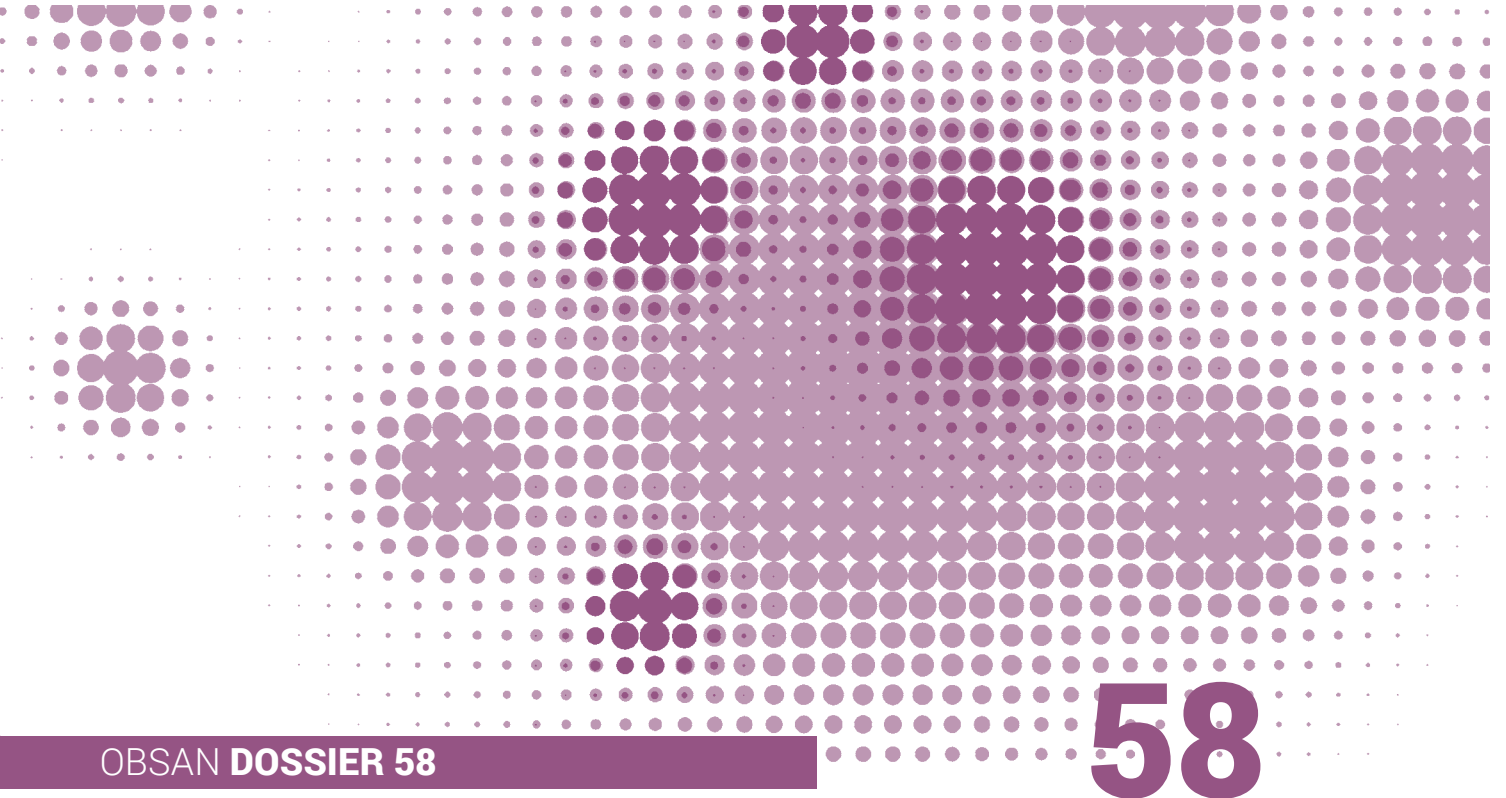




Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory



OBSAN **DOSSIER 58**

58

Personnes âgées peu dépendantes de soins

Prise en charge dans cinq cantons romands

Neil Ankers, Christine Serdaly

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

Paraissent dans la **série «Obsan Dossier»** des rapports de recherche destinés aux spécialistes de la santé. La réalisation des rapports est assurée par l'Obsan ou confiée à des experts externes. Le contenu des rapports est de la responsabilité de leurs auteurs. Les Dossiers de l'Obsan ne sont normalement disponibles que sous forme électronique (pdf).

Impressum

Éditeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Auteurs

- Neil Ankers, Serdaly&Ankers
- Christine Serdaly, Serdaly&Ankers

Groupe d'accompagnement

- Patrick Beetschen, Service de la santé publique du canton de Vaud
- Sophie Chevrej-Schaller / Tatiana Etique, Service de la santé publique du canton du Jura
- Yves Grosclaude, Service de la santé publique du canton de Neuchâtel
- Véronique Petoud, Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD)
- Annette Weidmann, Service de la santé publique du canton du Valais

Direction du projet à l'Obsan

Laure Dutoit et Sonia Pellegrini

Série et numéro

Obsan Dossier 58

Référence bibliographique

Ankers, N. & Serdaly, C. (2017). *Personnes âgées peu dépendantes de soins. Prise en charge dans cinq cantons romands* (Obsan Dossier 58). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Renseignements/informations

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

Langue du texte original

Français

Mise en page/graphiques

Office fédéral de la statistique (OFS), Section DIAM, Prepress/Print

Page de couverture

Roland Hirter, Berne

Impression

en Suisse

Numéro OFS

1038-1702-05

Téléchargement du fichier PDF

www.obsan.ch → Publications (gratuit)

Ce document est disponible uniquement sous forme électronique.

ISBN

978-2-940502-66-0

© Obsan 2017

Personnes âgées peu dépendantes de soins

Prise en charge dans cinq cantons romands

Auteurs	Neil Ankers, Christine Serdaly
Editeur	Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Neuchâtel 2017

Sommaire

Remerciements	3	5	Annexes	59
Lexique	4	Annexe 1	Les portraits types de l'étude Köppel (2016) déclinés en situations types	59
Résumé	5	Annexe 2	Objectifs et questions d'étude : vue synoptique	61
Zusammenfassung	11	Annexe 3	Groupe d'accompagnement et entretiens exploratoires : liste des personnes mobilisées : groupe d'accompagnement	61
1 Introduction	17	Annexe 4	Enquête en ligne : détails méthodologiques et principaux résultats	62
1.1 Contexte	17	Annexe 5	Comparaison de la part de résidents en EMS en cat. OPAS 0 à 2 et en cat 0 à 4	80
1.2 Point de départ : les résidents peu dépendants de soins de trois EMS zougois	18	Annexe 6	Statistiques concernant les résidents de 65 ans et plus en Home médicalisé, en cat. OPAS 0-2	81
1.3 Objectifs et questions d'étude	18	Annexe 7	Corrélation entre la densité de lits d'EMS et leur occupation par des profils légers	82
1.4 Méthode	19			
2 La situation par canton	21			
2.1 Caractéristiques communes aux cinq cantons étudiés	21			
2.2 Description des prestations de base et des indicateurs retenus	21			
2.3 Genève : 25 ans de priorité au maintien à domicile	24			
2.4 Jura : des soins à domicile très présents et un pari sur les logements protégés	28			
2.5 Neuchâtel : un réseau cantonal en pleine émergence	32			
2.6 Vaud : se centrer sur les trajectoires des personnes dans le système de soins	36			
2.7 Valais : construire la cohérence dans le respect de la diversité	41			
3 Synthèse intercantonale	46			
3.1 La prise en charge des profils légers : une image homogène, des réalités hétérogènes	46			
3.2 Organisation et régulation de la prise en charge	48			
3.3 Pour l'avenir : des stratégies convergentes	50			
3.4 Les principaux enseignements	51			
3.5 Les débats en cours	54			
3.6 Limites rencontrées et impacts sur les résultats	55			
3.7 Conclusion	55			
3.8 Liste (non exhaustive) de réalisations et projets remarquables	57			
4 Références	58			

Remerciements

La présente étude a nécessité une sollicitation conséquente de nombreuses personnes expertes du monde médico-social au sein de chacun des cinq cantons romands étudiés. Les questions travaillées ayant, jusqu'ici, fait l'objet de très peu de statistiques, c'est à leurs réponses et leurs éclairages – dont leurs propres interrogations – que nous devons l'essentiel du présent rapport. Que ces personnes soient ici, toutes, très sincèrement remerciées pour leur générosité en temps et en attention.

Lexique

Cat. OPAS	Catégorie OPAS
CMS	Centres médico-sociaux : terme qui désigne, dans les cantons de Vaud et du Valais, les antennes locales des services d'aide et de soins à domicile reconnus d'utilité publique.
EMS	Établissement médico-social. Dans l'usage courant : établissement résidentiel pour personnes âgées offrant des prestations de soins et d'accompagnement dans le cadre de séjours de longue durée dans une structure collective.
EMS multi-prestataire	EMS offrant, en complément de l'accueil résidentiel de longue durée, d'autres prestations de maintien à domicile destinées aux personnes âgées en perte d'autonomie.
Maintien à domicile (MàD)	Ensemble des prestations destinées à permettre aux personnes en pertes d'autonomie de rester dans un habitat autonome (domicile privé ou autre) : aide et/ou soins à domicile, structures intermédiaires (foyers de jour/nuit, appartement adapté, protégé, unité de court séjour), etc.
OPAS	Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, laquelle règle notamment le financement des soins de longue durée, en particulier ceux prodigués en EMS. Son art. 7a, al. 3 indique la participation journalière de l'assurance, de CHF 9.- par tranche de 20 minutes de soins, créant ainsi 12 « catégories OPAS » (jusqu'à 20 minutes par jour, de 21 à 40 minutes par jour, de 41 à 60..., jusqu'à « plus de 220 minutes »).
Profil léger	Ce raccourci se réfère aux personnes de 65 ans et plus n'ayant pas besoin de soins ou dont les besoins correspondent aux catégories 1 ou 2, soit de 1 à 40 minutes de soins par jour.
Portraits types Köppel	Raccourci se référant à l'étude de Köppel (2016), qui regroupe et décrit les personnes résidant dans des EMS zougais et n'ayant pas besoin de soins ou dont les besoins correspondent à la catégorie 1 ou 2, soit de 1 à 40 minutes de soins par jour. Les 12 « portraits types Köppel » sont présentés à l'Annexe 1.
Situation type	Désigne une situation qui pourrait potentiellement provoquer une entrée en EMS. Pour les besoins de la présente étude, les 12 « portraits types Köppel » ont été ramenés à 10 situations types, auxquelles ont été ajoutées 2 situations types parfois rencontrées dans les EMS romands (voir Annexe 1).
Structures intermédiaires	Les formes les plus usuelles de structures intermédiaires sont les logements protégés ou adaptés, les foyers de jour/nuit et les courts séjours. Ces structures sont dites intermédiaires parce qu'elles sont situées entre le maintien dans le domicile « privé » (englobant l'aide et les soins à domicile) et l'entrée dans une institution résidentielle médico-sociale ou stationnaire de soins. Afin de favoriser l'utilisation de désignations similaires entre cantons, Curaviva a notamment publié un lexique romand (Ankers et al. 2015).
SASD	Services d'Aide et de Soins à Domicile

Résumé

Contexte et objectifs

La proportion de résidents en EMS peu dépendants de soins (jusqu'à 40 minutes de soins par jour) varie notablement selon les cantons. Selon la statistique des établissements médico-sociaux (SOMED), il y aurait sensiblement plus de résidents peu dépendants de soins dans les EMS des cantons alémaniques (plus de 25% dans certains cantons) que dans les EMS des cantons latins (moins de 5% pour cinq cantons).

Cette différence soulève des questions. Qui sont ces résidents peu dépendants de soins dans les EMS des cantons alémaniques ? Comment ces mêmes personnes sont-elles prises en charge en Suisse romande ? Pour quelles raisons ces personnes sont-elles prises en charges en EMS en Suisse alémanique, alors qu'elles sont prises en charge de manière ambulatoire en Suisse latine ?

Au vu de l'augmentation de la demande de soins de longue durée, ces questions sont essentielles. Les personnes peu dépendantes de soins représentent en effet un levier important pour l'évolution des soins de longue durée : c'est pour elles qu'une autre solution de prise en charge à domicile peut le plus facilement être imaginée, qu'il s'agisse du domicile privé ou d'un nouveau domicile mieux adapté (logement protégé ou autre). Cela est d'autant plus vrai dans les cantons où la proportion de résidents en EMS peu dépendants de soins est grande.

Une récente étude de Köppel (2016) apporte des premières réponses à ces questions. La prise en charge des résidents peu dépendants de soins en EMS y est examinée à travers des entretiens menés dans des EMS du canton de Zoug. Les raisons d'entrée en EMS de ces résidents sont analysées et 12 portraits types de ces personnes sont établis.

Suite à cette étude et en s'appuyant sur celle-ci, l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) a décidé de se pencher à son tour sur la question de la prise en charge des personnes âgées peu dépendantes de soins et a attribué le présent mandat, dont les objectifs sont de comprendre :

- (1) comment ces personnes sont prises en charge dans les cantons romands
- (2) comment cette prise en charge est organisée et régulée en Suisse romande.

Méthode

La présente étude, qualitative, a porté sur les cantons de Genève, Jura, Neuchâtel, Vaud et Valais, soit les cinq cantons présentant – selon la statistique SOMED – les plus basses proportions en Suisse de résidents en EMS âgés de 65 ans et plus peu dépendants de soins (0 à 40 minutes par jour), appelés « profils légers ».

Les sources mobilisées dans ce cadre ont été une analyse documentaire (bases légales, documents de planification sanitaire, rapports documentant l'offre de prestations, etc.), une série d'entretiens exploratoires avec les responsables des services cantonaux concernés (un entretien par canton), une enquête en ligne auprès de 51 experts des cinq cantons (42 réponses reçues) et une série d'ateliers d'enrichissement de ces résultats (un atelier par canton, 41 participants en tout).

Par ailleurs, il a été fait usage des statistiques SOMED concernant l'offre de lits de long séjour en homes médicalisés (EMS) et en maisons pour personnes âgées, ainsi que le profil de leurs résidents. S'agissant des structures intermédiaires, les données utilisées sont issues de l'étude de Werner et al (2016), complétées, lorsque nécessaire, par celles produites par chacun des cinq cantons¹.

¹ L'ensemble des indicateurs utilisés dans la présente étude, leurs sources et l'appréciation de leur qualité sont décrits dans le Tableau 2.1.

La prise en charge des profils légers en Romandie : une image homogène, des réalités hétérogènes²

Les cantons de Genève, Jura, Neuchâtel, Vaud et Valais ont été choisis pour la présente étude parce que leurs EMS hébergent peu de profils légers. Or, derrière cette image homogène, la réalité actuelle de leur prise en charge est hétérogène.

Vaud et **Genève** présentent une très faible densité de lits d'EMS³ et une forte intensité d'aide et de soins à domicile (SASD)⁴, ainsi qu'une offre importante – en quantité et en diversité – de solutions et prestations pour maintenir les profils légers à domicile. Les experts de ces deux cantons confirment que ce dispositif permet de maintenir la quasi-totalité des profils légers à domicile ou en logements adaptés ou protégés.

Le canton du **Jura** présente également une faible densité de lits d'EMS et une forte intensité d'aide et de soins à domicile mais, comparativement à Genève et Vaud, encore relativement peu de structures intermédiaires. De l'avis des experts cantonaux sollicités, les profils légers sont essentiellement pris en charge à domicile, en s'appuyant surtout sur les SASD et les foyers de jour, mais aussi sur le soutien des proches.

Neuchâtel présente une densité de lits d'EMS plus élevée que la moyenne suisse et l'intensité d'aide et de soins à domicile pour les personnes âgées de 65 ans et plus est légèrement plus faible que la moyenne suisse. Pourtant, les EMS du canton ne comptaient que 0.5% de profils légers en 2014. Hormis quelques personnes en logements destinés à des personnes âgées, l'essentiel des profils légers neuchâtelois réside donc à domicile, en s'appuyant pour cela notamment sur les proches aidants.

Le **Valais**, enfin, présente la deuxième plus faible densité de lits d'EMS et la sixième plus faible intensité d'aide et de soins à domicile de Suisse, ainsi qu'une offre de structures intermédiaires proche de celle du Jura (avec davantage de courts séjours toutefois). Il en résulte, pour les profils légers, une prise en charge essentiellement à domicile, ainsi que, dans une faible mesure, en EMS. A domicile, elle s'appuie sur les SASD, mais aussi sur les proches. Dans les faits, ces indications cantonales masquent certaines différences régionales.

L'organisation des prestations en réseau et la régulation de leur accès⁵

À **Genève**, l'orientation des personnes âgées au sein du réseau médico-social est le fait de chacun de ses acteurs, en fonction des sollicitations reçues. Genève est le seul des cinq cantons qui limite formellement l'accès aux EMS aux personnes nécessitant plus de 40 minutes de soins par jour (des dérogations restant possibles mais devant être justifiées). Pour cette entrée en EMS, un outil d'inscription centralisée est en place. Par ailleurs, Genève s'appuie actuellement sur son Dossier Electronique du Patient (eHealth), en place depuis 2013, pour développer des projets visant à la continuité des soins (plan de médication partagé et plan de soins partagé). Ces projets sont ciblés sur les personnes âgées et polymorbides. Enfin, le canton entend proposer prochainement l'introduction d'un outil standardisé d'évaluation des besoins, valable pour tous les prestataires.

Les cantons du **Jura** et de **Neuchâtel** ne disposent pas de centrale d'information ou d'orientation. Dans ces deux cantons, l'inscription en EMS se fait directement auprès de chaque établissement. Le Jura développe actuellement un bureau d'information et d'orientation et Neuchâtel mène un projet pilote de plateforme centralisée d'information et d'orientation (AROSS) pour l'ensemble des prestations médico-sociales du district du Locle, destiné à être évalué en 2017 en vue de sa généralisation dans l'ensemble du canton.

Dans le canton de **Vaud**, toute entrée dans un EMS vaudois (long ou court séjour) passe nécessairement par l'un des quatre Bureaux Régionaux d'Information et d'Orientation (BRIO), dont les propositions d'orientation ne sont pas coercitives. Les BRIO n'assurent en revanche pas les inscriptions dans les autres structures intermédiaires (foyers de jour, logements protégés, etc.). Pour l'avenir, le canton souhaite introduire un outil permettant une évaluation globale, multidimensionnelle et standardisée des patients (INTERRAI), qui soit le même partout, indépendamment de la structure.

Le **Valais** dispose également, comme Vaud, d'une plateforme d'information et d'orientation (SECOSS) mais les inscriptions se font directement auprès des EMS. Un agenda indiquant la disponibilité des lits de court séjour vient d'être mis en ligne et une base de

² Le Tableau 3.1 offre une représentation synthétique de cette prise en charge.

³ Pour la densité de lits d'EMS, l'indicateur retenu est le nombre de lits d'EMS / 1000 habitants de 65 ans et plus (source : SOMED, 2014). Afin d'assurer la cohérence avec le dénominateur, les lits d'EMS occupés par des résidents de moins de 65 ans (estimés sur la base des données SOMED 2014) ont été estimés et déduits du numérateur.

⁴ Pour l'intensité d'aide et des soins à domicile, l'indicateur retenu est le nombre d'heures fournies par habitant de 65 ans et plus (soit le nombre total d'heures fournies à des personnes de 65 ans et plus rapporté à la population totale des personnes de 65 ans et plus). (Source : Dutoit, L., Füglistner-Dousse, S. & Pellegrini, S. (2016), p. 58).

⁵ La Tableau 3.2 offre une représentation synthétique de ces éléments.

données sur les demandes de placement en lits de long séjour avec indication du degré d'urgence est prévue à moyen terme. Les critères généraux d'accès aux soins appropriés ont été définis dans une directive cantonale en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017.

Des stratégies d'avenir convergentes⁶

Pour l'avenir, les **stratégies** des cantons romands semblent converger : la prise en charge adéquate des profils légers hors des EMS ne saurait être le fruit d'une prestation en particulier, mais serait le résultat d'un ensemble. Cet ensemble serait composé de prestations dépassant largement l'usuel trio « domicile – structures intermédiaires – EMS ». Ces prestations comprendraient ainsi toutes les actions possibles en amont du réseau de soins (prévention), les prestations ambulatoires, le soutien de la 1^{ère} ligne⁷ et le soutien aux proches aidants. Au niveau de l'orientation aussi, il s'agirait de ne pas se limiter aux patients déjà repérés au sein du réseau de soins, mais d'identifier les personnes se fragilisant à domicile. Enfin, il s'agirait de viser, au sein des réseaux socio-sanitaires, des règles de financement et gouvernance centrées sur la personne âgée et ses besoins (et non sur les prestataires) : cela afin d'assurer une prise en charge plus évolutive et mieux optimisée des personnes âgées, en termes de qualité et d'économicité globale.

Une série d'enseignements

A l'intention des cantons qui envisagent de réduire la part de résidents légers dans leurs EMS, le présent rapport retire de la situation en Romandie les enseignements suivants :

- Réduire la densité des lits d'EMS contribue à limiter les profils légers en EMS, mais ne suffit pas. S'il existe bien une certaine corrélation entre la densité de lits d'EMS et l'occupation de ces lits par des profils légers, d'autres facteurs interviennent également.
- De plus, une stratégie basée sur la seule raréfaction des lits d'EMS, qui ne serait pas accompagnée d'une offre suffisante et coordonnée de prestations de maintien à domicile, comporte des risques de dégradation de la qualité de vie des profils légers à domicile, d'isolement social, d'accélération de leur déclin fonctionnel ou encore de fragilisation de leurs proches aidants. Ces risques peuvent alors générer des reports au sein du système de santé : multiplication des consultations ambulatoires depuis le domicile et risque de surmédication, puis, par manque d'anticipation dans la transition entre le domicile et l'EMS, hospitalisations inappropriées et en urgence, entrées plus hâtives en EMS, engorgement à l'entrée en EMS et séjours hospitaliers en attente de placement.
- Les EMS romands, mais aussi les structures intermédiaires, prennent en charge des bénéficiaires nécessitant de plus en plus de soins. De ce fait, les personnes âgées nécessitant peu de soins ont moins d'accès à ces structures. Face à ceci, les cantons romands étudiés cherchent à répondre aux besoins de ces profils légers en incluant et promouvant, dans leurs stratégies de prise en charge des profils légers, différentes prestations : (1) les prestations de prévention à domicile : action sociale de proximité des associations mais aussi des communes, bénévolat, aménagement du logement, programmes de prévention (chutes, dénutrition, etc.) ; (2) les prestations ambulatoires : inclusion de la médecine de 1^{er} recours dans la mise en place des réseaux socio-sanitaires, promotion des consultations ambulatoires dédiées aux personnes âgées, etc. et (3) les prestations de soutien à la 1^{re} ligne : soutien des équipes soignantes en institution ou à domicile et des médecins par des équipes mobiles diverses, soutien des proches aidants, etc.
- On constate ainsi une évolution vers une prise en charge des profils légers non plus seulement soignante, mais également sociale. En conséquence, plusieurs experts cantonaux ont indiqué la nécessité d'améliorer, à l'avenir, la coordination des approches sociales et sanitaires, en particulier s'agissant de leurs outils d'évaluation.
- Les cinq cantons étudiés tendent à remplacer l'adage « *le domicile avant l'EMS* » ou « *l'ambulatoire avant le stationnaire* » par une volonté de prise en charge de « *la bonne personne, avec les bonnes prestations, au bon moment* ». Ainsi, ce ne serait plus la personne âgée qui devrait se déplacer linéairement, au gré d'une trajectoire plus ou moins cohérente, du domicile vers l'EMS. La volonté pour l'avenir serait bien plus d'organiser cette prise en charge là où réside la personne, en conjuguant pour cela, pour chaque personne à chaque moment, les prestations nécessaires. Cela nécessite des outils efficaces d'information et d'orientation. Mais cela demande aussi et surtout la mise en place d'une « culture du réseau », c'est-à-dire de faire en sorte que les acteurs considèrent tous que le patient est « un » patient de l'ensemble du réseau, et non pas « son » patient, qui passerait d'une structure à l'autre.
- Les différentes règles de financement des soins et des prestations sociales ont été conçues au fil du temps. Ces règles tendent aujourd'hui à favoriser un fonctionnement « en silo » des acteurs, une prise en charge fragmentée de la personne âgée, en lieu et

⁶ La Figure 3.1 offre une représentation synthétique de ces éléments.

⁷ Soutien des équipes soignantes en institution ou à domicile et des médecins par des équipes mobiles en psychiatrie de l'âge avancé par exemple

place d'une prise en charge coordonnée et optimale. La plupart de ces règles sont nationales, mais les cantons parviennent toutefois à trouver quelques marges de manœuvre⁸.

- La prise en charge des personnes âgées est un sujet sensible. Interrogés sur les facteurs pouvant favoriser le succès des réformes dans ce domaine, les experts cantonaux ont renvoyé aux règles usuelles de la gestion du changement (se donner le temps, disposer d'un soutien politique fort et dans la durée, intégrer les acteurs, communiquer) et au contexte actuel (défis liés au vieillissement, planifications sanitaires globales et mise en réseau de acteurs). Il y aurait donc tension entre cette nécessité de « se donner le temps » du changement et celle de réagir rapidement face au rythme actuel du vieillissement.

Des débats ouverts

Le rapport identifie dans la synthèse (chapitre 3.5) une série de sujets qui font aujourd'hui l'objet de débats ouverts et similaires dans plusieurs cantons. Ils sont résumés ici :

- **Conjuguer agilité et cohérence.** Les besoins de chaque bénéficiaire étant uniques et évolutifs, il est nécessaire de construire rapidement des réponses sur mesure, en mobilisant les différentes ressources du réseau dans des compositions chaque fois différentes. Ceci nécessite de l'agilité et une forte proximité du terrain, pouvant potentiellement mettre au défi les logiques organisationnelles centralisées de certaines grandes institutions cantonales. A l'inverse, ces grandes institutions faciliteraient l'application d'une politique cohérente, alors que la multiplication d'acteurs autonomes nécessiterait d'importants outils et efforts de coordination pour parvenir à cela.
- **L'orientation, un simple algorithme versus un art.** On assiste aujourd'hui à l'apparition de systèmes d'information permettant d'aider à l'orientation des personnes âgées dans le réseau de soins. Si aucun canton ne songe à automatiser les décisions d'orientation, il y a néanmoins débat quant à l'utilité ou non de tels outils d'aide à la décision.
- **De la nécessité ou non d'un organe cantonal ou régional d'orientation.** Dans certains cantons, la mise en place d'un organe cantonal ou régional d'orientation, par lequel transiteraient toutes les demandes d'entrée en EMS (et éventuellement en structures intermédiaires) génère des interrogations. Certains estiment qu'une orientation pertinente au sein du réseau ne nécessite pas d'organe unique, mais peut être atteinte par l'implication de tous les acteurs formés à cela et recourant à un même outil d'évaluation des besoins.
- **L'intégration des soins versus l'intégration des prestataires.** Si personne ne conteste la nécessité d'intégrer les soins et l'action sociale dans une articulation régionale cohérente, certains cantons entendent réaliser cette intégration par la mise en réseau formelle des prestataires concernés, tandis que d'autres envisagent des formes d'intégration de prestataires au sein de nouvelles institutions.
- **Quelle prise en charge pour les « nouveaux dépendants » ?** Parmi les profils légers, on trouve des personnes en âge AVS qui, malgré leur besoin léger en soins, nécessitent un accompagnement régulier au sein de structures résidentielles (handicap mental vieillissant, dépendances, troubles du comportement, etc.). À défaut de structures spécifiques, cette population continuera à recourir aux lits d'EMS. Afin de répondre à ce besoin, certains experts ont évoqué la piste de solutions concertées, entre politique de la santé et sociale et/ou la mise en place d'institutions intercantionales.

Des projets et réalisations remarquables

On trouve également dans la synthèse (chapitre 3.8) une liste non exhaustive de **réalisations et projets remarquables** quant à leur contribution potentielle à la prise en charge des personnes âgées peu dépendantes de soins hors des EMS.

⁸ La note de bas de page 40 mentionne quelques exemples.

Encadré 1 Limites rencontrées et impacts sur les résultats

Type	Description	Impact sur les résultats de l'étude
Limites quant aux statistiques utilisées	Il n'existe pas de définition nationale et unique pour les différentes structures intermédiaires, ni pour les homes simples. Leur désignation, comme leurs missions, les publics-cibles ou encore les prestations offertes peuvent varier selon les cantons.	Les résultats de la présente étude par canton n'en sont en rien affectés. C'est en revanche dans les comparaisons entre cantons qu'il y a lieu de se rappeler de cette limite statistique.
	Au niveau national, les données sur les différentes structures intermédiaires demeurent lacunaires (voir sur le sujet : Werner et al. 2016).	Pas d'impact en général: les données disponibles ont pu être complétées en recourant aux documents émis par chacun des cinq cantons étudiés. Seul le nombre d'«appartements avec encadrement » du canton de Neuchâtel (forme de logement protégé) n'a pas pu être appréhendé, car la définition cantonale de cette structure intermédiaire est récente.
Limites liées à l'approche qualitative	À domicile, la statistique nationale sur les soins à domicile (SPITEX) ne permet pas de connaître la part de bénéficiaires de 65 ans et plus recevant entre 0 et 40 minutes de soins par jour. Il en va de même dans les structures intermédiaires, pour lesquelles les données sur les bénéficiaires sont très rares. L'appréciation de la prise en charge actuelle des profils légers dans chacun des cinq cantons (objectif 1 de l'étude) s'est donc appuyée principalement sur ce qu'en ont dit les experts. Il s'agit donc d'un matériau qualitatif, produit par un nombre restreint d'acteurs.	À défaut de données disponibles, ces avis d'experts constituent une première indication, certes subjective, quant à la prise en charge des profils légers dans ces cantons. La pertinence de cette première indication est liée à la forte implication de ces experts au quotidien dans les questions de prise en charge des personnes âgées au sein de leur canton.
Limites liées à la pluralité des sources d'information	La méthode utilisée conjugue des sources statistiques, de l'analyse documentaire et des avis d'experts. Au cours de l'analyse, des convergences sont apparues, mais également quelques divergences, y compris entre les experts.	De telles divergences, même si peu nombreuses, sont inhérentes à la méthode choisie. Elles ont été prises en compte dans l'interprétation des résultats.

Conclusion

Afin de limiter les coûts de prise en charge des personnes âgées, les cinq cantons étudiés ont limité l'offre de places dans leurs EMS (ou sont en train de le faire). Dès lors, en EMS, ils privilégient la prise en charge de personnes nécessitant passablement de soins.

Mais cela ne suffit pas. Car si des alternatives à l'EMS ne sont pas proposées aux personnes nécessitant moins de soins, ces personnes vont alors décliner à domicile. Cela se traduira par la surcharge des proches (avec risques d'épuisement et besoin de soins pour eux), une augmentation du recours aux prestations ambulatoires, des hospitalisations inappropriées et en urgence, des entrées plus hâtives en EMS, de l'engorgement à l'entrée en EMS et des séjours hospitaliers en attente de placement.

La présente étude s'est donc penchée sur les alternatives développées au sein des cinq cantons étudiés. On y constate qu'il n'existe pas un « modèle romand » unique et que chaque solution cantonale est spécifique. Ces solutions s'inscrivent toutefois dans une même stratégie générale, consistant à favoriser une offre dense de prestations de maintien à domicile (SASD, structures intermédiaires, mais aussi action sociale de proximité, soutien aux proches aidants, prévention, etc.) et à fournir une information et une orientation active à la population concernée. Cette stratégie générale vise – et réussit dans les cinq cantons étudiés – à limiter le nombre de personnes avec de faibles besoins en soins en EMS.

Pourtant, les experts de ces cantons soulignent la fragilité de l'équilibre mis en place : si proposer trop de lits d'EMS peut favoriser leur utilisation par des personnes nécessitant peu de soins, un manque de lits d'EMS génère, lui, rapidement des reports de coûts dans le système de santé. À défaut de « réserve de places » dans les EMS de ces cantons, il y a un sentiment de flux tendus, de vulnérabilité du système. Pour la suite, il pourrait donc être utile de décrire et comparer comment les cantons surveillent et assurent l'équilibre de leurs systèmes médico-sociaux et la qualité de la prise en charge des personnes âgées.

Pour l'avenir, les cantons étudiés envisagent tous des réformes. Leurs calendriers cherchent à tenir compte du nombre d'acteurs concernés, de leur autonomie, ainsi que de la sensibilité politique du sujet. Or le vieillissement démographique s'accélère depuis 2012. Il y a ainsi une tension dans cette nécessité de devoir à la fois laisser du temps au changement ET de devoir changer rapidement. Pour

la suite, comparer la mise en œuvre de ces réformes cantonales permettrait d'en tirer des enseignements utiles – quant aux facteurs de succès par exemple – pour les autres cantons.

De manière générale, afin de décrire la prise en charge actuelle des profils légers, la présente étude a dû se baser sur les avis des experts sollicités, choisis pour leur large implication dans la prise en charge des personnes âgées au sein de leurs cantons respectifs. L'objectif (1) de l'étude - « Comprendre comment les personnes âgées peu dépendantes de soins sont prises en charge dans les cantons romands » - est donc partiellement atteint, puisque les éléments permettant d'y répondre comportent une part de subjectivité.

S'agissant de la description de l'offre de solutions et prestations pour cette prise en charge, la fragilité du matériel statistique à disposition rend les comparaisons intercantionales difficiles. Une certaine homogénéisation dans la désignation et les prestations des structures intermédiaires permettrait d'y remédier. Mais surtout, elle améliorerait la lisibilité de cette offre pour la population. Enfin, la présente étude a permis de décrire les politiques publiques de prise en charge des personnes âgées dans chacun des cinq cantons étudiés, en termes de stratégies présentes et futures, de régulation de cette offre ou encore d'information et orientation de la population concernée. L'objectif (2) de l'étude - « Comprendre comment la prise en charge est régulée en Suisse romande » - semble ainsi atteint.

Zusammenfassung

Hintergrund und Ziele

Der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen mit leichtem Pflegebedarf (maximal 40 Pflegeminuten pro Tag) variiert von Kanton zu Kanton stark. Gemäss der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) gibt es in den Deutschschweizer Alters- und Pflegeheimen deutlich mehr leicht Pflegebedürftige (in einigen Kantonen über 25%) als in den französisch- und italienischsprachigen Kantonen (in fünf Kantonen unter 5%).

Diese Tatsache wirft folgende Fragen auf: Welche Merkmale weisen die leicht Pflegebedürftigen, die in Deutschschweizer Alters- und Pflegeheimen leben, auf? Wie sieht die Langzeitpflege für leicht Pflegebedürftige in der Westschweiz aus? Wie lässt sich erklären, dass leicht Pflegebedürftige in der Deutschschweiz in einem Alters- und Pflegeheim wohnen, während im Rest der Schweiz die Betreuung und Pflege ambulant erfolgt?

Angesichts der steigenden Nachfrage nach Langzeitpflege handelt es sich hierbei um zentrale Fragen. Leicht Pflegebedürftige sind ein Schlüsselfaktor im Hinblick auf die Entwicklung der Langzeitpflege. Sie können am ehesten im eigenen Zuhause wohnen, sei es im Privathaushalt oder in einem neuen, altersgerechten Wohnumfeld («betreutes Wohnen» usw.). Dies gilt insbesondere für Kantone, in denen der Anteil der leicht Pflegebedürftigen in Alters- und Pflegeheimen hoch ist.

Eine neue Studie von Köppel (2016) liefert erste Antworten auf diese Fragen. Im Rahmen dieser Studie wurden im Kanton Zug Interviews in Alters- und Pflegeheimen durchgeführt, um die Aufnahme von leicht Pflegebedürftigen in Alters- und Pflegeheimen zu analysieren. Die Studie gibt Aufschluss über die Gründe für den Heimeintritt und beschreibt zwölf Fallbeispiele.

Gestützt auf diese Studie beschloss das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan), die Langzeitpflege von Betagten mit leichtem Pflegebedarf näher zu untersuchen, und erteilte ein Mandat zur Klärung folgender Fragen:

- (1) Wie sieht die Langzeitpflege für leicht Pflegebedürftige in den Westschweizer Kantonen aus?
- (2) Wie wird die Langzeitpflege in der Romandie organisiert und reguliert?

Methode

Die vorliegende qualitative Studie bezieht sich auf die fünf Kantone Genf, Jura, Neuenburg, Waadt und Wallis, in denen gemäss der SOMED-Statistik in den Alters- und Pflegeheimen schweizweit am wenigsten Personen ab 65 Jahren mit geringem Pflegebedarf (0 bis 40 Minuten pro Tag) zu finden sind. Im Text werden diese als leicht Pflegebedürftige bezeichnet.

Im Rahmen der Studie wurden bestehende Unterlagen (Gesetzesgrundlagen, Dokumente zur Gesundheitsplanung, Berichte zum Dienstleistungsangebot usw.) analysiert. Zudem wurden Gespräche mit den Verantwortlichen der betroffenen Fachstellen (ein Gespräch pro Kanton), eine Online-Erhebung (51 befragte Fachpersonen aus fünf Kantonen, 42 eingegangene Antworten) sowie Workshops zur Vertiefung der Ergebnisse (ein Workshop pro Kanton, insgesamt 41 Teilnehmende) durchgeführt.

Darüber hinaus wurde mittels Daten der SOMED-Statistik das Bettenangebot für Langzeitaufenthalte in den Alters- und Pflegeheimen sowie das Profil der Bewohnerinnen und Bewohner untersucht. Für die intermediären Strukturen wurden Daten aus der Studie von Werner et al. (2016) herangezogen, die bei Bedarf durch die Angaben der fünf Kantone vervollständigt wurden⁹.

⁹ Sämtliche in der vorliegenden Studie verwendeten Indikatoren, deren Quellen sowie die Beurteilung ihrer Qualität sind in Tableau 2.1 beschrieben.

Langzeitpflege von leicht Pflegebedürftigen in der Romandie: homogenes Bild, heterogene Realitäten¹⁰

Für die vorliegende Studie wurden die Kantone Genf, Jura, Neuenburg, Waadt und Wallis ausgewählt, da die dortigen Alters- und Pflegeheime wenige leicht Pflegebedürftige beherbergen. Trotz dieses homogenen Bildes gibt es zurzeit Unterschiede bei den jeweiligen Lösungen.

Die Kantone **Waadt** und **Genf** weisen eine sehr niedrige Alters- und Pflegeheimbettendichte¹¹, eine hohe Inanspruchnahme von Spitex-Leistungen¹² sowie ein umfassendes, breit gefächertes Angebot für die Betreuung und Pflege der leicht Pflegebedürftigen im eigenen Zuhause auf. Die Fachleute der beiden Kantone haben bestätigt, dass diese Rahmenbedingungen praktisch allen leicht Pflegebedürftigen das Wohnen im eigenen Zuhause bzw. ein altersgerechtes oder begleitetes Wohnen ermöglichen.

Der Kanton **Jura** weist ebenfalls eine niedrige Alters- und Pflegeheimbettendichte sowie eine hohe Inanspruchnahme von Spitex-Leistungen auf, verfügt jedoch im Gegensatz zu den Kantonen Genf und Waadt noch über wenige intermediäre Strukturen. Nach Ansicht der beigezogenen kantonalen Fachleute wohnen die leicht Pflegebedürftigen hauptsächlich im eigenen Zuhause, wobei in erster Linie auf das Spitexangebot und auf Tagesstrukturen, aber auch auf die Unterstützung durch Angehörige zurückgegriffen wird.

Im Kanton **Neuenburg** liegt die Alters- und Pflegeheimbettendichte über dem Schweizer Durchschnitt und die Inanspruchnahme von Spitex-Leistungen für Betagte ab 65 Jahren leicht unter dem Schweizer Durchschnitt. Im Jahr 2014 beherbergten die Alters- und Pflegeheime im Kanton Neuenburg aber nur 0,5% leicht Pflegebedürftige. Mit Ausnahme einiger Personen, die in altersgerechten Wohnungen leben, sind die leicht Pflegebedürftigen grösstenteils im eigenen Zuhause anzutreffen und nehmen dazu namentlich die Unterstützung von Angehörigen in Anspruch.

Im **Wallis** ist die Alters- und Pflegeheimbettendichte schweizweit am zweithöchsten, die Inanspruchnahme von Spitex-Leistungen steht im kantonalen Vergleich an sechstletzter Stelle, und das Angebot der intermediären Strukturen ist vergleichbar mit jenem im Kanton Jura, auch wenn im Wallis mehr Kurzaufenthalte verzeichnet werden. Somit wohnen die leicht Pflegebedürftigen hauptsächlich im eigenen Zuhause und – seltener – in Alters- und Pflegeheimen. Im eigenen Zuhause überwiegen die Spitex-Leistungen, doch auch die Unterstützung durch Angehörige spielt eine wichtige Rolle. Die kantonalen Ergebnisse verbergen jedoch gewisse regionale Unterschiede.

Organisation der Leistungserbringung im Netzwerk und Zugangsregulierung¹³

Im Kanton **Genf** ist das sozialmedizinische Netz so aufgebaut, dass die Beratung der Betagten je nach Anfrage durch die jeweiligen Akteure erfolgt. Genf ist der einzige der fünf Kantone, in dem der Zugang zu Alters- und Pflegeheimen für Personen mit einem Pflegebedarf von mehr als 40 Minuten pro Tag beschränkt ist. Ausnahmeregelungen sind in gerechtfertigten Fällen möglich. Für den Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim gibt es ein zentralisiertes Anmeldetool. Darüber hinaus stützt sich der Kanton Genf auf das seit 2013 bestehende elektronische Patientendossier (eHealth), um Projekte im Hinblick auf die Kontinuität der Gesundheitsversorgung (gemeinsamer Medikationsplan und gemeinsamer Pflegeplan) zu entwickeln. Diese Projekte sind auf betagte und multimorbide Menschen ausgerichtet. Der Kanton Genf plant, demnächst ein standardisiertes Tool zur Abklärung der Bedürfnisse einzuführen, das für alle Leistungserbringer gelten soll.

In den Kantonen **Jura** und **Neuenburg** gibt es keine Informations- oder Beratungsstelle. Dort wird die Anmeldung für einen Platz im Alters- und Pflegeheim jeweils direkt bei der entsprechenden Einrichtung vorgenommen. Der Kanton Jura entwickelt zurzeit eine Informations- und Beratungsstelle, und der Kanton Neuenburg führt ein Pilotprojekt mit Schaffung einer zentralen Informations- und Beratungsplattform (Association Réseau Orientation Santé Social; AROSS) für alle sozialmedizinischen Leistungen des Bezirks Le Locle durch. Das Pilotprojekt wird 2017 im Hinblick auf eine mögliche Einführung im gesamten Kanton evaluiert.

¹⁰ Tableau 3.1 gibt einen Überblick über die Betreuung in der Romandie.

¹¹ Als Indikator für die Alters- und Pflegeheimbettendichte wird die Anzahl der pro 1000 Einwohner/innen ab 65 Jahren belegten Alters- und Pflegeheimbetten verwendet (Quelle: SOMED, 2014). Zur Gewährleistung der Kohärenz mit dem Nenner wurden die von unter 65-Jährigen belegten Betten geschätzt und vom Zähler abgezogen.

¹² Für die Inanspruchnahme von Spitex-Leistungen wird die Anzahl der pro Einwohner/in ab 65 Jahren geleisteten Stunden (d.h. die insgesamt für Personen ab 65 Jahren geleisteten Stunden im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung der Personen ab 65 Jahren) als Indikator verwendet. Quelle: Dutoit, L., Füglistler-Dousse, S. & Pellegrini, S. (2016), S. 58).

¹³ Tableau 3.2 gibt einen guten Überblick über dieses Thema.

Im Kanton **Waadt** laufen alle Anmeldungen für Kurz- oder Langzeitaufenthalte in einem Alters- und Pflegeheim über eine der vier regionalen Informations- und Beratungsstellen (Bureaux Régionaux d'Information et d'Orientation; BRIO), wobei deren Vorschläge nicht bindend sind. Die BRIO steuern jedoch nicht die Anmeldungen für intermediäre Strukturen (Tagesstrukturen betreutes Wohnen usw.). Für die Zukunft plant der Kanton die Einführung eines Tools, das eine globale, multidimensionale und standardisierte Beurteilung der Patienten ermöglicht (INTERRAI) und von allen Einrichtungen – unabhängig von ihrer Struktur – verwendet wird.

Der Kanton **Wallis** verfügt, wie der Kanton Waadt, über eine Informations- und Beratungsplattform (Sozial-Medizinische Koordinationsstelle; SOMEKO); die Anmeldung erfolgt aber jeweils direkt beim entsprechenden Alters- und Pflegeheim. Ein Zeitplan, der über die Verfügbarkeit der Betten für Kurzaufenthalte informiert, wurde kürzlich online gestellt. Mittelfristig ist zudem die Schaffung einer Datenbank geplant, in der die Anträge für die Zuteilung von Betten für Langzeitaufenthalte mit Angaben zum Dringlichkeitsgrad hinterlegt sind. Die allgemeinen Zugangskriterien für eine angemessene Pflege sind seit dem 1. Januar 2017 in einer kantonalen Richtlinie festgehalten.

Konvergente Zukunftsstrategien¹⁴

Mit Blick auf die Zukunft zeigen die **Strategien** in die gleiche Richtung: Die angemessene Betreuung und Pflege der leicht Pflegebedürftigen ausserhalb von Alters- und Pflegeheimen wird nicht einer bestimmten Leistung zu verdanken sein, sondern vielmehr das Ergebnis eines umfassenden Angebots darstellen, das das gewöhnliche Trio «eigenes Zuhause – intermediäre Strukturen – Alters- und Pflegeheim» bei Weitem übertrifft. Die Leistungen sollen somit sämtliche möglichen Schritte, die dem Betreuungs- und Pflegenetz vorgelagert sind (Prävention), sowie ambulante Leistungen, die Unterstützung der ersten Linie¹⁵ und die Unterstützung für betreuende und pflegende Angehörige umfassen. Bei der Beratung ist wichtig, das Angebot nicht auf die Patientinnen und Patienten mit bereits bekanntem Pflegebedarf zu beschränken, sondern auch Personen zu identifizieren, die im eigenen Zuhause fragiler werden. Wichtig ist zudem, innerhalb der Versorgungsstrukturen Finanzierungs- und Governanceregeln zu schaffen, die auf die Betagten und deren Bedürfnisse (und nicht auf die Leistungserbringer) ausgerichtet sind, damit eine optimierte Langzeitpflege sichergestellt und eine Weiterentwicklung punkto Qualität und Wirtschaftlichkeit ermöglicht wird.

Einige Erkenntnisse

Der vorliegende Bericht liefert auf Grundlage der Situation in der Romandie folgende Erkenntnisse für Kantone, die den Anteil der leicht Pflegebedürftigen in ihren Alters- und Pflegeheimen reduzieren wollen.

- Durch die Reduktion der Alters- und Pflegeheimbettendichte lässt sich der Anteil der leicht Pflegebedürftigen einschränken, doch dies reicht nicht aus. Es besteht zwar ein gewisser Zusammenhang zwischen der Alters- und Pflegeheimbettendichte und der Belegung dieser Betten durch leicht Pflegebedürftige, doch es sind weitere Faktoren zu berücksichtigen.
- Zudem birgt eine Strategie, die ausschliesslich auf einer Bettenknappheit in den Alters- und Pflegeheimen beruht, ohne ein ausreichendes und koordiniertes Leistungsangebot zum Verbleib im eigenen Zuhause sicherzustellen, bestimmte Risiken: Abnahme der Lebensqualität der Betroffenen, unzureichende Sozialkontakte, Verschlimmerung einer funktionalen Beeinträchtigung oder auch Überlastung der betreuenden und pflegenden Angehörigen. Diese Risiken können zu Verlagerungen innerhalb des Gesundheitssystems führen: Zunahme der ambulanten Behandlungen der im eigenen Zuhause wohnenden Betagten, Gefahr der Übermedikation, unangemessene und notfallmässige Hospitalisierung, voreilige Einweisung, Spitalaufenthalt in Erwartung einer Pflegeheimplatzierung und schliesslich Engpässe beim Übertritt in ein Alters- und Pflegeheim.
- Westschweizer Alters- und Pflegeheime, aber auch intermediäre Strukturen nehmen immer stärker pflegebedürftige Personen auf, weshalb leicht Pflegebedürftige einen erschwerten Zugang zu diesen Strukturen haben. Die untersuchten Westschweizer Kantone sind bemüht, die Bedürfnisse dieser leicht Pflegebedürftigen zu erfüllen, indem sie entsprechende Leistungen in ihre Strategien für die Langzeitpflege von leicht Pflegebedürftigen einbeziehen und fördern: (1) Leistungen für die Prävention im eigenen Zuhause: soziale Unterstützung durch Vereine, aber auch durch die Gemeinden, Freiwilligenarbeit, Anpassung der Wohnungseinrichtung, Präventionsprogramme (Stürze, Mangelernährung usw.); (2) ambulante Leistungen: Einbezug der medizinischen Grundversorgung in die Versorgungsstrukturen, Förderung ambulanter Konsultationen speziell für Betagte usw.; (3) Unterstützung der «ersten Linie»:

¹⁴ Figure 3.1 gibt einen guten Überblick über dieses Thema.

¹⁵ Unterstützung der Pflegeteams (Einrichtung oder Spitex) sowie der Ärztinnen und Ärzte durch mobile Teams, z.B. für Betagtenpsychiatrie

Unterstützung der Pflegeteams (im Heim oder bei der Spitex) sowie der Ärztinnen und Ärzte durch verschiedene mobile Teams, Unterstützung der betreuenden und pflegenden Angehörigen usw.

- Es ist somit festzustellen, dass bei der Langzeitpflege der leicht Pflegebedürftigen nicht mehr ausschliesslich die Pflege, sondern auch der soziale Aspekt von Bedeutung ist. Aus diesem Grund haben mehrere kantonale Fachleute darauf hingewiesen, dass die Koordination zwischen sozialen und gesundheitlichen Leistungen – insbesondere mit Blick auf die Evaluationstools – verbessert werden muss.
- Bei den fünf untersuchten Kantonen setzt sich weniger das Motto «eigenes Zuhause statt Alters- und Pflegeheim» bzw. «ambulant vor stationär», sondern vielmehr der Wille durch, sich «im richtigen Moment mit den richtigen Leistungen um die richtige Person» zu kümmern. Es ist also ein Richtungswechsel zu beobachten: Der Übertritt vom eigenen Zuhause ins Alters- und Pflegeheim soll für die Betagten in Zukunft nur noch einer von vielen möglichen Wegen sein. Nun gilt es vor allem, die Betreuung und Pflege dort, wo die Person wohnt, gut zu organisieren und die notwendigen Leistungen für jede Person und jede Situation sicherzustellen. Dies erfordert effiziente Informations- und Beratungstools. Wichtig dabei ist eine «Netzwerk-Kultur», d.h. es muss dafür gesorgt werden, dass alle Akteure die Patientinnen und Patienten als Teil des Ganzen und nicht nur als «ihre Patientin» oder «ihren Patienten» wahrnehmen – auch im Fall eines Übertritts von einer in eine andere Struktur.
- Im Laufe der Zeit haben sich verschiedene Finanzierungsregeln für Pflege- und Sozialleistungen etabliert. Diese Regeln führten zu einem gewissen Silodenken unter den Akteuren und zu einer fragmentierten Betreuung und Pflege der Betagten anstelle einer koordinierten, optimalen Langzeitpflege. Die meisten Regeln gelten schweizweit, doch hier und da finden die Kantone einen gewissen Handlungsspielraum¹⁶.
- Langzeitpflege ist ein sensibles Thema. In Bezug auf die Frage, welche Faktoren für den Erfolg von Reformen in diesem Bereich ausschlaggebend sind, verweisen die kantonalen Fachleute auf die üblichen Regeln des Changemanagements (genügend Zeit einplanen; gute, langfristige politische Unterstützung; Akteure integrieren, kommunizieren). Vor dem Hintergrund des aktuellen Umfelds (Herausforderungen im Zusammenhang mit der Alterung der Bevölkerung, ganzheitliche Gesundheitsplanung und Vernetzung der Akteure) entsteht ein Spannungsfeld zwischen der Notwendigkeit, genügend Zeit für Veränderungen einzuplanen, und der Notwendigkeit, schnell auf die Alterung der Bevölkerung zu reagieren.

Offene Diskussionspunkte

Im Fazit des Berichts (Kapitel 3.5, Seite 54) wird auf einige **Themen eingegangen, die zurzeit in verschiedenen Kantonen diskutiert** werden. Im Folgenden sind die wichtigsten Punkte zusammengefasst:

- **Rasches Handeln und Kohärenz in Einklang bringen.** Die Bedürfnisse der Leistungsempfängerinnen und -empfänger sind sehr unterschiedlich und verändern sich im Laufe der Zeit. Daher ist es wichtig, schnell massgeschneiderte Lösungen zu schaffen, indem die verschiedenen Ressourcen des Netzes laufend neu zusammengesetzt werden. Dazu sind rasches Handeln und eine gute Kenntnis der Begebenheiten gefragt, was für die zentralisierten Organisationsstrukturen bestimmter grosser kantonalen Einrichtungen eine Herausforderung bedeutet. Umgekehrt fördern diese grossen Einrichtungen die Umsetzung einer kohärenten Politik, während viele Einzelakteure ein hohes Mass an Koordination und entsprechende Tools erfordern würden.
- **Beratung: einfacher Algorithmus oder eine Kunst?** Es gibt immer mehr Informationssysteme, die Empfehlungen für die Zuweisung von Betagten innerhalb des Betreuungs- und Pflegenetzes abgeben. Kein Kanton treibt die Automatisierung der Beratungsentscheide voran. Es ist zum Teil auch umstritten, wie nützlich diese Entscheidungshilfetools sind.
- **Braucht es eine kantonale oder regionale Beratungsstelle?** In einigen Kantonen wirft die Schaffung einer kantonalen oder regionalen Beratungsstelle, die für sämtliche Anträge zum Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim (und eventuell in intermediäre Strukturen) zuständig wäre, Fragen auf. Einige Kantone sind der Ansicht, dass es für eine zweckmässige Beratung innerhalb des Netzes keine spezifische Stelle braucht, vielmehr sollten das Mitwirken aller entsprechend ausgebildeten Akteure und die Nutzung eines einheitlichen Tools zur Abklärung der Bedürfnisse ausreichen.
- **Integrierte Gesundheitsversorgung oder Integration der Leistungserbringer?** Während niemand die Notwendigkeit bestreitet, die Gesundheits- und Sozialleistungen regional kohärent zu organisieren, planen einige Kantone eine Integration durch die formelle Vernetzung der betroffenen Leistungserbringer, andere fassen eine Integration der Leistungserbringer innerhalb neuer Einrichtungen ins Auge.
- **Welche Lösung für die «neuen Pflegebedürftigen»?** Unter den leicht Pflegebedürftigen befinden sich Personen im AHV-Rentenalter, die trotz ihres geringen Pflegebedarfs regelmässig in Wohnstrukturen betreut werden müssen (alternde Personen mit geistiger

¹⁶ In der Fussnote 40 werden einige Beispiele genannt.

Behinderung, Sucht, Verhaltensstörungen usw.). Aufgrund des Mangels an spezifischen Strukturen belegen diese Personen weiterhin Alters- und Pflegeheimbetten. Um auf diesen Bedarf einzugehen, plädieren einige Experten für aufeinander abgestimmte Lösungen zwischen Gesundheits- und Sozialpolitik bzw. für die Schaffung von interkantonalen Einrichtungen.

Erfolgreiche Projekte und Umsetzungen

Im Fazit (Kapitel 3.8, Seite 57) ist eine **nicht abschliessende Liste von erfolgreichen Projekten und Umsetzungen** zu finden, die einen Beitrag zur Langzeitpflege von leicht Pflegebedürftigen, die nicht in einem Alters- und Pflegeheim wohnen, leisten.

Kasten 1 Beobachtete Grenzen und Auswirkungen auf die Ergebnisse

Typ	Beschreibung	Auswirkungen auf die Ergebnisse der Studie
Grenzen der verwendeten Statistiken	Für die verschiedenen intermediären Strukturen wie auch für die Altersheime gibt es keine schweizweite, einheitliche Definition. Die Bezeichnung, die Aufgaben, das Zielpublikum und das Leistungsangebot variieren je nach Kanton.	Dies hat jedoch keine Auswirkungen auf die Ergebnisse dieser Studie nach Kanton . Beim Vergleich zwischen den Kantonen ist hingegen diese statistische Grenze zu berücksichtigen.
	Auf Schweizer Ebene sind die Daten zu den verschiedenen intermediären Strukturen lückenhaft (siehe dazu Werner et al. 2016).	Generell hat dies keine Auswirkungen: Die verfügbaren Daten wurden vervollständigt, indem auf Dokumente zurückgegriffen wurde, die von den fünf untersuchten Kantonen herausgegeben wurden. Lediglich die Anzahl «Appartements avec encadrement» im Kanton Neuenburg (betreutes Wohnen) konnte nicht erfasst werden, da die kantonale Definition dieser intermediären Struktur neu ist.
Grenzen des qualitativen Ansatzes	Die nationale Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX) gibt keinen Aufschluss über den Anteil der im eigenen Zuhause lebenden Personen ab 65 Jahren mit einem Pflegebedarf von 0 bis 40 Minuten pro Tag. Gleiches gilt für die intermediären Strukturen, da zu den Leistungsempfängerinnen und -empfängern nur selten Daten veröffentlicht werden. Die Beurteilung der aktuellen Situation der leicht Pflegebedürftigen in den fünf Kantonen (Ziel 1 der Studie) stützt sich daher hauptsächlich auf die Angaben der Fachleute. Die Ergebnisse dieser qualitativen Untersuchung beruhen auf den Aussagen einer beschränkten Anzahl Akteure.	Da zu wenig Daten verfügbar sind, geben die Expertenmeinungen einen ersten Anhaltspunkt zur Langzeitpflege der leicht Pflegebedürftigen in diesen fünf Kantonen. Die Angaben sind zwar subjektiv, liefern aber wesentliche Erkenntnisse, da sich die Fachleute täglich eng mit Fragen rund um die Betreuung und Pflege der Betagten in ihrem jeweiligen Kanton befassen.
Grenzen im Zusammenhang mit den vielfältigen Informationsquellen	Die verwendete Methode basiert auf statistischen Quellen, auf einer Analyse der bestehenden Dokumente und auf Expertenmeinungen. Bei der Analyse wurden Übereinstimmungen, aber auch einige Unterschiede (betrifft u.a. die Expertenmeinungen) festgestellt.	Diese Unterschiede sind methodenbedingt und wurden bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt.

Fazit

Um die Kosten für die Langzeitpflege zu reduzieren, haben die fünf untersuchten Kantone das Platzangebot in den jeweiligen Alters- und Pflegeheimen beschränkt (bzw. sind dran, dies zu tun). Aus diesem Grund liegt in den Alters- und Pflegeheimen der Fokus auf Personen mit grösserem Pflegebedarf.

Doch dies reicht nicht aus. Denn wenn den leicht Pflegebedürftigen keine Alternativen vorgeschlagen werden, verschlechtert sich die Situation dieser Menschen, die weiterhin im eigenen Zuhause wohnen. Dies führt wiederum zu einer Überlastung der Angehörigen (was die Gefahr mit sich bringt, dass Letztere an Erschöpfung leiden und ebenfalls Pflege benötigen), zu zunehmenden ambulanten Leistungen, zu unangemessenen und notfallmässigen Hospitalisierungen, zu voreiligen Einweisungen, zu Spitalaufenthalten in Erwartung einer Pflegeheimplatzierung und zu Engpässen beim Übertritt in ein Alters- und Pflegeheim.

Die vorliegende Studie ist daher auf die alternativen Angebote eingegangen, die in den fünf untersuchten Kantonen entwickelt worden waren, eingegangen. Es ist festzuhalten, dass es diesbezüglich kein einheitliches «Westschweizer Modell» gibt, vielmehr haben die einzelnen Kantone ihr spezifisches Lösungskonzept. Den einzelnen Lösungen liegt jedoch eine gemeinsame Strategie zugrunde: Alle

fünf Kantone verfügen über ein breites Leistungsangebot für den Verbleib im eigenen Zuhause (Spitex, intermediäre Strukturen, aber auch soziale Unterstützung, Unterstützung für betreuende und pflegende Angehörige, Prävention usw.) und bieten der betroffenen Bevölkerungsgruppe eine proaktive Information und Beratung. Diese allgemeine Strategie zielt darauf ab, die Zahl der leicht Pflegebedürftigen in den Alters- und Pflegeheimen zu reduzieren, und ist in den fünf untersuchten Kantonen erfolgreich.

Die Fachleute dieser Kantone betonen jedoch die Fragilität dieses Systems: Eine zu hohe Anzahl Alters- und Pflegeheimbetten birgt die Gefahr, dass diese durch leicht Pflegebedürftige belegt werden. Umgekehrt kann ein Bettenmangel in den Alters- und Pflegeheimen schnell zu einer Überwälzung von Kosten in das Gesundheitssystem führen. Ohne «Reserveplätze» in den Alters- und Pflegeheimen dieser Kantone entsteht der Eindruck einer fehlenden Bewegungsfreiheit, die das System verletzlich macht. Als nächsten Schritt könnte es daher nützlich sein zu vergleichen, wie die Kantone das Gleichgewicht ihrer sozialmedizinischen Systeme sowie die Qualität der Langzeitpflege von Betagten kontrollieren und sicherstellen.

Alle fünf untersuchten Kantone planen für die Zukunft eine Reform. Ihre Agenden versuchen, der Zahl der betroffenen Akteure, deren Autonomie sowie der politischen Sensibilität dieses Themas Rechnung zu tragen. Die Bevölkerungsalterung nimmt jedoch seit 2012 stetig zu. Dies führt zu einem Dilemma: Einerseits muss genügend Zeit für Veränderungen eingeplant werden, andererseits gilt es, die Situation schnell zu ändern. In Zukunft könnte ein Vergleich, wie diese Reformen in den jeweiligen Kantonen umgesetzt werden, Erkenntnisse – z.B. über die Erfolgsfaktoren – liefern, die für die anderen Kantone nützlich wären.

Um die aktuelle Situation der leicht Pflegebedürftigen zu beschreiben, musste sich die vorliegende Studie auf die Meinungen der beigezogenen Fachleute stützen, die ausgewählt wurden, da sie sich intensiv mit der Langzeitpflege in ihrem jeweiligen Kanton befassen. Das Ziel 1 der Studie, die Frage «

Wie sieht die Langzeitpflege für leicht Pflegebedürftige in den Westschweizer Kantonen aus?» zu beantworten, ist somit zum Teil erreicht, da die für die Beantwortung dieser Frage relevanten Elemente zum Teil subjektiver Natur sind.

Angesichts der Fragilität der verfügbaren statistischen Datenlage sind interkantonale Vergleiche der Lösungsansätze und des Leistungsangebots nur beschränkt möglich. Eine gewisse Vereinheitlichung bei den Bezeichnungen und Dienstleistungen der intermediären Strukturen würde hier Abhilfe verschaffen. Insbesondere bekäme die Bevölkerung dadurch einen besseren Überblick über das Leistungsangebot. Die vorliegende Studie hat es ermöglicht, die öffentliche Politik in Bezug auf die Langzeitpflege in den fünf untersuchten Kantonen zu beschreiben. Dabei wurde den aktuellen und zukünftigen Strategien, der Angebotsregulierung sowie der Information und Beratung der betroffenen Bevölkerungsgruppe besonderes Augenmerk geschenkt. Das Ziel 2 der Studie, eine Antwort auf die Frage « Wie wird die Langzeitpflege in der Romandie organisiert und reguliert?» zu finden, scheint somit erreicht zu sein.

1 Introduction

1.1 Contexte

Le vieillissement démographique, la forte augmentation de la prévalence des maladies chroniques et les risques de déclin fonctionnel (Bachman et al. 2015) représentent en Suisse des défis conséquents en termes de prise en charge médico-sociale. Répondre à ces défis par une simple augmentation de l'offre de lits d'hôpitaux et en EMS sera financièrement très difficile (DGAS/DGS, 2015 ; Monod, 2016).

Dans ce contexte, les 23 cantons qui ont formulé des stratégies formelles en matière de soins de longue durée indiquent qu'ils entendent à l'avenir (continuer à) favoriser le maintien à domicile par rapport à l'entrée en EMS (Oesch et Kunzi, 2015), réduisant ainsi la quantité de nouveaux lits d'EMS à ouvrir. Ce qui signifie aussi, dans une logique d'allocation optimale des ressources, que les lits d'EMS seront de plus en plus réservés à des personnes ne pouvant plus rester à domicile¹⁷ malgré toutes les prestations qui peuvent leur être proposées.

Or les statistiques SOMED indiquent (Figure 1.1) que 18,0% des personnes âgées de 65 ans et plus ayant séjourné durant l'année 2014 en EMS nécessitaient 40 minutes de soins ou moins par jour (personnes désignées ci-après par « profils légers »). Ces statistiques présentent cependant deux limitations :

- D'une part, il existe en Suisse trois **outils reconnus de mesure de la charge en soins** des résidents en EMS. Les cantons de Genève, Jura, Neuchâtel et Vaud sont les seuls à utiliser l'outil PLAISIR, tandis que les autres cantons ont recours aux outils BESA ou RAI-RUG. Basés sur des approches différentes, ils peuvent, pour une même situation, déboucher sur une évaluation des besoins différente (voir par exemple Seematter-Bagnoud et al. 2012). Il n'est donc pas exclu qu'une partie des différences entre cantons observées dans la Figure 1.1 soit liée à l'outil choisi. Mais cela ne saurait expliquer l'entier de ces différences.
- D'autre part, la **notion de personnes âgées « peu dépendantes de soins »** ou de « profils légers » est perçue différemment selon les régions et les périodes. En effet, cette notion ne correspond pas à une définition officielle, mais fait implicitement référence à la quantité de soins journaliers en-dessous de laquelle une entrée en EMS ne semble pas médicalement justifiée. La définition de départ de la présente étude (de 0 à 40 minutes de soins par jour) correspond à cette limite telle que retenue par Köppel (2016) pour la région de Zoug, et c'est en référence explicite à celle-ci que les experts ont été sollicités dans le cadre de la présente étude. Cependant, dans les cantons romands étudiés, les acteurs situent spontanément cette limite autour de 90 minutes de soins journaliers requis (catégorie OPAS 5), tout en insistant sur le fait que cette notion évolue dans le temps et que la charge en soins ne saurait être le seul critère déterminant le type de prise en charge¹⁸. Les statistiques SOMED (voir Annexe 5) confirment cette perception différente : dans les cantons romands, les personnes nécessitant jusqu'à 80 minutes de soins par jour¹⁹ restent rares en EMS, contrairement à la plupart des cantons alémaniques. On retrouve ainsi la même différence que pour les résidents en catégories OPAS 0 à 2.

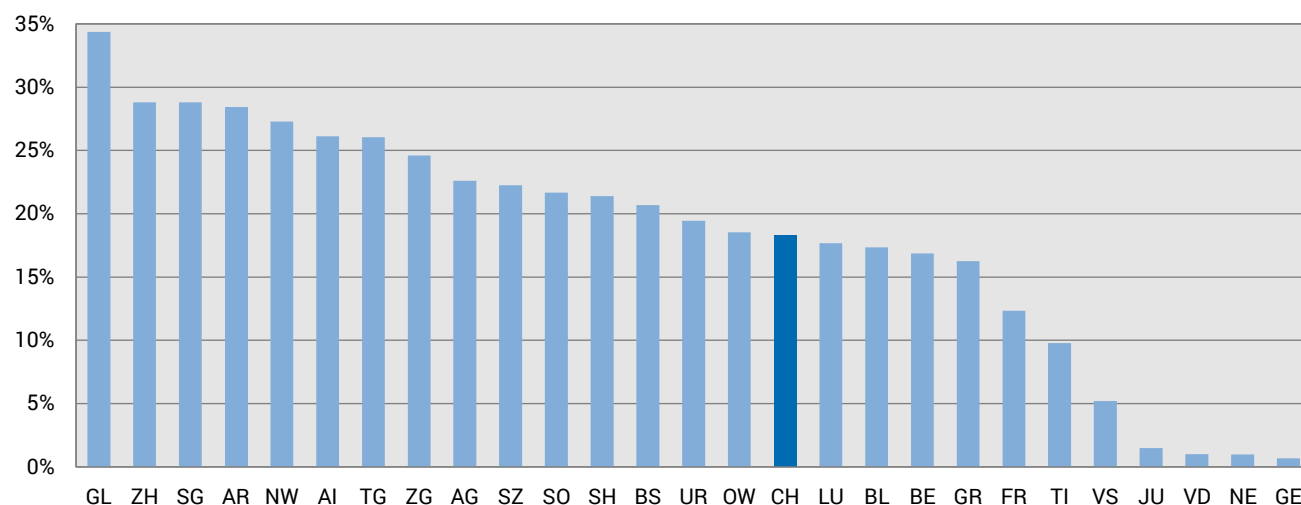
Ces deux limitations expliquent donc en partie les différences entre cantons dans la part des résidents en EMS peu ou pas dépendants en soins, observées à la Figure 1.1, mais ne les éliminent pas.

¹⁷ Les coûts journaliers d'un lit de long séjour étant, pour des personnes nécessitant peu de soins, supérieurs à ceux du maintien à domicile (Wächter et al. 2011).

¹⁸ Toutefois, dans les rares cas où elle est spécifiée par écrit, cette limite est également la catégorie OPAS 2. Ainsi, l'État de Genève conditionne explicitement les autorisations d'exploiter des EMS à l'accueil de résidents requérant plus de 40 min. de soins journaliers. Le Service de la santé publique du canton du Valais (2015) y fait également référence dans sa planification.

¹⁹ Mesurées selon PLAISIR.

Figure 1.1 Part des résidents en EMS (long séjour), de 65 ans et plus, pas ou peu dépendants de soins (0-40 minutes par jour), 2014



Note : sont considérés ici l'ensemble des personnes ayant résidé en EMS durant l'année 2014 et non pas au 31.12.14, comme on le voit parfois dans d'autres publications basées sur la statistique SOMED.

Source : SOMED, 2014 ; graphique : serdaly&ankers

Nombre de cantons ou communes souhaitent donc, à l'avenir, allouer ces lits d'EMS à des personnes nécessitant plus de 40 minutes de soins par jour. Parallèlement, ces cantons et communes doivent développer de quoi assurer la prise en charge de ces profils légers hors des EMS. Leur tâche est donc double : réduire la densité de lits d'EMS et (continuer à) développer, en parallèle, une stratégie et des moyens de prise en charge alternative pour ces profils légers.

1.2 Point de départ : les résidents peu dépendants de soins de trois EMS zougais

La présente étude fait suite à celle de Köppel (2016), consacrée spécifiquement aux personnes âgées nécessitant peu de soins, mais résidant tout de même en EMS.

Cette étude qualitative s'est penchée sur 54 résidents âgés et peu dépendants de soins (profils légers) des EMS de la Fondation Alterszentren Zug. Basée sur des entretiens avec la direction, des employés et des résidents, ainsi que sur la statistique SOMED et des données de la Fondation elle-même, elle analyse qui sont ces personnes, les raisons de leur entrée en EMS et les prestations qu'elles mobilisent. Sur cette base, l'étude propose un catalogue de 12 portraits de résidents en EMS peu dépendants de soins (appelés ci-après « portraits types Köppel ») décrivant certains aspects de leur situation personnelle et de santé et les raisons de leur entrée en EMS. Partant du principe que ces personnes devraient pouvoir être prises en charge hors des EMS, l'étude propose aux cantons et communes d'utiliser ce catalogue comme base de vérification et de réflexion quant aux alternatives locales à l'EMS. En dernière étape, Köppel (2016) mène cette réflexion pour le territoire zougais au travers d'un processus largement participatif.

Parmi les résultats, on lit que l'entrée en EMS de ces personnes correspond souvent (hormis le besoin en soins) à la traversée d'une situation personnelle particulière : entrée du conjoint en EMS, démence, conditions de logement inadaptées, etc. Par ailleurs et toujours selon Köppel, les EMS eux-mêmes pourraient être intéressés à accueillir parfois des profils légers, afin de rester des lieux de vie et/ou pour équilibrer le travail entre leurs propres équipes. Enfin, la présence de ces profils légers en EMS peut être liée au manque d'alternatives, ou au fait que ces alternatives ne sont pas connues.

1.3 Objectifs et questions d'étude

Face au contexte susmentionné et à la volonté de certains cantons de diminuer leur densité de lits d'EMS, l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) a mandaté la présente étude afin de (objectif 1) documenter comment les profils légers sont pris en charge dans les

cantons romands (sauf Fribourg²⁰) et (objectif 2) décrire les stratégies et moyens que ces cantons ont mis en place pour réguler la prise en charge de la personne âgée.

Concrètement, l'objectif 1 porte sur les profils légers que l'on trouve aujourd'hui fréquemment dans les EMS de certains cantons alémaniques et très peu dans les cantons romands. La présente étude vise ainsi à documenter comment ces 12 « portraits types Köppel » sont pris en charge hors des EMS dans les cinq cantons romands étudiés.

Par ailleurs et toujours au sein de cet objectif 1, il s'agit de se pencher sur les profils légers que l'on trouve tout de même dans les EMS des cantons romands étudiés, de décrire leurs caractéristiques et comprendre les raisons de leur présence.

Quant à l'objectif 2, il s'agit de comprendre quelles sont les stratégies déployées par ces cinq cantons romands permettant une prise en charge des profils légers hors des EMS, notamment en termes de coordination des offres de soins et de leur accès.

Ces objectifs ont été détaillés en une série de questions (Annexe 2), qui ont servi de base pour le travail d'enquête.

1.4 Méthode

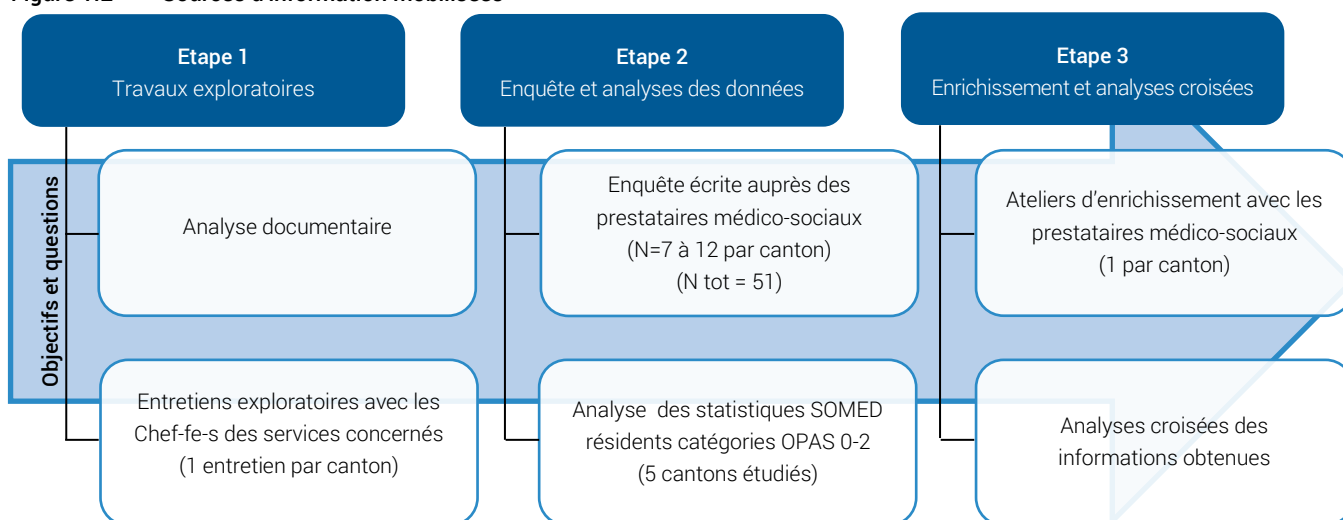
Le point de départ de la présente étude est que les profils légers rencontrés dans les EMS zougais résident « ailleurs » dans les cinq cantons étudiés. Il s'agit donc de repérer où et comment ils sont pris en charge dans chacun de ces cantons et comment ils ont eu accès à cette prise en charge.

Les statistiques à disposition ne permettent pas ce repérage : celles de l'aide et des soins à domicile comme celles des hôpitaux ne documentent pas la quantité de prestations reçue par chaque bénéficiaire (pas de possibilité de déterminer la part de ces prestations concernant des profils légers), il n'existe pas de données sur les profils des bénéficiaires des logements adaptés, protégés ou communautaires, ni sur les personnes bénéficiant d'un soutien informel d'une personne proche aidante, bénévole ou employée de maison.

Quant à une enquête quantitative ad hoc auprès de différents prestataires, elle aurait signifié qu'ils puissent mesurer, sur une base uniforme et dans un bref délai, la charge en soins de chacun de leur bénéficiaire, ce qui n'était pas réaliste.

En lieu et place, la méthode choisie a donc été exploratoire au démarrage, puis qualitative. La Figure 1.2 présente les sources d'information qui ont été mobilisées.

Figure 1.2 Sources d'information mobilisées



Source et illustration : serdaly&ankers

L'étape 1 visait à comprendre le cadre légal de chaque canton en matière de prise en charge des personnes âgées, à connaître ses stratégies passées et actuelles, à apprécier l'offre de prestations, les modalités de sa planification et régulation ainsi que sa lisibilité

²⁰ Le canton de Fribourg n'a pas été inclus dans la présente étude en raison de son taux de profils légers (catégories OPAS 0 à 2) en EMS sensiblement plus élevé que dans le reste de la Romandie.

pour la population. Il s'agissait également de repérer les éventuels obstacles et limites auxquels le mandat allait être confronté. Dans ce but, une analyse documentaire a été effectuée dans chaque canton, portant sur les bases légales pertinentes, les documents antérieurs et actuels de planification et les statistiques et rapports disponibles documentant l'offre de prestations. Dans ce but également, des entretiens exploratoires ont été menés avec les responsables des services cantonaux concernés (leur liste figure en Annexe 3).

L'étape 2 visait à explorer comment les profils légers sont pris en charge dans chacun des cantons étudiés. Pour cela, une enquête en ligne (Annexe 4) a été menée auprès de 51 experts du domaine de la prise en charge des personnes âgées (42 réponses reçues). Deux types de questions étaient posées :

- Au travers d'une première question déclinée en 12 sous-questions (Annexe 4, question 1), il leur était demandé d'indiquer les modalités actuelles de prises en charge de 12 situations types (Annexe 1). Ils étaient aussi interrogés sur les prestations particulièrement utiles pour la prise en charge de chaque situation type. Les réponses obtenues sont présentées par prestation dans les Figures 5.1 à 5.14 de l'Annexe 4. Cette « Question 1 » était complétée par une « Question 3 » sur les outils et prestations contribuant particulièrement au maintien à domicile des profils légers, ainsi que par une « Question 2 » sur les raisons de la présence de quelques profils légers dans les EMS de chacun des cantons étudiés.

La « Question 4 », déclinée en cinq sous questions, portait sur leur appréciation de la qualité de cette prise en charge (Annexe 4). Les résultats ont été en partie regroupés en un *indicateur*²¹ de la qualité de la prise en charge. La « Question 5 », elle aussi déclinée en cinq sous-questions, concernait les éventuels effets négatifs et indicateurs²¹ d'une prise en charge insuffisante des profils légers (Annexe 4).

Cette étape 2 visait également à dénombrer, à partir des données SOMED disponibles, les résidents en EMS en catégorie 0 à 2 OPAS dans chaque canton et à comparer ces profils légers avec les autres résidents.

Enfin **l'étape 3** visait à enrichir les éléments obtenus en amont afin de pouvoir répondre aux questions et objectifs du mandat. Pour cela, un atelier d'enrichissement a été organisé dans chacun des cinq cantons. 41 personnes ont participé à ces différents ateliers²². Chacun de ces ateliers était constitué d'une première partie réservée à la présentation des résultats de l'enquête et d'une deuxième partie consacrée à l'enrichissement de ces résultats, sous forme de focus group sur des questions ouvertes.

Globalement, l'ensemble des types d'acteurs médico-sociaux se sont ainsi exprimés dans l'enquête comme durant les ateliers. Seule exception : le point de vue des médecins de premier recours, pour lequel une seule réponse a été reçue lors de l'enquête et dont aucun représentant n'a pu participer à l'atelier.

Obstacles surmontés

Cette méthode a permis de surmonter les obstacles suivants :

- Dans les cinq cantons, la prise en charge des profils légers résulte de leurs stratégies générales de prise en charge des personnes âgées. Ce sont donc ces stratégies générales qui ont dû être appréhendées et décrites, en y situant chaque fois la prise en charge des profils légers.
- Dans les cinq cantons, les stratégies de prise en charge des personnes âgées sont en constante évolution. De ce fait, les modalités actuelles de prise en charge sont en décalage avec ce que chacun des cantons vise pour l'avenir. Le présent rapport documente donc les situations cantonales actuelles et les constats que les acteurs en retirent, mais aussi les stratégies en cours de mise en place pour répondre aux défis à venir et les moyens prévus pour leur mise en œuvre.
- L'étude visait notamment à comprendre, à partir des avis des experts et en se basant sur les 12 « portraits types Köppel », comment sont pris en charge les profils légers dans chaque canton. Or, pour certains experts, chaque situation est individuelle et nécessite une réponse sur mesure. Par ailleurs, cette réponse se baserait notamment sur des critères non documentés dans les « portraits types Köppel » : nature précise des troubles de santé physiques ou psychiques (en particulier ceux rendant un maintien à domicile impossible, tels qu'incontinence fécale ou certains troubles précis du comportement), ampleur de l'atteinte fonctionnelle (autonomie dans les actes de la vie quotidienne de base et instrumentale) éléments contextuels (ressources propres et celles des proches, environnement social et géographique, habitat, etc) ou encore ressources disponibles sur le moment dans le réseau. C'est par la conjugaison des différentes sources d'informations (voir Figure 1.2) que cet obstacle – qui constitue déjà un enseignement en soit – a été contourné.

²¹ Ces deux indicateurs sont décrits plus en détails dans le Tableau 2.1.

²² Les personnes conviées étaient les participants à l'enquête ainsi que, pour les cantons de Neuchâtel et du Valais, des responsables d'EMS (ces derniers dans le but d'approfondir la question des profils légers résidant dans les EMS du canton). Certains y ont délégué une tierce personne, qu'ils avaient ou non associée lors de leur réponse au questionnaire d'enquête.

2 La situation par canton

Ce chapitre débute par un rappel de caractéristiques communes aux cinq cantons décrites dans la littérature. Il se poursuit par une description des prestations que l'on retrouve dans chacun des cinq cantons, des indicateurs retenus pour les décrire, des sources utilisées et d'une appréciation de la robustesse de ces données. Les cinq sous-chapitres 2.3 à 2.7 sont consacrés à la situation de chaque canton. La comparaison des résultats entre cantons et l'analyse que l'on peut en tirer font l'objet du chapitre 3.

2.1 Caractéristiques communes aux cinq cantons étudiés

Selon Dutoit, Füglistler-Dousse et Pellegrini (2016), les prises en charge reposent, dans les cantons de Genève, Jura, Neuchâtel, Vaud et du Tessin et par rapport au reste de la Suisse, plus sur l'aide et les soins à domicile, tandis que le recours au long séjour en EMS y est nettement moins fort et le fait de personnes nécessitant plus de soins. Le Valais, lui, est situé entre ce groupe « latin » et un autre groupe de cantons s'appuyant de manière plus égale sur les EMS et l'aide et les soins à domicile.

S'agissant de l'offre ou du recours aux structures intermédiaires, produire une telle image par canton ou groupes de cantons n'est pas possible, les données étant trop incomplètes (Werner et al. 2016).

Quant au soutien apporté par les proches aidants, selon Dutoit, Pellegrini et Füglistler-Dousse (2016), « *les estimations (...) suggèrent qu'en « Suisse latine » les proches jouent un rôle un peu moins important dans la prise en charge des personnes âgées que dans le reste de la Suisse* ». Cela semble cohérent avec le fait que, dans certains cantons romands, jusqu'à 1,7 fois plus de personnes recourent aux structures formelles (SASD et EMS) qu'en Suisse centrale.

Enfin, hormis les proches aidants, il sied de mentionner les autres prestataires informels d'aide et de soins – notamment les personnes employées de maison – dont la contribution à l'accompagnement des personnes âgées varie sans doute sur le territoire, mais est peu documentée.²³

2.2 Description des prestations de base et des indicateurs retenus

On retrouve dans les cinq cantons les prestations suivantes sous des formes et intensités diverses. Afin d'éviter des redites dans les sous-chapitres 2.3 à 2.7, elles sont décrites ici²⁴.

SASD : Les prestations de base des institutions publiques ou parapubliques d'aide et de soins à domicile de chacun des cinq cantons étudiés sont l'ensemble des soins infirmiers selon l'art. 7, al. 2 OPAS (soins de base, examens, traitements, évaluation, conseils et coordination), l'aide au ménage, la livraison de repas à domicile et la mise à disposition de systèmes de sécurité à domicile. Cette offre de base est, dans certains cantons, complétée par d'autres prestations spécifiques, mentionnées dans les sous-chapitres ci-dessous.

Structures intermédiaires : On regroupe sous ce terme toutes les offres situées entre le maintien dans le domicile « privé » (englobant l'aide et les soins à domicile) et l'entrée dans une institution résidentielle médico-sociale ou stationnaire de soins. Les formes les plus usuelles de structures intermédiaires sont les foyers de jour/nuit, les courts séjours et les logements protégés ou adaptés. Ces structures ne font toutefois pas l'objet d'appellations ni de définitions univoques en Suisse, limitant ainsi la portée des comparaisons. Afin de favoriser l'utilisation de désignations similaires entre cantons, Curaviva a publié un lexique romand (Ankers et al. 2015).

²³ On peut citer Van Holten et al. (2013) à ce sujet.

²⁴ Au cours de la rédaction du présent rapport, les prestations de transports adaptés ont été évoquées comme importantes pour le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. N'ayant pu être incluses en amont dans les questions de l'enquête en ligne auprès des experts, elles n'ont pu être prises en considération.

Foyers de jour/nuits : Un foyer de jour et/ou de nuit est une structure d'accueil collective à la demi-journée ou à la journée ou de nuit proposant des prestations d'animation, de repas et parfois de soins.

Courts séjours : Il s'agit de la possibilité, pour une personne vivant à domicile ou sortant de l'hôpital, de passer un séjour, en principe de durée limitée (limite maximale variable selon les cantons), dans un EMS, une maison pour personne âgée ou une structure similaire.

Logements adaptés et protégés : Un logement adapté est un logement dans lequel une personne en situation de handicap physique ne rencontre pas de barrières architecturales. Un logement protégé est un logement adapté au sein duquel le locataire bénéficie, pour un montant mensuel forfaitaire, de prestations de base (aide et soutien administratif, système d'alarme intégré et permanence nocturne, etc.) et de prestations à choix (animations socio-culturelles, repas en commun, etc.). Les exigences architecturales comme la définition de ces prestations varient selon les cantons.

Home simple (ou « Maison pour personnes âgées ») : Il s'agit d'institutions de longs séjours résidentiels, assurant en général l'entier des prestations socio-hôtelières nécessaires et une offre de base d'accompagnement social. En cas de besoins en soins, ceux-ci sont en général fournis in situ par un service de soins à domicile, interne ou externe. Le Home simple est destiné à des personnes âgées qui ne peuvent ou ne veulent plus vivre seules à domicile pour diverses raisons, sans pour autant nécessiter des soins importants.

Proches aidants : On désigne ainsi les proches – qu'il s'agisse de membres de la famille ou non – qui, à titre non professionnel et informel, fournissent régulièrement des services d'aide, de soins ou de présence à la personne âgée dépendante. En Suisse, les proches aidants fournissent une contribution substantielle à la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie (700'000 personnes aidées par leurs proches, et 260'000 par des SASD selon le Conseil fédéral (2014)).

Action sociale : On entend par là l'action sociale de proximité, destinée soit aux personnes âgées elles-mêmes, soit à leurs proches, qu'elle soit individuelle ou collective. Les prestations proposées sont notamment de l'écoute, de l'information, de l'assistance sociale, des lieux de socialisation (rencontres, activités, repas communs, etc.), de la prévention (gym senior, etc.), ou encore des services de relève pour les proches aidants. Dans l'ensemble des cantons étudiés, les associations (notamment les sections cantonales Alzheimer, de la Croix-rouge, de Pro Senectute ou d'associations spécifiquement liées aux proches aidants) proposent de telles prestations. Par ailleurs, certaines communes s'y impliquent également. Dans la suite du présent rapport, l'intensité de l'offre des associations comme des communes sera à chaque fois précisée.

Services de liaison : c'est ainsi que sont désignés les services infirmiers assurant la liaison entre l'hôpital et le réseau de soins, avant et après l'hospitalisation. Dans les cinq cantons étudiés, les hôpitaux publics disposent de tels services, lesquels travaillent étroitement avec les SASD pour les retours à domicile et les EMS lorsqu'une entrée en EMS s'avère nécessaire après une hospitalisation. Ces services sont le plus souvent complétés par des prestations d'assistance sociale.

Tableau 2.1 Indicateurs utilisés au sein du chapitre 2 : définitions et sources

Domaine	Indicateurs	Calcul	Sources	Qualité des données
SASD	Intensité d'aide et des soins à domicile	# d'heures de prestations SASD/hab. 65+	Dutoit, L., Füglistner-Dousse, S. & Pellegrini, S. (2016)	Données robustes et comparables.
Home médicalisé (EMS)	Densité de lits d'EMS	# de lits nets* /1000 hab. 65+ *Lits nets : lits non utilisés par des résidents < 65 ans (estimation à partir du # de ces résidents)	SOMED 2014. STATPOP 2014. Calculs serdaly&ankers	Données robustes et comparables.
Maisons pour personnes âgées (NE : Pension ; VD : home simple)		# de lits/1000 hab. 65+	Population : STATPOP 2014 # de lits : NE : Information orale recueillie auprès du Service de la santé publique ; VD : SOMED 2014 Calculs serdaly&ankers	Données peu robustes et non comparables : absence de définition univoque ; certaines institutions relevant d'autres politiques publiques ne sont pas recensées dans la SOMED.
Foyers de jour/nuit	Densité de places de foyers de jour/nuit	# de places/1000 hab. 65+	Population : STATPOP 2014 # de places : GE, JU, NE. VD : Werner et al. (2016). VS : Liste du Service de la santé publique (5/2015) Calculs serdaly&ankers Moyenne nationale non disponible.	Données relativement robustes au sein de chaque canton mais peu comparables entre cantons : ces structures ne font pas l'objet d'une définition univoque.
Courts séjours	Densité de lits de courts séjours	# de lits/1000 hab. 65+	Population : STATPOP 2014 # de lits : NE, VD, VS et CH : SOMED 2014 GE : Conseil d'Etat genevois (2014) JU : http://www.jura.ch/DES/SSA/Etablissements-pour-personnes-agees.html (12.02.2017) Calculs serdaly&ankers	Données peu robustes et peu comparables : sources différentes pour GE et JU.
Logements protégés	Densité de logements protégés	# de logements/1000 hab. 65+	GE, JU, VD : Werner et al. (2016). NE : Données non utilisables car offre trop hétérogène VS : Liste du Service de la santé publique (10/2016) STATPOP 2014. Calculs serdaly&ankers Moyenne nationale non disponible.	Données peu robustes et peu comparables : absence de définition univoque du logement protégé.
Qualité de la prise en charge des profils légers	Indicateur de la qualité de la prise en charge des profils légers	Moyenne des 3 indicateurs suivants : Accessibilité aux prestations nécessaires Nécessité de compter sur les proches A domicile : prise en charge lacunaire ou non	Enquête auprès des experts cantonaux (voir Annexe 4, question 4)	Enquête qualitative auprès d'un nombre d'experts restreint (N=7 à 12 selon les cantons)
Equilibre entre offre de lits d'EMS et d'alternatives	Indicateurs d'un déséquilibre	Fréquence des demandes d'orientation urgentes, des hospitalisations en urgence, des hospitalisations inappropriées, des entrées en EMS depuis l'hôpital et de la fragilisation des proches aidants	Enquête auprès des experts cantonaux (voir Annexe 4)	

2.3 Genève : 25 ans de priorité au maintien à domicile

2.3.1 Stratégie cantonale

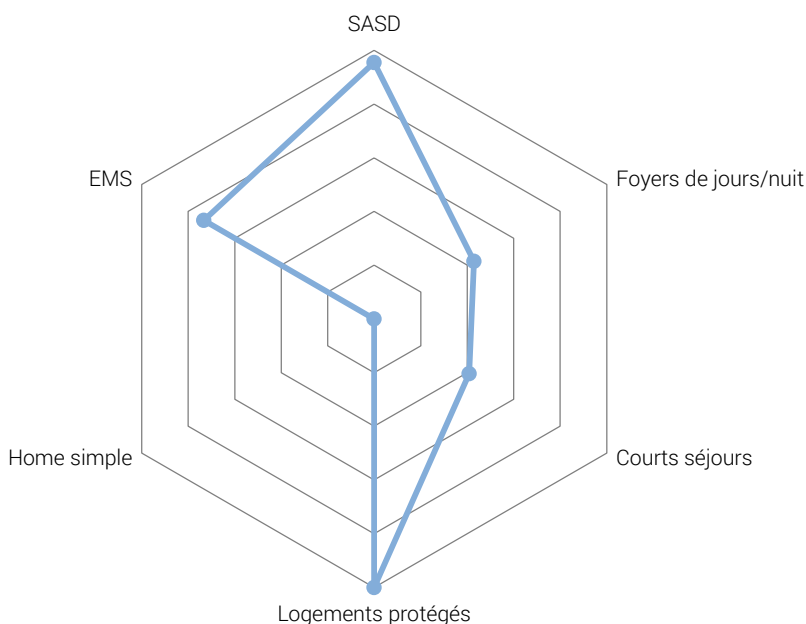
Maintenir les aînés à domicile par le développement constant de l'aide et des soins à domicile, par une offre de lits d'EMS limitée et par le développement progressif de structures intermédiaires : c'est ainsi que l'on peut résumer la politique menée à Genève depuis 25 ans, réaffirmée dans sa planification sanitaire actuelle (2016-2019).

En parallèle, ces dernières années, on voit apparaître le souhait d'une meilleure coordination du réseau médico-social et d'une meilleure orientation de la population en son sein. En 2008, le Grand Conseil adaptait la législation cantonale (LSDom) dans ce sens et ce souhait est resté présent dans les planifications cantonales successives (2012-2015 / 2016-2019). En ce qui concerne l'orientation, la législation cantonale n'a pas pu être concrétisée et elle est en cours de révision. Quant à la coordination du réseau de soins, le système de santé s'appuie principalement sur l'eHealth, domaine où le canton est l'un des plus avancés de Suisse puisque le dossier électronique du patient (DEP) est depuis 2013 une réalité avec *mondossiermedical.ch*.

2.3.2 Les moyens de mise en œuvre

Une offre intense et diversifiée de prestations d'aide et de soins à domicile, une très faible densité de lits d'EMS et des logements protégés en plein essor : c'est ainsi que l'on peut caractériser l'offre médico-sociale genevoise actuelle (voir Figure 2.1)

Figure 2.1 L'offre médico-sociale actuelle genevoise en comparaison romande



Définition des indicateurs utilisés et sources : voir Tableau 2.1

Note explicative (valable pour les Figures 2.1 à 2.5) :

Ce schéma vise à la comparaison des cinq cantons étudiés entre eux et à une visée illustrative. Les valeurs des différents indicateurs expriment, chaque fois, l'ampleur de l'offre de la prestation concernée par rapport au canton – parmi les 5 – le mieux pourvu en la matière. À titre d'exemple : l'intensité d'aide et de soins à domicile du canton de Genève correspondant aux 95% de celle du canton du Jura (le canton ayant l'offre la plus intense en la matière), cet indicateur touche presque l'hexagone externe correspondant à 100%.

Services d'aide et de soins à domicile

A Genève, l'aide et les soins à domicile ont été regroupés en 1999 déjà au sein d'une seule structure devenue l'Institution de MAintien à Domicile en 2013 (imad, établissement de droit public). Le canton y voit un gage de rationalité, d'expertise de prestations domiciliaires et la possibilité de mener une politique cohérente de maintien à domicile.

Au-delà des prestations LAMal, l'imad propose, à ses bénéficiaires nécessitant des soins, des prestations d'aide pratique telles que faire leurs courses, les accompagner à l'extérieur (visite chez le médecin ou repas partagés dans le quartier), du conseil pour l'aménagement du domicile ou encore de l'hospitalisation à domicile. Par ailleurs, l'imad gère l'Unité Mobile d'Urgences Sociales (UMUS), composée d'infirmiers et de travailleurs sociaux intervenant la nuit, les week-ends et les jours fériés, notamment lors de troubles de la santé mentale ou psychiques ou de chute à domicile.

En 2014, Genève présentait la troisième intensité d'aide et de soins à domicile de Suisse. Dans sa planification 2016-2019, le canton prévoit une augmentation annuelle des besoins en heures de soins à domicile de 4,5%.

Structures intermédiaires

A Genève, la législation cantonale (LSDom/RSDom) destine les **logements protégés** (appelés « Immeubles avec Encadrement pour Personnes Agées », IEPA) aux personnes en âge AVS et dont les besoins de sécurité et/ou de contacts sociaux sont préalablement avérés via une évaluation standardisée de la situation sanitaire et sociale, avec l'outil utilisé pour l'aide et les soins à domicile. Les prestations à fournir sont listées, distinguant celles qui sont obligatoires (en lien avec le besoin avéré permettant l'admission) de celles fournies obligatoirement par l'exploitant mais qui sont au libre choix du locataire.

Jusqu'ici, ces logements étaient principalement construits par une fondation de droit public et réservés aux personnes à revenus limités. Afin d'en permettre l'accès à toutes les catégories de population, une modification réglementaire (RSDom, février 2016) a supprimé le critère de revenu. Cette révision a ouvert aussi la qualité d'exploitant à toutes les institutions de santé reconnues formellement au sens de la loi cantonale sur la santé.

A Genève, les logements protégés sont appelés à devenir l'un des piliers du maintien à domicile (1'216 à fin 2013, +500 environ visés pour 2019). Le souhait est de pouvoir y accueillir et maintenir jusqu'au décès toutes les situations avec un besoin avéré de sécurité ou de liens sociaux mais où la gravité des déficits ne requiert pas impérativement l'admission en institution (sauf s'agissant des personnes présentant des troubles cognitifs et/ou comportementaux graves, qui, elles, nécessitent l'entrée en institution).

Les **foyers de jour/nuit**, quant à eux, visent au maintien du lien social et au répit des proches aidants. Des soins peuvent y être fournis sur prescription médicale. La densité de places de foyers de jour/nuit à Genève est proche de la moyenne des 14 cantons pour lesquels ceci est documenté (Werner et al. 2016) et ne suffit pas à répondre à la demande. Le canton y voit un moyen de retarder l'entrée en EMS et planifie une légère extension de l'offre pour la période 2016-2019.

S'agissant des **courts séjours**, le canton de Genève en distingue deux types. Les « Unités d'accueil temporaires de répit » (UATR) visent au répit des proches et l'offre de 38 lits jusqu'ici centralisée dans deux bâtiments exploités par IMAD, est en cours de redéploiement au sein des EMS. Le besoin supplémentaire est estimé à 62 places d'ici 2019. Quant aux 7 lits actuels en « Unité d'accueil temporaire médicalisées » (UATM), ils visent à éviter l'hospitalisation de personnes pour la plupart âgées, en situation médicale instable et nécessitant une surveillance rapprochée. Ces lits font partie de la récente « Maison de santé Cité génération » et leurs bénéficiaires ont accès à une large gamme de prestations permettant d'éviter un déclin fonctionnel durant leur séjour et d'aménager leur retour à domicile. La planification 2016-2019 table sur le développement de 10 nouvelles places d'UATM dans le canton.

Autres prestations de maintien à domicile

Les **hôpitaux universitaires genevois** (HUG) proposent, dans le milieu de vie habituel de la personne âgée, dépendante, fragile et présentant de multiples comorbidités, une **évaluation ambulatoire gériatrique globale** et multidisciplinaire. Ces évaluations peuvent être sollicitées par d'autres professionnels de la santé, par la personne âgée et/ou ses proches. On y trouve également un **hôpital de jour** sur deux sites proposant des groupes thérapeutiques consacrés à la mobilité, la mémoire, l'alimentation et la dépendance à l'alcool. Ces deux structures visent explicitement à réduire ou éviter l'entrée prématurée en EMS.

L'EMS de Beauregard, en collaboration avec la maison de santé Cité génération, mène un projet pilote de repositionnement afin de devenir la structure de référence de proximité pour les personnes âgées vulnérables à domicile, au sein d'un réseau de prise en charge à l'échelle régionale.

Lits de long séjour en EMS

À Genève, les 3811 **lits de long séjour** (SOMED, 2014) sont réservés – comme stipulé dans les autorisations d'exploiter des EMS – aux personnes en âge AVS, évaluées en catégories OPAS 3 et plus. Ce sont les seuls critères cliniques formels à respecter lors de l'entrée de nouveaux résidents.

Lits non médicalisés

Constatant l'émergence d'un besoin d'institutionnalisation de personnes âgées nécessitant de l'accompagnement mais peu de soins, Genève a récemment reconverti deux petits EMS pour la prise en charge de ces personnes. Ayant conservé une équipe soignante, ils restent statistiquement des homes médicalisés.

Interfaces entre les prestations

Les HUG fournissent une assistance sociale et bénéficient d'un service de liaison assuré par une équipe dédiée de l'Institution de maintien à domicile (imad) sur place.

Par ailleurs, avec l'introduction en 2013 du Dossier Electronique du Patient (mondossiermedical.ch), Genève est l'un des cantons les plus avancés en matière de cybersanté. Ce sont plus particulièrement les projets « Plan de médication partagé » et « Plan de soins partagé », en cours de développement, qui permettront concrètement d'améliorer la continuité des soins.

L'orientation dans le réseau et l'information

Suite à l'abandon, en 2009, de la mise en place d'un organe centralisant l'accès aux différents prestataires médico-sociaux, **l'orientation** est aujourd'hui organisée à partir de l'hôpital d'une part, et du domicile d'autre part :

- Au sein des HUG, le service de liaison de l'imad effectue, en partenariat avec les assistantes sociales des HUG, les sorties d'hôpital pour un **retour à domicile ou en court séjour** (UATR).
- S'agissant des **inscriptions pour l'entrée en EMS depuis l'hôpital** (64% des entrées en 2014 selon SOMED), l'outil GESTPLACE a été déployé auprès de l'ensemble des services des HUG et de tous les EMS du canton depuis début 2017. Chaque EMS reste toutefois libre d'accepter ou non les demandes d'entrées que lui adressent les HUG.
- S'agissant des **entrées en EMS depuis le domicile**, les personnes concernées doivent pour l'instant continuer à s'inscrire individuellement auprès d'un EMS qui utilise l'outil GESTPLACE. Il est prévu que l'imad puisse prochainement le faire directement, comme depuis les HUG.

S'agissant enfin des moyens **d'information** de la population, la commission de coordination du réseau de soins (CCRS) propose, sur le site internet de l'État, un portail²⁵ présentant l'intégralité de l'offre disponible et des modalités d'accès. Un guichet centralisé pour répondre aux questions de la population verra le jour à l'automne 2017.

2.3.3 La prise en charge effective des profils légers

Hors des EMS

À Genève, selon les experts sollicités, presque toutes les situations types évoquées par les « portraits types Köppel » peuvent être trouvées à domicile, avec le renfort si nécessaire des SASD (Annexe 4, Figure 5.13). Seules les situations types où il était spécifiquement indiqué qu'un maintien à domicile n'était plus possible ont obtenu d'autres réponses (situations types 2 et 5).

Les experts confirment le rôle des structures intermédiaires comme alternatives à la prise en charge en EMS des « portraits types Köppel ». Sans surprise, les logements adaptés sont plus souvent mentionnés que les logements protégés (Annexe 4, Figures 5.1 et 5.2), ces derniers ayant été réservés jusqu'à récemment aux personnes à revenus modestes. Quant aux foyers de jour/nuits,

²⁵ <http://www.ge.ch/reseau-de-soins/>

(Tableau 3.1), ils sont largement mentionnés. Au vu de leur densité actuelle plutôt faible, cela corrobore le constat du canton d'une relative pénurie de places. Quant aux courts séjours (Figure 3.1), ils semblent faire l'objet d'une utilisation relativement ciblée, en lien avec une fragilisation avancée (situation type 6) et/ou des troubles cognitifs (situation type 4).

Par ailleurs, l'hôpital de jour (voir chapitre 2.3.2 et Figure 5.10) semble jouer un rôle important dans le maintien à domicile des profils légers, tout comme l'action des associations et communes (clubs seniors) (Figures 5.1 et 5.6).

Malgré cette offre d'alternatives, les experts estiment que presque toutes les situations types présentées pourraient potentiellement – malgré leur besoin en soin réduit et en fonction d'autres paramètres non renseignés dans les « portraits types Köppel » – se retrouver dans les EMS genevois (Figure 5.14), hormis les situations types 4 (démence évolutive à un stade à priori gérable hors institution) et 3 (isolement).

En EMS

Selon la Direction générale de la santé, au sein des EMS genevois « (...) le nombre de résident-e-s à faible besoin (classe PLAISIR <4) est aujourd'hui très limité », et les personnes concernées « ont un besoin avéré d'être institutionnalisées pour d'autres raisons et malgré le peu de temps de soins qu'elles requièrent » (Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé, 2015, p. 171). Selon les experts consultés, ce sont essentiellement certains troubles comportementaux nécessitant un cadre de vie structuré et communautaire qui pourraient potentiellement – en l'absence d'offre alternative – expliquer ces institutionnalisations. Les statistiques (SOMED, 2014) confirment que les profils légers sont extrêmement rares dans les EMS genevois (32 personnes ne nécessitant pas de soins ou en cat. OPAS 1 ou 2 sur 4697, soit 0,7%) et donc le fait de situations particulières.

Cas particuliers : nouveaux publics vieillissants (trisomie, addictions, HIV-séropositifs, etc.)

À Genève, si une personne trisomique, présentant des addictions ou séropositive (les « nouveaux publics vieillissants ») était en institution avant d'atteindre l'âge AVS, elle peut en général y rester, pour autant que l'institution puisse assumer ses besoins en soins. En revanche, si cela n'était pas le cas et qu'elle ne peut plus rester à domicile, elle sera plutôt orientée vers les EMS.

Le canton reconnaît toutefois recevoir de fréquentes demandes de dérogations d'âge pour l'entrée en EMS de tels publics depuis le domicile. Ces personnes qui viennent surtout y chercher un cadre de vie structuré plus que des soins, y vieillissent et font alors partie des profils légers.

Ce type de personnes pourra dorénavant être accueilli dans les deux petits EMS récemment spécialisés sur leur prise en charge. A l'avenir, une autre solution pourrait être le développement d'appartements communautaires avec accompagnement social et soins à domicile, dispersés dans la ville, spécifiquement dédiés à certains de ces publics vieillissants comme cela existe déjà pour la psychiatrie adulte.

2.3.4 Les limites constatées

De manière générale, en ce qui concerne la qualité de la prise en charge des profils légers (Annexe 4, Question 4), les experts sollicités sont plutôt d'accord avec le fait que les profils légers ont, à Genève, accès aux prestations nécessaires, qu'ils ne doivent pas impérativement pouvoir compter sur leurs proches, et que les prises en charge à domicile sont satisfaisantes. Les outils mis en place parallèlement à la limitation du nombre de lits d'EMS semblent donc, globalement, remplir leur rôle. Ils estiment toutefois qu'il sera nécessaire, à l'avenir, d'augmenter encore l'offre de prestations de maintien à domicile en quantité et en diversité. Ils sont en revanche légèrement plus critiques quant à la cohérence des trajectoires des personnes âgées au sein du réseau médico-social, renvoyant notamment à l'absence actuelle d'outil commun d'évaluation.

2.3.5 Synthèse

Une forte intensité d'aide et de soins à domicile, une offre de structures intermédiaires en développement et une offre restrictive de lits de longs séjours en EMS : voici les principales raisons qui expliqueraient la très faible part (moins de 0,7%) de profils légers dans les EMS genevois. Mais d'autres acteurs semblent également y contribuer : les HUG, avec notamment la consultation gériatrique et l'hôpital de jour ; l'ensemble des acteurs impliqués dans l'orientation (service de liaison de l'imad au sein des HUG, HUG et EMS, via l'outil GESTPLACE) ; les proches aidants (mais cela n'est pas spécifique à Genève) et enfin certaines associations et communes à travers

leurs actions de proximité, là où vivent les profils légers. De l'avis des personnes sollicitées, ces structures et acteurs répondent adéquatement aux besoins des profils légers et, si de rares cas se trouvent encore en EMS, ce serait plus l'indicateur d'un manque d'offre dans le réseau – en particulier de lieux de vie communautaires pour des personnes vieillissantes dont les pathologies nécessitent peu de soins mais un cadre de vie structuré – que la démonstration que le long séjour en EMS resterait le lieu de prise en charge pertinent pour certains de ces profils.

Cette faible part de profils légers en EMS s'explique bien sûr aussi par les autorisations d'exploiter des EMS, qui sont liées à la prise en charge des résidents en catégorie OPAS 3 et plus et à l'étroite surveillance de la part du canton du respect de cette règle. Genève ne connaît toutefois pas de système d'orientation unique et chaque EMS décide lui-même des personnes âgées qu'il accueille.

Si la coordination des prises en charge des personnes âgées semble perfectible, l'introduction d'un système d'orientation centralisé n'est toutefois pas mentionnée comme la piste prioritaire par les personnes interrogées. Pour l'heure, sont davantage évoqués la réforme de certains mécanismes fédéraux de financement, le recours à un outil commun et standardisé d'évaluation des soins requis, la poursuite du développement de l'eHealth ou l'inclusion des pratiques de collaboration en réseau dans tous les cursus de formation en santé-social.

Enfin, maintenir à domicile des personnes de plus en plus fragiles nécessite une vigilance constante et, surtout, une forte réactivité aux moments critiques, sous peine d'hospitalisations inappropriées. Cela requiert des organisations agiles, capable de fabriquer pour chaque personne âgée à partir de son domicile actuel et à chaque instant, une solution sur mesure sollicitant à chaque moment la bonne combinaison de ressources locales, formelles ou non. Dans un canton-ville où l'action médico-sociale est largement le fait d'institutions cantonales uniques (principalement l'imad pour les soins à domicile, les logements protégés et les courts séjours et HUG pour près des 2/3 des entrées en EMS), certains observent que l'un des défis est de conjuguer leurs logiques institutionnelles avec l'agilité susmentionnée.

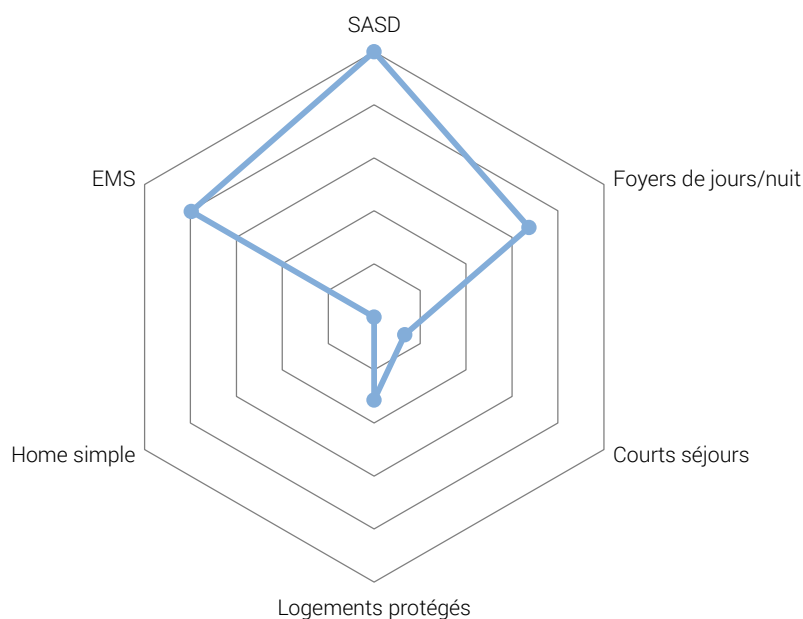
2.4 Jura : des soins à domicile très présents et un pari sur les logements protégés

2.4.1 Stratégie cantonale

Privilégier le maintien à domicile, y compris par un développement des structures intermédiaires : c'est ce que prévoit l'actuelle planification médico-sociale (2011-2022). Afin de répondre au vieillissement, le nombre de lits de long séjour n'augmente plus et ces lits sont réservés prioritairement aux personnes âgées ayant des besoins élevés de prise en charge et ne pouvant pas être prises en charge ailleurs. Très schématiquement et tout en sachant que la quantité de soins requis n'est de loin pas le seul critère d'orientation, la tendance envisagée à terme par le canton serait d'utiliser ces lits de long séjour pour des personnes en catégories OPAS 6 voire 7 et supérieures (dès 2h de soins journaliers). Les profils moyens (catégories OPAS 3 à 6) pourraient si besoin se retrouver en appartements protégés, lesquels sont à développer fortement. Quant aux profils légers (ayant besoin de moins de 40 minutes), ils seraient en principe suivis à leur domicile. Cela nécessitera toutefois la mise en place d'une offre suffisante d'alternatives et d'une orientation efficace, s'appuyant sur un système d'information (outil informatique) pertinent.

2.4.2 Les moyens de mise en œuvre

La plus forte intensité d'aide et de soins à domicile de Suisse pour les personnes de 65 ans et plus, la cinquième plus faible densité de lits d'EMS de Suisse (après Vaud, Valais, Genève et Bâle-Campagne), peu de structures intermédiaires et une orientation des personnes âgées en perte d'autonomie assurée par les différents acteurs et basée sur une vision commune en la matière : c'est le portrait, à grands traits, que l'on peut tirer de la situation jurassienne actuelle (voir Figure 2.2).

Figure 2.2 L'offre médico-sociale actuelle du canton du Jura en comparaison romande

Définition des indicateurs utilisés et sources : voir Tableau 2.1

Services d'aide et de soins à domicile

Dans le Jura, l'aide et les soins à domicile sont majoritairement assurés par la Fondation (de droit public) de l'aide et des soins à domicile (FASD), ainsi que par une vingtaine d'infirmières indépendantes. En plus des prestations usuelles, la FASD propose des visites préventives, notamment en vue de l'aménagement du logement.

En 2014, le Jura présentait la plus forte intensité d'aide et de soins à domicile de Suisse (Dutoit, Füglistler-Dousse, et Pellegrini, 2016). Dans sa planification médico-sociale 2011-2022, le canton prévoit d'augmenter notablement l'offre (env. +40% pour les soins à domicile, +230% pour l'aide à domicile, 1,4 fois plus de repas à domicile et 3,5 fois plus d'abonnements de télé-contacts). Par ailleurs, il est prévu de développer des veilles à domicile, destinées à prolonger le maintien à domicile ou en logement protégé.

Structures intermédiaires

Dans un canton à l'habitat relativement dispersé comme le Jura, le **logement protégé** permet de rapprocher et regrouper les personnes âgées et fragilisées autour des services utiles et d'éviter la tentation d'entrer en EMS pour rompre l'isolement ou la sensation d'insécurité. Dès lors, leur relative rareté (73 logements protégés au 30.1.2017) pourrait surprendre. Le canton l'explique par le plafonnement fédéral des prestations complémentaires pour les loyers, trop bas pour permettre de financer les prestations comprises dans les logements protégés. Face à ce constat, le canton a introduit, en janvier 2017, un supplément pour les loyers des logements protégés en faveur des bénéficiaires des prestations complémentaires. Cela dans le but d'en élargir l'accès à un public plus nombreux et d'inciter les investisseurs privés à augmenter l'offre.

Afin d'offrir davantage de possibilités de répit aux proches aidants, la planification prévoit également une augmentation conséquente du nombre de places de **foyers de jour** à l'horizon 2022.

Quant aux **courts séjours**, les quatre lits actuels se heurtent à des difficultés d'occupation sur une partie de l'année (bonne occupation durant les périodes de vacances, lorsque les proches souhaitent partir et sous-utilisation en dehors de ces périodes). Ces difficultés devront être résolues avant d'en envisager une éventuelle extension.

Lits de long séjour en EMS et UVP

La loi gériatrique jurassienne définit clairement deux types de structures de long séjour à savoir les **EMS** et les **UVP** (unités de vie de psychogériatrie). Les UVP accueillent les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs importants et qui compromettent la vie en collectivité. Actuellement l'accès concret aux lits de long séjour est laissé au libre choix des personnes âgées elles-mêmes et de leurs proches (sous réserve d'une prescription médicale) ainsi que des institutions. Il n'y a pas de critères d'accès formels aux 747 lits de **long séjour** (SOMED, 2014) du canton (634 lits d'EMS et 113 lits UVP selon le Service de la santé publique).

Interfaces entre les prestations

Les principaux dispositifs formels à mentionner ici sont la liaison hospitalière mise en place par l'Hôpital du Jura avec les « lits d'attente de placement en résidence » d'une part et le partenariat entre l'Hôpital du Jura et la FASD pour faciliter les retours à domicile d'autre part.

En matière de cybersanté, le canton travaille sur un projet pilote de dossier électronique du patient auquel sont associés notamment la FASD et les EMS du canton.

L'orientation dans le réseau et l'information

Le canton du Jura n'a actuellement pas de centrale d'information ou d'orientation et pas d'outil partagé dans ce sens. Les personnes âgées ou leurs proches trouvent cependant les informations sur le site du Service de la santé publique. Elles peuvent aussi s'adresser directement auprès des prestataires ou des associations qui les renseignent, orientent ou accueillent en fonction de leurs propres critères.

Pour ce faire, ces acteurs peuvent s'appuyer sur une vision commune, héritée du processus participatif ayant amené – entre 2008 et 2010 environ – à l'actuelle planification médico-sociale. La petite taille du canton et la proximité des acteurs facilitent également une certaine convergence de vues. Enfin, le fait que plusieurs structures soient multi-prestataires (EMS appartenant à l'hôpital, EMS exploitant des logements protégés, etc.) contribue à cette cohérence.

La mise en place d'un Bureau d'Information et d'Orientation est à l'étude. Si l'utilité d'un tel dispositif est plutôt reconnue par les acteurs, son développement concret suscite des interrogations, notamment quant à la liberté de choix qui sera laissée aux personnes et aux institutions et quant à sa domiciliation.

2.4.3 La prise en charge effective des profils légers

Hors des EMS

Selon les experts sollicités, la prise en charge usuelle pour la plupart des situations types évoquées par les « portraits types Köppel » est à domicile (Annexe 4, Figure 3.13), en particulier lorsque le conjoint entre en EMS, en cas d'isolement, d'absence de réelle fragilité ou de démence en stade précoce (situations types 1, 3, 9 et 4). Les experts mentionnent également le recours potentiel, pour l'ensemble des situations types, aux logements protégés (Figure 5.2), pourtant encore relativement peu nombreux dans le canton. On y lit bien la confirmation d'une complémentarité entre domicile et logement protégé et l'on comprend ainsi le choix du canton (chapitre 2.4.2) de développer l'aide et les soins à domicile et les foyers de jour pour favoriser le maintien de la population dans ces deux types de domicile.

Les profils légers semblent également avoir fréquemment recours aux foyers de jour (Annexe 4, Figure 5.9), sauf lors de situations types impliquant potentiellement des difficultés de socialisation (situations 5, 11 et 12) ou de très grande fragilité (situation 10). En revanche, les courts séjours semblent jouer un rôle insignifiant (Annexe 4, Figure 5.11). Ces deux constats sont conformes à la densité de l'offre de ces deux types de structures intermédiaires.

Enfin, les réponses reçues indiquent l'existence d'une action sociale, en particulier pour la lutte contre l'isolement (Annexe 4, Figures 5.5 et 5.6). Cette action est plutôt le fait d'associations et moins des communes.

En EMS et UVP

Malgré le dispositif évoqué ci-dessus, la majorité des experts estime (Annexe 4, Figure 5.14) que la plupart des situations types présentées pourraient potentiellement se retrouver dans les EMS du canton, hormis les situations types 1 (entrée du conjoint en EMS), 9 (demande d'entrée par les proches), 3 (isolement) et 2 (logement devant être quitté).

Dans les faits, les statistiques (SOMED, 2014) indiquent pourtant que les profils légers sont extrêmement rares dans les EMS jurassiens (14 personnes ne nécessitant pas de soins ou en cat. OPAS 1 ou 2 sur 937, soit 1,5%) et donc le fait de situations particulières.

Ceci fait bien écho à l'actuel système en place, où les personnes comme les institutions n'ont ni critères formels, ni contraintes dans leurs choix et où l'entrée en EMS reste donc possible en toutes circonstances. Dans les faits cependant, les acteurs partagent la même vision pour ce qui est de réserver les EMS aux cas plus lourds, et la proximité entre l'hôpital et les EMS permet d'y privilégier l'entrée de ces cas plus lourds.

Cas particuliers : nouveaux publics vieillissants (trisomie, addictions, HIV-séropositifs, etc.)

Le canton du Jura n'échappe pas à l'émergence de cette nouvelle demande. Certains experts, partant du principe que l'orientation vers les soins appropriés doit être fonction non pas des causes de la perte d'autonomie mais de ses conséquences, estiment que ces publics ne présentent pas de spécificités en tant que tels et peuvent donc être pris en charge en EMS. D'autres experts estiment que l'EMS, eu égard à ses publics-cibles « usuels », n'est pas forcément le lieu adapté à leur prise en charge.

Au-delà de cette divergence, les experts sont unanimes quant au fait que le faible nombre de cas concernés ne permet pas la mise sur pied d'une institution cantonale spécialisée. Dans ces circonstances, soit ces personnes continueront à l'avenir à être prises en charge en EMS (si elles n'étaient pas en institution jusque-là), soit il y aura lieu de mettre sur pied des solutions intercantionales.

2.4.4 Les limites constatées

De manière générale, les réponses aux questions concernant la qualité de la prise en charge des profils légers (voir Annexe 4, question 4) montrent que les experts jurassiens sont relativement d'accord avec le fait que les profils légers ont accès aux prestations nécessaires dans ce canton et estiment que les prises en charge à domicile sont de manière globale suffisantes.

Par ailleurs, ces experts ont indiqué être plutôt d'accord avec le fait que les profils légers doivent compter sur leurs proches et qu'il est fréquent que ces proches aidants se fragilisent eux-mêmes. Lors de l'atelier d'enrichissement, ils mentionnent « parfois, un accompagnement soutenu en amont par les proches » lors d'entrées en institution. Cette situation tendrait à démontrer qu'une intensité d'aide et de soins à domicile élevée ne suffit pas à décharger suffisamment les proches aidants si elle n'est pas accompagnée d'une offre assez dense de structures intermédiaires.

Les experts jurassiens sont d'accord avec le fait qu'il sera à l'avenir nécessaire d'augmenter l'offre de prestations en amont de l'EMS pour continuer à éviter l'institutionnalisation de profils légers. Ils sont aussi légèrement critiques quant à la cohérence actuelle des prises en charge au sein du réseau médico-social jurassien, renvoyant à la situation d'un système s'appuyant, pour l'heure, essentiellement sur les compétences et ressources des personnes.

On retrouve chez les experts jurassiens, bien plus que parmi ceux des autres cantons, la forte impression que l'entrée en EMS se fait fréquemment depuis l'hôpital (alors que selon les statistiques SOMED 2014 cela est moins le cas que dans les cantons de Genève, de Neuchâtel ou du Valais), ce qui pourrait attester d'un manque d'anticipation sur le déclin fonctionnel des personnes âgées pour les faire entrer en EMS directement depuis le domicile. Cette impression est peut-être à mettre en lien avec le fait que l'Hôpital du Jura exploite lui-même environ le quart des lits d'EMS de long séjour du canton et que lesdits experts partent donc du principe que ces lits accueillent essentiellement des personnes en provenance de cet hôpital. Cette impression peut aussi provenir du fait que l'Hôpital du Jura exploite également 25 lits d'attente de placement en résidence (gestion de flux à forte variation)²⁶, et que les experts en déduisent que les places devenues disponibles sont prioritairement allouées à ces patients en attente.

²⁶ Quand bien même, selon l'avis du canton, la plus grande partie de ces situations n'est pas directement liée à un manque général de places dans les EMS.

2.4.5 Synthèse

Jusqu'ici, le canton du Jura a privilégié le développement des structures de maintien à domicile et compté sur ses atouts « naturels » pour répondre, en dehors des EMS, aux besoins des profils légers. Et ceci à la relative satisfaction des experts consultés. Ces atouts naturels étant : des flux à taille humaine, des proches aidants relativement présents, des acteurs médico-sociaux en contacts étroits et partageant une même vision quant aux publics-cibles des différentes prestations, et des associations actives dans le domaine de l'action sociale en faveur des seniors.

Autant de raisons qui expliquent que, malgré une totale liberté de choix des institutions et personnes âgées, l'on trouve très peu de profils légers dans les EMS jurassiens (moins de 1,5%, SOMED 2014).

Pour l'avenir, il est prévu de répondre à l'accroissement des besoins tant par une augmentation de l'offre de certaines prestations, que par une optimisation de son utilisation. L'augmentation de l'offre portera avant tout sur l'aide et les soins à domicile, les logements protégés et les structures d'accueil de jour et de nuit. Le long séjour en EMS et UVP serait destiné aux cas plus lourds, idéalement à partir des catégories OPAS 5 ou 6 (dès 100 ou 120 min. de soins/jour), sachant toutefois que la quantité de soins requis n'est pas le seul critère d'orientation. De même, les appartements protégés devraient être réservés aux personnes ne pouvant plus rester à domicile. Une telle optimisation nécessitera toutefois une coordination accrue dans l'orientation des personnes âgées, des outils d'évaluation communs ainsi qu'un système d'information partagé permettant, à terme, d'anticiper et gérer la prise en charge de la personne âgée où qu'elle soit dans le réseau. La mise en place d'un bureau d'information et d'orientation, tout comme le projet pilote cantonal eHealth, vont dans ce sens.

2.5 Neuchâtel : un réseau cantonal en pleine émergence

2.5.1 Stratégie cantonale

Aujourd'hui, le canton de Neuchâtel se caractérise par une densité de lits d'EMS plus élevée que la moyenne suisse, un maintien à domicile s'appuyant à la fois sur les proches et les services d'aide et de soins à domicile, relativement peu de structures intermédiaires et une coordination surtout basée sur les acteurs (voir Figure 2.3).

La planification en cours (2011-2022) entend changer ceci. Initiée en 2006 et issue d'un processus détaillé et précis impliquant largement les acteurs concernés²⁷, elle vise explicitement à retarder l'entrée en EMS. Pour cela, elle entend **diminuer** le nombre de lits d'EMS et augmenter les différentes offres contribuant au maintien à domicile, y compris auprès des proches aidants. Mais aussi et surtout, elle propose de construire le cadre et les outils nécessaires à l'émergence d'un réseau médico-social cantonal en mandatant pour cela différents groupes de travail regroupant quelques 70 acteurs concernés.

Cette construction a démarré depuis, notamment par **deux actions déterminantes** :

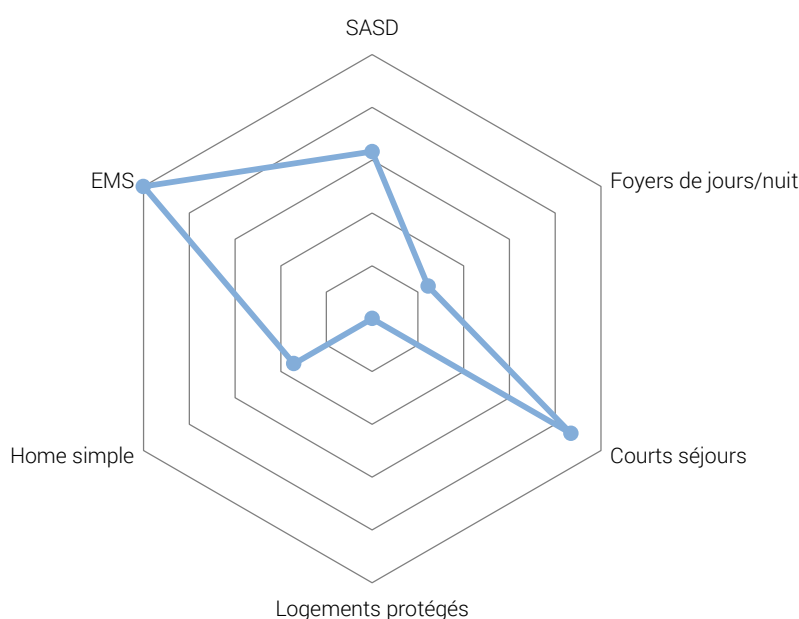
- La définition de « concepts cadres » pour toutes les formes d'hébergements et d'accueil, comprenant la définition de leurs missions et prestations, de leurs publics-cibles, des compétences et dotations en personnel requises, des profils institutionnels (recoupage des missions, taille des unités). Ce sera toute la politique médico-sociale à venir qui s'appuiera sur ces concepts qui sont testés en phase pilote et donc susceptibles d'évoluer.
- Le démarrage du projet pilote AROSS (association réseau orientation santé social) qui concerne aujourd'hui le district du Locle et vise à informer, orienter et accompagner les personnes âgées de la région. Ce projet sera évalué durant l'année 2017 en vue de sa probable généralisation à l'ensemble du canton.

Cette implémentation de la planification 2011-2022 est récente. Ainsi, les apprentissages en matière de prise en charge des profils légers sont, à Neuchâtel, plus à rechercher dans ce qui est en cours de mise en place que dans la description de la situation actuelle.

²⁷ Méthode Balance of care, utilisée durant cette période également par GE, JU et VD.

2.5.2 Les moyens de mise en œuvre

Figure 2.3 L'offre médico-sociale actuelle du canton de Neuchâtel en comparaison romande



Définition des indicateurs utilisés et sources : voir Tableau 2.1

Note explicative complémentaire :

Avant 2015, le canton de Neuchâtel n'avait pas formalisé de définition pour les logements adaptés ou protégés. Leur recensement visait alors surtout à leur visibilité pour la population, mais n'était guère exploitable statistiquement, à fortiori pour des comparaisons intercantionales. C'est ce qui explique leur absence dans la Figure 2.3. En 2015, le Conseil d'Etat neuchâtelois a adopté une définition formelle du « logement avec encadrement », laquelle correspond à la notion globale de logement protégé telle que définie au chapitre 2.2.

La Figure 2.3 ci-contre, qui compare les cinq cantons étudiés entre eux, montre, pour Neuchâtel, une densité relativement haute de lits d'EMS à disposition des personnes âgées de 65 ans et plus et une intensité relative faible d'aide et de soins à domicile pour les personnes âgées de 65 ans et plus. On pourrait donc s'attendre à trouver un grand nombre de profils légers en EMS. Or il n'en est rien (voir chapitre 2.5.3). Les chapitres suivants en expliquent les raisons.

Services d'aide et de soins à domicile

Au vu de l'intensité relative faible d'aide et de soins à domicile (légèrement inférieure à la moyenne suisse), le canton a prévu de doubler, voire tripler l'offre durant la période 2011-2022, qu'elle soit délivrée à domicile ou dans des structures intermédiaires. Il s'appuie pour cela en particulier sur l'établissement cantonal de droit public NOMAD (pour « Neuchâtel organise le maintien à domicile »). Le développement visé n'est pas que quantitatif, mais vise bien à la cohérence de l'ensemble des prestations de maintien à domicile.

Structures intermédiaires

La planification neuchâteloise vise la mise à disposition d'environ 1600 « **logements avec encadrement** » (forme neuchâteloise de logement protégé), ce qui implique des constructions nouvelles, ainsi que l'ajout des prestations correspondantes pour environ 550 logements existants. Les communes auront à se concerter pour intégrer cet objectif dans leurs plans directeurs régionaux (42,6 logements / 1000 habitants de 65 ans et plus). L'ouverture de tels logements n'est pas soumise à autorisation, mais l'État a mis en place un processus de reconnaissance destiné à garantir leur qualité vis-à-vis de la population et à assurer leur visibilité.

S'agissant des **foyers de jour** (39 places en 2016) et des **courts séjours** (45 places en 2016), il est prévu d'en exploiter 400, respectivement 60 de plus, d'ici 2022. Les concepts-cadres les destinent explicitement à contribuer au maintien à domicile des profils non seulement légers, mais parfois aussi plus lourds.

Autres prestations de maintien à domicile

L'hôpital neuchâtelois (HNE) propose une consultation ambulatoire de gériatrie. Quant au Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP), il propose aux personnes âgées une consultation ambulatoire, un hôpital de jour ainsi qu'une équipe mobile d'intervention brève et de liaison.

A noter que la planification prévoit le développement de courts séjours dédiés aux urgences sociales afin de réduire les hospitalisations inappropriées (et les risques d'entrées inappropriées en EMS).

Lits de long séjour en EMS

Pour l'instant, l'accès aux quelques 2335 lits médicalisés (SOMED, 2014) est laissé au libre choix des bénéficiaires ainsi que des institutions. A l'avenir, l'accès aux prestations médico-sociales subventionnées passera par un système d'orientation tel que prévu dans la loi de santé et en phase-pilote actuellement dans le cadre du projet AROSS.

Pension (forme neuchâteloise de lits non médicalisés)

Face au besoin régulier de structures résidentielles de longue durée pour des personnes âgées présentant des besoins d'accompagnement mais peu de soins, le canton a récemment développé une réponse dédiée : la pension. Une institution pilote offre actuellement 13 places et y assure l'accompagnement. Des soins « à domicile » y sont organisés en cas de besoin. La planification prévoit 131 lits de pension en exploitation en 2022, par reconversion notamment de lits d'EMS. Ce projet pilote devra démontrer le degré d'homogénéité des publics et de leurs besoins pour vérifier s'il est pertinent de les regrouper dans une même institution ou s'il serait plutôt nécessaire de « spécialiser » les pensions en fonction de publics cibles.

Interfaces entre les prestations

Pour l'instant et hors du périmètre d'AROSS, les dispositifs d'interfaçage formels sont le service social et de liaison du HNE et l'équipe d'intervention brève et de liaison du CNP. Par ailleurs, NOMAD coordonne ses soins à domicile spécialisés en psychiatrie avec l'action des équipes mobiles du CNP. Une autre collaboration est en place avec l'HNE s'agissant des retours à domicile après une hospitalisation.

Enfin, une plateforme cantonale eHealth sera créée en 2017 et des projets pilotes sont prévus pour améliorer la continuité des soins entre prestataires.

L'orientation dans le réseau et l'information

« Actuellement, la prise en charge de la personne âgée nécessitant des soins est fragmentée (...). Cela génère une rupture dans la continuité des soins et une perte de vision globale du parcours de soins » : telles étaient les conclusions du coPIL « Entretiens d'orientation », dans son analyse du fonctionnement du système médico-social cantonal (Service de la santé publique du canton de Neuchâtel, 2014, p. 12).

Issu de cette analyse, le projet pilote AROSS, dont les composantes sont listées dans la Tableau 3.2 vise à remédier à cette situation. Ce projet préfigure – sous réserve des résultats de son évaluation courant 2017 – le futur dispositif d'orientation neuchâtelois.

2.5.3 La prise en charge effective des profils légers

Hors des EMS

Les experts sollicités le disent clairement : à Neuchâtel actuellement, les personnes traversant les situations types évoquées par les « portraits types Köppel » se retrouvent essentiellement à domicile (sauf les 2 et 5 où il était stipulé que le maintien à domicile n'était pas possible), avec recours aux SASD (Annexe 4, Figures 5.7, 5.8 et 5.13)

Sans surprise, les logements protégés et adaptés sont peu mentionnés, sans doute du fait de leur identification mal aisée pour l'instant.

Les foyers de jour semblent faire l'objet d'une utilisation ciblée en lien avec les problèmes d'isolement, de démence, de fragilisation et de handicap mental (Annexe 4, Figure 5.9). Il en va de même pour les courts séjours (Annexe 4, Figure 5.11) qui seraient utilisés surtout en cas de démence en stade précoce (situation type 4) et de forte fragilisation prise en charge à domicile (situation type 6). De manière surprenante, les experts indiquent un recours potentiellement large des profils légers aux foyers de jour et un recours potentiellement faible aux courts séjours alors que le nombre réel de places en foyers de jour (39) et de lits de courts séjours (45) sont proches.

En matière d'action sociale, les experts mentionnent largement le recours potentiel aux prestations des associations (Annexe 4, Figure 5.5). Certaines communes semblent actives pour soulager les problèmes d'isolement, mais leur action n'est guère connue des autres acteurs du réseau médico-social.

En outre, l'hôpital de jour du Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP) a été largement évoqué pour la prise en charge des profils légers avec troubles psychiques (situation type 5).

L'image générale qui ressort de l'enquête est que l'essentiel des profils légers est à domicile, appuyé ou non par des proches et/ou l'aide et les soins à domicile dans la limite de ses disponibilités. Mais cela résulte, pour l'instant, plus du manque d'alternatives que d'une stratégie réellement outillée (en prestations et dispositif d'orientation).

Ainsi, lorsque la prise en charge des profils légers n'est plus possible à domicile faute de prestations le permettant, la probabilité de les retrouver en EMS semble élevée pour presque toutes les situations types (sauf en cas de « simple » isolement, de démence à un stade précoce ou d'absence de réelle fragilité).

En EMS

Le très faible nombre de profils légers résidant dans les EMS neuchâtelois (env. 14 personnes ne nécessitant pas de soins ou en cat. OPAS 1 ou 2 sur 2'957 soit 0.5%²⁸) semble trancher avec la densité de lits d'EMS relativement élevée dans le canton, l'intensité d'aide et de soins à domicile proche de la moyenne suisse et le nombre limité de structures intermédiaires.

Les principaux avis exprimés **par les experts** à ce sujet sont les suivants²⁹ :

- Les acteurs ont travaillé ensemble à définir la planification actuelle et sa mise en œuvre (en particulier la définition des concepts-cadres), ils se connaissent et discutent régulièrement. Cela ne suffirait certes, pas à garantir la continuité de la prise en charge, mais déboucherait tout de même sur une vision commune quant à la nécessité de réserver les EMS aux cas les plus lourds, et, plus généralement, quant aux publics-cibles des différentes prestations.
- Les réseaux familiaux seraient moins éclatés que dans certains cantons plus urbains (non vérifié).

Cas particuliers : nouveaux publics vieillissants (trisomie, addictions, HIV-séropositifs, etc.)

Si ces personnes étaient à domicile jusqu'alors et que, arrivant en âge AVS, elles présentent un besoin d'entrée en institution, elles pourront dorénavant être accueillies en pension (lits non médicalisés).

2.5.4 Les limites constatées

Interrogés sur la qualité de la prise en charge des profils légers, les experts fournissent des réponses contrastées (voir Annexe 4, question 4) : ils sont plutôt d'accord avec le fait que ces personnes ont peu d'accès aux prestations qui leur sont nécessaires et qu'elles

²⁸ L'annexe 6 fait état de 29 résidents de 65 ans et plus en catégories OPAS 0 à 2 en 2014. Ce chiffre comprend toutefois les résidents de la pension Le Logis, comprenant 13 lits en 2014 et ayant donc hébergé approximativement une quinzaine de résidents cette année-là. Il y a donc lieu de les soustraire aux 29 pour obtenir le nombre réel de profils légers ayant résidé en EMS.

²⁹ En revanche, les autres facteurs suivants, avancés par différents experts, ont été vérifiés statistiquement et n'ont pas pu être retenus :

- La proportion de décès en EMS n'est pas plus élevée à Neuchâtel qu'ailleurs.
- La densité de lits d'EMS par rapport à la population des personnes de 80 ans et plus est, elle aussi, relativement importante par rapport aux autres cantons.
- Le canton présente une faible proportion de résidents en cat. OPAS 1 et 2, mais également de résidents en cat. 3 et 4 et se distingue donc également du reste de la Suisse sur ce plan, comme les autres cantons étudiés (voir annexe 6).

doivent donc compter sur leurs proches. La prise en charge à domicile qui en résulte n'est pas pour autant jugée par les experts comme particulièrement lacunaire.

Les experts estiment par ailleurs qu'il y a un fort besoin d'augmenter l'offre de prestations en amont de l'EMS, et que la cohérence des prises en charge actuelle pourrait être améliorée. Quant à la cohérence des trajectoires, ils expriment un avis relativement neutre, qui tranche avec le constat du coPIL « Entretiens d'orientation » (voir chapitre 2.5.2), très critique sur ce plan. Une hypothèse est que les experts se soient implicitement référés au projet AROSS dans leurs réponses.

Enfin, en ce qui concerne l'indicateur d'un déséquilibre (voir Annexe 4, question 5), les experts relèvent - et plus que dans les autres cantons étudiés - plusieurs signes indiquant potentiellement un déséquilibre dans le système médico-social, tels que des hospitalisations de personnes âgées en urgence et/ou qui auraient pu être évitées et de fréquentes attentes de placement depuis l'hôpital vers les EMS.

2.5.5 Synthèse

Tout comme chez son voisin jurassien, la prise en charge des profils légers à Neuchâtel demeure aujourd'hui surtout le fait des proches aidants et – moins que dans les autres cantons au vu de l'offre moins dense – de l'aide et des soins à domicile. Le nombre de profils légers en EMS demeure extrêmement bas malgré une densité de lits d'EMS supérieure à la moyenne suisse.

Si Neuchâtel ambitionne aujourd'hui la mise sur pied d'un réel réseau sanitaire cantonal, ce n'est donc pas par souci de mieux canaliser ces profils légers hors des EMS, mais pour améliorer de manière plus générale la cohérence de la prise en charge des personnes âgées. Pour ce faire, le canton table d'une part sur le développement fort des SASD et des structures intermédiaires et d'autre part sur le projet pilote AROSS et sa – très probable – généralisation.

Ainsi, les apprentissages à tirer de la situation neuchâteloise proviennent moins de l'analyse de la situation actuelle que de la stratégie en cours de mise en place (créer un réseau sanitaire cantonal) et des plans d'actions prévus pour cela, des réflexions qui sont menées et des évaluations à venir.

2.6 Vaud : se centrer sur les trajectoires des personnes dans le système de soins

2.6.1 Stratégie cantonale

De manière schématique, la politique sanitaire vaudoise a, jusqu'ici, répondu aux besoins d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie par un dispositif basé sur quatre piliers :

1. Le maintien à domicile, grâce à une offre dense d'aide et de soins à domicile, de structures intermédiaires, de prestations ambulatoires et de soutien aux proches aidants (voir Figure 2.4).
2. Le long séjour en EMS, lorsque le maintien à domicile n'est plus possible. Le nombre de ces lits a toujours été maintenu aussi bas que possible (voir Figure 2.4).
3. Les quatre BRIOs (Bureaux Régionaux d'Information et Orientation³⁰), rattachés à chacun des quatre réseaux de santé du canton³¹ et par lesquels passent toutes les demandes d'entrées en EMS.
4. L'hôpital : soins stationnaires aigus et de réadaptation.

Pour l'avenir, le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques vont générer un accroissement exponentiel des besoins de prise en charge de personnes âgées présentant des déclin fonctionnels. Le canton estime qu'il ne sera financièrement pas possible de répondre à ceci par une simple croissance de l'offre actuelle de places en EMS ou à l'hôpital.

Face à ceci, le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) a mis en consultation, le 6 février 2017, une réforme du système d'aide et de soins³². Cette réforme vise à attribuer à un acteur une responsabilité populationnelle en matière de soins et d'accompagnement dans la communauté pour améliorer la prévention et la prise en charge des maladies chroniques et du déclin

³⁰ Voir chapitre 2.6.2. « L'orientation dans le réseau et l'information »

³¹ Voir chapitre 2.6.2. « Autres prestations de maintien à domicile »

³² http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante/Avant-projet_de_loi_sur_les_R%C3%A9gions_de_Sant%C3%A9.pdf

fonctionnel et éviter/modérer/retarder les hospitalisations ou entrées en EMS. Concrètement, il s'agirait de détecter de manière plus précoce et systématique les personnes se fragilisant à domicile et de répondre alors, à domicile, à leurs besoins non seulement en soins mais aussi sur le plan social. Par ailleurs, il s'agirait de renforcer encore la continuité de l'accompagnement médico-social des prestataires fonctionnant aujourd'hui de l'avis du DSAS, encore trop en « silo ».

Pour atteindre ceci, le DSAS propose les réformes suivantes :

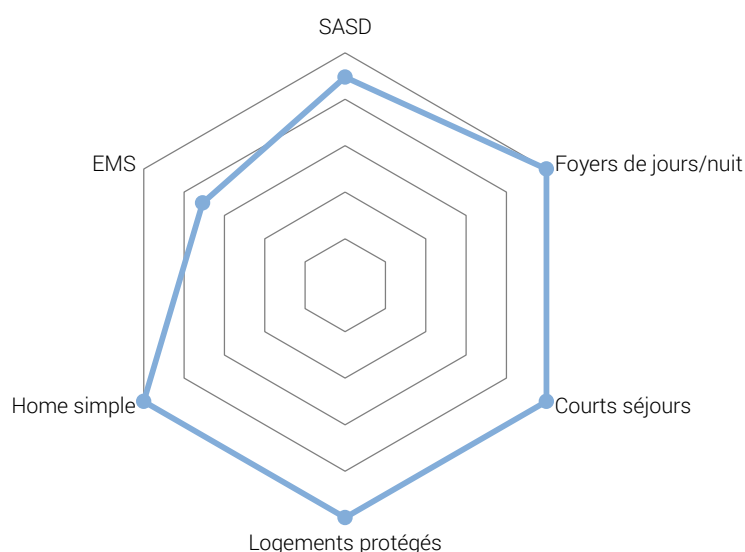
- La constitution de quatre Régions de Santé, par la fusion de chaque réseau de santé avec le(s) prestataire(s) régional(aux) public(s) d'aide et de soins à domicile et de leurs prestations.
- L'attribution à ces régions de santé d'une responsabilité globale envers l'ensemble de la population de leur région : « assurer un dispositif de soins et d'accompagnement cohérent (...), renforcer la prise en charge médicale, l'aide et les soins dans la communauté ».
- La signature de contrats de prestations entre chacune de ces régions et les prestataires médico-sociaux locaux, dont notamment les EMS pour le court séjour et les structures intermédiaires, ainsi qu'avec les acteurs de première ligne et/ou communautaires, dont les médecins généralistes.

50 millions de francs seraient alloués à la mise en place de cette réforme, montant qui devrait être compensé dans les trois ans par une croissance moindre des charges en EMS et en hôpital.

Les chapitres ci-dessous restent néanmoins essentiellement consacrés à la situation actuelle afin de bien présenter sur quelle réalité ces réformes viendraient s'adosser. S'agissant toutefois des enseignements que l'on peut en tirer en termes de prise en charge des profils légers, c'est bien le tout qui est à considérer, la réalité actuelle et les projets de réforme.

2.6.2 Les moyens de mise en œuvre

Figure 2.4 L'offre médico-sociale vaudoise actuelle en comparaison romande



Définition des indicateurs utilisés et sources : voir Tableau 2.1

Services d'aide et de soins à domicile

Dans le canton de Vaud, l'aide et les soins à domicile sont principalement le fait de sept associations ou fondations d'utilité publique, regroupées au sein de l'AVASAD (Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile) qui assure notamment les services transversaux (RH, finances, etc.). En parallèle, le canton compte de nombreuses organisations privées de soins à domicile (OSAD), une partie étant le fait d'EMS qui fournissent ainsi des soins dans leurs propres logements protégés et, pour une autre partie, d'OSAD privées qui interviennent au domicile de clients pour des prestations de soins ou d'aide.

Cette organisation est relativement emblématique de celle des soins en général dans le canton de Vaud avec une politique publique, une stratégie et des financements cantonaux, mais une mise en œuvre s'appuyant sur les régions et des acteurs autant publics que privés.

Les prestations des structures membres de l'AVASAD couvrent les prestations usuelles, mais aussi – et notamment – le conseil social, l'organisation de transports adaptés et le soutien aux proches aidants.

Sur le plan quantitatif, le canton de Vaud présente la quatrième plus forte intensité d'aide et de soins à domicile de Suisse après le Jura, Bâle-Ville et Genève.

Structures intermédiaires

Les structures intermédiaires sont un pilier important du maintien à domicile vaudois. Très souvent exploitées par des EMS, elles sont de facto intimement connectées au réseau médico-social local.

Si les **logements protégés** ne sont pas soumis à la planification sanitaire vaudoise, la législation cantonale (LAPRAMS et son règlement) en formalise toutefois la définition et en permet la reconnaissance de certains par le canton. Cette reconnaissance permet d'une part aux investisseurs de bénéficier de prêts sans intérêts et d'autre part, aux bénéficiaires de prestations complémentaires de disposer d'un financement spécifique³³ pour les prestations non comprises dans le loyer (sécurité, espaces communs, etc.).

Les **foyers de jour/nuît** sont destinés aux personnes âgées fragilisées vivant à domicile. Ils peuvent répondre à des difficultés posées par des troubles physiques modérés à sévères (les troubles physiques légers ne sont donc pas concernés!) ou des troubles cognitifs légers à modérés.

Enfin, les **courts séjours** visent au répit des proches ou à permettre au patient de récupérer après une hospitalisation ou une maladie.

Selon les statistiques disponibles (Werner et al. 2016), le canton de Vaud présente, parmi les 14 cantons ayant fourni des informations complètes, la plus forte densité de place de foyers de jour/nuît, et la quatrième plus forte densité de lits de courts séjours en EMS.

Autres prestations de maintien à domicile

Les réseaux de santé sont des associations créées au début des années 2000 dont les membres sont, dans chacune des quatre régions du canton, tous des prestataires de soins subventionnés. Ces réseaux sont mandatés par l'État, entre autres pour assurer le fonctionnement des BRIOs et pour la mise en œuvre décentralisée de différents programmes cantonaux de santé publique.

Plusieurs de ces programmes visent au maintien à domicile des personnes âgées en général et des profils légers en particulier : les consultations mémoires, les consultations pour proches aidants, les dispositifs d'appui aux patients diabétiques et à leurs médecins traitants, les équipes mobiles de soins palliatifs ainsi que, dans certains réseaux, les consultations gériatriques pluridisciplinaires avec évaluation globale, le suivi individualisé de patients complexes dans la durée (« suivi de santé ») ou encore une consultation et une équipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé.

Enfin, de nombreuses associations, ainsi que plusieurs communes proposent des prestations aux seniors afin de favoriser leur bien-être à domicile.

Lits de long séjour en EMS

Les 6253 lits (SOMED, 2014) sont répartis en trois missions différentes : gériatrie, psychiatrie de l'âge avancé et psychiatrie adulte. Ces trois missions sont bien décrites dans la législation cantonale, mais l'accès concret à ces différents types d'EMS ne fait pas l'objet de restrictions ou critères particuliers.

En 2014, parmi les 8726 personnes ayant résidé dans ces lits, 831 avaient moins de 65 ans (9,52%), essentiellement dans des EMS dédiés à la psychiatrie adulte. De ce fait, en ne tenant compte que des seuls lits réellement disponibles pour les personnes de 65 ans et plus, Vaud présente la densité de lits d'EMS la plus basse de Suisse.

³³ Via les prestations complémentaires pour frais de maladie et d'invalidité (max. =25'000.-/an) qui couvrent, dans le canton de Vaud, explicitement ce type de prestations.

Enfin, les EMS vaudois peuvent également être utilisés pour effectuer de brefs **séjours d'observation** afin d'évaluer les perspectives de maintien à domicile, notamment de profils légers.

Lits non médicalisés (homes non médicalisés, HNM)

Le canton de Vaud exploitait au 31.12.2014 144 lits non médicalisés (SOMED 2014). Formellement, les HNM peuvent accueillir des résidents nécessitant jusqu'à 90 minutes de soins journaliers, le cas échéant fournis par des organisations de soins à domicile. L'offre de lits en HNM résulte d'un historique et non d'une stratégie formelle et récente vis-à-vis des profils légers (le réseau de santé du Haut-Léman travaille aujourd'hui à la redéfinition de leur mission pour mieux les valoriser au sein de son offre).

Interfaces entre les prestations

La liaison entre les hôpitaux, le domicile et les EMS est assurée en étroite collaboration avec les BRIOs.

Dans sa politique de mise en réseau des soins, le canton de Vaud s'appuie largement sur la cybersanté. Dans un premier temps, il s'était consacré à ce que « l'information suive le patient », par des projets de transmissions électroniques de données lors des transferts de patients. Fin 2016, le canton a adapté sa législation afin de pouvoir poursuivre ses travaux de mise sur pied du dossier électronique du patient avec, notamment, l'extension prévue d'un projet – jusqu'ici pilote – de plan de médication partagé pour les patients polymédiqués.

L'orientation dans le réseau et l'information

Les BRIOs ont été créés au début des années 2000 dans un contexte de plafonnement du nombre de lits d'EMS (moratoire sur les nouvelles constructions) afin de mieux utiliser les disponibilités existantes et diminuer ainsi les attentes de placement depuis l'hôpital (car coûteuses) ou depuis le domicile (car lourdes pour les équipes de soins à domicile).

Depuis leur constitution, l'une des particularités des BRIOs réside dans leur domiciliation et gouvernance, puisqu'ils sont l'émanation de chacune des quatre associations régionales de prestataires médico-sociaux (les réseaux de santé). Ainsi, ce sont ces prestataires eux-mêmes (les représentants des EMS, des hôpitaux, des soins à domicile régionaux, etc.) qui siègent dans les comités des BRIOs et en exercent la haute direction.

Les BRIOs ne sont cependant pas coercitifs, ni pour les personnes âgées ou leurs proches, ni pour les institutions : l'entrée en EMS (court ou long séjour) doit bien passer obligatoirement par un BRIO, mais chacun reste libre de ses décisions.

Aujourd'hui, les BRIOs possèdent une structure de base et de nombreux outils, résumés dans la Tableau 3.2. Toutefois, les BRIOs ne disposent pour l'instant pas d'un outil d'évaluation commun. Afin d'y remédier, la législation cantonale a été adaptée à fin 2016 pour soutenir l'implémentation de la suite interRAI, outil permettant une évaluation globale, multidimensionnelle et standardisée des patients, non seulement au sein même des BRIOs, mais également dans les différents lieux de prise en charge. En revanche et selon la volonté claire du Service de la santé publique, les décisions d'orientation resteront comme aujourd'hui le fait des professionnels concernés et non d'un outil ou algorithme.

S'agissant enfin de l'information, la population peut aujourd'hui consulter, sur les sites de l'Etat de Vaud, l'offre médico-sociale des quatre réseaux de santé, des associations faîtières de prestataires ou de certains prestataires eux-mêmes, ou alors contacter directement le BRIO de la région concernée.

2.6.3 La prise en charge effective des profils légers

Hors des EMS

L'offre susmentionnée et l'orientation mise en place devraient permettre de maintenir **à domicile** la totalité des « portraits types Köppel ». Sans surprise, les experts le confirment (voir Annexe 4, Figure 5.13, sauf pour les situations types 2 et 5 où l'intitulé mentionnait expressément que cela n'était plus possible). Ils confirment également, pour ce maintien à domicile, le large recours potentiel aux différentes prestations d'aide et de soins à domicile au sens large (y compris repas, ergothérapie, etc., voir Annexe 4, Figures 5.7 et 5.8).

Les experts mentionnent aussi très majoritairement le recours au **logement protégé** pour toutes les situations types, excepté les situations types 11 (addictions) et 12 (handicap mental) (Annexe 4, Figure 5.2). Cela confirme le rôle clé des logements protégés dans la prise en charge des profils légers lorsque certains paramètres – non explicités dans les « portraits types Köppel » – ne permettent plus le maintien dans l'ancien logement.

Pour ces profils légers restés à domicile, le **court séjour** semble utilisé bien plus que dans tous les autres cantons et de manière non ciblée (Annexe 4, Figure 5.11) : toutes les situations types pourraient en faire usage alors que dans les autres cantons, il semble destiné en particulier à certaines situations. Cette large mention du court séjour apparaît cohérente avec la forte densité de l'offre.

Les experts ont également mentionné – mais dans une moindre mesure – la réponse « **foyers de jour** » pour la plupart des situations types, ce qui est également cohérent avec la densité de l'offre (Annexe 4, Figure 5.9).

Quant aux homes non médicalisés, les experts confirment leur rôle dans la prise en charge de toutes les situations types de profils légers (exceptés pour les situations de démence, Annexe 4, Figure 5.12).

Enfin, les communes et les associations semblent jouer, à travers leurs prestations dans le domaine de l'action sociale, un rôle plus important que dans tous les autres cantons. A ce titre, l'action « Quartiers Solidaires » de Pro Senectute Vaud (voir Tableau 3.4), visant à l'implication citoyenne et à l'entraide de voisinage, est fréquemment citée comme exemple.

Comme dans les autres cantons, les experts estiment que presque toutes les situations types présentées pourraient potentiellement se retrouver dans les EMS vaudois, malgré leur besoin en soin réduit. Eu égard à la forte densité d'alternatives proposées, ce résultat ne peut que surprendre et confirme bien l'existence d'autres paramètres d'orientation non renseignés dans les « portraits types Köppel ».

En EMS

Interrogés sur les raisons pour lesquelles une personne âgée nécessitant peu de soins pourrait vouloir entrer en EMS, les experts vaudois indiquent l'isolement social, d'importants besoins d'accompagnement mais non de soins, un besoin de cadre de vie structuré, mais aussi la liberté de choix, des besoins de convalescence ou encore la crainte de « mourir seul ». De manière générale, les experts insistent sur l'unicité de chaque situation.

Quant aux statistiques SOMED (2014), elles confirment la très faible présence de profils légers dans les EMS vaudois (75 résidents/7360, soit 1,0%).

Cas particuliers : nouveaux publics vieillissants (trisomie, addictions, HIV-séropositifs, etc.)

Comme dans les autres cantons, si ces publics étaient pris en charge en institutions avant d'atteindre l'âge AVS, ils y restent. Si cela n'était pas le cas et qu'une institutionnalisation devient nécessaire, l'orientation se fait au cas par cas en fonction notamment des places disponibles en Home non médicalisé.

2.6.4 Les limites constatées

De manière générale, les experts vaudois font une évaluation nettement plus positive de la qualité de la prise en charge des profils légers dans leur canton que les experts des autres cantons étudiés (voir Annexe 4, question 4).

Selon eux, les profils légers ont accès aux prestations qui leur sont nécessaires et n'ont à priori pas besoin de compter autant sur leurs proches. Les experts vaudois sont plutôt d'accord avec le fait que les prises en charge des profils légers à domicile ne sont pas lacunaires.

La principale limite évoquée lors de l'atelier d'enrichissement est le manque d'anticipation du système en place, favorisant ainsi la survenue de situations de crises propices au déclin fonctionnel et donc à l'hospitalisation et à l'entrée en EMS. Or l'actuel projet de réforme du canton vise justement à mettre en place une proactivité permettant, grâce notamment à une détection précoce de la fragilité à domicile, d'anticiper sur ces situations de crises.

2.6.5 Synthèse

La plus faible densité de lits d'EMS disponibles pour les personnes de 65 ans et plus de Suisse, une offre dense et variée d'alternatives pour les personnes concernées comme pour leurs proches, une déclinaison de cette offre par région, une ambition d'articulation de celle-ci par les réseaux de santé en un tout cohérent et des Bureaux régionaux d'information et d'orientation (BRIO) pour conseiller et mettre à disposition de la population âgée la bonne conjugaison de prestations au bon moment : voici, sur le plan théorique du moins, ce qui expliquerait la très faible part de profils légers dans les EMS vaudois.

Dans la réalité, le canton constate que cette prise en charge manque encore d'anticipation. Ainsi, faute d'anticipation sur les situations de fragilisation, on assisterait encore trop fréquemment chez les personnes âgées concernées à des situations de crises synonymes d'hospitalisations coûteuses et d'accélération du déclin fonctionnel, puis d'entrées prématurées en EMS. Par ailleurs, le canton estime aussi que la bonne articulation de cette prise en charge se heurte au fait que chaque acteur pense aujourd'hui le réseau de santé à partir de sa propre situation/institution/logique de financement et de fonctionnement. D'où la récente proposition d'une réforme du système pour le rendre plus anticipatif et développer les quatre régions de santé.

2.7 Valais : construire la cohérence dans le respect de la diversité

2.7.1 Stratégie cantonale

A l'échelon cantonal (voir Figure 2.5), le Valais présente la sixième plus faible intensité d'aide et de soins à domicile de Suisse, une densité de place de foyers de jour/nuit dans la moyenne des cinq cantons étudiés, une densité de lits de courts séjours proche de la moyenne suisse, des logements protégés peu nombreux mais souvent organisés en appartements communautaires et la 2^e plus faible densité de lits d'EMS.

Dans les faits, ces moyennes cantonales masquent des disparités entre régions sanitaires. C'est que, contrairement aux autres cantons étudiés, celui du Valais laisse à ses cinq régions sanitaires une certaine marge de manœuvre dans le cadre du nombre minimum et maximum de lits d'EMS défini pour chaque région par la planification cantonale des soins de longue durée³⁴.

Cette disparité entre régions sanitaires se retrouve également dans la part de profils légers (0-40 min. de soins) en EMS, allant de 5,4% à 14,1% en 2013³⁵ (Service de la santé publique du Valais, 2015). Partant de ce constat, l'actuelle planification sanitaire 2016-2020 vise à ramener cette part à 5% dans chaque région et à développer le nécessaire – en termes d'offres alternatives et de dispositif d'orientation notamment – pour accompagner ce transfert de prise en charge hors des EMS (Service de la santé publique du Valais, 2015).

Au sein de cette planification sanitaire 2016-2020, le canton annonce 10 recommandations de mise en œuvre, dont les suivantes :

- Recommandation n° 1 : Mettre en place une liste d'attente d'admission en EMS au niveau cantonal ;
- Recommandation n° 2 : Définir des critères d'admission en EMS ;
- Recommandation n° 3 : Améliorer l'utilisation des lits de court séjour et des foyers de jour ;
- Recommandation n° 4 : Développer un modèle d'intégration régionale des prestataires permettant d'améliorer la coordination ;
- Recommandation n° 9 : Établir un concept cantonal de prise en charge en appartement à encadrement-médico-social et de promotion de l'aménagement du domicile ;
- Recommandation n° 10 : Renforcer le soutien aux proches aidants et aux bénévoles.

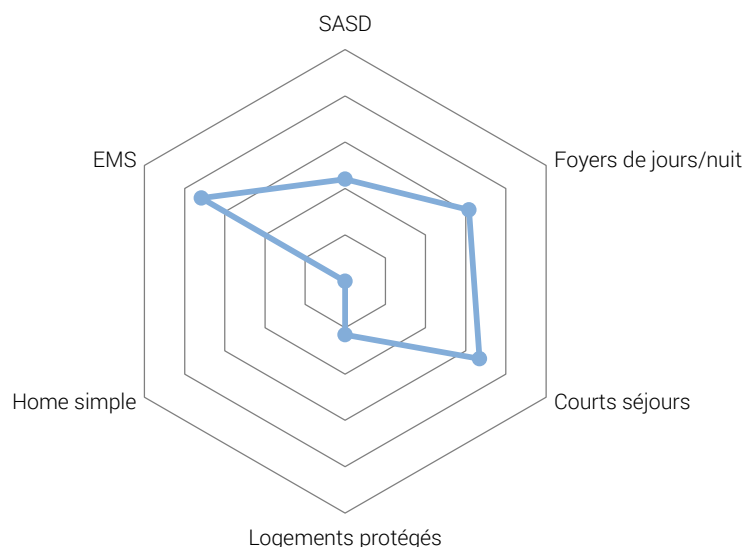
Indirectement, ces recommandations indiquent aussi ce qui manque et/ou pose actuellement problème dans le canton. Nous y revenons ci-dessous, tout comme sur leur état de mise en œuvre.

³⁴ Le département de la santé attribue les lits d'EMS sur préavis des commissions régionales de soins de longue durée. Ces commissions réunissent des représentants des hôpitaux, des EMS, des CMS, du corps médical, du personnel soignant et des communes.

³⁵ À noter que ces statistiques, tirées de la planification des soins de longue durée 2016-2020 du Valais, ne sont pas directement comparables avec celles présentées à la Figure 1.1 : alors que la Figure 1.1 considère les résidents en EMS sur l'ensemble de l'année, les statistiques tirées de la planification des soins de longue durée 2016-2020 du Valais considèrent les résidents en EMS à la fin de l'année (31.12.2013).

2.7.2 Les moyens de mise en œuvre

Figure 2.5 L'offre médico-sociale actuelle du canton du Valais en comparaison romande



Définition des indicateurs utilisés et sources : voir Tableau 2.1

Services d'aide et de soins à domicile

Ces prestations sont principalement fournies par les Centres médico-sociaux (CMS), associations de droit privé reconnues d'intérêt public dans lesquelles sont représentées les communes. Ce fort lien avec les communes et le relativement faible nombre d'autres prestataires médico-sociaux dans chacune des régions sanitaires permettent aux CMS un fort ancrage local auprès de leurs bénéficiaires comme auprès de ces autres prestataires médico-sociaux.

Entre 2016 et 2020, considérant notamment l'objectif de diminution de la part de profils légers en EMS (et la nécessité de les accompagner à domicile ou en logements protégés), le canton prévoit une augmentation de 55% du nombre d'heures d'aide et de soins à domicile.

Structures intermédiaires

L'actuelle densité de **logements protégés** est plutôt modeste en Valais, mais on y trouve en revanche plusieurs **appartements communautaires** mis à disposition par les CMS sur le marché du logement, puis loués à des personnes âgées via un bail. Dans le Haut-Valais, il n'existe actuellement ni logement protégé ni appartement communautaire. Divers projets sont toutefois en cours. Pour l'avenir, la planification compte largement sur le développement des logements protégés pour diminuer la part des profils légers dans les EMS ainsi que pour répondre au vieillissement de la population. Elle n'en chiffre pas le nombre nécessaire, la demande variant selon les régions et le taux de propriétaires, mais prévoit la définition d'un concept cantonal dans ce domaine qui engloberait également la promotion de l'aménagement du domicile (recommandation n° 9).

Les **foyers de jour** visent explicitement à retarder ou éviter l'entrée en EMS. En mai 2015, l'offre comprenait 180 places, soit une densité 1,5 fois supérieure à la moyenne des 14 cantons qui sont documentés (Werner et al., 2016). La planification prévoit d'accroître l'offre de 30% d'ici à 2020 pour soulager les proches de personnes atteintes de démences à un stade intermédiaire ou avancé et pour des personnes dépendantes de soins en raison d'autres pathologies.

Quant aux **courts séjours**, avec 65 lits en 2014, leur densité était proche de la moyenne suisse. La planification part du principe que les projets réalisés depuis et ceux en cours (+62 places) devraient suffire à répondre à la demande en 2020.

Les courts séjours comme les foyers de jour rencontrent des problèmes de sous-utilisation, liés notamment au système de tarification actuel. La planification prévoit de traiter ce problème (recommandation n° 3). A cette fin, le prix des courts séjours en EMS

facturé aux bénéficiaires a été réduit à Fr. 50.- par jour depuis le 1^{er} janvier 2017 et un renforcement du subventionnement des foyers de jour est actuellement à l'étude.

Autres prestations de maintien à domicile

En 2011, le Valais a défini une stratégie de prise en charge des démences – en particulier au stade débutant de la maladie – impliquant l'ensemble des prestataires concernés.

Lits de long séjour en EMS

La planification valaisanne vise un objectif de 5% d'occupation des lits d'EMS par des profils légers en 2025. Le canton a défini pour chaque région sanitaire un nombre minimum et un nombre maximum de lits d'EMS. Le nombre maximum a été fixé à l'aide de l'outil d'évaluation des besoins de l'Obsan. Les régions restent libres de mettre à disposition moins de lits que leur quota maximal, à condition de développer davantage les autres prestations. Le seuil minimal a été fixé à 150 lits / 1000 habitants de 80 ans et plus, après avoir constaté que lorsque la région sanitaire de Sierre est passée au-dessous de ce seuil, le nombre de lits d'attente en milieu hospitalier a dû être augmenté pour répondre aux besoins et ce malgré une offre élevée de prestations à domicile dans cette région.

Par ailleurs, les prestataires sont tenus d'appliquer les « *Directives concernant les critères d'accès aux soins appropriés* », visant à une prise en charge de « *Chaque personne, au bon endroit au bon moment* ». Les critères à prendre en compte sont l'état de santé, la situation sociale, la région et la langue ainsi que l'adéquation des prestataires de soins. Cette directive en reste toutefois à ces principes, sans les détailler davantage.

Interfaces entre les prestations

En matière de cybersanté, après l'introduction d'un dossier électronique du patient dans les hôpitaux puis dans les CMS et EMS, le projet Infomed vise maintenant à intégrer la médecine ambulatoire.

L'orientation dans le réseau et l'information

À partir du milieu des années 1990, chaque région sanitaire a mis en place une coordination. En 2009, les coordinations régionales ont été regroupées au sein du SECOSS (Service de coordination socio-sanitaire) afin notamment d'harmoniser les pratiques. Le SECOSS est actuellement rattaché administrativement à l'Institut Central des Hôpitaux (ICH). Le SECOSS a pour mission d'assurer l'information et l'accompagnement des patients entre les différentes institutions de soins en garantissant la continuité de la prise en charge. Le SECOSS dispose de ses propres infirmières de liaison pour les mouvements à partir du domicile, mais l'hôpital continue à assurer lui-même sa propre liaison. Aujourd'hui, le SECOSS n'a pas de vision sur l'ensemble des places disponibles au sein des EMS et l'inscription se fait, dans la plupart des régions sanitaires, directement auprès de chaque EMS.

À moyen terme, le canton souhaite aller plus loin au niveau de la coordination, selon la recommandation n° 4 : « *développer un modèle d'intégration régionale des prestataires permettant d'améliorer la coordination* ». Aujourd'hui, les différents secteurs de prise en charge (soins à domicile, structures intermédiaires, EMS) travaillent de manière trop cloisonnée. L'idée est de créer un projet pilote avec un réseau de soins qui fournisse l'ensemble des prestations, dont la préoccupation principale deviendrait « *la prise en charge du bon patient au bon endroit* » et l'*anticipation du parcours du patient*. Des projets sont en cours d'élaboration dans les régions de Monthey (intensification de la coordination entre certains prestataires) et de Sierre (regroupement de prestataires au sein d'une même structure).

2.7.3 La prise en charge effective des profils légers

Hors des EMS

Selon les experts, les personnes traversant les situations types présentées dans l'enquête peuvent potentiellement toutes se retrouver à domicile (sauf pour la situation type 2 : logement inadapté, Annexe 4, Figure 5.13).

En cas de maintien à domicile, **l'aide et les soins à domicile** sont largement mentionnés (Annexe 4, Figures 5.7 et 5.8), toutefois moins que dans les autres cantons (sauf Jura). Cela peut surprendre au vu de la faible intensité valaisanne de ces prestations. Une hypothèse est que les experts ont répondu quant à ce qui serait souhaitable et non quant à la situation réelle. Ou bien les experts se sont référés non pas au nombre d'heures de SASD reçues par les personnes de 65 ans et plus, mais à la proportion de ces personnes ayant recours au SASD, qui est plus proche de celle des autres cantons étudiés (Dutoit, Füglistner-Dousse et Pellegrini, 2016). Par ailleurs, plusieurs experts mentionnent l'importance du soutien des proches en lien avec certaines spécificités culturelles du canton.

Les **logements protégés** (Annexe 4, Figure 5.2) semblent faire l'objet d'une utilisation relativement ciblée lorsque le logement privé doit être quitté, lorsque le conjoint entre en EMS ou en cas de large fragilisation due à des maladies chroniques et/ou accidents plus que directement à l'âge (situations types 2, 1 et 6). Les **logements communautaires** (Annexe 4, Figure 5.3) en revanche sont davantage mentionnés que dans les autres cantons – puisque plus développés – et ce pour toutes les situations types présentant un besoin de sécurité ou souffrant d'isolement, mais sans troubles du comportement incompatibles avec une vie communautaire. Ces logements semblent plus faciles à louer en plaine qu'en montagne où les personnes âgées sont plus souvent propriétaires de leur logement et donc moins enclines à le quitter.

Les réponses des experts confirment le rôle des **foyers de jour** comme une pièce du dispositif de prise en charge des profils légers (Annexe 4, Figure 5.9), tandis que les **courts séjours** ne semblent jouer ce rôle qu'en cas de démence et éventuellement de troubles du comportement (Annexe 4, Figure 5.11).

En matière d'action sociale, les **associations** (Figure 5.5) semblent jouer un certain rôle en cas d'isolement – y compris lorsque le conjoint entre en EMS – ou de démence légère, tandis que le rôle des **communes** (Figure 5.6) semble plutôt insignifiant.

En EMS

Dans les EMS valaisans, la proportion de profils légers de 65 ans et plus est nettement plus élevée que dans les quatre autres cantons étudiés (5.21%, soit 190 résidents sur 3646) (SOMED, données sur l'ensemble de l'année 2014). Il faut toutefois rappeler que cette moyenne cantonale recouvre de fortes disparités entre les régions.

L'analyse des données à disposition (voir annexe 6) montre peu de différences entre ces résidents légers (OPAS 0 à 2) et les autres (OPAS 3 à 12). Seules leurs provenances et destinations diffèrent : les profils légers proviennent nettement plus souvent du domicile que les autres et y retournent nettement plus souvent aussi. Cette part importante de sorties vers le domicile (26,3%) semble indiquer une sorte de pratique de séjours en EMS à durée limitée.

Interrogés sur les raisons de cette importante proportion, les experts indiquent que l'EMS est aujourd'hui souvent utilisé pour répondre à des problèmes d'isolement social, avec ou sans d'autres problématiques associées. Les experts mentionnent aussi le respect de la volonté de la personne âgée. Enfin, les EMS peuvent parfois privilégier l'entrée des habitants de leur(s) commune(s), même si ces derniers n'ont guère besoin de soins et que cela ne présente aucun intérêt sur le plan financier (le financement du coût résiduel des soins est peu attractif sur ces catégories OPAS).

Cas particuliers : nouveaux publics vieillissants (trisomie, addictions, HIV-séropositifs, etc.)

Si ces personnes vivaient en institution avant l'âge AVS, elles y restent. Si elles étaient à domicile et que, arrivant en âge AVS, elles ne peuvent plus y rester, une entrée en institution sociale ou EMS sera envisagée. On compte aujourd'hui environ 80 situations de ce type dans les EMS du canton.

2.7.4 Les limites constatées

Comme à Neuchâtel, les experts sont plutôt d'accord quant au fait que les profils légers à domicile doivent compter sur leurs proches. S'agissant des SASD, les experts rappellent que les moyennes pour l'ensemble du canton masquent une offre qui varie selon le CMS. Cependant, cela ne semble pas, selon eux, engendrer de lacune dans la prise en charge à domicile des profils légers.

Par ailleurs, les experts estiment que les trajectoires des personnes âgées dans le réseau de soins sont plutôt cohérentes, mais que l'offre de prestations en amont de l'EMS devrait être augmentée.

2.7.5 Synthèse

Aujourd'hui, la prise en charge des profils légers en Valais semble s'appuyer surtout sur les proches aidants ainsi que sur les SASD (moins développés que dans les autres cantons étudiés mais bien insérés dans leurs territoires).

Au-delà de cette image générale, la réalité cantonale est composée de situations différentes selon les régions sanitaires, différences résultant de l'autonomie laissée aux régions pour la mise en œuvre de la planification des soins de longue durée dans le cadre du nombre minimal et maximal de lits d'EMS défini par le canton pour chaque région.

Pour l'avenir, les deux principaux défis vont être, d'une part, de maintenir un accès équitable aux prestations nécessaires dans toutes les régions et, d'autre part, d'articuler l'offre de prestations en un réel réseau de santé. Pour cela, la planification des soins de longue durée 2016-2020 et ses dix recommandations devra, pour sa mise en œuvre, être conjuguée avec les visions et intérêts des régions et communes. Ainsi, le canton du Valais apparaît proche des autres cantons étudiés dans sa vision de l'avenir et dans son projet de réseau de santé, mais également proche de la Suisse allemande dans son organisation médico-sociale actuelle.

3 Synthèse intercantonale

3.1 La prise en charge des profils légers : une image homogène, des réalités hétérogènes

Genève, Jura, Neuchâtel, Vaud et Valais ont été choisis parce que leurs EMS hébergent peu de profils légers (voir Figure 1.1). Les sous-chapitres 3.1.1 à 3.1.5 ainsi que leur synthèse en Tableau 3.1 montrent cependant que derrière cette image homogène, la réalité de la prise en charge actuelle des profils légers diffère passablement entre cantons.

3.1.1 Genève

Les experts genevois indiquent que l'essentiel des profils légers de leur canton sont, potentiellement pris en charge à domicile ou en logements adaptés ou protégés, avec pour cela un recours large aux SASD et aux structures intermédiaires. Ils soulignent aussi l'importance des prestations soutenant le maintien à domicile : action sociale des associations et des communes, hôpital de jour des HUG et ses groupes thérapeutiques (mobilité, mémoire, alimentation, dépendance à l'alcool). En ce qui concerne la qualité, les experts estiment cette prise en charge plutôt appropriée, même en l'absence de proches.

3.1.2 Jura

Selon les experts jurassiens, les profils légers sont, dans leur canton, essentiellement pris en charge à domicile avec l'appui des SASD et des foyers de jour, mais aussi du soutien des proches. Ils estiment cette prise en charge plutôt appropriée.

3.1.3 Neuchâtel

Les experts neuchâtelois indiquent que, hormis quelques personnes en logements pour personnes âgées, l'essentiel des profils légers neuchâtelois réside à domicile avec une prise en charge reposant largement sur les SASD, mais aussi sur les proches. Les foyers de jour, l'action sociale des associations, mais aussi l'hôpital de jour du Centre de psychiatrie contribuent également à ce maintien à domicile.

Les experts neuchâtelois sont, comparés à leurs collègues des autres cantons étudiés, plus critiques quant à la qualité de la prise en charge des profils légers dans leur canton.

3.1.4 Vaud

Les experts vaudois indiquent que la quasi-totalité des profils légers est potentiellement prise en charge à domicile ou en logements adaptés ou protégés. Cette prise en charge s'appuierait largement sur les SASD et les structures intermédiaires ainsi que sur d'autres prestations de soutien telles que l'action sociale des associations et communes, les consultations mémoires et celles pour proches aidants, les dispositifs d'appui aux patients diabétiques, les équipes mobiles de soins palliatifs, les consultations gériatriques pluridisciplinaires avec évaluation globale, le case management ou encore les consultations et équipes mobiles de psychiatrie de l'âge avancé. Ces experts estiment cette prise en charge plutôt appropriée.

3.1.5 Valais

Pour les experts valaisans, les profils légers sont essentiellement pris en charge à domicile, mis à part les 190 d'entre eux qui ont été en EMS en 2014. A domicile, cette prise en charge s'appuie sur les proches et les SASD. Ces experts sont relativement critiques quant à la qualité de cette prise en charge. Les résultats à l'échelle du canton recouvrent cependant des réalités régionales diverses. Cela pourrait expliquer le fait que les experts valaisans, sollicités quant aux prestations mobilisées pour répondre aux besoins des profils légers, en ont retenu nettement moins que les experts des autres cantons (voir Tableau 3.1).

Tableau 3.1 La prise en charge effective des profils légers dans les 5 cantons étudiés : synthèse des résultats

	Prestations potentiellement sollicitées par les personnes âgées correspondant aux 12 situations types									Évaluation de la qualité de la prise en charge			
	Dans le domicile privé	En logement adapté ou protégé	SASD	Foyers de jour/de nuit	Courts séjours	Associations	Communes	Autres prestations de MâD	En home non médicalisé	Accès aux prestations nécessaires	Un système qui ne s'appuie pas trop sur les proches	Adéquation de la prise en charge à domicile	Évaluation générale (moyenne des 3 indicateurs)
Genève	✓✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓✓	✓✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	Hôpital de jour des HUG	✓✓	✓✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓
Jura	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓	✓✓	✓	–	–	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓
Neuchâtel	✓✓✓✓	✓✓	✓✓✓✓	✓✓✓	✓	✓✓✓	✓✓	Hôpital de jour du Centre de psychiatrie (CNE)	✓✓	✓✓	✓	✓✓	✓✓
Vaud	✓✓✓✓	✓✓✓✓	✓✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓✓	✓✓✓✓	✓✓✓✓	Programmes cantonaux de santé publique des BRIOs	✓✓	✓✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓✓
Valais	✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓	✓	✓✓	✓	–	–	✓✓✓	✓	✓✓	✓✓

Source : Enquête qualitative en ligne auprès des 51 experts des 5 cantons (42 réponses reçues). Représentation : serdaly&ankers.

Note explicative

Les cotations des 9 premières colonnes (prestations potentiellement sollicitées) ont été obtenues à partir des réponses à la Q1 de l'enquête en ligne (voir Annexe 4) par cumul des fréquences de mentions de chaque prestation. Pour exemple : si la moitié des experts neuchâtelois avaient indiqué que les courts séjours sont sollicités pour répondre à la situation type 1, mais pour aucune autre situation type, cela aurait donné un score de 0.5 aux courts séjours. Et si tous les experts neuchâtelois avaient indiqué que les courts séjours sont sollicités pour l'ensemble des 12 situations types, cela aurait donné un score de 12 aux longs séjours. Les scores ainsi obtenus ont alors été transformés en cotation selon l'échelle suivante : ✓ = 0 à 3 ✓✓ = 3,01 à 5,0 ✓✓✓ = 5,01 à 7 et ✓✓✓✓ = plus de 7.

Ainsi, les résultats de ces 9 premières colonnes sont comparables au sein de chaque canton. Théoriquement, ils le sont également entre cantons, puisqu'ils sont basés sur la fréquence des mentions et non sur le nombre de mentions. Toutefois, dans la mesure où l'enquête en ligne n'imposait pas un nombre fixe de prestations à mentionner pour chaque situation type, les experts de certains cantons – en Valais notamment – ont indiqué globalement moins de réponses que leurs collègues des autres cantons. Pour exemple : le score de la prise en charge à domicile en Valais est de 5 (d'où la cotation ✓✓) et de 8,73 à Genève (cotation ✓✓✓✓) alors que l'essentiel des personnes âgées de plus de 65 ans et nécessitant peu de soins se trouvent bien à domicile, en Valais comme à Genève. Pratiquement, la comparaison intercantonale des résultats indiqués dans les 9 premières colonnes est donc limitée.

S'agissant des cotations des quatre dernières colonnes, elles ont été obtenues à partir des réponses à la Q4 (voir Annexe 4), qui demandait aux experts d'évaluer différents aspects de la prise en charge des profils légers sur une échelle de 1 à 4. Les réponses ont été transformées en cotation selon l'échelle suivante : ✓ = 0 à 2, ✓✓ = 2,1 à 2,5, ✓✓✓ = 2,6 à 3 et ✓✓✓✓ = 3,1 à 4. Ces résultats sont comparables au sein de chaque canton ainsi qu'entre cantons.

3.2 Organisation et régulation de la prise en charge

Ce chapitre répond à l'objectif (2) : décrire les stratégies et les moyens que les cantons ont mis en place pour réguler la prise en charge de la personne âgée. Les stratégies déployées par les cinq cantons romands, sont présentées notamment en termes de coordination des offres de soins et d'accès à celles-ci, permettant une prise en charge des profils légers hors des EMS. Le Tableau 3.2 synthétise ces informations.

3.2.1 Genève

Genève mène depuis de nombreuses années une politique de limitation de la densité de lits d'EMS³⁶ et de fort développement des SASD, en intensité³⁷ comme en diversité de prestations. En parallèle, le canton a favorisé le développement d'une large palette de structures intermédiaires pour soutenir la prise en charge à domicile (logements protégés surtout, mais aussi foyers de jour et courts séjours).

Aujourd'hui à Genève, l'orientation des personnes âgées au sein du réseau médico-social demeure le fait de chacun des acteurs. Depuis le domicile, elle est en général le fait de l'Institution de Maintien à Domicile (imad³⁸). Pour les sorties d'hôpital, elle est le plus assurée par le service de liaison de l'imad aux HUG en partenariat avec les assistantes sociales des HUG.

L'entrée en EMS est réservée aux personnes nécessitant plus de 40 minutes de soins par jour. « GESTPLACE », un outil informatique destiné à gérer toutes les inscriptions en EMS depuis le domicile comme depuis l'hôpital, est en cours de déploiement. Toutes les places disponibles en EMS (long séjour) doivent être annoncées sur GESTPLACE.

Enfin, en matière de cybersanté (eHealth), le canton de Genève a mis en place en 2013 déjà le Dossier Electronique du Patient. Sur cette base, deux projets sont en cours pour les personnes âgées polymorbides : le plan de soin partagé et le plan de médication partagé.

Dans le cadre de l'enquête en ligne, les experts de chacun des cinq cantons étudiés ont été interrogés quant à l'apparition de certains signes de déséquilibres du système de soin cantonal, en termes d'hospitalisations en urgence et/ou inappropriées, d'entrée en EMS depuis l'hôpital et non depuis le domicile, ou encore de fragilisation des proches aidants (voir Annexe 4). Les experts genevois confirment la présence plutôt fréquente de tels signes. À ce sujet, un projet de refonte de l'actuelle loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile est en cours (LSDom), mais son contenu n'a pas été dévoilé à ce jour.

3.2.2 Jura

Si le Jura présente, comme Vaud et Genève, une forte intensité d'aide et de soins à domicile pour les personnes de 65 ans et plus (la plus forte de Suisse) et une faible densité de lits d'EMS, son offre de structures intermédiaires est encore peu étoffée.

S'agissant de l'orientation, actuellement, le canton du Jura ne dispose actuellement pas de centrale d'information ou d'orientation, ni de critères d'accès aux EMS. Cependant, un bureau d'information et d'orientation (dont le nom reste à déterminer) est en cours de développement.

Les experts interrogés estiment que le système de soins jurassien présente, lui aussi, plutôt fréquemment les signes de déséquilibres, comme mentionnés pour le canton de Genève (voir également : Annexe 4).

3.2.3 Neuchâtel

Neuchâtel diffère largement des quatre cantons étudiés quant à son offre de prestations : sa densité de lits d'EMS est plus élevée que la moyenne suisse et l'intensité d'aide et de soins à domicile pour les personnes de 65 ans et plus est légèrement plus faible que la moyenne suisse. Pourtant, les EMS du canton ne comptaient que 0,5% de profils légers en 2014 (SOMED).

³⁶ Pour la densité de lits d'EMS, l'indicateur retenu est le nombre de lits d'EMS / 1000 habitants de 65 ans et plus (source : SOMED, 2014). Afin d'assurer la cohérence avec le dénominateur, les lits d'EMS occupés par des résidents de moins de 65 ans (estimés sur la base des données SOMED 2014) ont été déduits du numérateur.

³⁷ Pour l'intensité d'aide et des soins à domicile, l'indicateur retenu est le nombre d'heures fournies par habitant de 65 ans et plus (soit le nombre total d'heures fournies à des personnes de 65 ans et plus rapporté à la population totale des personnes de 65 ans et plus). (Source : Dutoit, L., Füglistler-Dousse, S. & Pellegrini, S. (2016), p. 58).

³⁸ Imad est un établissement public autonome et le principal prestataire de SASD à Genève

S'agissant de l'information et de l'orientation au sein du réseau médico-social neuchâtelois, il n'existe, aujourd'hui, pas de structure centrale, ni de critères formels d'accès aux EMS.

Les experts cantonaux interrogés dans le cadre du présent mandat estiment que le système de soins neuchâtelois présente fréquemment des signes de déséquilibre tels que des hospitalisations urgentes ou inappropriées, des entrées en EMS depuis l'hôpital et non depuis le domicile ou encore la fragilisation des proches aidants (Annexe 4).

Conscient de ce qui précède, le canton soutient actuellement le projet pilote AROSS de plateforme d'information et d'orientation mené dans le district du Locle. Ce projet sera évalué courant 2017 en vue de sa probable généralisation dans le canton.

3.2.4 Vaud

Comme Genève, le canton de Vaud mène depuis de nombreuses années une politique constante de limitation du nombre de lits d'EMS et de fort développement des SASD (en intensité comme en diversité de prestations). En parallèle, Vaud a développé, encore plus qu'à Genève, une large palette de structures intermédiaires. Par ailleurs, les différents programmes de santé publique du canton visent également au prolongement du maintien à domicile (voir chapitre 3.1.4).

S'agissant de l'orientation au sein du réseau médico-social, chacune des quatre régions vaudoises dispose d'un Bureau Régional d'Information et d'Orientation (BRIO). Aujourd'hui, toute inscription puis entrée dans un EMS vaudois (long ou court séjour) passe nécessairement par le BRIO. Cependant, aucun critère ne limite aujourd'hui l'entrée en EMS et les propositions d'orientation des collaborateurs et collaboratrices des BRIO ne sont pas contraignantes.

Aujourd'hui, les experts cantonaux interrogés voient le réseau de soins vaudois dans un relatif équilibre (voir Annexe 4), mais estiment que cela changerait rapidement si, face aux défis démographiques et épidémiologiques à venir, rien n'était entrepris.

Pour l'avenir, le canton a lancé des propositions de réformes. Il s'agirait d'une part d'introduire une famille d'outils permettant une même évaluation globale, multidimensionnelle et standardisée des patients (INTERRAI) dans l'ensemble des lieux de prise en charge. D'autre part, le système cantonal d'aide et de soins à la personne âgée serait recentré sur celle-ci, dans la communauté, en s'appuyant sur quatre Régions de Santé à créer. Le canton vise ainsi une détection améliorée et plus précoce de la fragilisation des personnes âgées à domicile, une meilleure réponse à leurs besoins en soins ainsi que sur le plan social, et un renforcement de la continuité de l'accompagnement médico-social entre les prestataires.

3.2.5 Valais

Le Valais présente la deuxième plus faible densité de lits d'EMS et en même temps la sixième plus faible intensité d'aide et de soins à domicile de Suisse. En parallèle, le canton propose une densité de place de foyers de jour/nuits dans la moyenne des cinq cantons étudiés, une densité de lits de courts séjours proche de la moyenne suisse et des logements protégés peu nombreux et souvent sous forme d'appartements communautaires.

S'agissant de l'information et de l'accompagnement des patients entre les différentes institutions de soins valaisannes, ils sont assurés par le SECOSS (Service de coordination socio-sanitaire). Aucun critère précis ne limite l'entrée en EMS. Un agenda indiquant la disponibilité des lits de court séjour vient d'être mis en ligne et il est prévu prochainement de mettre sur pied une base de données sur les demandes de placement en lits de long séjour avec indication du degré d'urgence.

A moyen terme, le canton souhaite aller plus loin au niveau de la coordination et « *développer un modèle d'intégration régionale des prestataires permettant d'améliorer la coordination* ».

Actuellement, les experts cantonaux interrogés estiment que les hospitalisations urgentes ou inappropriées, les entrées en EMS depuis l'hôpital et non depuis le domicile ou encore la fragilisation des proches aidants sont relativement fréquentes dans le canton (voir Annexe 4).

Tableau 3.2 Comparaison des dispositifs actuels d'information, coordination et orientation entre les cinq cantons étudiés

	Définition des différentes structures (missions, prestations, publics-cibles)	Outils d'orientation			Suivi				Autres outils complémentaires		
		Inventaire à jour des prestations offertes	Outil standardisé d'évaluation ¹	Outil d'aide à la décision ²	Base de données à jour des places disponibles	Critères formels d'accès aux EMS	Inscriptions centralisées ³	Bureau d'information et d'orientation	Suivi des cas complexes (case management)	Partage bilatéral de données du patient ou...	...eHealth: Dossier électronique du patient
GE (GESTPLACE)	✓	✓			✓	✓ Cat. OPAS >2	✓			✓	✓
NE (hors AROSS)	✓										
NE (AROSS)	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	
JU	✓	✓	✓	✓							
VD (BRIO)	✓	✓			✓		✓	✓	Dans certains BRIO	✓	
VS (SECOSS)	✓	✓			Courts séjours ✓ Longs séj: envisagés	✓ (très généraux)		✓			

Source : Analyse documentaire et entretiens menés dans le cadre du présent mandat. Représentation : serdaly&ankers.

- ¹ Outil standardisé d'évaluation : Orienter une personne âgée vers les prestations pertinentes du réseau médico-social nécessite de comprendre sa situation de manière globale et d'identifier ses besoins. Pour ce faire, la compétence professionnelle des personnes en charge de l'orientation est déterminante. Pour les soutenir, il existe des outils d'évaluations multidimensionnelles et standardisées.
- ² Outil d'aide à la décision : Sur la base des résultats de l'évaluation d'une part et de l'inventaire des prestations disponibles d'autre part, il existe des outils d'aide à la décision qui établissent des propositions de prises en charge possibles.
- ³ Inscriptions centralisées : Il existe des systèmes d'information permettant de centraliser le processus d'inscription auprès des différents EMS.

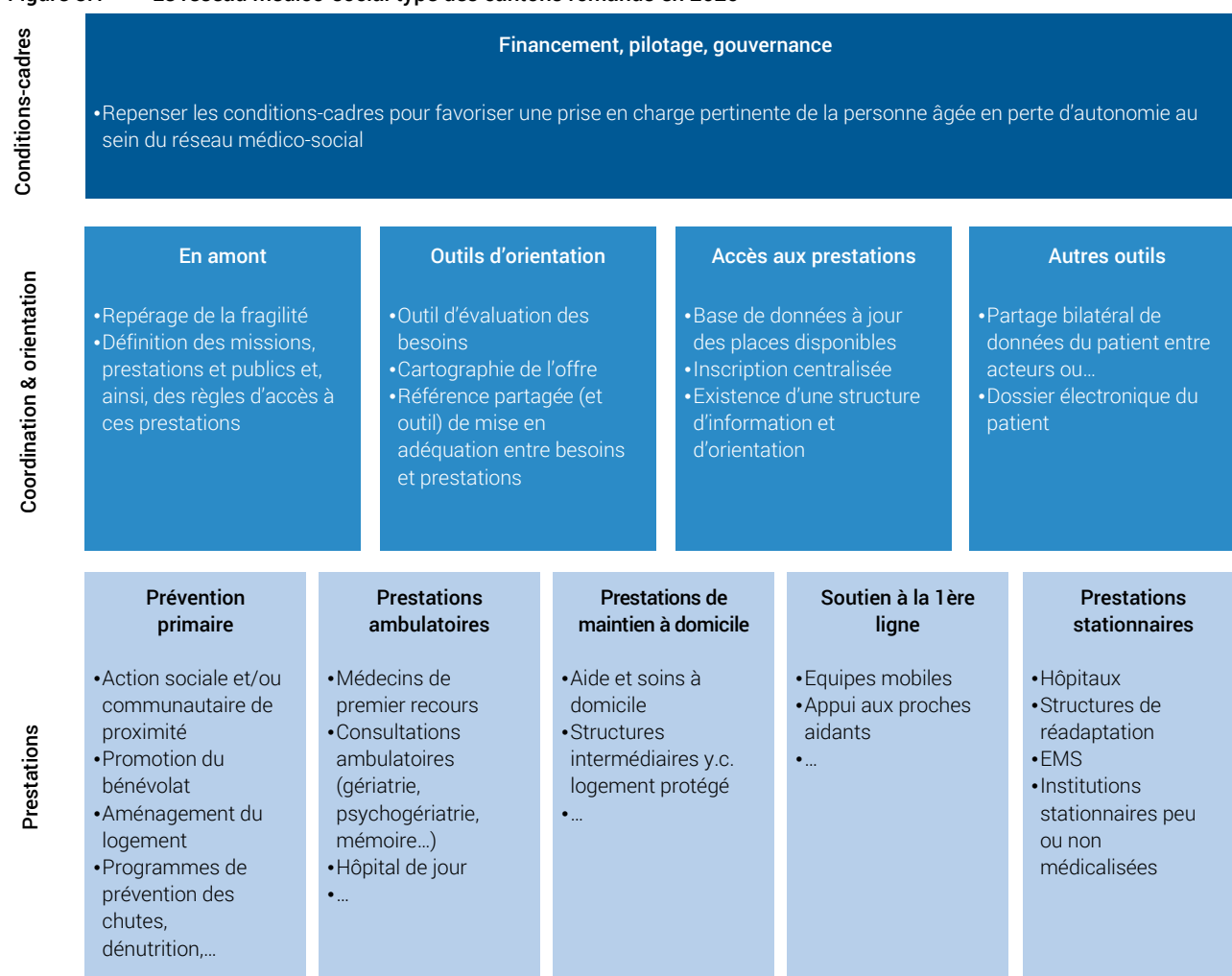
3.3 Pour l'avenir : des stratégies convergentes

Les deux chapitres précédents ont montré les différences entre les cinq cantons étudiés quant à la prise en charge des profils légers (chapitre 3.1) et quant à l'organisation et la régulation de ces prises en charge (chapitre 3.2). Le présent chapitre est, quant à lui, consacré aux stratégies que les cinq cantons mettent actuellement en place pour la prise en charge des personnes âgées à l'avenir. Il s'agit d'une synthèse des informations contenues à ce sujet dans le chapitre 2 (sous-chapitres « Stratégie cantonale »).

A l'inverse de l'hétérogénéité constatée aux chapitres 3.1 et 3.2, le constat ici est que les visions d'avenir à l'origine de ces stratégies cantonales sont fort similaires : il y aurait, face au vieillissement de la population et à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et du déclin fonctionnel, une relative urgence à réformer la prise en charge future des personnes âgées. Le rapport de planification sanitaire genevois résume bien cette vision : « *Il n'est pas envisageable de vouloir simplement développer linéairement l'équipement sanitaire actuel pour le faire correspondre aux nouveaux besoins. Il faut au contraire parvenir à optimiser les prises en charge et à soutenir des réponses nouvelles face à une situation qui l'exige* » (Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé du canton de Genève, 2015, p. 4).

Les stratégies cantonales qui en découlent frappent également par leur convergence. La Figure 3.1 ci-après illustre leurs principaux traits communs, sachant que chacune des différentes stratégies cantonales n'en reprend pas toutes les composantes. Cette figure cherche à illustrer un principe répété par les experts interrogés, à savoir qu'une prise en charge adéquate des profils légers hors des EMS ne saurait être le fruit d'une prestation en particulier, mais plutôt le résultat d'un ensemble. Cet ensemble serait composé de prestations dépassant largement l'usuel trio « domicile – structures intermédiaires – EMS ». Ces prestations comprennent ainsi toutes les actions possibles en amont du réseau de soins (prévention) et le soutien à la 1^{re} ligne (soutien des équipes soignantes en institution ou à domicile et des médecins par des équipes mobiles diverses, soutien des proches aidants, etc.). Au niveau de l'orientation aussi, il s'agirait de ne pas se limiter aux patients déjà repérés au sein du réseau de soins, mais d'identifier les personnes se fragilisant à domicile. Enfin, il s'agit de mettre en place au sein des réseaux socio-sanitaires des conditions-cadres – en termes notamment de financement et de gouvernance – pouvant favoriser une prise en charge pertinente des personnes âgées.

Figure 3.1 Le réseau médico-social type des cantons romands en 2020



Source : éléments issus des différentes sources d'information générées dans le cadre l'étude. Représentation : serdaly&ankers.

3.4 Les principaux enseignements

En matière de prise en charge des profils légers hors EMS, l'observation des cantons de Genève, Neuchâtel, Jura, Vaud et Valais permet de tirer un certain nombre d'enseignements à destination notamment des cantons qui envisagent de réduire la part de profils légers dans leurs EMS. Ces enseignements sont les suivants :

1. Réduire la densité des lits d'EMS ne suffit pas pour limiter les profils légers en EMS.

Il serait en effet tentant de considérer que les EMS romands hébergent peu de profils légers, simplement parce qu'il y a peu de lits. S'il existe bien une certaine corrélation entre la densité de lits d'EMS et l'occupation de ces lits par des profils légers (Annexe 7), d'autres facteurs interviennent également. Pour exemples : Bâle-Campagne présente une densité de lits d'EMS similaire au canton de Genève, mais y héberge près de 20% de profils légers ; et Neuchâtel présente une densité de lits supérieure à la moyenne suisse mais y héberge moins de 1% de profils légers.

2. Le réseau médico-social : un système en équilibre précaire.

Une stratégie basée sur la seule raréfaction des lits d'EMS sans développement d'alternatives comporte des risques. Les experts cantonaux ont été spécifiquement interrogés dans le cadre de l'enquête en ligne sur les effets potentiels d'une réduction de la densité de lits d'EMS qui ne serait pas accompagnée d'une offre suffisante et coordonnée de prestations de maintien à domicile. Leurs réponses indiquent des risques de dégradation de la qualité de vie des profils légers à domicile, d'isolement social, d'accélération de leur déclin fonctionnel ou encore de fragilisation de leurs proches aidants. Ces risques peuvent alors générer

des reports au sein du système de santé : multiplication des consultations ambulatoires depuis le domicile et risque de surmédication, puis, par manque d'anticipation dans la transition entre le domicile et l'EMS, hospitalisations inappropriées et en urgence³⁹, entrées plus hâtives en EMS, engorgement à l'entrée en EMS et séjours hospitaliers en attente de placement.

A ce sujet, les cantons étudiés admettent rencontrer sporadiquement des encombrements à la sortie de l'hôpital. Cependant, une part du phénomène serait frictionnel et inévitable (indisponibilité temporaire de lit dans l'EMS choisi par le patient⁴⁰, délai de clarification d'une situation, etc.) et une autre part serait souvent liée à d'autres causes que le seul manque de places en EMS (pathologies difficiles à suivre en EMS, manque d'anticipation au sein de l'hôpital, etc.).

Actuellement, les cinq cantons étudiés vérifient et ajustent l'équilibre de leur système médico-social à intervalles réguliers, lors de leurs planifications sanitaires. Pour l'avenir, Vaud prévoit la mise sur pied d'un « système d'information et pilotage » basé sur des « données populationnelles et d'activités (...) afin de pouvoir évaluer la productivité des dispositifs et allouer les ressources de manière optimale. Ces données doivent permettre une lecture globale des trajectoires de patients dans le système de santé, et pas uniquement au sein d'une seule entité du système. Des outils standardisés permettant une analyse fiable des besoins populationnels ainsi que des résultats des processus mis en œuvre doivent être déployés. Ces outils permettent de monitorer des indicateurs qualité (efficacité clinique et sécurité) ainsi que des indicateurs de performance. » (Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud, 2017, p.13).

3. Prestations.

Les bénéficiaires des structures intermédiaires et des SASD nécessitent de plus en plus de soins. Au sein des cantons étudiés et au fil des années, les entrées en EMS se font de plus en plus tardivement et leurs résidents présentent ainsi des besoins en soins de plus en plus élevés. De manière logique, cette tendance est reportée dans les structures de prise en charge en amont de l'EMS. Ainsi, les foyers de jour, les courts séjours, les appartements protégés et les SASD prennent aujourd'hui en charge des profils dont la lourdeur s'accroît. Les experts cantonaux interrogés confirment cette tendance et certains attirent l'attention sur la question des ressources : selon eux, restreindre l'accès aux lits d'EMS pour les profils les plus lourds peut nécessiter d'adapter les dotations en personnel (en compétences et en nombre) et en équipements nécessaires dans les EMS eux-mêmes, mais aussi dans les structures intermédiaires et les SASD.

4. Prestations (bis). Vers une inclusion et un soutien croissant de la prévention, des prestations ambulatoires et de la 1^{re} ligne (voir « 1^{er} niveau » de la Figure 3.3).

L'autre conséquence de cette prise en charge par des structures intermédiaires de profils nécessitant de plus en plus de soins est que leur accès devient plus restreint pour les profils légers qui restent ainsi à domicile. Les cantons romands étudiés cherchent à répondre aux besoins de ces profils légers en incluant et en promouvant, dans leurs stratégies de prise en charge des profils légers, les prestations de prévention à domicile : action sociale de proximité des associations mais aussi des communes, bénévolat, aménagement du logement, programmes de prévention (chutes, dénutrition, etc.). Il en va de même pour les prestations ambulatoires (inclusion de la médecine de premier recours dans la mise en place des réseaux socio-sanitaires, promotion des consultations ambulatoires dédiées aux personnes âgées, etc.) et pour le soutien à la 1^{re} ligne (soutien des équipes soignantes en institution ou à domicile et des médecins par des équipes mobiles diverses, soutien des proches aidants, etc.)

On constate ainsi une évolution vers une prise en charge des profils légers non plus seulement soignante, mais également plus sociale. Par conséquent, plusieurs experts cantonaux ont indiqué la nécessité d'améliorer à l'avenir la coordination des approches sociales et sanitaires, en particulier s'agissant de leurs outils d'évaluations.

5. Coordination et orientation. D'une vision linéaire à une approche intégrée (voir « 2^e niveau » de la Figure 3.1, ainsi que la Tableau 3.2).

Les cinq cantons étudiés tendent à remplacer l'adage « le domicile avant l'EMS » ou « l'ambulatoire avant le stationnaire » par une volonté de prise en charge de « la bonne personne, avec les bonnes prestations, au bon moment » (voir par exemple : Service de la santé publique du canton du Valais (2015), p 68 ; Conseil d'Etat genevois (2012), p. 41, ou encore Service de la santé publique du canton de Neuchâtel, 2014, p.79). Dans cette perspective, ce ne serait plus la personne âgée qui devrait se déplacer

³⁹ À cet égard, il est frappant de constater que les cinq cantons étudiés figurent parmi les sept cantons de Suisse présentant la plus forte proportion d'entrées en EMS depuis l'hôpital. Cosandey (2016, pp.24-25) n'y lit toutefois pas de corrélation significative, d'autres facteurs comme la densité de lits de soins aigus (plus forte en Romandie), le manque de transparence sur les lits disponibles, l'occupation de ces lits d'EMS par des profils légers ou encore certaines incitations financières étant à prendre en considération.

⁴⁰ Afin de limiter ce type de situations, le canton du Jura demande aux patients entrant dans un lit d'attente – en vue d'une entrée en EMS – de signer un contrat dans lequel ils ont à choisir trois EMS. Si un lit se libère au sein de l'un de ces trois EMS, ils sont tenus d'y entrer, faute de quoi la différence de coût journalier entre le lit d'attente et le lit d'EMS leur sera facturée.

linéairement, au gré d'une trajectoire, du domicile vers l'EMS. Il s'agirait bien plus d'organiser à l'avenir cette prise en charge là où réside la personne, en conjuguant pour cela, pour chaque personne à chaque moment, les prestations nécessaires.

Concrètement, dans les cantons étudiés, ce changement d'approche passe par la mise sur pied progressive – à des rythmes différents – des éléments contenus dans la Figure 3.1 (niveau « coordination et orientation, cases « en amont », « outils d'orientation », « accès aux prestations » et « autres outils »). Mais cela nécessite aussi et surtout la mise en place d'une « culture du réseau », c'est-à-dire de faire en sorte que les acteurs considèrent tous que le patient est « un » patient dans l'ensemble du réseau et non pas « son » patient qui passerait d'une structure à l'autre.

6. Conditions-cadres. Des règles de financement problématiques.

Au cours de la présente étude, plusieurs experts cantonaux ont pointé de nombreux problèmes dans le système de financement actuel qui n'a pas été conçu pour favoriser une prise en charge optimale ni des personnes âgées en général, ni des profils légers en particulier :

- Règles de financement des soins différentes selon les prestataires. Exemple : pour les soins à domicile, la contribution des assureurs est de CHF 54.60 à 79.80 / h selon le type de soins, alors qu'elle est de CHF 9.-/ 20 min. soit CHF 27.-/h en EMS. Les assureurs ont donc intérêt à une entrée en EMS rapide des patients, indépendamment du coût total de cette prise en charge.
- Financement problématique du loyer en appartement protégé : en EMS, les prestations complémentaires couvrent l'entier du prix de la pension, alors qu'en appartement protégé, les limites fédérales – uniformes pour toute la Suisse – ne permettent que rarement de financer le coût de leur loyer additionné de celui des prestations de base de l'appartement protégé. Ainsi, les personnes à bas revenus sont encouragées à choisir l'EMS où l'entier de leur prix de pension sera couvert par les prestations complémentaires, plutôt qu'un logement protégé où une part du loyer risque d'être à leur charge. Dans ces conditions, ce marché du logement protégé pour les bénéficiaires de prestations complémentaires n'attire guère les investisseurs privés⁴¹.
- Financement des soins LAMal à l'acte et non en fonction du résultat. Exemple : en EMS, favoriser le maintien de l'autonomie des résidents nécessite un important travail d'accompagnement. En cas de succès, ces résidents seront plus autonomes, auront moins besoin de soins et seront donc réévalués dans une catégorie OPAS inférieure. En conséquence, l'EMS devra réduire sa facture de soins. À l'inverse, l'absence d'un travail d'accompagnement permettant de maintenir l'autonomie des résidents va accélérer le déclin fonctionnel de ceux-ci, augmentant ainsi leur catégorie OPAS.
- Séparation des sources et règles de financement des prestations de soins d'une part et d'accompagnement d'autre part, alors que ces besoins, tout comme les réponses apportées, sont souvent intimement liés.

Si l'essentiel de ces règles de financement sont nationales, les cantons disposent de quelques marges de manœuvre, comme l'illustre la note de bas de page 41. C'est aussi ce qu'illustre l'avant-projet de loi du Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud⁴² (2017), qui prévoit d'allouer 50 millions dans les trois années à venir pour réformer les réseaux de santé, ceci dans la perspective d'une compensation, sur la même période, de cette dépense par une moindre croissance des charges cantonales en EMS et en hôpital.

7. Réformer la prise en charge des personnes âgées : quelques facteurs de succès

Les réformes menées par le passé et celles en cours au sein des cinq cantons concernés soulèvent fréquemment des inquiétudes qui peuvent parfois conduire à leur abandon⁴³. Interrogés sur les facteurs pouvant favoriser le succès de telles réformes, les experts cantonaux ont mentionné que :

- Ces changements doivent, à leur avis, être envisagés comme ambitieux : il ne s'agit pas seulement d'optimiser un système à la marge, mais de le réformer en profondeur.
- Dès lors, ces changements nécessitent du temps (et ce d'autant plus que le secteur médico-social est fragmenté), alors que la pression du contexte actuel n'en laisse guère.

⁴¹ Pour y remédier, le canton du Jura a introduit en janvier 2017 un supplément cantonal de prestations complémentaires de loyer. À Genève, ce sont des fondations de droit public qui ont construit jusqu'ici la plupart de ces logements subventionnés. Dans le canton de Vaud, le champ des prestations finançables au titre des prestations complémentaires pour frais de maladie a été étendu afin de couvrir les diverses prestations de l'appartement protégé.

⁴² http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante/Avant-projet_de_loi_sur_les_R%C3%A9gions_de_Sant%C3%A9.pdf

⁴³ Ce fut notamment le cas à Genève, avec l'abandon du Programme d'Accès aux Soins, retiré en 2009 par le Département concerné au vu de la vive opposition de nombreuses communes et députés.

- Par conséquent et toujours selon les experts cantonaux, ces changements doivent pouvoir s'appuyer sur une vision et un soutien politique forts ainsi que sur des ressources dans la durée. Il s'agit surtout de pouvoir surmonter les régionalismes et les intérêts particuliers.
- Ces changements ne peuvent être imposés aux acteurs : ils doivent être issus de travaux participatifs et leur mise en œuvre nécessite leur implication.
- La communication est une clé déterminante pour réussir des réformes : sur la vision de départ, sur la mise en œuvre, sur ce qui a été fait et les succès rencontrés, sur ce qui n'a pas (encore) été fait. L'adhésion des acteurs semble difficile sans communication.

3.5 Les débats en cours

La présente étude a été l'occasion de repérer des thèmes faisant l'objet de débats similaires dans plusieurs cantons et qui n'ont pas encore trouvé de réponses :

- **Conjuguer agilité et cohérence.** Les besoins de chaque bénéficiaire étant uniques et évolutifs, il est nécessaire de construire rapidement des réponses sur mesure, en mobilisant les différentes ressources du réseau dans des compositions chaque fois différentes. Ceci nécessite de l'agilité et une forte proximité du terrain pouvant potentiellement mettre au défi les logiques organisationnelles centralisées de certaines grandes institutions cantonales. A l'inverse, ces grandes institutions faciliteraient l'application d'une politique cohérente, alors que la multiplication d'acteurs autonomes nécessiterait d'importants outils et efforts de coordination pour y parvenir.
- **L'orientation, un simple algorithme versus un art.** On assiste aujourd'hui à l'apparition de systèmes d'information permettant d'aider à l'orientation des personnes âgées dans le réseau de soins. Si aucun canton ne songe à automatiser les décisions d'orientation, l'utilité ou non de tels outils d'aide à la décision fait néanmoins débat.
- **L'orientation : de la nécessité ou non d'un bureau cantonal ou régional d'orientation.** La mise en place d'un bureau cantonal ou régional d'orientation qui statuerait sur toutes les demandes d'entrée en EMS (et éventuellement en structures intermédiaires) génère nécessairement des interrogations. Quant à la structure qui doit porter ce bureau (structure autonome ? SASD ? association des prestataires concernés ?). Quant à la portée de ses décisions (jusqu'où respecter la liberté de choix des personnes et des institutions ?). Quant à ses responsabilités (sur la bonne prise en charge des personnes, sur les taux d'occupation des institutions). Et enfin quant à sa proportionnalité (quels bénéfices pour quels coûts en temps et argent ?). Face à ces questions, certains estiment qu'une orientation pertinente au sein du réseau ne nécessite pas d'organe unique, mais peut être atteinte par l'implication de tous les acteurs formés à cela et recourant à un même outil d'évaluation des besoins.
- **L'intégration des soins versus l'intégration des prestataires.** Si personne ne conteste la nécessité d'intégrer les soins et l'action sociale dans une articulation régionale cohérente, certains entendent réaliser cette intégration par la mise en réseau formelle des prestataires concernés (Genève, Neuchâtel et Jura), tandis que d'autres expérimentent (Vaud) ou envisagent d'expérimenter (Valais), pour mieux y parvenir, l'intégration de prestataires au sein de nouvelles institutions.
- **Quelle prise en charge pour les « nouveaux dépendants » ?** Parmi les profils légers, on trouve des personnes en âge AVS qui, malgré leur besoin léger en soins, nécessitent un accompagnement régulier au sein de structures résidentielles (handicap mental vieillissant, dépendances, troubles du comportement, etc.). À défaut de structures adaptées, cette population continuera à recourir aux lits d'EMS. Le nombre annuel de nouveaux cas n'est certes pas très élevé, mais il semble augmenter régulièrement. De plus, il s'agit souvent de personnes relativement jeunes qui, une fois en institution, y restent potentiellement longtemps. Afin de répondre à ce besoin, certains experts ont évoqué la piste de solutions concertées, entre politique de la santé et sociale et/ou la mise en place d'institutions intercantonales.

3.6 Limites rencontrées et impacts sur les résultats

La méthode utilisée a été confrontée aux différentes limites suivantes :

Type	Description	Impact sur les résultats de l'étude
Limites quant aux statistiques utilisées	Il n'existe pas de définition nationale et unique pour les différentes structures intermédiaires, ni pour les homes simples. Leur désignation, comme leurs missions, publics-cibles ou encore les prestations offertes peuvent varier selon les cantons.	Les résultats de la présente étude par canton n'en sont en rien affectés. C'est en revanche dans les comparaisons entre cantons qu'il y a lieu de se rappeler de cette limite statistique.
	Au niveau national, les données sur les différentes structures intermédiaires demeurent lacunaires (voir sur le sujet : Werner et al. 2016).	Pas d'impact en général : les données disponibles ont pu être complétées en recourant aux documents émis par chacun des cinq cantons étudiés. Seul le nombre « d'appartements avec encadrement » du canton de Neuchâtel (forme de logement protégé) n'a pas pu être appréhendé, car la définition cantonale de cette structure intermédiaire est récente.
Limites liées à l'approche qualitative	A domicile, la statistique nationale sur les soins à domicile (SPITEX) ne permet pas de connaître la part de bénéficiaires de 65 ans et plus recevant entre 0 et 40 minutes de soins par jour. Il en va de même dans les structures intermédiaires pour lesquelles les données sur les bénéficiaires sont très rares. L'appréciation de la prise en charge actuelle des profils légers dans chacun des cinq cantons (objectif 1 de l'étude) s'est donc appuyée principalement sur ce qu'en ont dit les experts. Il s'agit donc d'un matériau qualitatif, produit par un nombre restreint d'acteurs.	À défaut de données disponibles, ces avis d'experts constituent une première indication, certes subjective, quant à la prise en charge des profils légers dans ces cantons. La pertinence de cette première indication est liée à la forte implication de ces experts, au quotidien, dans les questions de prise en charge des personnes âgées au sein de leur canton.
Limites liées à la pluralité des sources d'information	La méthode utilisée conjugue des sources statistiques, de l'analyse documentaire et des avis d'experts. Au cours de l'analyse, des convergences sont apparues, mais également quelques divergences, y compris entre les experts.	De telles divergences, même si peu nombreuses, sont inhérentes à la méthode choisie. Elles ont été prises en compte dans l'interprétation des résultats.

3.7 Conclusion

Afin de limiter les coûts de prise en charge des personnes âgées, les cinq cantons étudiés ont limité l'offre de places dans leurs EMS (ou sont en train de le faire). Dès lors, en EMS, ils privilégient la prise en charge de personnes nécessitant passablement de soins.

Mais ce n'est pas suffisant : si des alternatives à l'EMS ne sont pas proposées aux personnes nécessitant moins de soins, ces personnes vont alors décliner à domicile. Cela se traduira par la surcharge des proches (avec risques d'épuisement et besoin de soins de leur part), une augmentation du recours aux prestations ambulatoires, des hospitalisations inappropriées et en urgence, des entrées plus hâtives en EMS, de l'engorgement à l'entrée en EMS et des séjours hospitaliers en attente de placement.

La présente étude s'est donc penchée sur les alternatives développées au sein des cinq cantons étudiés. On y constate qu'il n'existe pas en la matière, un « modèle romand » unique et que chaque solution cantonale est spécifique. Ces solutions s'inscrivent toutefois dans une même stratégie générale, consistant à favoriser une offre dense de prestations de maintien à domicile (SASD, structures intermédiaires, mais aussi action sociale de proximité, soutien aux proches aidants, prévention, etc.) et à fournir une information et une orientation active à la population concernée. Cette stratégie générale vise – et réussit dans les cinq cantons étudiés – à limiter le nombre de personnes avec de faibles besoins en soins en EMS.

Pourtant, les experts de ces cantons soulignent la fragilité de l'équilibre mis en place : si proposer trop de lits d'EMS peut favoriser leur utilisation par des personnes nécessitant peu de soins, un manque de lits d'EMS génère, lui, rapidement des reports de coûts dans le système de santé. A défaut de « réserve de places » dans les EMS de ces cantons, il y a un sentiment de flux tendus et de vulnérabilité du système. Pour la suite, il pourrait donc être utile de décrire et comparer comment les cantons surveillent et assurent l'équilibre de leurs systèmes médico-sociaux et la qualité de la prise en charge des personnes âgées.

Pour l'avenir, les cantons étudiés envisagent tous des réformes. Leurs calendriers cherchent à tenir compte du nombre d'acteurs concernés, de leur autonomie ainsi que de la sensibilité politique du sujet est palpable. Le vieillissement démographique s'accélère depuis 2012 avec un pic programmé dans 15 ans environ et une tension est palpable dans cette nécessité de devoir à la fois laisser du temps au changement ET de devoir changer rapidement. Pour la suite, comparer la mise en œuvre de ces réformes cantonales permettrait d'en tirer des enseignements utiles – quant aux facteurs de succès par exemple – pour les autres cantons.

De manière générale et afin de décrire la prise en charge actuelle des profils légers, la présente étude a dû se baser sur les avis des experts sollicités, choisis pour leur large implication dans la prise en charge des personnes âgées au sein de leurs cantons respectifs. L'objectif (1) de l'étude - « Comprendre comment les personnes âgées peu dépendantes de soins sont prises en charge dans les cantons romands » - est donc partiellement atteint, puisque les éléments permettant d'y répondre comportent une part de subjectivité.

S'agissant de la description de l'offre de solutions et prestations pour cette prise en charge, la fragilité du matériel statistique à disposition rend les comparaisons intercantionales difficiles. Une certaine homogénéisation dans la désignation et les prestations des structures intermédiaires permettrait de remédier à ceci. Elle améliorerait surtout la lisibilité de cette offre pour la population. Enfin, la présente étude a permis de décrire les politiques publiques de prise en charge des personnes âgées dans chacun des cinq cantons étudiés, en termes de stratégies présentes et futures, de régulation de cette offre ou encore d'information et d'orientation de la population concernée. L'objectif (2) de l'étude - « Comprendre comment la prise en charge est régulée en Suisse romande » - semble ainsi atteint.

Enfin, la présente étude a également été l'occasion de repérer deux autres questions qui gagneraient à être étudiées à l'avenir :

- En quoi les multiples règles actuelles du financement de la prise en charge médico-sociale des personnes âgées défavorisent-elles la cohérence de leur prise en charge ? Et quelles réformes permettraient d'y remédier ?
- La prise en charge des personnes âgées nécessitant surtout de l'accompagnement mais peu de soins semble représenter une question non résolue dans la plupart des cantons. A cheval entre les politiques de santé mentale, du handicap, sociales et de la personne âgée, cette prise en charge est souvent mal documentée et sa cohérence n'est guère assurée. Pourtant, le nombre de personnes concernées augmente et lorsqu'elles entrent en EMS, elles tendent à y rester longtemps. Une qualification et quantification des besoins et/ou une analyse comparée des stratégies ou pratiques cantonales en la matière pourrait fournir des informations précieuses pour optimiser cette prise en charge.

3.8 Liste (non exhaustive) de réalisations et projets remarquables

La présente étude a été l'occasion de repérer, dans chaque canton, une série de réalisations ou de projets « remarquables » quant à leur forte contribution potentielle **à la prise en charge des profils légers** hors des EMS. A défaut de les présenter ici en détail, le Tableau 3.3 ci-dessous, en dresse une liste non exhaustive.

Tableau 3.3 Exemples de réalisations et projets remarquables

Canton / acteur	Titre	Statut et description
GE DEAS / DGS / SPRS / Secteur eHealth	Mondossiermedical.ch : plan de soins et plan de médication partagés	Projet : pour les patients complexes (polymorbides et polymédiqués) et sur la base du Dossier Electronique du Patient (DEP), développer un plan de soin et un plan de médication partagés qui soient les bases de la coordination entre tous les acteurs impliqués.
GE EMS Beauregard / Cité génération	« Rôle social »	Projet pilote : expérimenter le repositionnement d'un EMS et de certains de ses professionnels afin qu'il devienne la structure de référence de proximité pour les personnes âgées vulnérables à domicile, au sein d'un réseau de prise en charge à l'échelle régionale, et en tirer les enseignements utiles.
JU DES / Service de la santé publique	Bureau d'Information et d'Orientation	Projet de bureau centralisé d'information et d'orientation pour les personnes âgées nécessitant des soins. Le projet ayant été lancé à fin 2016, son intérêt réside tout autant dans son contenu que dans les questions et réactions qu'il soulève et la manière de les gérer.
NE AROSS (association)	Association Réseau Orientation Santé Social	Projet pilote, à l'échelle d'un district, de bureau centralisé d'information, d'orientation et d'accompagnement au sein du réseau socio-sanitaire. Dans ce cadre AROSS teste de nombreux outils de travail.
NE DFS / Service de la santé publique	Mise à disposition de lits de « pension »	Projet pilote : redéfinition proactive du rôle et de la place des lits non médicalisés dans la politique de prise en charge de la personne âgée en perte d'autonomie.
VD DSAS / Service de la santé publique	Réforme du système d'aide et de soins	Projet de loi en consultation : réformer l'ensemble du système d'aide et de soins à la personne âgée dans le canton, avec notamment la création de 4 instances régionales de santé et la création de liens entre celles-ci et l'action socio-sanitaire communautaire, dont les médecins de premier recours.
VD Pro Senectute Vaud	Quartiers solidaires	Réalisation : encourager les habitants, en particulier les plus âgés, à influencer sur leur propre environnement en organisant eux-mêmes des projets selon leurs besoins, ressources et envies. Et par ce biais, créer, renouer, développer et entretenir les liens sociaux pour améliorer la qualité de vie et l'intégration des aînés dans un village ou un quartier.
VS DSSC / Service de la santé publique	Maîtrise de la densité de lits d'EMS mis à disposition par les communes	Réalisation : dans le cadre de sa planification des soins de longue durée (2016-2022), le canton a attribué aux régions de santé (regroupement de communes) des quotas de nouveaux lits d'EMS, leur laissant le choix d'en construire moins (à condition de développer des alternatives), tout en fixant une densité minimale (150 lits/1000 hab. de 80 ans et plus) afin d'éviter des reports sur l'hôpital.

Source : Eléments issus des différentes sources d'information générées dans le cadre l'étude. Représentation serdaly&ankers

4 Références

- Ankers, N., Serdaly, C. (2015). Habitat senior – proposition de lexique romand unifié. Rapport sur mandat de Curaviva Suisse. Berne.
- Bachmann, N., Burla, L., Kohler, D. (2015). La santé en Suisse – Le point sur les maladies chroniques. Rapport national sur la santé 2015. Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel.
- Conseil d'Etat genevois (2014). RD 1061, Secrétariat du Grand conseil, Genève.
- Conseil d'Etat genevois (2012). Rapport au Grand Conseil sur la politique en faveur des personnes âgées dans le canton de Genève. Genève.
- Conseil fédéral. (2014). Soutien aux proches aidants. Analyse de la situation et mesures requises pour la suisse. Rapport du Conseil Fédéral (pp. 43). Berne: Confédération suisse.
- Cosandey, J. (2016). Neue Massstäbe für die Alterspflege, Organisation und Finanzierung einer gesellschaftlich immer wichtigeren Aufgabe. Avenir Suisse.
- Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé du canton de Genève (2015). Rapport de planification sanitaire du canton de Genève 2016-2019. Genève.
- Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud (2017). Exposé des motifs et Avant-projet de loi sur les Régions de Santé (LRSa). Lausanne.
- Département de la santé, des affaires sociales et de la culture du canton du Valais (2017), Directives concernant les critères d'accès aux soins appropriés dans le cadre des soins de longue durée. Sion.
- Dutoit, L., Füglistler-Dousse, S. & Pellegrini, S. (2016). Soins de longue durée dans les cantons : un même défi, différentes solutions. Evolutions 2006 –2013 (Obsan Rapport 69). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.
- Dutoit, L., Pellegrini, S. & Füglistler-Dousse, S. (2016). Soins de longue durée dans les cantons. Trois modèles-types d'organisation (Obsan Bulletin 13/2016). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.
- Köppel, R. (2016). Alternativen zum Heim? Bewohner mit niedriger Pflegestufe. Orgavisit, im Auftrag der Alterszentren Zug und mit Unterstützung der Age Stiftung.
- Monod, S. (2016). Repenser les systèmes de santé. *Angewandte GERONTOLOGIE appliquée*, 4/16, pp. 10-11.
- NOMAD (2015). Plan d'action stratégique 2015-2022. Neuchâtel.
- Oesch, T., Künzi, K. (2015). Strategien der Kantone im Bereich der Langzeitpflege. Rapport sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. Büro BASS, Bern.
- Seematter-Bagnoud, L., Fustinoni, S., Meylan, L., Monod, S., Junod, A., Büla, C. & Santos-Eggimann, B. (2012). Le Resident Assessment Instrument (RAI) et autres instruments d'évaluation, d'orientation et de communication relatif aux personnes âgées dans le réseau de soins, Raisons de santé 191. Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne.
- Service de la santé publique du canton du Valais (2015). 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 du canton de Neuchâtel (2015). Résumé des rapports Accueil & Séjour. Neuchâtel.
- Service de la santé publique du canton de Neuchâtel (2014). Prise en charge coordonnée des personnes âgées. Rapport. Neuchâtel.
- Van Holten, K., Jähnke, A. & Bischofberger, I. (2013). Care-Migration – transnationale Sorgearrangements im Privathaushalt, Bericht 57. Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel.
- Wächter M., Künzi K. (2011). Grenzen von Spitex aus ökonomischer Perspektive. Rapport mandaté par Spitex Verband. Büro BASS, Bern.
- Werner, S., Kraft, E., Mohagheghi, R., Meuli, N., Egli F. (2016). Angebot und Inanspruchnahme von intermediären Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz. Obsan Dossier 52. Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel.

5 Annexes

Annexe 1 Les portraits types de l'étude Köppel (2016) déclinés en situations types

Portraits types tels que décrits par Köppel (2016) (traduction : serdaly&ankers)		Situation type (ST) retenue dans la présente étude
Numéro du portrait type et description	Informations complémentaires	
1. Résidente entrée en EMS avec son mari fortement dépendant, dans une chambre à 2 lits (par ex. le transfert de cet homme corpulent du lit à la chaise roulante nécessitait deux collaborateurs). Le mari est décédé après 2 ans et la femme est restée en EMS.	Veuve, prestations complémentaires (PC). Entrée en EMS depuis le domicile à 78 ans.	ST1 : Personne dont le/la conjoint-e entre en EMS et qui veut entrer avec lui/elle.
2. Résident qui soigne son épouse puis devient malade. Ce résident à l'air bien portant alors qu'il a eu un infarctus lourd deux ans auparavant avec une arrivée aux urgences hospitalières en état critique. Jusqu'à ce moment, il conduisait et tenait le ménage, avec livraison de repas et aide au ménage. Son épouse ne pouvait le faire en raison d'une démence avancée. Juste après sa convalescence, leur fille leur a trouvé une chambre pour couple dans l'EMS du quartier. Entretemps, le mari a pu à nouveau gérer le ménage. Pour le couple, un retour à domicile n'est toutefois pas envisageable, en raison d'un besoin d'aide croissant à l'avenir.	Marié. Pas de PC. Entrée en EMS depuis l'hôpital à 87 ans.	
4. Résidente dont l'appartement a été résilié. Cette résidente est mince, à l'air en bonne santé et paraît 10 ans plus jeune que son âge. Elle habitait un 4 pièces des années 50 dans une coopérative d'habitation et y faisait le ménage sans problème. Son immeuble devait être démoli au profit d'un nouveau. Son bail a donc été résilié avec un préavis de 12 mois.	Veuve. PC. Entrée en EMS depuis le domicile à 85 ans.	ST 2 : Personne dont le logement est devenu durablement inadapté ou devant définitivement le quitter.
8. Résident : aide au ménage, contacts et aide médicale Ce résident peine à se déplacer (une séquelle de divers accidents antérieurs). Avant son entrée en EMS, il louait un appartement au 3 ^{ème} étage d'un immeuble sans ascenseur. Il parle continuellement, même lorsque son interlocuteur souhaite s'en aller depuis longtemps. Après le décès de son épouse (ils n'avaient pas d'enfants), il est venu durant 4 ans manger chaque jour à l'EMS. Il aurait ensuite dû commencer à s'injecter régulièrement de l'insuline, ce qu'il n'était pas en mesure de faire.	Veuf, pas de PC. Entrée en EMS depuis le domicile à 75 ans.	ST 3 : Isolement avec besoin de contacts sociaux
11. Résidente : pas intégrée, son époux décède Cette résidente vient d'un pays étranger non germanophone. Elle était mariée à un homme aisé, immigré comme elle. Avec lui, elle voyageait beaucoup, ne devait pas s'intégrer en Suisse et elle ne comprend que l'allemand standard. Après le décès de son époux, elle s'est retrouvée eseuulée. Elle est entrée en EMS suite à un AVC dont elle s'est bien remise. Les autres résident-e-s parlant entre eux le dialecte suisse allemand et au vu de son passé différent, c'est avant tout avec le personnel qu'elle a des contacts.	Veuve, pas de PC, entrée en EMS depuis le domicile à 80 ans.	
5. Résidente en catégorie OPAS basse grâce à l'aide de son mari. Cette résidente est l'épouse du résident no 2 ci-dessus. Elle se déplace avec un déambulateur et nécessite, du fait de sa démence, de l'aide pour les actes de la vie quotidienne. Comme son mari s'occupe d'elle dans l'EMS, elle a été évaluée dans une catégorie OPAS basse (il l'accompagne, l'aide pour sa toilette, etc.).	Mariée, pas de PC. Entrée en EMS depuis le domicile à 86 ans.	ST 4 : Personne atteinte de démence évolutive, mais nécessitant – pour l'instant – au plus 40 min. de soins OPAS par jour parce que soutenue par un proche dans certains AVQ.

Portraits types tels que décrits par Köppel (2016) (traduction : serdaly&ankers)		Situation type (ST) retenue dans la présente étude
Numéro du portrait type et description	Informations complémentaires	
7. Résident : problèmes psychiques et voisinage choqué Ce résident est solitaire et introverti. Il peut cependant devenir offensant s'il se sent menacé. Les services sociaux l'ont fait quitter son appartement rempli d'ordures et son curateur l'a fait entrer en EMS où il est en proie à de l'anxiété et à une dépression chronique.	Célibataire. PC. Entré en EMS depuis le domicile à 72 ans.	ST 5 : Troubles psychiques devenus apparemment incompatibles avec une vie à domicile (dépression, anxiété, syndrome de Diogène, etc.).
12. Résident : problèmes de santé massifs Ce résident à l'air fragile. Il parle – en raison de sa maladie – doucement et nombre d'autres résident-e-s ne le comprennent pas. Il y a 10 ans, une attaque avait provoqué une hémiplegie, qui s'est bien remise ensuite. Ses reins, atteints, nécessitent des dialyses régulières. Le déclenchement de l'entrée en EMS fut une chute au cours de laquelle il resta couvert de sang et inconscient quelques heures, chute au cours de laquelle il s'est blessé l'épaule. Depuis, il ne peut lever son bras qu'à une certaine hauteur. En EMS, il ne nécessite que peu de soins car il s'exerce consciemment à rester indépendant (par ex. en se levant depuis le sol sans aide). Il s'estimerait lui-même trop faible pour pouvoir gérer son propre ménage.	Divorcé, PC. Entrée en EMS depuis le domicile à 72 ans.	ST 6 : 65 et 80 ans, large fragilisation (maladie(s) chronique(s) et/ou accidents).
Dépendance liée à un environnement inapproprié Cette situation type ne correspond pas à un portrait type répertorié par Köppel (2016), mais a été introduite par serdaly&ankers sur la base des entretiens exploratoires.		ST 7 : Plus de 80 ans, dépendance liée à la commune ou région (par ex. périphérique) ne répondant pas aux besoins (sociaux, d'approvisionnement, sécurité, transports).
3. Résidente entrée en EMS par anticipation. Cette résidente se déplace avec un déambulateur et a l'esprit alerte. Elle n'a pas d'enfants ni de proches dans la région. Elle souhaitait, tant qu'elle en avait encore la force, organiser le nécessaire pour ses dernières années de vie et emménager dans un lieu où elle pourrait rester même en cas de détérioration de sa santé. Elle a donc vendu son appartement et emménagé dans l'EMS de son choix.	Célibataire. Pas de PC. Entrée en EMS depuis le domicile à 87 ans.	ST 8 : Personne de plus de 80 ans souhaitant elle-même entrer en EMS par anticipation, en prévention de la fragilisation à venir.
6. Résidente : entrée à contrecœur sur pression des enfants. Cette résidente a l'air bien présente intellectuellement et en forme sur le plan physique. Depuis sa retraite, elle habitait un appartement de 3.5 pièces sans ascenseur au 2 ^{ème} étage, situé au centre. Les locataires avaient de bons contacts entre eux. Ses enfants craignaient qu'elle ne chute et ne se relève pas, et ont donc organisé son entrée dans l'EMS le plus proche. Elle-même n'aurait pas souhaité cela et le fait de ne plus pouvoir cuisiner elle-même lui manque.	Mariée, pas de PC. Entrée en EMS depuis le domicile à 94 ans.	ST 9 : Plus de 80 ans, relativement robuste. Demande d'entrée par les proches.
10. Résidente : maux divers et forces en déclin Cette résidente à l'air intellectuellement bien alerte. Elle habitait dans un lotissement de maisons individuelles (elle avait très peu de contact avec les voisins) et a dû renoncer au permis de conduire à 89 ans à cause d'une vue faiblissante. En perte de forces, elle perdit l'envie d'aller faire ses achats et de tenir son ménage. Elle est alors encore restée à la maison avec le soutien de l'aide et des soins à domicile et des livraisons de repas. Après avoir chuté à deux reprises et ne pouvant plus se relever, ses enfants ont insisté pour qu'elle entre en EMS. Elle pesait alors 45 kg.	Veuve. Pas de PC. Entrée en EMS depuis le domicile à 91 ans.	ST 10 : Plus de 90 ans, grande fragilité liée à l'âge (à domicile : dénutrition et chutes).
Personne en âge AVS avec addiction(s) passée(s) et/ou présente(s) et maladie(s) chronique(s) Cette situation type ne correspond pas à un portrait type répertorié par Köppel (2016), mais a été introduite par serdaly&ankers sur la base des entretiens exploratoires.		ST 11 : Une ou plusieurs addictions et maladies chroniques qui en découlent.
9. Résident : handicap mental, habitait chez sa mère Ce résident présentait déjà un handicap mental plus jeune. Il travaillait en atelier protégé et vivait chez sa mère. Lorsque celle-ci décéda à plus de 90 ans, il dut trouver un nouveau domicile et quelqu'un qui s'occupe de lui.	Célibataire, PC. Entré en EMS depuis le domicile à 65 ans.	ST 12 : Personne avec handicap mental et qui n'était pas en institution jusque-là.

Annexe 2 Objectifs et questions d'étude : vue synoptique

Objectif 1 Prise en charge effective des profils légers	Comprendre où et comment les « portraits types Köppel » sont pris en charge	1. Dans quelles structures (autres que les EMS) les 12 portraits-types zougais sont-ils pris en charge ?
		2. Quels types de prestations reçoivent-ils ?
		3. Dans quelle mesure ces structures répondent-elles à leurs problèmes économiques, à leurs besoins sociaux et à leurs difficultés liées à la fragilité ? Leurs besoins seraient-ils mieux satisfaits en EMS ?
	Caractéristiques des profils légers en EMS et raisons de leur présence	4. Quelles sont les caractéristiques socio-démographiques des profils légers en EMS ?
		5. Leur présence en EMS est-elle liée à des caractéristiques qui leurs sont propres ? Pourquoi ces personnes n'ont-elles pas choisi une autre prise en charge ?
		6. Les EMS favorisent-ils parfois l'entrée de profils légers ? Si oui, pourquoi ? (optimisation du taux d'occupation ? mixité de résidents pour préserver le personnel et pour que l'EMS reste un lieu de vie ? raisons géographiques ou historiques ? etc.) ?
Objectif 2 Stratégie et moyens permettant de réguler la prise en charge des personnes âgées	7. Comment la planification cantonale des soins de longue durée a-t-elle / va-t-elle contribué(er) à renforcer l'adéquation de la prise en charge des profils légers ?	
	8. Existe-t-il une coordination des offres de prise en charge des personnes âgées et, si oui, quels en sont les résultats ?	
	9. Comment les personnes âgées sont-elles informées des alternatives à l'EMS existantes ?	
	Accès à l'EMS	10. Les EMS du canton ont-ils des critères d'admission ? Quels sont-ils ? Qui les définit ? Sont-ils contraignants (pour l'EMS, pour la personne) ? Dans quelle mesure les problèmes économiques, les besoins sociaux, ainsi que la fragilité de la personne âgée entrent-ils en compte dans ces critères ?
		11. Existe-t-il une liste d'attente centralisée pour l'entrée en EMS ? Si oui, est-il possible, pour un profil léger, de s'y inscrire ? Si c'est le cas, lorsqu'une place se libère, qui, entre cette personne ou une autre nécessitant plus de soins, a la priorité ?
		12. Quel rôle les lits d'attente d'hôpital jouent-ils ? En moyenne, quelle est la durée du séjour en lit d'attente à l'hôpital avant l'entrée en EMS ?

Source : Obsan, Demande d'offres pour le présent mandat du 11.7.2016. Réorganisation et reformulation des objectifs et questions par serdaly&ankers.

Annexe 3 Groupe d'accompagnement et entretiens exploratoires : liste des personnes mobilisées : groupe d'accompagnement

Canton	Prénom et Nom	Institution	Fonction
Genève	Véronique PETOUD	Direction générale de la santé Service de la planification et du réseau de soins	Cheffe du secteur réseau de soins
Jura	Sophie CHEVREY-SCHALLER	Service de la santé publique	Adjointe au Chef de service
	Tatiana ETIQUE		Collaboratrice scientifique
Neuchâtel	Yves GROSCLAUDE	Service de la santé publique	Chef de l'Office du maintien à domicile et de l'hébergement (OMDH)
Vaud	Patrick BEETSCHEN	Service de la santé publique	Chargé de missions pour la direction
Valais	Annette WEIDMANN	Service de la santé publique	Infirmière en santé publique

Liste des personnes mobilisées : Entretiens exploratoires (personnes interviewées)

Canton	Date de l'entretien	Prénom et Nom	Fonction
Genève	12.10.2016	Adrien BRON	Directeur général de la santé.
		Jean-Christophe BRETTON	Directeur général de l'action sociale
Jura	28.09.2016	Nicolas PETREMAND	Chef du Service de la santé publique
Neuchâtel	19.10.2016	Vincent HUGUENIN-DUMITTAN	Chef du Service de la santé publique
		Yves GROSCLAUDE	Chef de l'OMDH
Vaud	22.11.2016	Fabrice GHELFI	Chef du Service des assurances sociales et de l'hébergement
		Stéphanie MONOD	Cheffe du Service de la santé publique
		Patrick BEETSCHEN	Chargé de missions pour la direction
Valais	05.10.2016	Victor FOURNIER	Chef du Service de la santé publique

Annexe 4 Enquête en ligne : détails méthodologiques et principaux résultats

Les personnes à solliciter dans le cadre de l'enquête en ligne ont été déterminées de concert avec les représentants des cantons concernés dans le groupe d'accompagnement. Dans certains cas, la sollicitation a été adressée directement aux associations faîtières (associations cantonales d'EMS, de médecins-gériatres, de soins à domicile, etc.). L'enquête s'est déroulée du 21.11 au 16.12.2016. Les taux de participation ont été les suivants :

Taux de participation à l'enquête écrite en ligne

Cantons	GE	JU	NE	VD	VS	Total
# experts sollicités	12	7	10	12	10	51
# réponses reçues	11	6	8	9	8	42
Taux de participation	92%	86%	80%	75%	80%	82%

Source : Enquête en ligne serdaly&ankers.

Question 1 : contribution des différentes prestations à la prise en charge des profils légers

Nous reproduisons ci-dessous la 1^{re} question de l'enquête en ligne visant à comprendre où et comment les profils légers sont pris en charge dans chaque canton. Cette question était posée pour chacune des 12 situations types (les 10 situations types sous-jacentes aux « portraits types Köppel » et les 2 situations types identifiées lors des entretiens exploratoires). La partie droite présente la question pour la situation type 1. Les 11 situations types suivantes faisaient l'objet de la même question.

Enquête auprès des expert-e-s

Q1 PROFILS LEGERS : QUELLES PRESTATIONS POUR QUELLES SITUATIONS ?

Il existe nombre de situations où une personne en âge AVS, bien que peu dépendante de soins, peut potentiellement être amenée à solliciter une entrée en EMS pour un séjour de longue durée.

Nous allons vous présenter ci-après 12 situations-types. Toutes ces personnes nécessitent moins de 40 min. de soins OPAS par jour. Elles ne présentent pas de troubles cognitifs ou psychiques et n'ont pas de proche aidant, sauf lorsque la situation-type le mentionne explicitement.

Pour chacune de ces situations-types, veuillez indiquer quelles sont la prestation ou les combinaisons de prestations qui y sont, aujourd'hui et dans votre canton, concrètement apportées.

NOTA BENE :

1. Ce qui nous intéresse ici est bien la situation réelle et actuelle dans votre canton et non ce qui serait souhaitable ou sera proposé à l'avenir pour chacune de ces situations-types.
2. Il s'agit d'indiquer les prestations utilisées dans la durée, et non celles permettant de remédier, dans un premier temps, à la survenance de la situation-type.

RETOUR

SUIVANT

Page 2 sur 18

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

Situation type 1: Personne âgée dont le/la conjoint-e entre en EMS et qui veut y entrer avec

Plusieurs réponses possibles *

- ☐ 1. Rester à domicile
- ☐ 2. Sécurité à domicile (téléalarme...)
- ☐ 3. Prestations de proximité de la commune (espaces de rencontre, sorties, clubs d'âinés, permanences sociales...)
- ☐ 4. Prestations d'associations de soutien à la personne âgée et/ou aux proches aidants (consultations sociales, repas en commun, relève pour les proches...)
- ☐ 5. Soins à domicile (toutes prestations de soins confondues y compris ergothérapie, physiothérapies etc.)
- ☐ 6. Aide à domicile (toutes prestations d'aides confondues y compris repas à domicile, etc)
- ☐ 7. Foyer de jour et/ou de nuit
- ☐ 8. Hôpital de jour
- ☐ 9. Courts séjours
- ☐ 10. Logement adapté
- ☐ 11. Logement protégé
- ☐ 12. Appartement communautaire
- ☐ 13. Long séjour en home non médicalisé (résidences à Genève, pensions à Neuchâtel...)
- ☐ 14. Long séjour en EMS
- ☐ 15. Ne sait pas

Est-ce que, dans votre canton, d'autres prestations sont apportées à ce type de situation ? Si oui, lesquelles ?

Votre réponse

RETOUR

SUIVANT

Page 3 sur 18

Question 1 : résultats

Les réponses à la question 1 (voir page précédente) ont permis une valorisation par prestation.

L'exemple ci-dessous est à lire ainsi : parmi les 11 experts genevois ayant répondu à l'enquête, 4 (36,4%) estiment qu'une personne dont le conjoint est entré en EMS (situation type 1, voir annexe 1) pourrait se retrouver en logement protégé, tandis que 7 (63,6%) ne mentionnent pas cette possibilité. À Genève, le logement protégé semble être pour la plupart des profils légers une réelle alternative à l'entrée en EMS (à l'exception des situations types 11 (addictions) et 12 (handicap mental)).

Figure 5.1 Logement adapté

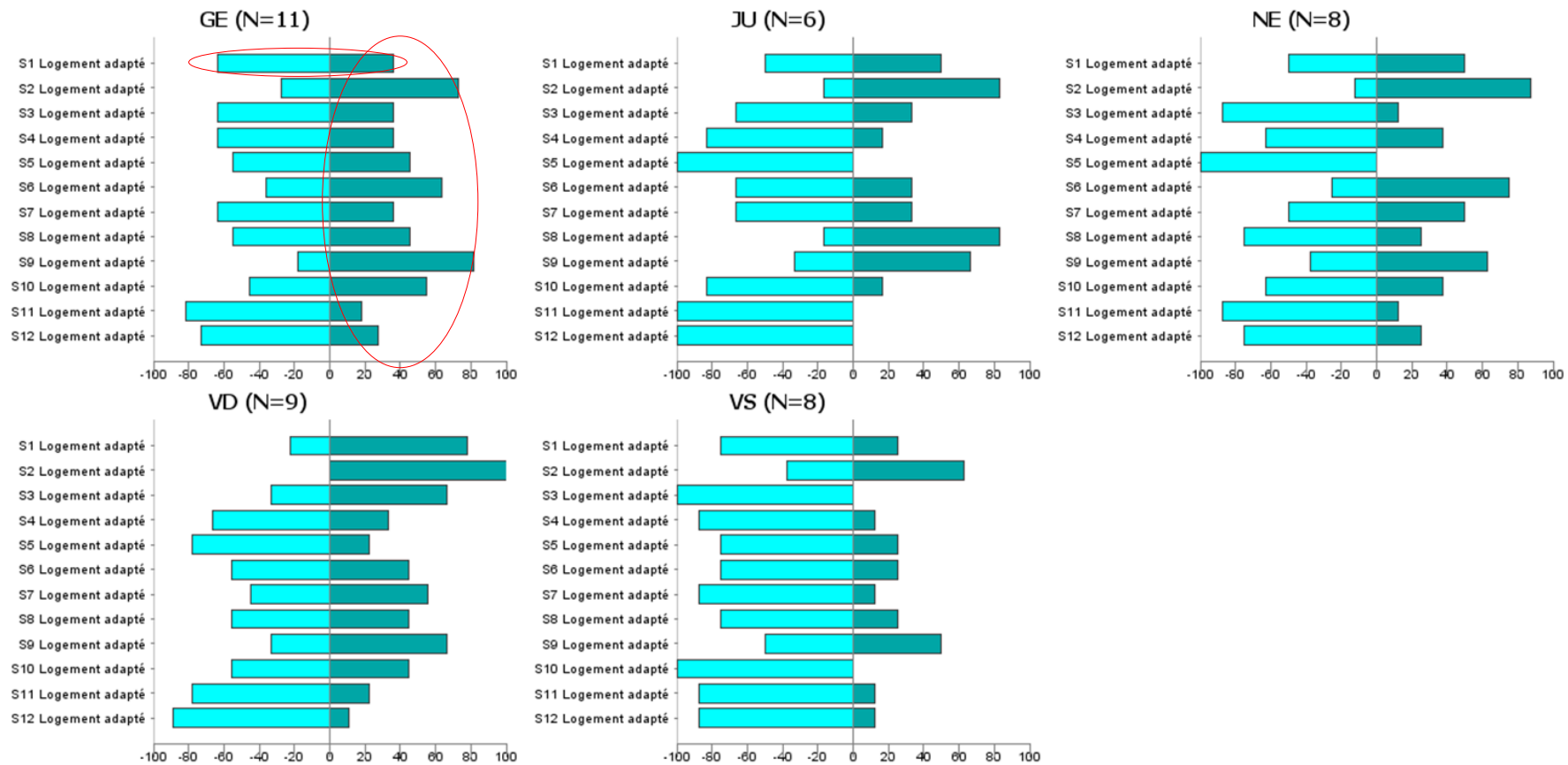


Figure 5.2 Logements protégés

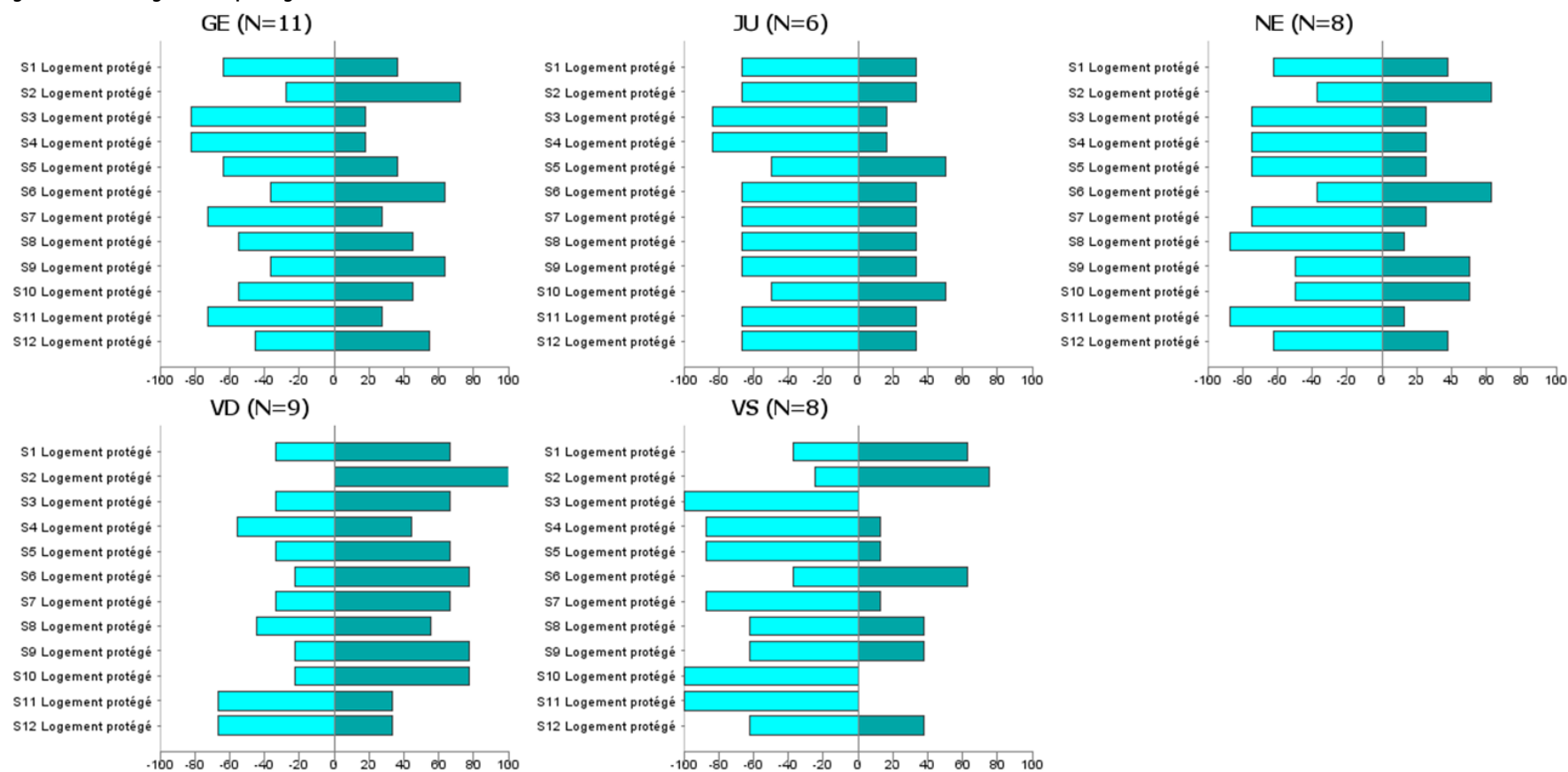


Figure 5.3 Appartements communautaires

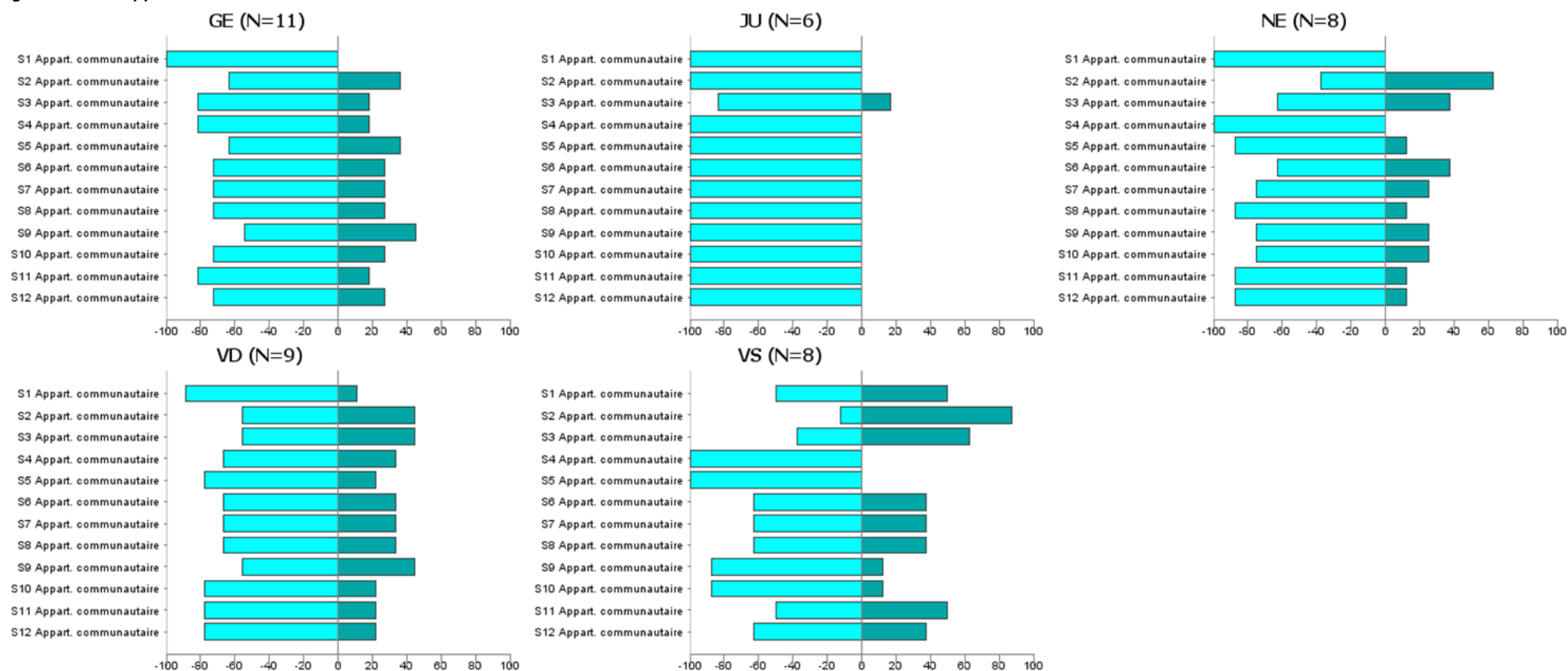


Figure 5.4 Sécurité à domicile

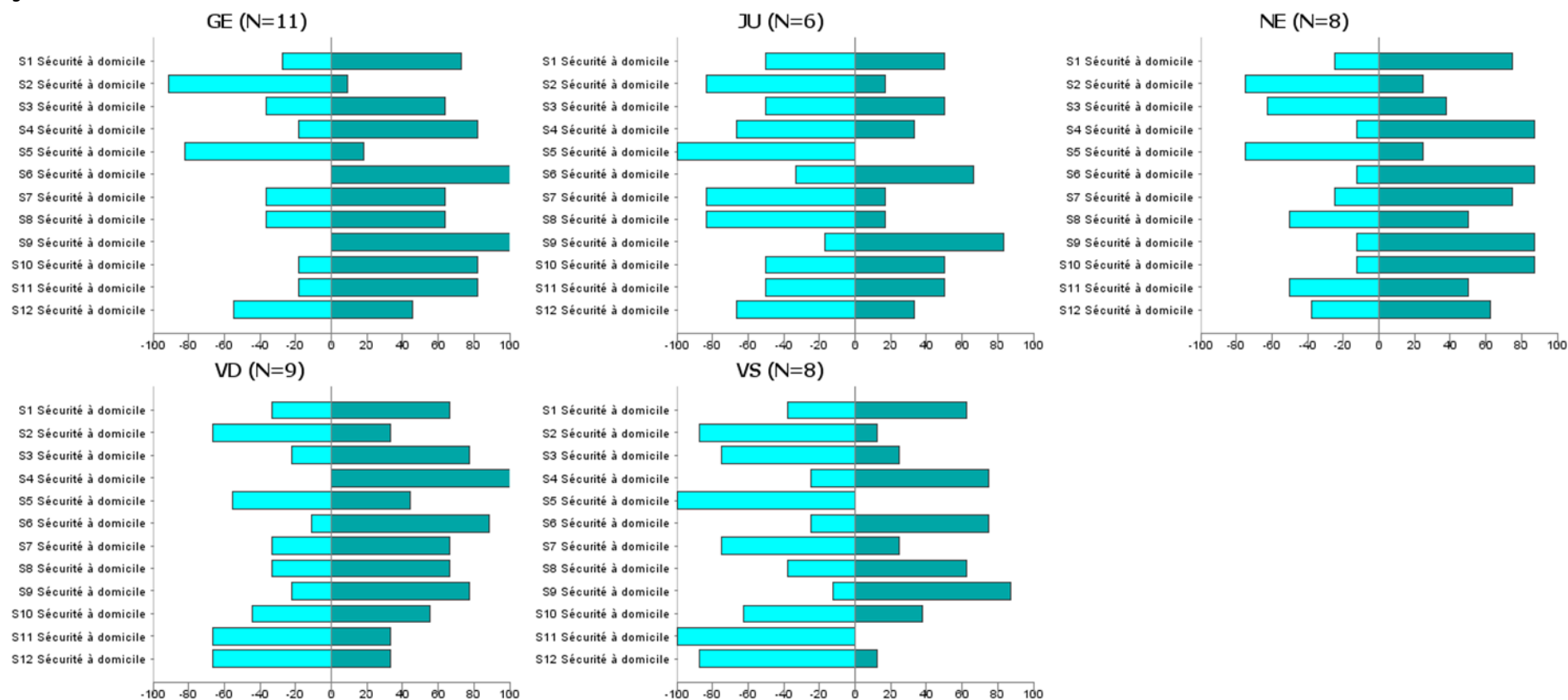


Figure 5.5 Prestations des associations

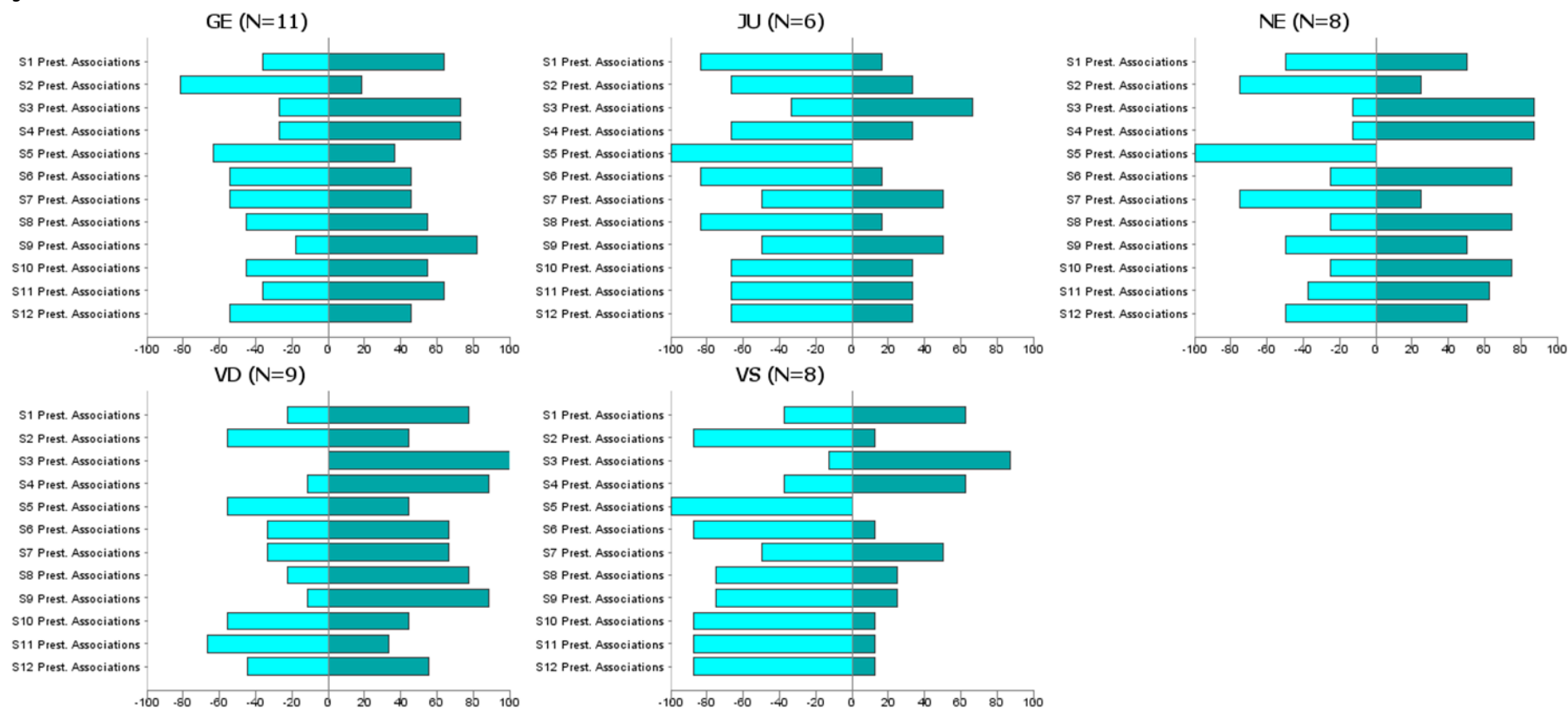


Figure 5.6 Prestations des communes

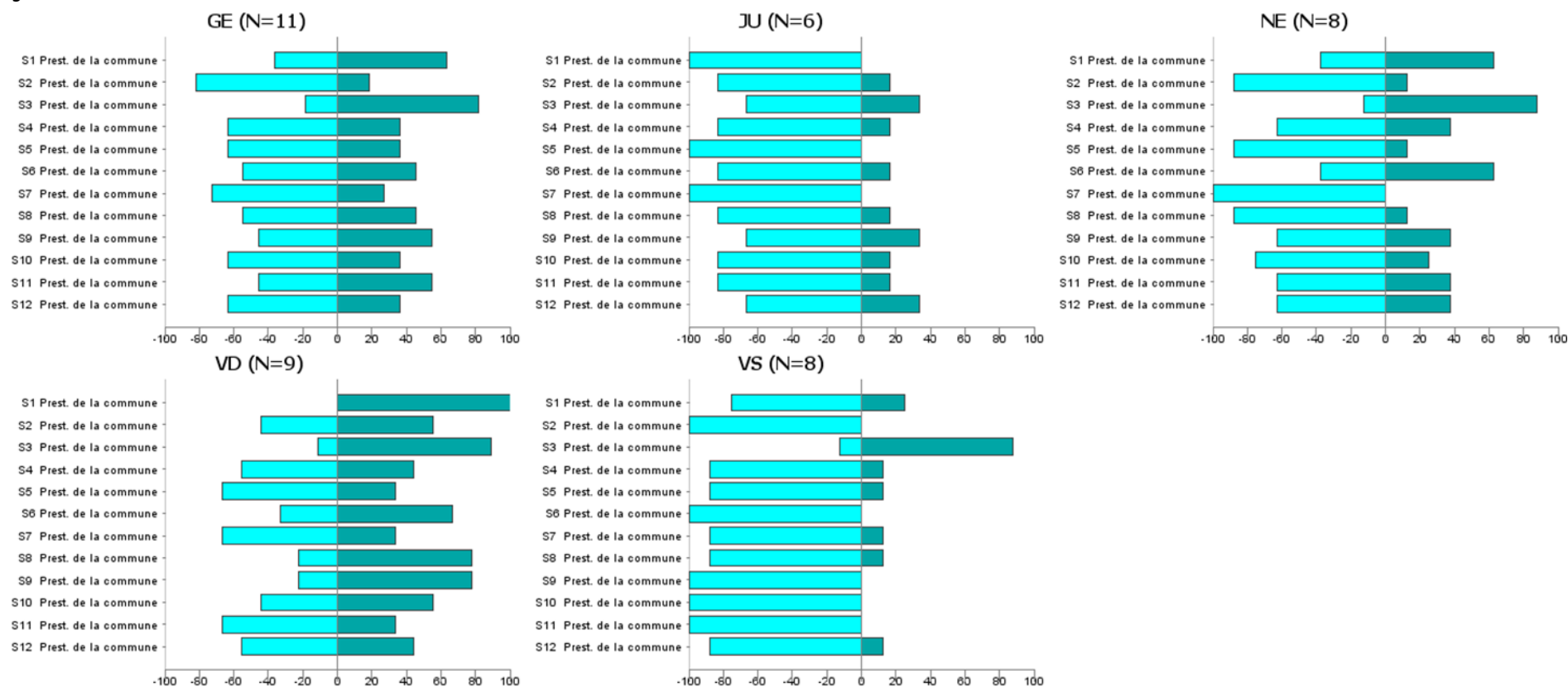


Figure 5.7 Soins à domicile

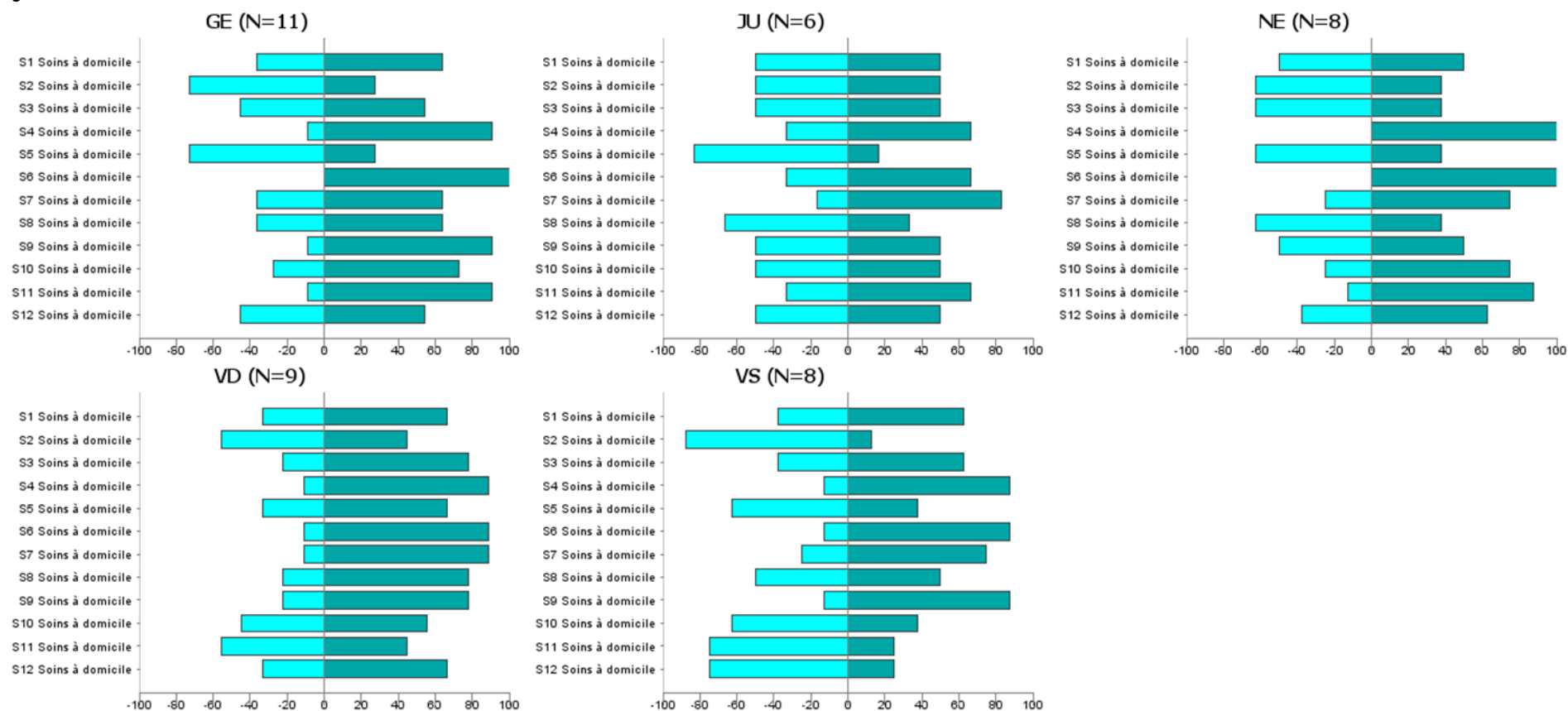


Figure 5.8 Aide à domicile

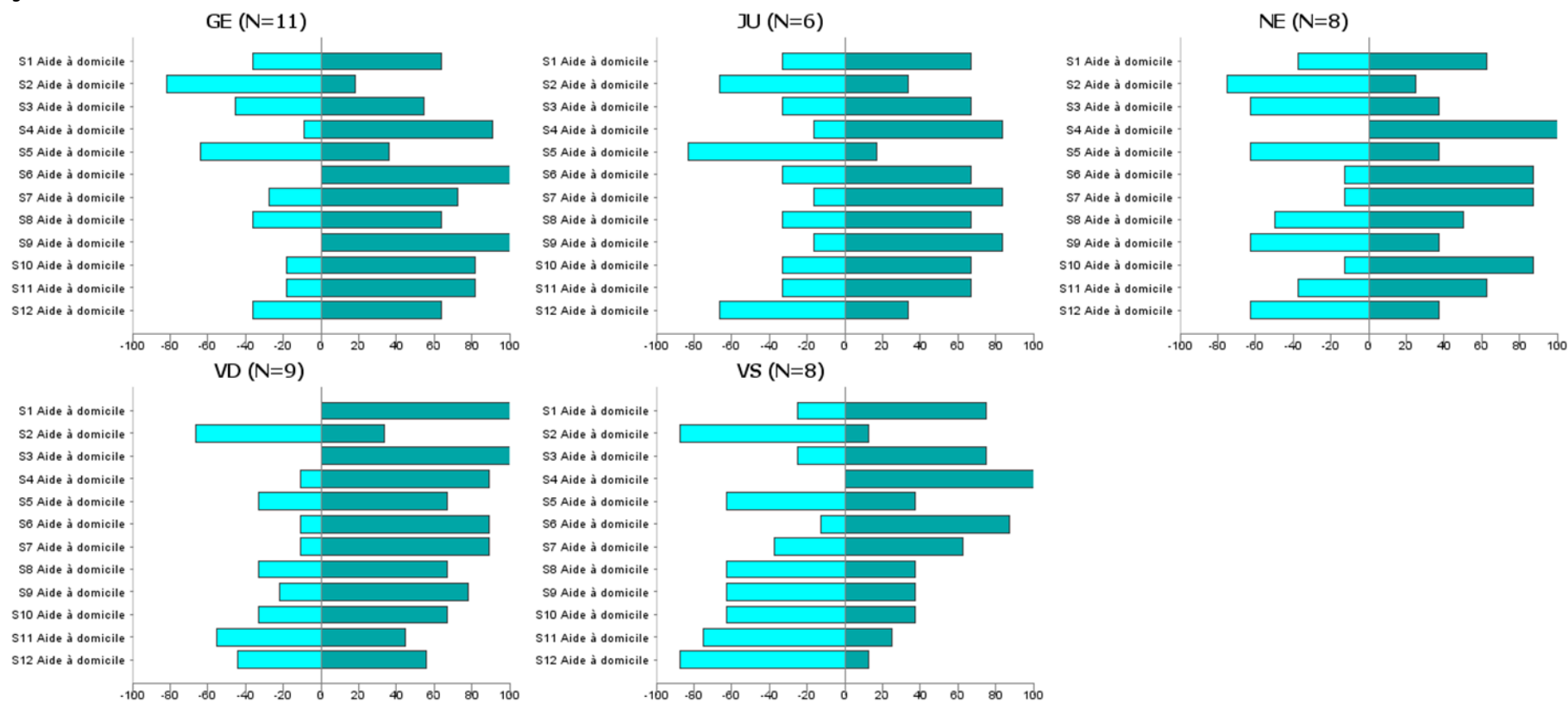


Figure 5.9 Foyers de jour / de nuit

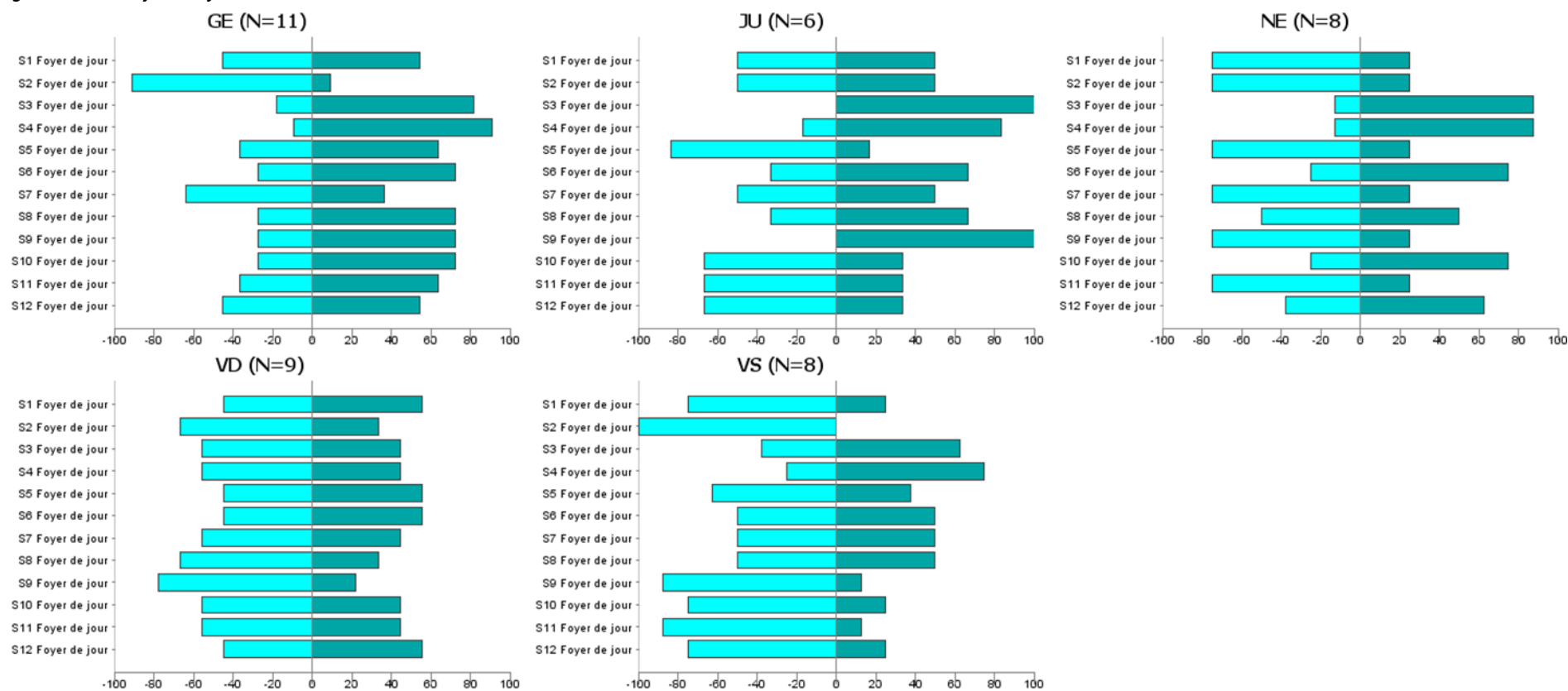


Figure 5.10 Hôpital de jour

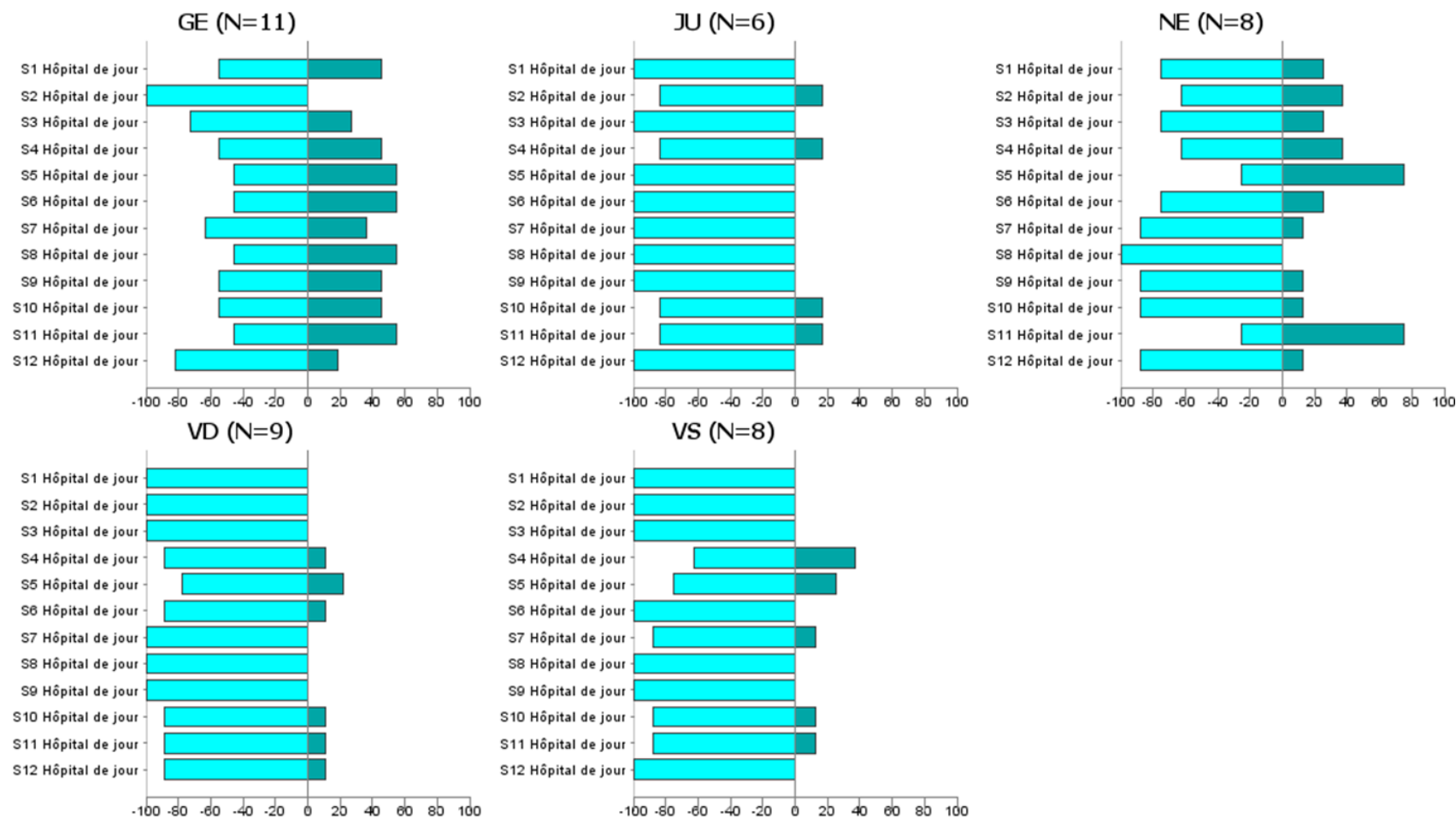


Figure 5.11 Courts séjours

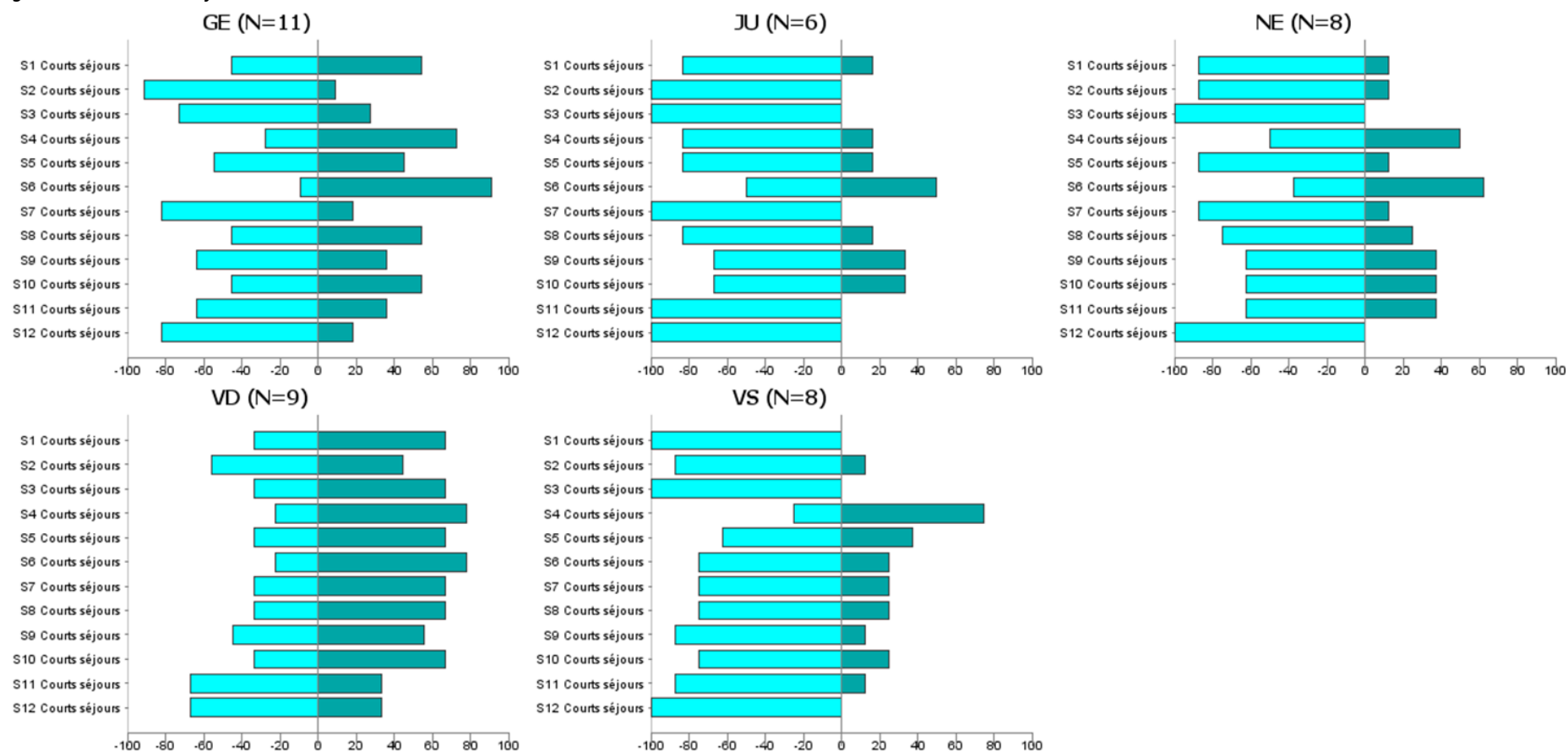


Figure 5.12 Home simple

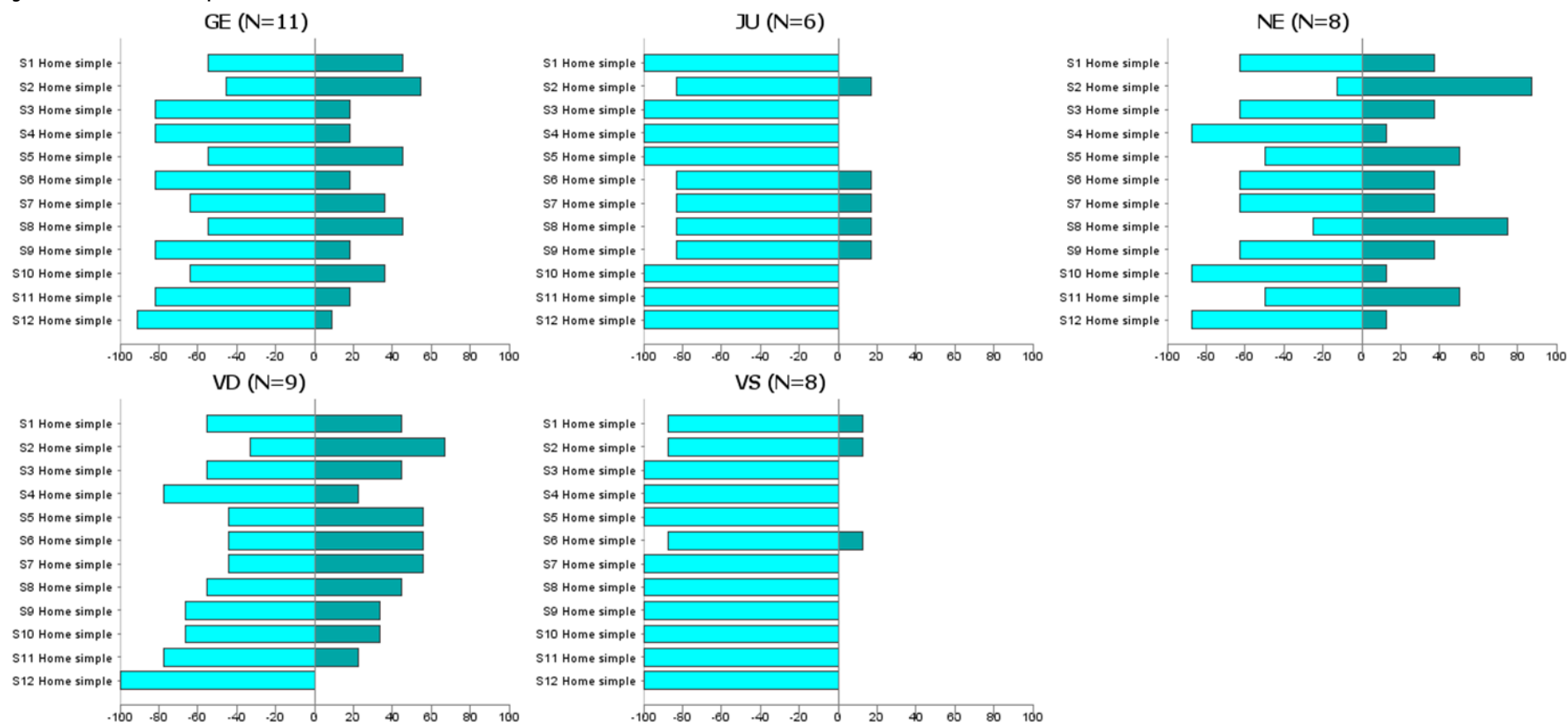


Figure 5.13 Rester à domicile

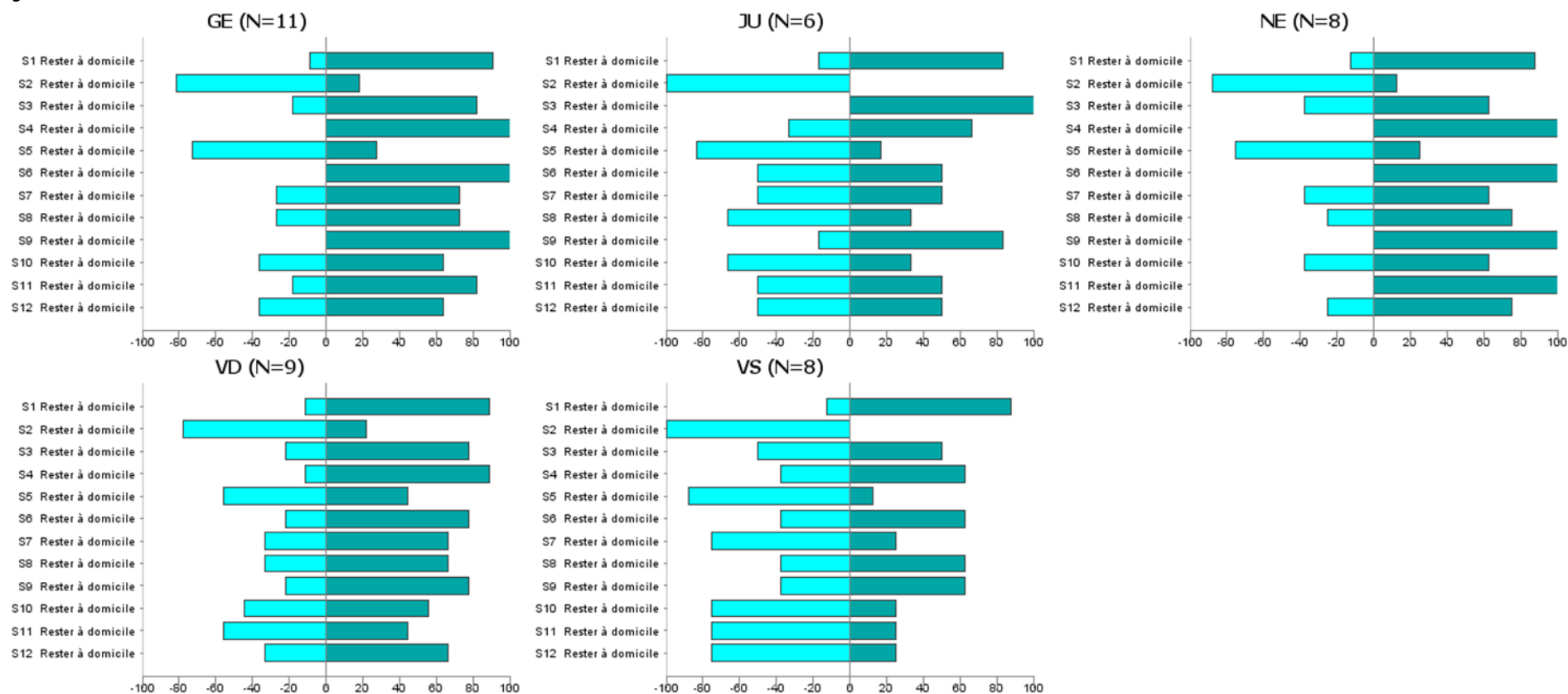
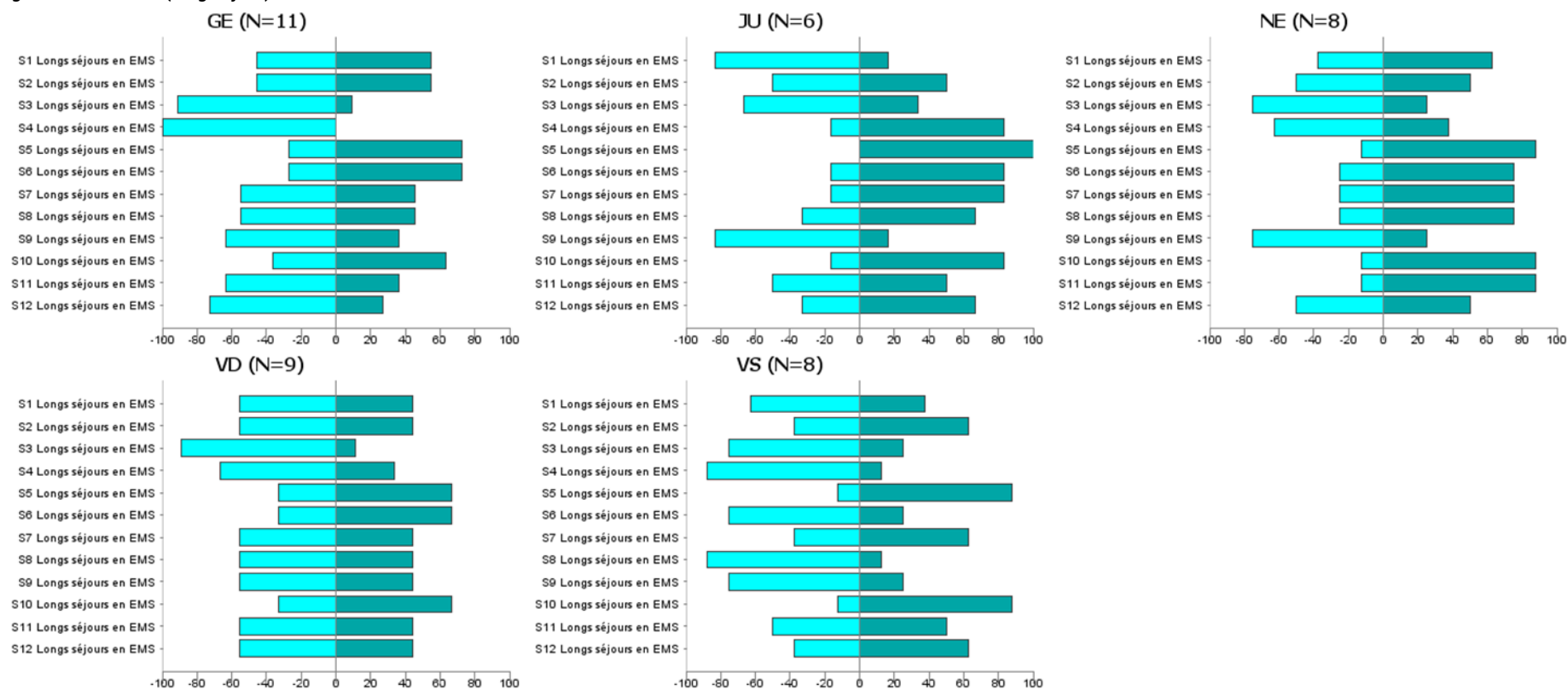


Figure 5.14 EMS (long séjour)



Question 2 et Question 3

NB : Ces questions étaient ouvertes. Au vu du nombre limité de réponses par canton (N=6 à 11 selon les cantons), il a été renoncé à leur valorisation par catégorisation, afin d'éviter l'effet d'homogénéisation de cette méthode. En lieu et place, ces réponses – tout de même trop nombreuses pour être listées ici - ont été directement utilisées pour alimenter les chapitres 2 et 3.

Q2. LES PROFILS LEGERES EN EMS : POURQUOI ?

On trouve dans votre canton, un petit nombre de résidents en EMS classés en cat. OPAS 0 à 2. Y-a-t-il, selon vous, des « profils légers » dont la prise en charge en longs séjours en EMS s'avère nécessaire ? Si oui, par quoi se caractérisent-ils ?

Votre réponse

Q3. LES OUTILS REMARQUABLES DU MAINTIEN A DOMICILE

Pourriez-vous citer, dans votre canton, des institutions, des prestations, des actions ou outils particulièrement remarquables quant à leur contribution pour éviter ou retarder l'entrée des personnes âgées dans un EMS ?

Votre réponse

RETOUR

SUIVANT

Page 15 sur 18

Question 4

Question 4

Q4 Comment évaluez-vous globalement, aujourd'hui et dans votre canton, la prise en charge des profils légers hors des EMS?

Q4.1 L'essentiel de ces personnes ont accès, aujourd'hui, aux prestations dont elles ont besoin.

1 2 3 4

Tout à fait d'accord ☐ ☐ ☐ ☐ Pas du tout d'accord

Q4.2 Aujourd'hui, la plupart de ces personnes doivent avant tout compter sur leurs proches.

1 2 3 4

Tout à fait d'accord ☐ ☐ ☐ ☐ Pas du tout d'accord

Q4.3 On rencontre aujourd'hui, à domicile, dans les foyers de jour ou en courts séjours des profils légers dont la prise en charge présente d'importantes lacunes.

1 2 3 4

Tout à fait d'accord ☐ ☐ ☐ ☐ Pas du tout d'accord

Q4.4 La poursuite d'une politique de maintien des profils légers ne sera possible qu'en démultipliant l'offre de prestations en amont de l'EMS

1 2 3 4

Tout à fait d'accord ☐ ☐ ☐ ☐ Pas du tout d'accord

Q4.5 En général, les trajectoires des personnes âgées en perte d'autonomie au sein du système socio-sanitaire cantonal sont plutôt cohérentes (la bonne personne y est prise en charge au bon moment au bon endroit).

1 2 3 4

Tout à fait d'accord ☐ ☐ ☐ ☐ Pas du tout d'accord

RETOUR

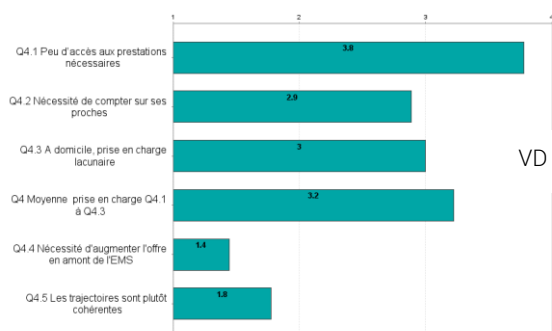
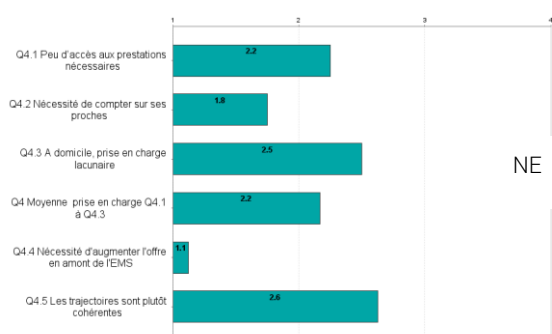
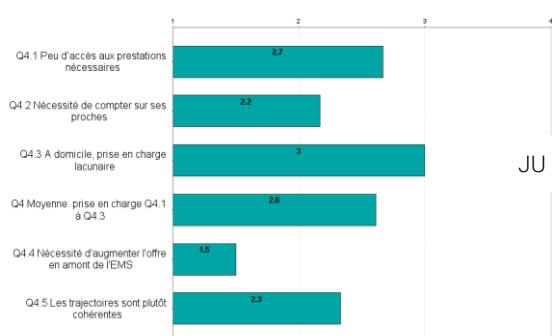
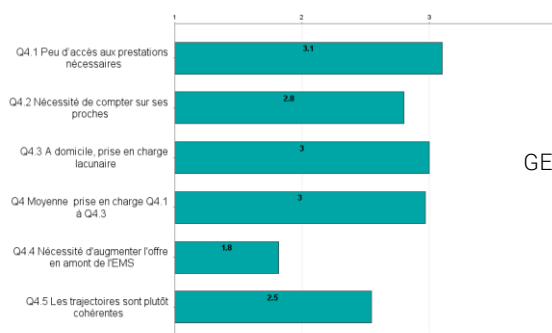
SUIVANT

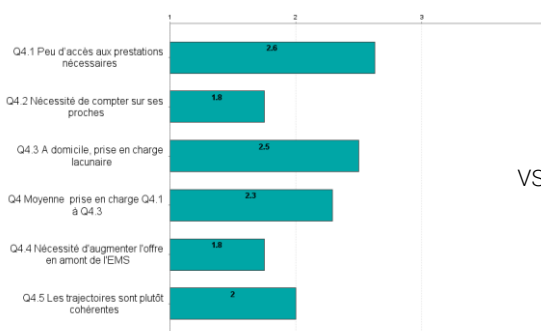


Page 16 sur 18

Réponses 4

Tout à fait d'accord Pas du tout d'accord





Question 5

Question 5 :

Q5. Les indicateurs d'un déséquilibre

Réserver l'EMS aux profils les plus lourds, en l'absence d'une offre suffisante et coordonnée de prestations de maintien à domicile pour les profils plus légers, peut avoir des effets de reports sur d'autres structures. Est-ce que les effets suivants sont présents dans votre canton et, si oui, avec quelle fréquence ?

Q5.1 Fragilisation silencieuse de ces personnes à domicile débouchant sur des demandes subites d'orientation.

Très fréquente ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 Rare ou inexistante

Q5.2 Fragilisation silencieuse de ces personnes à domicile débouchant sur des arrivées aux urgences hospitalières.

Très fréquente ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 Rare ou inexistante

Q5.3 Augmentation des séjours hospitaliers inappropriés (gériatrie, psychiatrie...).

Très fréquente ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 Rare ou inexistante

Q5.4 Augmentation des entrées en EMS depuis l'hôpital et diminution des entrées depuis le domicile.

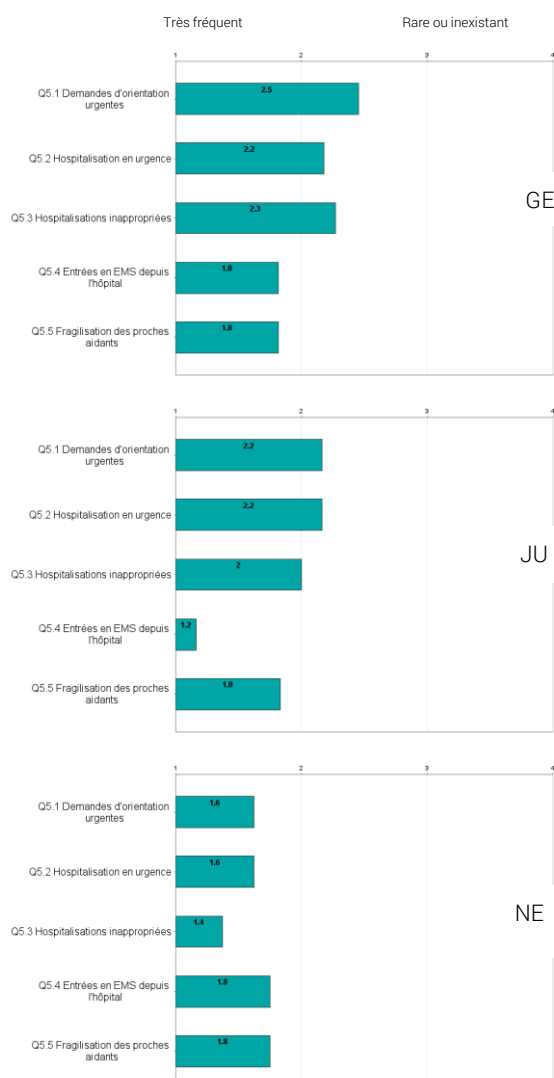
Très fréquente ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 Rare ou inexistante

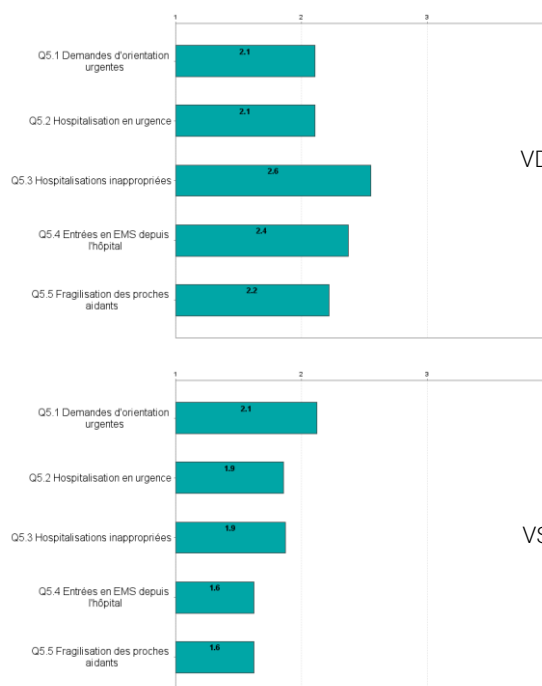
Q5.5 Fragilisation des proches aidants devant alors eux-mêmes être pris en charge par le réseau de soins.

Très fréquente ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 Rare ou inexistante

[RETOUR](#) [SUIVANT](#) Page 17 sur 18

Réponses 5

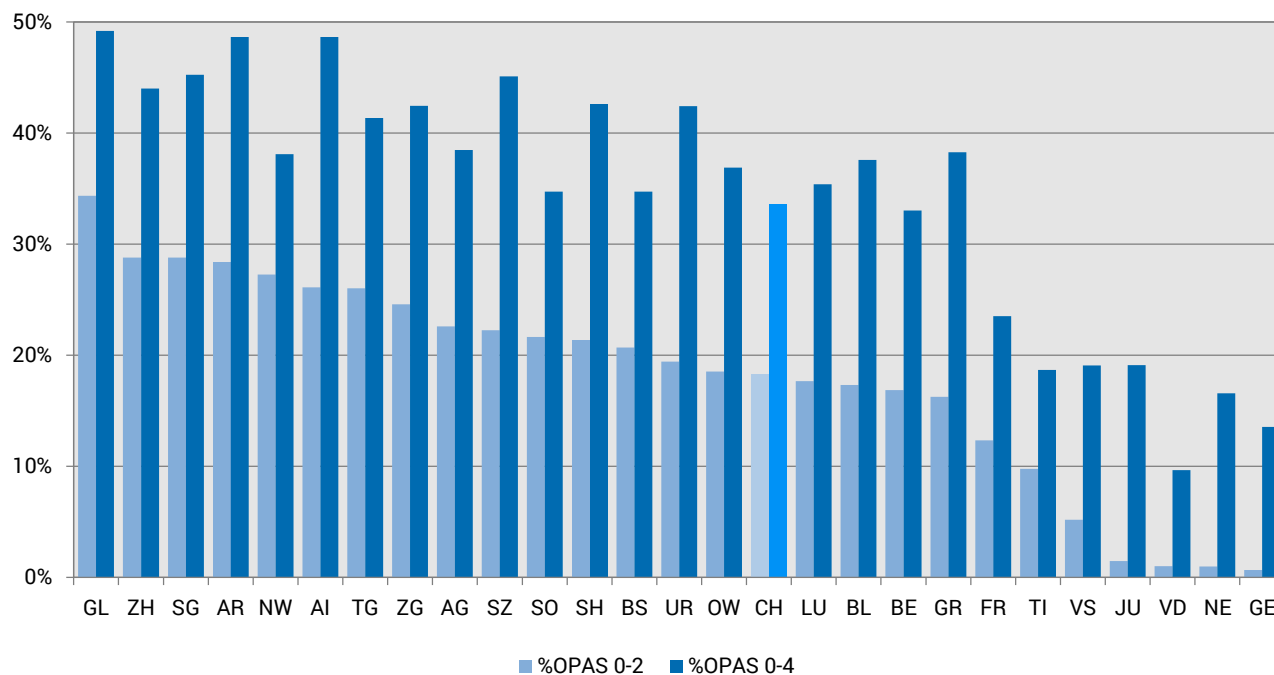




Annexe 5 Comparaison de la part de résidents en EMS en cat. OPAS 0 à 2 et en cat 0 à 4

Part des résidents en EMS (long séjour), de 65 ans et plus, ayant nécessité entre 0 et 40 minutes de soins par jour (catégories OPAS 0 à 2), respectivement entre 0 et 80 minutes (cat. OPAS 0 à 4) durant l'année 2014.

Figure 5.15 Comparaison de la part de résidents en EMS en cat. OPAS 0 à 2 et en cat 0 à 4



Source : SOMED, 2014. Représentation graphique : serdaly&ankers

Annexe 6 Statistiques concernant les résidents de 65 ans et plus en Home médicalisé, en cat. OPAS 0-2

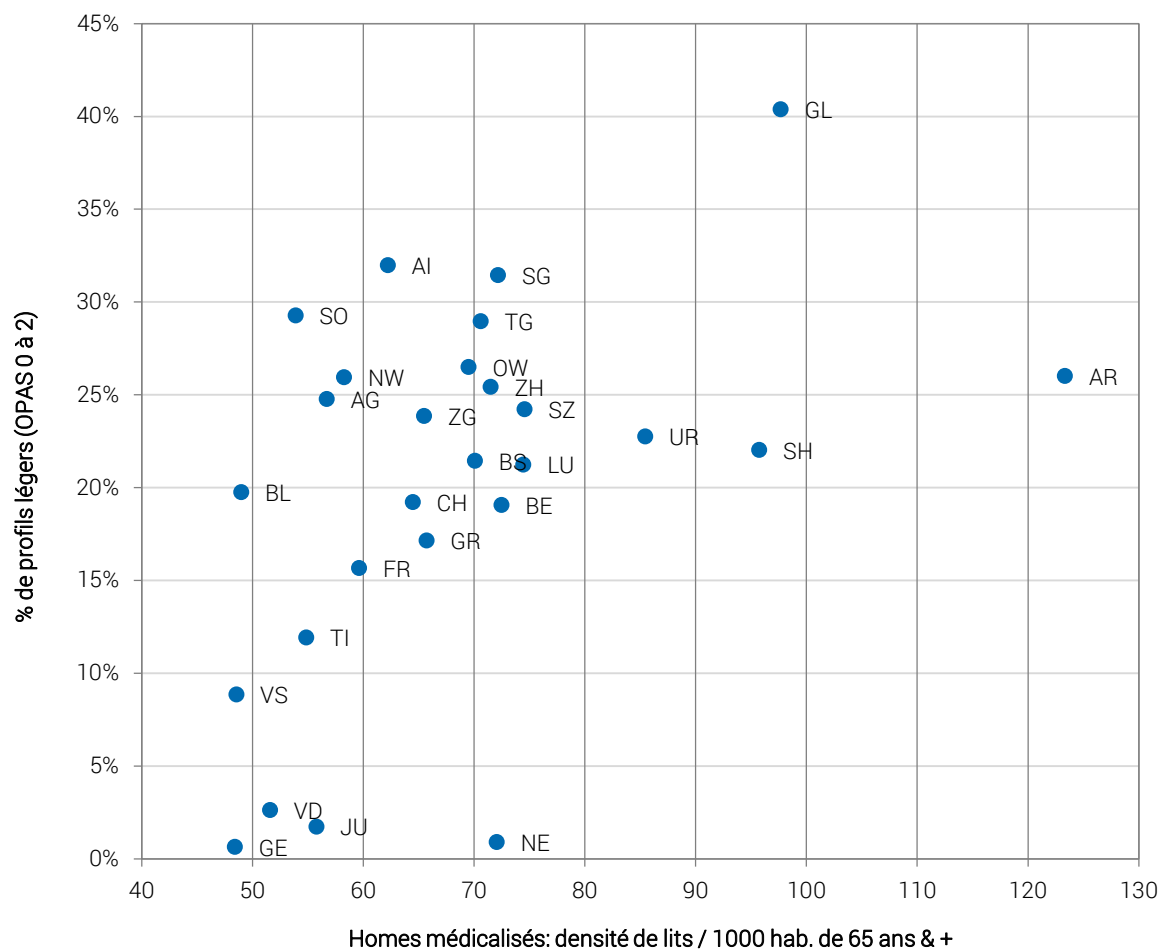
Résidents 65+ en long séjour en Home médicalisé	GE	JU	NE	VD	VS	CH
# résidents OPAS 0 à 2	32	14	29	75	190	20 928
# autres résidents	4 665	923	2928	7285	3456	93 647
Total résidents	4 697	937	2957	7360	3646	114 575
% résidents peu dépendants	0,68	1,49	0,98	1,02	5,21	18,27

	GE			JU			NE			VD			VS			CH		
Charge en soins des résidents	OPAS 0-2	OPAS 3 à 12	Tous	OPAS 0-2	OPAS 3 à 12	Tous	OPAS 0-2	OPAS 3 à 12	Tous	OPAS 0-2	OPAS 3 à 12	Tous	OPAS 0-2	OPAS 3 à 12	Tous	OPAS 0-2	OPAS 3 à 12	Tous
% femmes	65,6	73,6	73,6	78,6	74,3	74,4	62,1	70,7	70,6	57,3	73,7	73,5	70,5	72,8	72,7	72,3	71,5	71,7
Age moyen	82,8	86,8	86,7	85,1	85,9	85,9	82,0	85,9	85,9	82,5	86,0	86,0	85,0	85,7	85,7	85,6	85,9	85,8
Durée moyenne de séjour, ans	0,1	3,4	3,4		3,6	3,6	0,8	2,7	2,7	1,2	2,8	2,8	3,4	3,0	3,0	2,9	3,0	2,9
Provenance (%)																		
Domicile	33,3	28,7	28,7	66,7	25,6	26,1	45,5	23,8	24,0	48,4	32,6	32,9	57,9	35,9	36,4	52,7	41,1	42,3
Etablissement de santé non hospitalier		7,1	7,0		6,3	6,2	9,1	12,4	12,3	29,0	20,1	20,2		4,0	3,9	8,2	11,6	11,3
Hôpital	66,7	63,8	63,8	33,3	48,9	48,7	45,5	57,8	57,7	22,6	47,2	46,8	21,1	49,5	48,9	31,0	40,9	39,9
Autre		0,3	0,3		17,0	16,8		0,7	0,6		0,1	0,1	21,1	8,4	8,7	6,7	4,9	5,1
Inconnu		0,1	0,1		2,2	2,2		5,4	5,4					2,2	2,2	1,4	1,5	1,5
Destination (%)																		
Domicile		1,8	1,8	33,3	3,1	3,5	36,4	11,0	11,3	45,2	3,2	3,9	26,3	2,9	3,5	25,4	8,0	9,7
Etablissement de santé non hospitalier	16,7	2,5	2,6		7,6	7,5	27,3	9,0	9,2	12,9	8,8	8,8	5,3	1,0	1,1	10,7	6,1	6,5
Hôpital		1,8	1,7		4,9	4,9	18,2	4,7	4,8	6,5	2,7	2,8	5,3	0,7	0,8	3,8	2,6	2,8
Autre				66,7		0,9		0,3	0,3				10,5	2,1	2,3	8,4	3,0	3,6
Décès	83,3	93,9	93,8		83,0	81,9	18,2	73,9	73,2	35,5	85,3	84,5	52,6	92,9	92,0	49,7	79,6	76,6
Inconnu					1,4	1,3		1,2	1,2		0,1	0,1		0,4	0,4	1,9	0,7	0,9

Source : SOMED, 2014. Statistiques remises par l'OBSAN

Annexe 7 Corrélation entre la densité de lits d'EMS et leur occupation par des profils légers

Analyse de la corrélation entre densité brute de lits d'EMS et occupation de ces lits par des profils légers (situation au 31.12.2013)



Sources : SOMED 2013, STATPOP 2013. Calculs et graphique : serdaly&ankers

Cette figure vise à vérifier l'existence d'une corrélation dans les différents cantons suisses entre le nombre de lits d'EMS et la proportion de résidents en catégories OPAS 0 à 2.

La régression linéaire n'indique pas une corrélation significative. En revanche, par régression logistique, on obtient une tendance tout juste significative (Sig. ANOVA de 0.049). Cela signifie que, par rapport à une régression linéaire, les cantons bas pour une variable le sont d'autant plus fortement pour l'autre, et il en est de même pour les cantons hauts pour une variable.

En d'autres termes, ce facteur joue un certain rôle, mais ce n'est de loin pas le seul. Pour exemples : Bâle-Campagne présente une densité de lits d'EMS similaire au canton de Genève, mais y héberge près de 20% de profils légers ; Neuchâtel présente une densité de lits d'EMS supérieure à la moyenne suisse mais y héberge moins de 1% de profils légers.



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



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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



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