pas à donner une vision globale des besoins du patient et à bien analyser tous les éléments permettant de comprendre quel service de soins de longue durée serait le plus approprié pour le patient à un moment donné. De plus il s'agit d'un modèle rigide, lié aux aides financières où les personnes qui n'atteignent pas un certain seuil n'ont pas droit au financement/service (effet de seuil). Il existe donc un risque d'exclusion de patients « non éligibles » qui ne peuvent plus rester à domicile et pour lesquels des structures ad hoc, alternatives aux EMS, devraient être créées.
- Un modèle « mixte » clinique et technique basé sur des critères d'impossibilité de maintien à domicile: ce modèle se base sur le principe du continuum des soins de longue durée et l'éligibilité à l'entrée en EMS est basée sur l'impossibilité du maintien à domicile malgré les aides et les renforts possibles. Ce type de modèle se base sur une évaluation standardisée mixte « technique » (avec des instruments standardisés) et « clinique » permettant d'avoir une large vision dans l'identification des personnes éligibles. Cela permet de garantir la réponse au besoin d'hébergement parmi l'ensemble de patients avec des profils potentiellement très différents les uns des autres, y compris les personnes en amont de l'âge AVS.

Sur la base de ces éléments, les recommandations suivantes sont faites.

### **Recommandation 3 : Mettre en place une régulation de l'utilisation des lits d'hébergement**

#### **Recommandation 3.1 : Elaborer les bases légales pour la régulation de l'admission en EMS**

En sus des responsabilités actuelles cantonales à l'égard des soins de longue durée (planification de l'offre médico-sociale, autorisations, surveillance et contrôle, contribution au financement), l'Etat cantonal devrait élaborer les bases légales permettant de poser le principe d'une régulation des conditions d'éligibilité pour l'entrée en institution.

En ce sens, l'Etat devrait affirmer sa légitimité à intervenir dans le fonctionnement d'un dispositif en grande partie constitué d'institutions privées. Les principaux éléments soutenant cette décision sont les suivants (sous réserve d'analyses juridiques plus approfondies) :

- L'Etat cantonal a un devoir constitutionnel de maintenir sa population dans le meilleur état de santé possible et d'organiser son dispositif de santé et de soins afin de garantir l'accès à des soins de qualité pour toute sa population.
- L'Etat cantonal doit réaliser une planification de l'offre médico-sociale qui réponde aux besoins de sa population et en ce sens il est responsable de garantir que ce dispositif accueille bien les personnes qui en ont besoin.
- L'Etat cantonal contribue au financement des soins en hébergement et en ce sens est légitime pour garantir que ce financement est bien alloué aux personnes nécessitant un hébergement.

### Recommandation 3.2 : Définir les critères d'éligibilité à l'hébergement et les principes d'évaluation

Dans le principe d'un continuum des soins de longue durée, l'éligibilité à l'entrée en hébergement dépend des capacités et des conditions du maintien à domicile. Dans cette situation, l'Etat devrait définir un **processus d'évaluation et des critères** pour l'entrée en hébergement. Dans cette optique, le groupe fait les recommandations suivantes :

- L'Etat est responsable du processus d'évaluation permettant d'établir l'éligibilité à l'entrée en hébergement. La responsabilité de l'admission n'appartient donc plus à l'institution d'hébergement elle-même mais est neutre et équitable.
- La décision d'entrée en hébergement se fait sur la base du constat d'une impossibilité de maintien à domicile, malgré les supports et aides existants. Il s'agit donc de critères « d'exclusion » davantage que de critères « d'inclusion » (critères définissant l'éligibilité).
- Une méthode d'évaluation est définie : afin de définir la meilleure prise en charge des besoins du patient et d'identifier quand le maintien à domicile n'est plus possible et donc quand une institutionnalisation serait appropriée, il est envisagé la réalisation d'une évaluation multidimensionnelle standardisée et clinique. Cette évaluation devrait être basée sur une évaluation clinique structurée, par exemple basée sur des outils déjà utilisés dans la routine (i.e. interRAI Home Care) et qui permettent une évaluation fonctionnelle globale (notamment physique, cognitive et psychologique). Mais cette évaluation devrait également être complétée par une dimension clinique singulière permettant de bien comprendre et évaluer le support reçu par le patient, ses préférences et son environnement. La mise en place d'une telle évaluation devrait faire l'objet d'un projet pilote en amont permettant de tester des éléments de pertinence et de faisabilité.
- Les professionnels responsables de ce processus d'évaluation sont identifiés. Cette évaluation devrait être conduite par des infirmières ayant reçu une formation ad hoc. Une structure mandataire de l'Etat pourrait avoir la mission de réaliser ces évaluations multidimensionnelles visant à établir la meilleure prise en charge des besoins du patient et donc l'éligibilité potentielle à entrer en hébergement si le maintien à domicile n'est plus possible.
- L'Etat met en place un monitoring et un pilotage de ce processus. Ce système de pilotage devrait faire partie intégrante du monitoring global des soins de longue durée

(recommandation 1). Il devrait permettre d'évaluer en continu les besoins de la population concernée, soit en termes de renfort des prestations et du soutien à domicile soit en besoin de lits d'hébergement. Ce monitoring permet en outre de gérer de manière transparente et équitable une liste d'attente et une priorisation des situations.

- Le financement par l'Etat est lié au principe d'éligibilité.

## 7.5 Ligne directrice 4 : Faire évoluer le cadre réglementaire encadrant les institutions d'hébergement

Les institutions d'hébergement de longue durée portent une lourde responsabilité face à la prise en charge de personnes particulièrement vulnérables. Les institutions sont pour la grande majorité privées et il existe une très grande diversité d'acteurs allant de petites fondations à des grands groupes internationaux. La multiplicité des acteurs rend le partenariat entre Etat et acteurs parfois distendu ou difficile. L'Etat doit donc être clair sur les missions et les attentes qu'il porte à l'égard de ces institutions qui doivent garantir un très haut niveau de prestations pour cette population particulièrement vulnérable. Les récents scandales de maltraitance dans des pays voisins montrent l'importance d'une régulation claire dans ce domaine.

### **Recommandation 4 : Mettre en place un cadre réglementaire définissant les missions et les exigences à l'égard des institutions d'hébergement**

Recommandation 4.1 : Revoir le cadre réglementaire définissant les missions des institutions d'hébergement

Dans l'esprit du continuum des soins de longue durée, les missions des établissements devraient être larges et flexibles. Un système trop rigide avec des missions trop spécifiques exclurait d'emblée un certain nombre de patients avec des profils plus atypiques (ex. patients plus jeunes ou problématiques de handicap mental par exemple). Dans le principe d'un hébergement qui doit répondre à l'impossibilité d'un maintien à domicile, les missions des établissements doivent donc être davantage flexibles pour pouvoir prendre en charge l'hétérogénéité des besoins des personnes *âgées ou non*. Les missions doivent être générales afin de répondre aux besoins de la population éligible.

- Par définition les besoins des résidents évoluent au cours du temps et ceux-ci peuvent changer plusieurs fois lors d'un long-séjour (soins de réadaptation, soins palliatifs ou santé mentale par exemple). Afin d'avoir toujours une bonne prise en charge du patient à tout moment et pour couvrir l'évolution de ces besoins, les institutions d'hébergement doivent être en capacité de prodiguer des soins généraux dans les domaines de la gériatrie, psychogériatrie, des soins palliatifs et de réhabilitation. Les institutions ne devraient donc pas être spécialisées dans chacun de ces domaines (typiquement entre gériatrie et psychogériatrie) mais monter en compétences pour répondre à ces différents besoins.

- Les missions devraient souples entre court séjour, long séjour et soins de transition. Pour répondre de manière agile aux besoins de la population il devrait exister une forte perméabilité entre ces différents statuts. L'état clinique d'un patient n'étant pas forcément stable il est souhaitable que l'institution puisse répondre de manière agile avec le meilleur dispositif pour le patient. Il s'agit de déplacer le moins possible le patient vers le bon dispositif et d'inverser cette tendance en s'adaptant autant que possible à ses besoins.
- Une taille critique devrait être établie, dans la mesure du possible, pour permettre aux institutions de couvrir les différentes missions et compétences.
- Les institutions doivent s'intégrer dans le dispositif local de soins de longue durée et démontrer le développement d'activités en complémentarité avec les dispositifs locaux (proches aidants, acteurs sociaux, soins à domicile, dispositifs spécialisés mobiles etc.). Les établissements d'hébergement sont des acteurs locaux importants qui devraient prendre de plus en plus d'importance dans les quartiers ou communes.

Recommandation 4.2 : Revoir le cadre réglementaire définissant les exigences à l'égard des institutions d'hébergement

Ce cadre de référence devrait traiter les points suivants :

- **La haute gouvernance de l'institution** : Les responsabilités de la haute gouvernance des établissements, en particulier celles des conseils d'administration ou de fondations/ associations devraient être précisées. Les responsabilités de ces conseils devraient être clarifiées, non seulement à l'égard de l'association ou de la fondation qu'ils président mais également vis-à-vis de l'Etat. En particulier la responsabilité sociale et éthique qu'ils portent doit être clarifiée, de même que la responsabilité à l'égard de la qualité des soins et de l'encadrement. La composition de ces Conseils doit également faire l'objet de recommandations notamment dans les domaines éthiques, soignants ou financiers.
- **La gouvernance de l'institution** : Les exigences à l'égard de la composition et du fonctionnement la direction de l'institution doivent être clarifiées. Notamment en termes de :
  - **Gouvernance générale de l'établissement** : Les responsabilités du/de la directeur/directrice doivent être établies. Des compétences doivent être listées pour le fonctionnement de l'institution avec notamment des compétences médicales, soignantes et financières (comptabilité analytique, plan comptable, etc.). Les systèmes d'information doivent également faire l'objet de certaines directives et standards afin de pouvoir rendre compte à l'Etat d'un certain nombre d'indicateurs.
  - **Gouvernance médicale et soignante** : Compte tenu de la très haute prévalence de problèmes médicaux et de soins dans la population résidente, les questions de responsabilité médicale et soignante doivent être claires, notamment en ce qui concerne la répartition des responsabilités. En général les médecins travaillent par contrat de mandat avec les institutions. Or pour

une bonne cohérence dans l'organisation des soins, une responsabilité claire au sein de la direction de l'établissement doit être établie avec un cahier des charges. Les questions de disponibilité (gardes en particulier), de responsabilité et d'implication dans l'organisation des établissements devront être en particulier être définies.

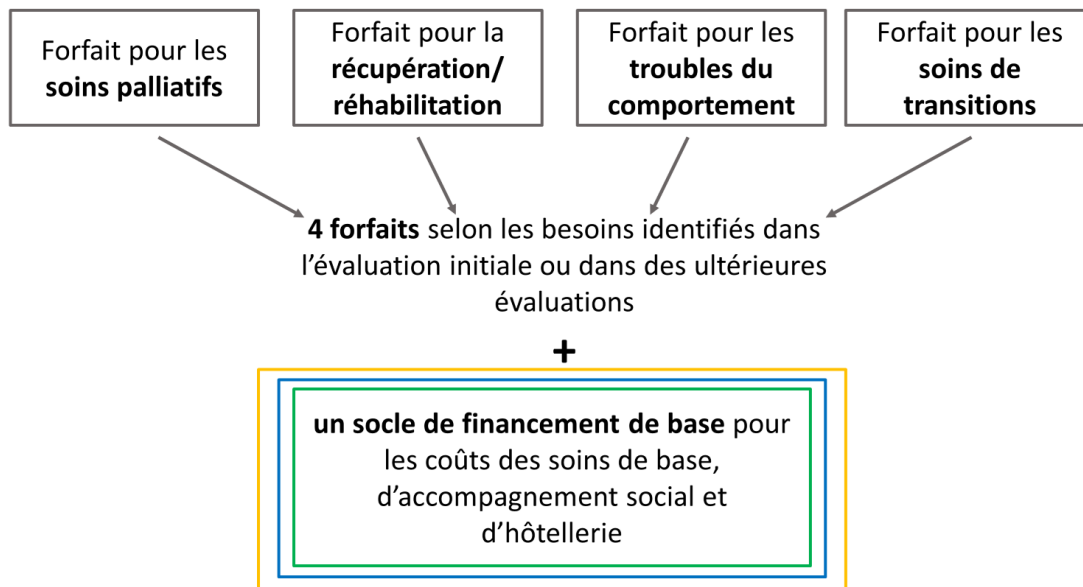
- Gouvernance **commune et cohérente entre soins et accompagnement**. Les enjeux de prise en charge clinique et d'accompagnement des résidents doivent être pensés globalement pour garantir la meilleure cohérence possible pour le résident et sa famille.
- **La composition et les compétences de base des équipes de soins et d'accompagnement:** Celles-ci doivent être définies, avec notamment les exigences minimales en termes de formation du personnel. Ceci doit comprendre également les services d'accompagnement spirituel. Etant donné l'important vieillissement de la population, il est plausible que dans les prochaines années la démence, dont la prévalence augmente avec l'âge, sera de plus en plus fréquente. Des compétences de psychogériatrie de base devront donc être maîtrisées par toute l'équipe de soins et d'accompagnement de chaque institution. Des compétences de base en soins palliatifs devront également être exigées. **La promotion de la santé et la prévention** doivent être renforcées. Le maintien des compétences fonctionnelles des résidents (pour les activités de la vie quotidienne) doit être favorisé et la prévention des chutes, des infections ou de l'état confusionnel doit faire l'objet de processus institutionnels.
- L'Etat cantonal doit établir des dotations minimales. La couverture des nuits et des weekends est précisée.
- L'organisation des prestations plus spécialisées et la réponse à l'urgence : Compte tenu de l'élargissement des prestations de soins qui devraient être proposées (soins de transition, réhabilitation, soins palliatifs, psychogériatrie) les prestations plus spécialisées devraient être accessibles soit à l'interne des institutions soit à l'externe par des équipes mobiles par exemple. La mutualisation des ressources spécialisées et rares avec d'autres institutions, surtout pour les EMS les plus petits (i.e. la garde de nuit, les soins spécialisés, les spécialistes en Hygiène, prévention et contrôle des infections - HPCI) devrait être favorisée. La question de la réponse à l'urgence doit être spécifiquement traitée. Les institutions doivent donc être garante de l'accès à ces prestations et démontrer une organisation des soins adéquate.
- **La qualité des soins et de l'accompagnement** : L'établissement doit mettre en place un système de suivi de la qualité et un monitoring en interne. Un référentiel qualité est établi et les indicateurs qualité sont régulièrement traités par la haute gouvernance de l'institution. L'Etat est en charge de procéder à **des contrôles** réguliers. Par ailleurs, la rédaction des directives anticipées ou d'une planification anticipée du projet thérapeutique doit être proposée à chaque résident.
- **Le monitoring/reporting** : L'Etat doit établir des indicateurs et les institutions sont tenues de les documenter.

## 7.6 Ligne directrice 5 : Mettre en place un financement des soins de longue durée-hébergement répondant aux besoins

Le système actuel de financement des soins de longue durée-hébergement devrait être adapté pour permettre une meilleure prise en charge des besoins des personnes âgées et notamment favoriser le besoin de flexibilité et la réalisation des missions déterminées précédemment. En effet, sans une allocation spécifique de ressources pour la prise en charge de situations plus lourdes (réhabilitation, troubles du comportement ou soins palliatifs par exemple) il est peu probable de pouvoir obtenir la qualité de prise en charge souhaitée et la garantie de l'accès à ces soins spécifiques. Cela augmente par ailleurs un risque d'hospitalisations qui contribuera à surcharger le système stationnaire.

Il est proposé un modèle schématisé ci-dessous :

**Figure 22** Modèle de financement des soins de longue durée-hébergement variable selon les besoins de la personne



Le modèle prévoit un socle de financement de base pour chaque résident afin de couvrir les coûts des soins de base, d'accompagnement social et d'hôtellerie. Par ailleurs, selon les besoins identifiés dans l'évaluation initiale chaque résident pourrait bénéficier de forfaits supplémentaires : le forfait pour les soins palliatifs, le forfait pour la récupération/réhabilitation, le forfait pour les troubles du comportement et le forfait pour les soins de transitions. L'attribution et la révocation de ces forfaits



devrait être effectué en temps opportun afin que le résident puisse bénéficier de ces services pour le temps dont il en a besoin.

#### **Recommandation 5 : Modéliser un nouveau modèle de financement des soins de longue durée hébergement**

Afin de pouvoir mettre en place cette réforme du financement, qui faciliterait l'évolution des missions et des conditions-cadres du secteur soins de longue durée-hébergement, les étapes suivantes devraient être réalisées :

- Sur la base des exigences établies et des missions attribuées aux institutions d'hébergement, établir les éléments du socle financier.
- Modéliser les différents forfaits sur la base des prises en charge actuelles dans le canton en termes de soins palliatifs, réhabilitation, psychogériatrie ou soins de transitions en tenant compte des compétences et de l'interprofessionnalité nécessaires.
- Mesurer les effets de transferts de sources de financement et l'impact en termes de coûts pour le canton.
- Mesurer les gains en termes de trajectoires patients et en termes d'utilisation de ressources dans le dispositif de soins à domicile ou hospitalier.
- Etablir les conditions d'octroi et de retrait des différents forfaits.
- Réaliser un pilote, évaluer et décider.

## **7.7 Ligne directrice 6 : Former, fidéliser et recruter du personnel compétent soins et social en institution d'hébergement de longue durée**

Les prises en charge de résidents vulnérables en institutions d'hébergement sont parmi les plus complexes. Contrairement à des idées reçues ces soins ne sont pas plus simples que des soins hospitaliers ou techniques par exemple. Comment évaluer une situation clinique lorsque la personne n'est plus capable de s'exprimer distinctement ? Comment évaluer la douleur lorsque la personne est confuse et agitée ? Comment prendre les bonnes décisions, en respectant les préférences et valeurs de la personne, lorsque celle-ci ne peut plus s'exprimer ? Comment apprécier la nécessité d'une hospitalisation lorsqu'une personne est cliniquement très instable et souffre ? Toutes ces questions traitent à la fois d'enjeux cliniques, médicaux et éthiques et doivent être intégrées à un contexte de prise en charge qui n'est pas celui de l'hôpital. Il faut donc des compétences de prises en charge pointues et une très bonne organisation des soins pour pouvoir répondre aux besoins de soins des résidents.

Or aujourd'hui les institutions de soins de longue durée souffrent de grandes difficultés de recrutement de personnel qualifié. L'image du travail en institution n'est pas valorisée et les

conditions de travail ne sont pas attractives, tant financièrement qu'en termes de lourdeur de prise en charge. Il est donc nécessaire de considérer sérieusement cette situation et mettre en place une véritable stratégie de promotion des métiers du soin et de l'accompagnement.

### Recommandation 6 : Etablir une stratégie de promotion et formation des métiers de l'hébergement

#### Recommandation 6.1 : Promouvoir les métiers des institutions de soins de longue durée

- Dans le cadre des **offensives de formation** actuelles des métiers du soin, il est important d'intégrer spécifiquement les métiers du soin et de l'accompagnement en institution de soins de longue durée.
- Mettre en œuvre des **campagnes de promotion** des métiers en lien avec les soins de longue durée. Travailler sur l'image positive de ces métiers.
- Favoriser les **stages d'observation** pour les jeunes de 14 à 16 ans (organiser des stages spécifiques, « protégés » et bien encadrés vu leur jeune âge).
- Travailler sur la dimension du **genre** (ces métiers sont encore très féminins).

#### Recommandation 6.2 : Augmenter les capacités de formation au sein des institutions

- Dans le cadre de l'offensive de formation il est important de pouvoir développer **des places de stages** dans les institutions de soins de longue durée.
- Les **conditions de formation** au sein des institutions doivent être facilitées. Par exemple les praticiens formateurs doivent être mieux reconnus et valorisés. Les institutions doivent être soutenues pour pouvoir encadrer ces stages.
- Travailler sur les possibles formations **d'adultes**.

#### Recommandation 6.3 : Travailler sur des conditions-cadres attractives pour ce secteur et sur la rétention du personnel

- Mettre en place des **conditions de travail** attractives (par exemple congés, compensation, horaire hebdomadaire, etc.).
- Favoriser les cursus **d'évolution professionnelle et de carrière**.

#### Recommandation 6.4 : Développer de nouveaux métiers et les compétences des professionnels au sein des institutions et du réseau de soins

- Développer les **compétences spécifiques** en termes de gériatrie, psychogériatrie, soins palliatifs ou de réhabilitation.
- Développer des compétences en termes d'accompagnement des résidents souffrant de démence.

- Adapter et renforcer la formation des professionnels moins qualifiés, pour que ce personnel puisse mieux reconnaître les signes d’alerte d’une évolution défavorable de l’état de santé du résident et informer les personnels de soins responsables.
- Développer des compétences en termes de gestion des risques et dans les systèmes de qualité.
- Faire évoluer les métiers, en collaboration avec les hautes écoles spécialisées et les universités. En particulier, renforcer les formations pour les infirmières de pratique avancée, les care managers, les coordinateurs de soins et de l’accompagnement dans le réseau.

## 8 Conclusion

Les deux prochaines décennies seront marquées par une augmentation très importante des besoins en soins de longue durée. Répondre à cet enjeu représente un véritable défi pour les cantons qui doivent pouvoir garantir un accès aux soins de qualité pour leur population âgée. Ce rapport présente un certain nombre de recommandations, fruit d'un travail collectif d'un groupe d'experts d'Unisanté et des cantons latins et a été conçu pour favoriser les réflexions au sein du secteur des soins de longue durée.

## 9 Références

1. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015.
2. World Health Organization. Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care. Geneva: World Health Organization Geneva; 2021.
3. Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). gdk-cds.ch. Soins de longue durée [cité le 02 août 2024]. Disponible: <https://www.gdk-cds.ch/fr/soins-de-sante/soins-de-longue-duree>
4. Moreau-Gruet F. La multimorbidité chez les personnes de 50 ans et plus. Résultats basés sur l'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe). Obsan Bulletin 4/2013. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé; 2013.
5. Weaver F. Suivi des malades chroniques. Trajectoires de leur état de santé, recours aux soins et participation au marché du travail Obsan Bulletin 9/2016 Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé; 2016.
6. Service de la santé publique du Canton du Valais. Planification des soins de longue durée 2016-2020. Rapport final du Département de la santé, des affaires sociales et de la culture. Sion: Service de la santé publique; 2015.
7. Direction de la santé et des affaires sociales du Canton de Fribourg. Planification des soins de longue durée 2021-2025. Canton de Fribourg. Fribourg: Direction de la santé et des affaires sociales; 2020.
8. Conseil d'État du Canton de Neuchâtel. Rapport d'information du Conseil d'État au grand Conseil concernant la réalisation et les perspectives de la planification médico-sociale. Neuchâtel: Conseil d'Etat; 2015.
9. Conseil d'État du Canton de Neuchâtel. Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil à l'appui d'un projet de loi sur l'accompagnement et le soutien à domicile (LASDom). Neuchâtel: Conseil d'État; 2021.
10. Chancellerie d'Etat du Canton du Jura. Communiqué de presse. Planification médico-sociale dans le canton du Jura à l'horizon 2022. Delémont: Chancellerie d'Etat; 2011.
11. Département de la sécurité de l'emploi et de la santé et Direction générale de la santé du Canton de Genève. Rapport de planification sanitaire 2020-2023 du canton de Genève. Genève: Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé et Direction générale de la santé; 2019.
12. Dutoit L, Pellegrini S, Füglistler-Dousse S. Soins de longue durée dans les cantons. Trois modèles-type d'organisation. Obsan Bulletin 13/2016. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé; 2016.
13. Kaeser M. Santé des personnes âgées vivant en établissement médico-social. Enquête sur la santé des personnes âgées dans les institutions 2008/09. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS); 2012.
14. Office fédéral de la statistique. Prise en charge médico-sociale en institution et à domicile en 2021. En 2021, le personnel des EMS n'a pas augmenté: une première depuis 2006. Communiqué de presse. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique; 2022.
15. Pellegrini S, Dutoit L, Pahud O, Dorn M. Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz. Prognosen bis 2040. Obsan bericht 03/2022. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé; 2022.
16. Bachmann N, Burla L, Kohler D. La santé en Suisse – Le point sur les maladies chroniques. Rapport national sur la santé 2015. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé; 2015.
17. Cirillo P, Feller A, Hošek M, Kuehni C, Lorez M, Michalopoulou E, et al. Le cancer en Suisse, rapport 2021. État des lieux et évolutions. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS), numéro OFS: 544-2200; 2021.
18. Li Y, Cao GY, Jing WZ, Liu J, Liu M. Global trends and regional differences in incidence and mortality of cardiovascular disease, 1990-2019: findings from 2019 global burden of disease study. Eur J Prev Cardiol. 2023;30(3):276-86.
19. Office fédéral de la statistique. Enquête suisse sur la santé. [cité le 07 août 2024]. Disponible: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/sgb.html>
20. Wolters FJ, Chibnik LB, Waziry R, Anderson R, Berr C, Beiser A, et al. Twenty-seven-year time trends in dementia incidence in Europe and the United States: The Alzheimer Cohorts Consortium. Neurology. 2020;95(5):e519-e31.
21. Ong KL, Stafford LK, McLaughlin SA, Boyko EJ, Vollset SE, Smith AE, et al. Global, regional, and national burden of diabetes from 1990 to 2021, with projections of prevalence to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. The Lancet. 2023;402(10397):203-34.
22. Alzheimer Suisse. Personnes atteintes de démence en Suisse : chiffres et prévisions. Berne: Alzheimer Suisse; 2018.

23. Merçay C, Grünig C, Dolder P. Personnel de santé en Suisse – Rapport national 2021. Effectifs, besoins, offre et mesures pour assurer la relève. Obsan Rapport 03/2021. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé; 2021.
24. Kohli R, Babel J, Deplazes J. Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse et des cantons 2020–2050. Statistique de la Suisse. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS), Section Démographie et migration, numéro OFS: 202-2000; 2020.
25. Glass A. Innovative seniors housing and care models: What we can learn from the Netherlands. *Seniors Housing and Care Journal*, 22(1), 74-81. 2014.
26. Ageing Ifo. Assisted Living Platform – The Long Term Care Revolution: A study of innovatory models to support older people with disabilities in the Netherlands [cité le 07 août 2024]. Disponible: <https://ifa.ngo/publication/health/assisted-living-platform-the-long-term-care-revolution-a-study-of-innovatory-models-to-support-older-people-with-disabilities-in-the-netherlands/>;
27. Ausserhofer D, Deschodt M, De Geest S, van Achterberg T, Meyer G, Verbeek H, et al. "There's No Place Like Home": A Scoping Review on the Impact of Homelike Residential Care Models on Resident-, Family-, and Staff-Related Outcomes. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2016;17(8):685-93.
28. European Observatory on Health Systems and Policies. Eurohealth: enhancing the sustainability of long-term care. *Eurohealth*, 25 (4), World Health Organization. Regional Office for Europe. 2019 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330138>.
29. Füglistler-Dousse S, Pellegrini S. Hospitalisations dans la dernière année de vie. Comparaison entre maintien à domicile et séjour en EMS. Obsan Bulletin 04/2021. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé; 2021.
30. Bally K, Baudendistel U, Beck S, Becker S, Bieri-Brünig GB, Bosshard G, et al. Gestion des défis actuels en Suisse dans le secteur des soins stationnaires de longue durée: enseignements à tirer de la pandémie de coronavirus. Recommandations d'un comité national d'experts (2022). Zurich: Swiss National COVID-19 Science Task Force; 2023.

## 10 Annexes

### 10.1 Annexe 1 - Cadres de recommandations pour le renforcement des soins de longue durée

En prévision de la forte croissance de la demande en soins de longue durée liée, conjuguée à une pénurie en ressources à l'avenir, il est nécessaire de poursuivre des réflexions pour optimiser les services de longue durée afin d'avoir une prise en charge optimale de la personne âgée selon ses besoins à tout moment et d'optimiser l'allocation des ressources. L'OMS fournit un outil pour réviser les conditions cadres de chaque système de santé et donne des pistes pour atteindre un système centré sur la personne et dont les services soient bien intégrés et formant un continuum(2).

Ce chapitre présente également des recommandations d'un comité national d'experts (30).

#### 1) Modèle conceptuel de l'OMS pour les soins de longue durée

Le modèle des soins de longue durée de l'OMS, destiné en premier lieu aux gouvernements et aux autorités concernées, identifie les conditions cadres nécessaires pour mettre en œuvre une politique des soins de longue durée et améliorer le continuum dans l'organisation des soins et des prestations(2).

Par continuum dans les services de soins de longue durée, on entend la nécessité d'une bonne coordination des dispositifs de soins d'une part et d'accompagnement social d'autre part. Cela implique une gouvernance unique qui permette le pilotage global des différents services et prestations de soins de longue durée (services de soins à domicile, prestations sociales communautaires, hébergement). Dans l'idéal ce pilotage devrait également intégrer les prestations médicales et hospitalières (soins aigus, de réadaptation et soins palliatifs). Un tel pilotage devrait s'appuyer sur un système d'information performant permettant de suivre l'évolution et la qualité des prestations tant des activités sociales, que médicale ou de soins.

L'OMS recommande aux Etats d'examiner attentivement leurs systèmes santé et social existants pour identifier les points faibles et les potentiels d'amélioration. Elle propose un cadre d'auto-évaluation permettant d'identifier les éléments-clés permettant de tendre vers des services intégrés, centrés sur la personne, et permettant une meilleure allocation des ressources.

Le document « Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care » (2) décrit les principaux éléments d'analyse des systèmes de soins de longue durée:

- La gouvernance
- Le financement
- L'information, le monitoring et l'évaluation

- Les professionnels
- La fourniture des services
- Les innovations et la recherche

A la fin de cette annexe, on peut trouver un exemple de check-list pour la gouvernance.

## **2) Recommandations d'un groupe d'experts (novembre 2022) pour le secteur des soins de longue durée-hébergement en Suisse**

En se basant sur l'analyse des principaux défis rencontrés par le secteur-hébergement pendant la pandémie COVID-19, un comité national d'experts a identifié certains problèmes structurels et édicté des recommandations pour leur résolution. Ce comité a été composé par une quarantaine d'experts comprenant des médecins, des directeurs/responsables des EMS ou d'autres services de soins de longue durée, des experts en santé publique et des représentants de certaines associations faitières ou d'organisations pour la personne âgée. Le comité a attribué une responsabilité d'acteur pour chacune des recommandations, notamment la Confédération, les cantons, les associations faitières, les institutions formatrices etc...(30).

Les cinq recommandations sont les suivantes :

- L'EMS est un lieu de vie permettant la poursuite de la vie sociale de l'individu et un lieu de dispensation de soins de plus en plus complexes. Dans ce cadre, une collaboration interprofessionnelle est nécessaire pour offrir une prise en charge optimale et éviter des hospitalisations inopportunes.
- La prise en charge médicale est adéquate en EMS. Il est essentiel de désigner des médecins responsables des domaines spécifiques (i.e. épidémiologie, infectiologie, pharmacologie). Le secteur des EMS devrait être plus attractif pour les médecins (formation et rémunération) et il faudrait réfléchir à la prise en charge de certaines tâches par des professions non médicales (i.e infirmiers de pratique avancée (APN)).
- Une présence de personnels ayant des connaissances et compétences adéquates pour la prise en charge de résidents avec besoins complexes. Certains types de formations (i.e. les assistants en soins et santé communautaire et les assistants socio-éducatifs) ne sont pas suffisamment formés pour assumer des situations de soins complexes. Il serait donc important d'actualiser les formations et perfectionnements dans les domaines importants en EMS (en particulier la gériatrie, la psychogériatrie, les soins palliatifs, la prévention des infections, la pharmacologie, l'éthique).
- Les soins interdisciplinaires sont développés pour une prise en charge des besoins complexes des résidents polymorbides.
- La communication est favorisée par l'échange d'information numérique, notamment via le Dossier électronique du patient.

Le rapport liste encore ce qui est attendu des niveaux fédéral et cantonal:



Au niveau fédéral il faudrait adapter les conditions cadres liées au secteur des EMS en thématissant en particulier les soins médicaux, la qualité, le personnel spécialisé. Il faudrait établir un registre national des résidents permettant de suivre l'évolution de la morbidité et mortalité. Il faudrait également adapter les exigences de formation et de perfectionnement. Il est suggéré d'intervenir au niveau du financement : tarification médicale, forfaits, adaptation du financement à la complexité de soins, financement des prestations évitant une hospitalisation (i.e équipes mobiles, rémunération du personnel soignant, experts externes, planification anticipée du projet thérapeutique). Enfin le développement de la santé numérique devrait être accéléré.

Au niveau cantonal, le rapport mentionne qu'il conviendrait de mettre un cadre plus précis autour de la qualité et suivre en particulier les activités des médecins responsables des EMS. Des exigences de formation continue devraient être posées. La gestion des urgences devrait être garantie et l'accès aux prestations spécialisées facilitées. Les compétences des équipes devraient être précisées. La formation du personnel des EMS devrait être optimisée. La prévention et promotion de la santé devraient être développées dans ce secteur.

**Figure 23 Exemple de check-list pour le domaine de la gouvernance selon modèle conceptuel de l'OMS pour les soins de longue durée**

|  | 1. GOVERNANCE  | Rating  |
|---|--|---|
|   |  |          |
| 1.  | Include long-term care within the portfolio of national and regional or municipal governments with the designation of a dedicated focal coordinating body aiming at reaching leadership and engaging community representatives and other relevant stakeholders.            |          |
| 2.  | Formulate legislation for long-term care that includes a mandate for governance structure, financing mechanism, service provision with a defined target population, and monitoring of quality care and performance.  |          |
| 3.  | Formulate legislation to ensure protection of rights and entitlements of both older people and carers.   |          |
| 4.  | Establish an overarching national (and relevant regional) plan, strategy or framework that sets the directions and outcomes to achieve an organized and sustainable long-term care system operationalized at subnational level with a specified target population.         |          |
| 5.  | Map key stakeholders in the development of policy and strategy for long-term care.   |          |
| 6.  | Formulate an explicit long-term care policy document developed as a stand-alone national document, usually including a multistage stakeholder process, led or supported by the focal governmental entity dedicated for long-term care.                                     |          |
| 7.  | Steer roles of national, regional and municipal government in the assurance, financing, regulation and provision of long-term care services, including the roles of public and private providers and nongovernmental organizations.  |          |
| 8.  | Establish a detailed action agenda with essential implementation strategies.   |          |
| 9.  | Create and support a regular decision-making body for integrating all levels of the long-term care sector, including collaboration of health and social workforce organizations, aiming at fostering dialogue and formulating processes, norms, standards and regulations. |       |
| 10.   | Define strategies and actions to facilitate leadership, foster collaboration between health and social systems, and enable alliances to promote more integrated models of long-term care.  |    |
| 11.   | Define how public funds will be allocated and distributed for the implementation of the national or subnational plan in a sustainable manner.  |    |
| 12.   | Allocate and coordinate budgets across multiple levels of governance to implement an integrated long-term care system.   |    |
| 13.   | Promote intersectoral collaboration (health and other government sectors, as well as representatives from private, voluntary and non-profit groups) to build on common goals and to allocate resources.  |    |
| 14.   | Establish mechanisms to review and share progress towards the national long-term care policy goals as defined in the plan or framework.  |    |
| 15.   | Establish and constantly refine the measures to track and monitor the long-term care national plan to ascertain whether it is implemented as intended and strategies are met.  |    |
| 16.   | Configure audit activities to measure performance and transparency of responsible bodies.  |    |
| 17.   | Monitor performance of long-term care services in terms of their effectiveness, efficiency, economy, compliance with laws and regulations, contract requirements, grant requirements, and organizational policies and procedures.  |    |
| 18.   | Develop labour policies, including labour protection policies, to clarify the rights, entitlements and obligations of parties to the employment relationship, including a context of non-discrimination and protection from violence.                                      |    |

|  |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 19. Set out labour standards, procedures and regulations for carers and care workers, such as working conditions, wages, working time arrangements, compensation mechanisms and strategies to overcome informality.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Promote the recognition of the long-term care workforce and the observance of workplace health and safety standards.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. Provide an ongoing training programme for carers (whether unpaid or paid) and formulate legislation for training and certification requirements to accredit people's caregiving expertise.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. Partner with national, subnational and local stakeholders and groups to identify and strengthen mechanisms to engage and empower communities in the processes of governance.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23. Formulate and regulate quality standards for long-term care services, whether provided by public, private or non-profit organizations, by setting minimum quality standards for providers through licensing and certification and carrying out periodic inspections to ensure their compliance and monitor their performance on quality. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Source de la figure: Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care. . Geneva: World Health Organization; 2021

**unisanté**

Centre universitaire de médecine générale  
et santé publique · Lausanne