

Monitoring des cantons 7

De nouvelles mesures pour les soins aux personnes âgées

Organisation et financement d'une mission toujours plus importante

Résumé en français

Jérôme Cosandey avec la collaboration de Kevin Kienast

Le think tank Avenir Suisse est une force de propositions sur l'avenir de la place économique suisse. Fondé en 1999 par 14 entreprises internationales, il est aujourd'hui soutenu par plus de 100 entreprises et personnalités de toutes les régions du pays. Son choix de projets est indépendant, mais jamais neutre. Avenir Suisse défend le libéralisme et l'économie de marché. Ses positions sont engagées et claires. Son but est d'anticiper le besoin de réformes politiques, de stimuler la réflexion et d'offrir des solutions pratiques. Son approche est fondamentalement scientifique. Avenir Suisse produit des analyses, organise des conférences et participe à des débats publics. Un accent particulier est mis sur la présentation compréhensible des résultats et leur diffusion dans les médias imprimés et électroniques.

Résumé en français de l'étude complète «Neue Massstäbe für die Alterspflege»
disponible en allemand sous : <http://www.avenir-suisse.ch/57166/>

Auteur	Jérôme Cosandey http://www.avenir-suisse.ch/fr/6602/jerome-cosandey-2/
Editeur	Avenir Suisse, www.avenir-suisse.ch
Correction	Jérôme Cosandey ; Jérôme Gapany et Nicole Pomezny
Adaptation et traduction	Tibère Adler
Traduction des tableaux et graphiques	Jérôme Gapany
Conception	Carmen Sopi, http://www.avenir-suisse.ch/fr/43764/carmen-sopi-2/
Production	Feldegg Medien AG, www.feldegg.ch

© Juin 2016 Avenir Suisse, Zurich
Edition mise à jour, août 2016

Cette œuvre est protégée par le droit d'auteur. Avenir Suisse étant intéressé à la diffusion des idées présentées ici, l'utilisation par des tiers des conclusions, des données et des graphiques de cette œuvre est expressément souhaitée à condition que la source soit indiquée de façon précise et bien visible et que les dispositions légales en matière de droits d'auteur soient respectées.

Commander	assistent@avenir-suisse.ch , tél. 044 445 90 00
Télécharger	http://www.avenir-suisse.ch/fr/57164/

Table des matières

1 _ Introduction	_5
1.1 _ Vieux problème, nouveaux défis	5
1.2 _ Les cantons ont le devoir d'agir	6
1.3 _ Objectifs, contenu et structure de l'étude	7
2 _ Organisation des soins aux personnes âgées	_8
2.1 _ Une chaîne des soins à multiples facettes	8
2.2 _ Perméabilité variable entre prestataires de soins	9
2.3 _ L'optimisation de la chaîne des soins nécessite une vision globale	10
2.4 _ Trois conditions pour un «marché» efficient dans les soins aux personnes âgées	12
2.5 _ Conclusion et classement spécifique «Organisation»	15
3 _ Coûts des soins aux personnes âgées	_15
3.1 _ «Ambulatoire préférable au stationnaire» n'est pas toujours la solution	15
3.2 _ Trois facteurs déterminants pour les coûts	16
3.3 _ Trois quarts des coûts des soins sont des coûts de personnel	17
3.4 _ La dotation en personnel varie de près de 30 % d'un canton à l'autre	21
3.5 _ Le nombre de patients ne dépend pas que de critères sociodémographiques	22
3.6 _ Un potentiel d'économies de 1,9 milliard de francs par an	23
3.7 _ Conclusion et classement spécifique «Coûts»	23
4 _ Financement des soins aux personnes âgées	_25
4.1 _ La troïka du financement des soins: les patients, les caisses-maladie et l'Etat	25
4.2 _ Un résident en EMS sur deux reçoit des prestations complémentaires	28
4.3 _ Qui paie, commande – qui commande, paie	33
4.4 _ Gestion de la demande de soins par le financement	33
4.5 _ Gestion de l'offre de soins par le financement	34
4.6 _ Conclusion et classement spécifique «Financement»	37
5 _ Classement global des cantons et conclusion	_40
5.1 _ Les défis actuels ne sont qu'un avant-goût	40
5.2 _ Trois facteurs-clés de succès pour les soins du futur	43
5.3 _ Sécurisation du financement à long terme par le capital-soins	47
5.4 _ Conclusion	50
Liste des abréviations	52
Bibliographie	54

1_ Introduction

1.1_ Vieux problème, nouveaux défis

Nous sommes de plus en plus âgés et restons jeunes plus longtemps

L'espérance de vie moyenne à la naissance en Suisse est l'une des plus élevées au monde : en 2013, elle était de 82,9 ans (OCDE 2016), juste derrière le Japon et l'Espagne. En 1948, année de création de l'AVS, elle était encore de 68,6 ans. Elle ne cesse d'augmenter (de trois à quatre heures par jour, actuellement en Suisse).

Nous ne devenons pas seulement plus âgés, mais restons aussi jeunes plus longtemps. Le nombre moyen d'années en bonne santé pour les hommes retraités a passé de 11,1 ans en 1992 à 13,6 ans en 2012. Pour les femmes, cette évolution a été de 11,9 à 14,2 ans (OFS 2016c; EC 2014).

Un tiers des personnes de 85 ans ou plus a besoin de soins

Quand bien même nous vivons plus longtemps, et plus longtemps en bonne santé, le besoin en soins augmente avec le grand âge. Une personne sur trois ayant 85 ans ou plus nécessite des soins importants, voire lourds. Une vie plus longue conduit aussi à de nouvelles formes de maladie dans le grand âge. Grâce aux progrès de la médecine, les êtres humains survivent plus souvent aux accidents cardiovasculaires et aux cancers. Mais ils sont plus nombreux à souffrir de maladies chroniques, telles que le diabète ou Alzheimer.

Importance croissante des soins aux personnes âgées dans le secteur de la santé

Lorsque les conjoints et les familles ne peuvent plus aider seules les personnes âgées, celles-ci doivent être soignées par du personnel qualifié, de manière ambulatoire ou stationnaire. En 2014, le secteur des soins aux personnes âgées occupait 43 500 personnes dans les services d'aide et de soins à domicile et 124 500 personnes dans les établissements médico-sociaux (EMS). Ceci correspond dans l'ensemble à 108 000 équivalents plein-temps.

Avec le vieillissement de la population, les soins aux personnes âgées occupent une place toujours plus importante au sein du domaine de la santé. Ainsi, entre 2000 et 2014 :

- le personnel de soins a augmenté de 3,7% par an, soit près du double par rapport au personnel de l'ensemble du secteur hospitalier (+2,0% par an);
- les coûts pour les soins ont augmenté plus vite que pour l'ensemble des coûts de la santé (+4,4% par an pour les soins, alors que les coûts globaux de santé n'ont augmenté «que» de 3,7%).

1.2_ Les cantons ont le devoir d'agir

Le rôle des cantons depuis la réorganisation du financement des soins de 2011

Le secteur de la santé est principalement du ressort des cantons. Ceux-ci sont compétents et responsables pour la fourniture des prestations de santé (hôpitaux, EMS, soins à domicile, etc.) et peuvent déléguer certaines compétences à leurs communes. Ils définissent combien d'EMS ou de lits de soins par habitant sont nécessaires, combien de personnel doit être employé dans les EMS, les services d'aide et de soins à domicile ou les structures d'accueil de jour, et à quel niveau de qualification. Au niveau fédéral, la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) exige des cantons qu'ils coordonnent la planification des EMS. Pour avoir le droit à la compensation des coûts selon la LAMal, les EMS (mais pas les organisations de soins à domicile) doivent être agréés sur une liste cantonale.

Les règles de financement des soins aux personnes âgées selon la LAMal ont été révisées en 2011, après le constat que le coût global de ces soins avait augmenté nettement plus vite que prévu. Trois lois ont été modifiées en 2011 :

- **LAMal** (assurance-maladie) : l'article 25a LAMal définit la participation du patient et le financement résiduel par les cantons, au-delà de la prise en charge par les caisses-maladie : *«Les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales ne peuvent être répercutés sur la personne assurée qu'à hauteur de 20% au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral. Les cantons règlent le financement résiduel.»* (art. 25a al. 5 LAMal). Les cantons ont donc une marge de manœuvre limitée dans la fixation de la part de coûts supportée par les personnes nécessitant des soins (protection tarifaire des patients); en revanche, ils ont une grande liberté pour définir le mode du financement dit «résiduel».
- **LPC** (Loi sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI) : les propriétaires de logements se sont vus reconnaître des franchises de patrimoine plus élevées, afin de faciliter leur accès aux prestations complémentaires (PC). Le plafonnement des contributions PC a été aboli, afin qu'un séjour en EMS ne risque plus, en principe, de rendre des prestations de l'aide sociale nécessaires. Les taxes journalières des EMS ont été nouvellement définies comme dépenses reconnues pour la détermination du droit aux PC. Les cantons conservent une certaine marge de manœuvre pour la fixation du droit aux PC, en ce sens qu'ils peuvent *«fixer la limite maximale des frais à prendre en considération en raison du séjour dans un home ou dans un hôpital»* (art. 10 al. 2 LPC). Les cantons ont fait usage de cette possibilité de manières très différentes.
- **LAVS** (loi sur l'assurance-vieillesse et survivants) : création d'une allocation pour impotent, notamment pour les personnes vivant à domicile avec un handicap léger. Cette réglementation étant nationale, elle ne sera pas analysée dans ce Monitoring des cantons.

Les cantons sont responsables de la fourniture des prestations de santé et peuvent déléguer certaines compétences à leurs communes.

26 situations différentes

La présente étude a pour objet de présenter un panorama détaillé sur la diversité des solutions adoptées dans les 26 cantons suisses et dans la Principauté du Liechtenstein.

Si les défis sont semblables, les solutions envisagées varient grandement. Les cantons ont fait usage de manières très différentes de leur large marge de manœuvre pour l'organisation et le financement des soins aux personnes âgées.

Les solutions retenues dépendent notamment de caractéristiques variant fortement d'un canton à l'autre, malgré la petite taille du pays :

- critères sociodémographiques (structure d'âge, densité de population, force économique du canton, marché du travail pour le personnel qualifié en soins, etc.);
- critères topographiques et géographiques (montagnes, plaine, accessibilité, etc.);
- critères culturels (notamment perception du rôle de la famille, des proches et de l'Etat; rôle des communes; perception de l'idéal de fin de vie). Les cantons romands tendent à créer des structures cantonales, alors que la Suisse centrale et orientale délègue plus volontiers aux communes. La Suisse orientale accepte davantage l'idée que la fin de vie se fasse dans un home (même sans besoin de soins), alors que l'idéal latin est plutôt d'éviter l'EMS à tout prix;
- critères historiques (notamment compromis cantonaux décidés en parallèle au désenchevêtrement des tâches entre Confédération, cantons et communes et à l'introduction de la péréquation financière intercantonale).

Les cantons ont fait usage de manières très différentes de leur large marge de manœuvre pour l'organisation et le financement des soins aux personnes âgées.

1.3_ Objectifs, contenu et structure de l'étude

L'étude poursuit deux objectifs principaux :

- constituer un bilan factuel sur les réalités cantonales des soins pour personnes âgées, utile en tant qu'outil de travail pour l'administration ;
- faire office de boussole libérale pour les décideurs, notamment en identifiant de nombreuses possibilités préservant la liberté de choix et le sens de la responsabilité personnelle des individus, ainsi que des éléments de concurrence favorisant l'émergence d'offres de soins économiquement efficaces et adaptées aux besoins.

Le contenu du présent Monitoring des cantons se concentre sur les soins aux personnes âgées. Il ne couvre pas les besoins de soins à un plus jeune âge, par exemple après un accident ou une maladie. Il se concentre sur les thèmes mesurables, qui peuvent effectivement être comparés entre tous les cantons. Les sources principales sont les statistiques nationales publiques, ainsi que des données primaires recueillies par Avenir Suisse dans les 26 cantons au travers de questionnaires standardisés et validés lors d'entretiens individuels. Bien entendu, l'étude ne reflète qu'une partie de la réalité des soins aux personnes âgées : l'engagement des familles,

des proches, des bénévoles, le rôle des organisations à but non lucratif, ou l'émergence de nouvelles offres intermédiaires, telles que des logements protégés pour seniors, sont des éléments importants dans la chaîne des soins, mais n'ont pas pu être pris en compte pour l'étude – faute de données et de définitions comparables.

L'étude complète en allemand est structurée en cinq sections.

01_ La présente Introduction.

02_ Organisation des soins aux personnes âgées dans les cantons, notamment : quelle est l'offre de soins en termes de lits EMS, de personnel affecté par personne nécessitant des soins ?

03_ Coûts des soins aux personnes âgées dans les cantons, notamment : quels sont les facteurs qui déterminent ces coûts ?

04_ Financement des coûts, notamment : qui supporte les coûts ? les règles de financement contiennent-elles des incitations qui tendent à augmenter ou réduire les coûts ?

05_ Classement global des cantons (ranking) et conclusions : défis et perspectives pour le futur ; facteurs-clés de succès ; proposition d'Avenir Suisse de créer un capital-soins obligatoire.

Pour le présent résumé en français, les chapitres 2 à 4 sont fortement synthétisés. Le chapitre 5 est intégralement traduit et adapté en français. Le texte complet de l'étude «Neue Massstäbe für die Alterspflege», avec toutes ses annexes et une bibliographie complète, est disponible en allemand uniquement ; il peut être téléchargé sous : <http://www.avenir-suisse.ch/57166/>.

2_ Organisation des soins aux personnes âgées

2.1_ Une chaîne des soins à multiples facettes

La moitié des personnes nécessitant des soins vit à la maison

90 % des personnes de 65 ans et plus vivent à leur domicile. Plus de 50 % des personnes de cette catégorie d'âge nécessitant des soins sont à la maison, soignées par leur famille et leurs proches, des voisins ou du personnel soignant SASD (services d'aide et de soins à domicile).

Les établissements médico-sociaux (EMS) sont toutefois souvent le lieu du décès des personnes âgées : 78 % des personnes de 90 ans et plus meurent dans un home, 20 % à l'hôpital et seulement 2 % à leur domicile.

Soins à domicile, en EMS et dans des structures intermédiaires

Les soins aux personnes âgées ont lieu à la maison (avec l'aide des SASD), en EMS ou dans des structures intermédiaires, telles que foyers de jour

et appartements protégés. Les offres d'assistance «non-médicalisée» se développent également.

En 2014, 1636 organisations d'aide et de soins à domicile employaient 19 000 personnes en équivalents plein-temps (EPT). Ceci représente en moyenne 2,0 EPT pour 1000 habitants. Les disparités régionales sont fortes : les cantons de GE (3,4 EPT pour 1000 habitants), du JU (3,2) et de VD (2,9) ont la plus forte densité de personnel ; les cantons d'AI, de SZ et de GL la plus basse (1,2). 84 % du personnel des SASD est employé par des institutions ou entreprises de droit public, ou à but non lucratif ; 13 % travaille dans des entreprises privées ; les 3 % restants sont des infirmiers indépendants. La part des entreprises privées et des infirmiers indépendants augmente rapidement.

Lorsqu'il n'est plus possible de soigner les gens à domicile, les personnes nécessitant des soins doivent emménager dans un EMS. En 2014, la Suisse comptait 1570 EMS, employant environ 89 000 personnes (en EPT). Dans le secteur de la santé, un emploi sur quatre est situé dans un EMS. Globalement, tous les EMS de Suisse offrent 95 000 places pour des soins (lits), ce qui équivaut à une densité de 233 lits pour 1000 personnes de 80 ans ou plus. Les différences régionales sont ici aussi très marquées : le canton d'AR a la plus forte densité de lits (412 pour 1000 personnes de 80 ans ou plus), alors que les cantons romands ont tous un ratio inférieur à 200. Le canton de GE a la densité la plus faible de Suisse, avec 166 lits pour 1000 habitants de 80 ans ou plus.

La densité géographique des EMS en Suisse est remarquable. 97 % de la population vit à moins de 10 minutes de voiture de l'EMS le plus proche.

Dans le secteur de la santé, un emploi sur quatre est situé dans un EMS.

2.2_ Perméabilité variable entre prestataires de soins

Les hôpitaux ne sont pas toujours un lieu d'attente pour les EMS

En 2014, 43 % des entrants en EMS venaient directement d'un hôpital et 42 % de leur domicile. Ces chiffres moyens pour la Suisse varient fortement d'un canton à l'autre. Pour les cantons du JU et de GE, le taux d'entrants en EMS provenant d'un hôpital est supérieur à 60 % ; la raison invoquée à ce taux élevé est le manque de lits disponibles dans les EMS. Pourtant, cette explication ne résiste pas à l'analyse : il n'y a pas de corrélation entre la densité de lits en EMS par habitant dans un canton et le taux d'entrants en EMS provenant directement d'un hôpital.

Offres ponctuellement trop abondantes dans le domaine stationnaire

Le taux d'occupation des EMS peut donner des indications sur l'adéquation de l'offre de soins à la demande. Un taux d'occupation inférieur à la moyenne suisse de 95 %, comme le connaissent 12 cantons, peut refléter une surabondance de l'offre. Inversement, un taux d'occupation trop élevé provoque des problèmes d'accès aux soins, limite la concurrence et peut mener ainsi à une dégradation de la qualité.

Un tiers des résidents en EMS ne nécessite que des soins légers

Un taux d'occupation très élevé ne signifie pas seulement qu'un EMS dispose de trop peu de lits. Ce peut aussi être le signe qu'il héberge trop de pensionnaires ne nécessitant que des soins légers, qui pourraient être donnés sous forme ambulatoire. En moyenne suisse (2014), 5 % des résidents en EMS n'avaient pas besoin d'être soignés; les 25 % suivants ne recevaient des soins que pour moins de 60 minutes par jour (niveaux de soins 1 à 3, OFS 2015b). Un traitement ambulatoire pourrait donc être considéré pour près de 30 % des résidents.

Tendance à la limitation de l'offre stationnaire

Les cantons se préoccupent de réserver les places en EMS pour les patients nécessitant des soins importants. Le canton de BS exige une clarification des besoins avant toute entrée en EMS. Le canton de GE n'accepte en EMS que des patients du niveau de soins équivalent à 4 ou plus (plus de 80 minutes de soins par jour), sauf cas exceptionnels.

Il ressort des interviews réalisées pour l'étude que la majorité des cantons veut orienter les soins légers vers l'ambulatoire, et les détourner du stationnaire. Certains cantons sont moins précis et se bornent à viser une baisse du ratio du nombre de lits en EMS pour 1000 personnes âgées de 80 ans ou plus (ce qui revient principalement à écarter les cas de soins légers des EMS).

2.3_ L'optimisation de la chaîne des soins nécessite une vision globale

Le développement de l'offre de soins à domicile ne conduit pas nécessairement à une réduction de l'offre stationnaire

Sans surprises, vu les objectifs affirmés par les cantons de renforcer les soins à domicile, l'augmentation du personnel depuis 2006 a été deux fois plus rapide dans les SASD (+6,3 % par an) que dans les EMS (+3,0 % par an).

Pourtant, un développement des services ambulatoires n'entraîne pas automatiquement une réduction du nombre de lits en EMS. Certains cantons employant beaucoup de personnel SASD ont besoin d'autant, voire de plus de lits en EMS que des cantons avec moins de personnel (cf. Figure 1). Par exemple, les cantons de SO et de BL ont le même ratio de lits EMS par personne de 80 ans ou plus que les cantons de VD et du JU; pourtant, ces deux cantons alémaniques emploient proportionnellement la moitié moins de personnel SASD que les deux cantons romands.

Un développement des services ambulatoires n'entraîne pas automatiquement une réduction du nombre de lits en EMS.

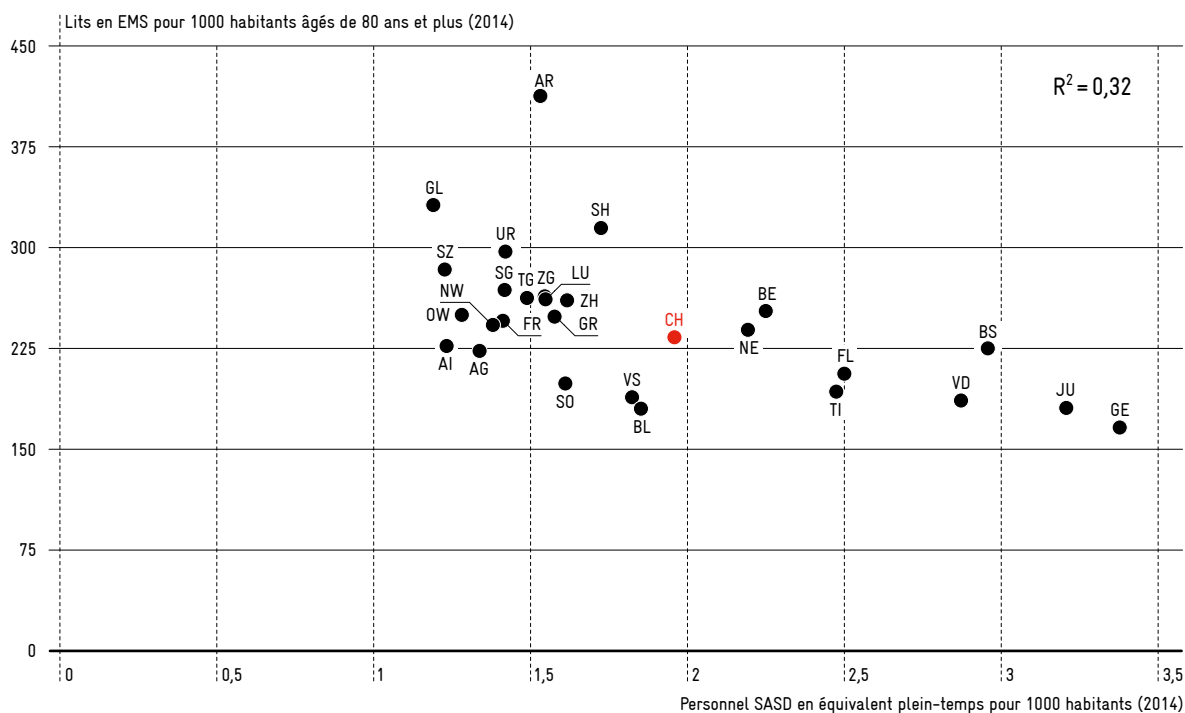
Développer les structures intermédiaires

Soulager les EMS des cas plus légers est réalisable plus rapidement avec le développement de structures intermédiaires, telles que des logements

Figure 1

Plus de personnel pour les soins à domicile ne réduit pas forcément l'offre en EMS

L'expansion des soins ambulatoires ne conduit pas obligatoirement à une réduction des besoins en soins stationnaires. Les cantons avec le plus grand nombre de personnel SASD par habitant ont autant, voire plus de lits en EMS pour les personnes de 80 ans et plus que les cantons employant nettement moins de personnel pour les soins à domicile.



Sources : OFS 2015a, 2015b, 2015c, propres calculs

protégés. Dans ces appartements, souvent gérés par des structures SASD ou EMS, les résidents qui n'ont pas besoin de soins (ou alors que de soins légers) peuvent être individuellement assistés, en adéquation avec leurs besoins personnels évoluant au fil du temps.

Premiers pas vers une fourniture de soins intégrée

L'importance croissante des structures intermédiaires démontre le besoin d'une vision globale et intégrée des soins aux personnes âgées. Ce qui compte, c'est d'optimiser l'ensemble de la chaîne des soins, et pas seulement un seul de ses maillons. Les soins légers doivent être pris en charge en ambulatoire, les soins lourds en EMS, et il faut améliorer les offres intermédiaires. La devise devrait être «ambulatoire *et* stationnaire», plutôt que le si souvent répété «ambulatoire *préférable au* stationnaire».

Les exemples pratiques de prestataires incluant plusieurs maillons de la chaîne des soins se multiplient, tels que le «Réseau Santé Balcon du Jura» à Sainte-Croix ou le «Pôle Santé du Pays d'Enhaut» à Château-d'Oex dans le canton de VD qui regroupent des EMS, des hôpitaux, des cliniques de jour et des cabinets médicaux.

At home ou en home : une minute de soins reste une minute de soins

Une minute de soins est une minute de soins, peu importe où elle est dispensée. La Suisse latine met plus fortement l'accent sur les services ambulatoires. La Suisse centrale et orientale plus sur les EMS. Mais si l'on compare le personnel soignant à disposition (SASD et EMS combinés) par personne nécessitant des soins, les différences régionales susmentionnées s'estompent (cf. Figure 2).

2.4_ Trois conditions pour un «marché» efficient dans les soins aux personnes âgées

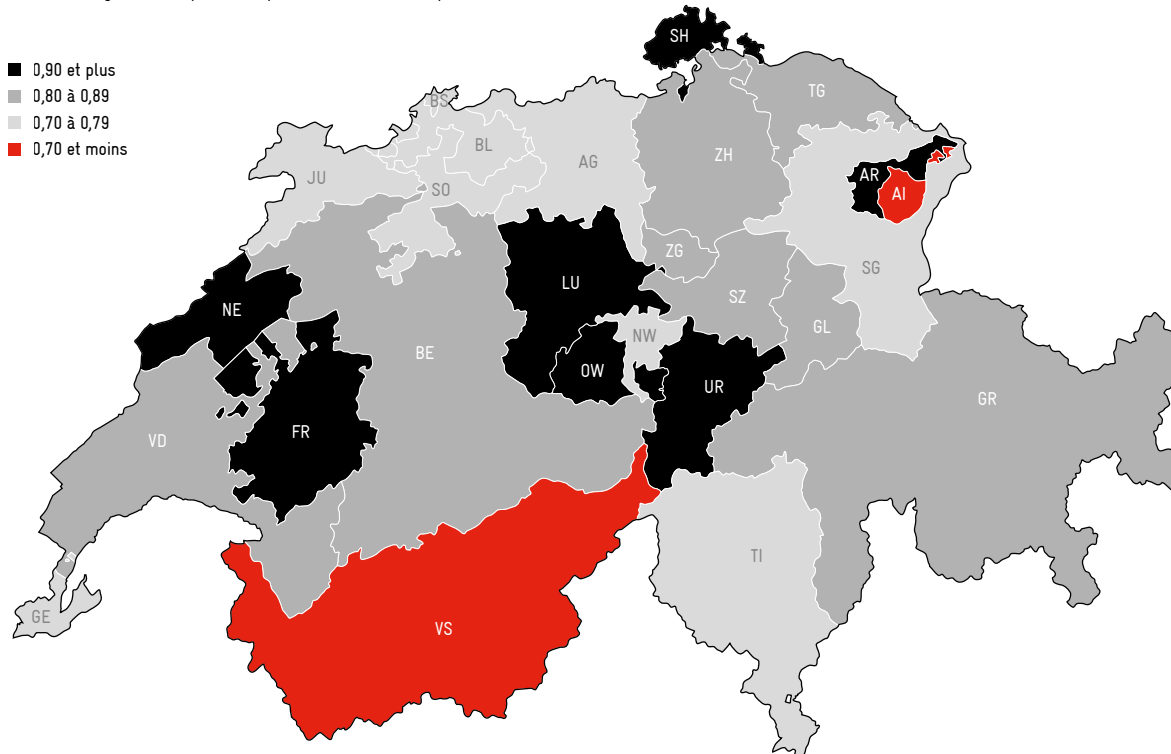
Le secteur de la santé ne fonctionne pas comme un véritable marché libre. Les fournisseurs de prestations sont soumis à des réglementations très denses, qui élèvent les barrières d'entrée au «marché» pour des nouveaux entrants. Les prestations ne sont pas commandées par les «consommateurs» (les patients), mais sont souvent décidées par les prestataires. De plus, le bénéficiaire des prestations (le patient) ne paie qu'une petite par-

Figure 2

Pas de «Röstigraben» dans les soins aux personnes âgées

La Suisse latine a tendance à avoir plus de personnel pour les soins à domicile, la Suisse allemande plus de personnel dans les EMS. Toutefois les disparités régionales disparaissent, si l'on considère l'ensemble du personnel soignant par personne nécessitant des soins.

Personnel soignant (EPT) pour 1000 personnes de 65 ans et plus nécessitant des soins (2014)



Sources: OFS 2015a, 2015b, 2015c, propres calculs

tie des coûts qu'il génère. Dans ce contexte, il est d'autant plus important de créer des conditions-cadres vivifiant la concurrence entre prestataires, là où elle est possible, et permettant l'émergence d'offres de soins économiquement efficaces et adaptées aux besoins des patients.

Libre accès au marché pour tous les prestataires de soins : pas garanti dans tous les cantons

La première barrière à l'entrée pour de nouveaux prestataires de soins est l'obtention d'une autorisation d'exploiter. Celle-ci peut être liée à de nombreuses conditions, qui peuvent varier selon la forme juridique ou le but lucratif de l'exploitant. L'autorisation d'exploiter ne garantit pas encore l'accès aux patients. Les conventions de prestations avec obligation de prise en charge ¹ avec les organisations de soins à domicile sont souvent renégociées, mais ne font que très rarement l'objet d'appel d'offres, contrairement à ce que recommande l'Association Spitex privée Suisse ASPS.

Dans le domaine stationnaire, c'est la liste cantonale des lits en EMS reconnus qui règle l'accès aux patients. Seules les institutions exploitant des lits reconnus par la liste peuvent compenser financièrement leurs coûts avec les contributions des caisses-maladie et le financement résiduel des cantons. Aucun canton ne soumet à un nouvel appel d'offres les lits déjà attribués selon la liste cantonale. L'EMS qui respecte les dispositions quantitatives et qualitatives de son autorisation d'exploiter n'a pas à craindre pour son contingent.

Dans le domaine stationnaire, c'est la liste cantonale des lits en EMS reconnus qui règle l'accès aux patients.

Libre accès au marché pour toutes les personnes recevant des soins : largement réalisé

Le libre accès au marché pour les prestataires de soins n'est efficace que si les «consommateurs» de soins peuvent eux-mêmes choisir librement leur SASD ou leur EMS. Cette liberté est largement réalité dans le canton de domicile, sous réserve des places disponibles.

Transparence sur les prestations proposées : plutôt oui pour la quantité, plutôt non pour la qualité

La troisième condition d'un marché des soins efficient est la transparence sur les offres proposées : qui offre quoi (quantité) et à quel niveau de qualité? Seuls cinq cantons (AR, GR, JU, SH et UR) proposent une information véritablement globale, sur toutes les formes de soins. 22 cantons informent sur les possibilités en EMS, parfois sous forme de simple liste des institutions ayant des lits reconnus. La transparence est moindre dans le domaine ambulatoire. Certains cantons ou communes ont mis en place des bureaux de conseil individualisé pour les personnes nécessitant des soins et leurs proches, par exemple les BRIO (Bureaux régionaux d'infor-

1 Certaines organisations de soins à domicile sont tenues d'accepter tous les clients domiciliés dans leur région d'action.

mation et d'orientation) du canton de VD. Le futur pensionnaire peut choisir son EMS, mais le BRIO formule un préavis.

Une vision globale des lits disponibles dans un canton est rare. Le canton de VD impose aux EMS l'obligation de signaler leurs disponibilités aux BRIO; ainsi, la qualité de l'information centrale est bonne. Le canton de BE a financé une plate-forme internet en ce sens, exploitée par Pro Senectute.

Une vision globale des lits disponibles dans un canton est rare.

Tableau 1

Le classement des cantons pour la dimension «Organisation»

Les évaluations détaillées des différents critères du classement sont disponibles dans l'annexe de la version complète (en allemand uniquement).

	Nombre de points				
	Personnel soignant par personne nécessitant des soins	Durée moyenne d'accessibilité à l'EMS le plus proche	Accès au marché pour tous les prestataires de soins	Transparence de toutes les offres	Total (valeur moyenne)
ZH	1,00	0,99	1,00	0,50	0,87
TG	1,00	0,87	1,00	0,50	0,84
GR	1,00	0,25	1,00	1,00	0,81
BS	0,50	1,00	1,00	0,75	0,81
SZ	1,00	0,81	0,67	0,75	0,81
BE	1,00	0,89	0,67	0,50	0,76
AR	0,50	0,98	1,00	0,50	0,75
VD	1,00	0,77	0,67	0,50	0,73
AG	0,50	0,93	1,00	0,50	0,73
GE	0,50	1,00	0,67	0,75	0,73
SH	0,50	0,90	1,00	0,50	0,73
GL	1,00	0,86	1,00	0,00	0,72
BL	0,50	0,95	1,00	0,25	0,67
ZG	1,00	0,98	0,67	0,00	0,66
UR	1,00	0,45	0,67	0,50	0,65
SO	0,50	0,86	0,67	0,50	0,63
NE	1,00	0,94	0,33	0,25	0,63
FR	0,50	0,84	0,67	0,50	0,63
VS	0,50	0,29	0,67	1,00	0,62
LU	0,50	0,93	0,33	0,50	0,57
NW	0,50	0,66	0,33	0,75	0,56
OW	0,50	0,88	0,33	0,50	0,55
JU	0,50	0,00	0,67	1,00	0,54
AI	0,00	0,88	1,00	0,25	0,53
TI	0,50	0,75	0,67	0,00	0,48
SG	0,50	0,94	0,00	0,25	0,42
FL	1,00	1,00	n.a.	0,00	n.a.

n.a. = non applicable

Source: propres calculs

La plupart des informations disponibles concernent des critères quantitatifs. L'information qualitative, notamment sur l'évaluation de la qualité et de l'efficacité des soins, est beaucoup plus pauvre. Elle n'est publiée dans aucun canton.

2.5_ Conclusion et classement spécifique «Organisation»

Quatre critères d'appréciation pour les structures cantonales

Le classement des cantons spécifique «Organisation» utilise quatre critères d'évaluation, (cf. Tableau 1) :

- personnel soignant par personne nécessitant des soins ;
- durée moyenne d'accessibilité à l'EMS le plus proche ;
- accès au marché pour tous les prestataires de soins ;
- transparence de toutes les offres.

Les critères sont tous de poids équivalent. Les valeurs se situent entre 0 et 1 (1,0 étant la meilleure note possible).

Le canton de ZH est le mieux organisé, le canton de SG est la lanterne rouge

Le canton de ZH est le clair vainqueur de ce classement spécifique, avec une note totale moyenne de 0,87. Il obtient presque le maximum pour trois critères, et n'apparaît que moyen pour la transparence des offres. Les cantons de TG et des GR suivent le canton de ZH de près. Les cantons les plus mal notés sont AI, TI et SG.

3_ Coûts des soins aux personnes âgées

3.1_ «Ambulatoire préférable au stationnaire» n'est pas toujours la solution

Le monde politique a souvent voulu reprendre la devise hospitalière «ambulatoire *préférable au* stationnaire» pour les soins aux personnes âgées. Elle sous-entend que, mécaniquement, les traitements ambulatoires sont bon marché et meilleurs, alors que ceux des EMS seraient plus chers et moins bons. Mais la forme la plus adéquate des soins (en coûts et en qualité) ne peut être définie que de cas en cas, en tenant compte de nombreux facteurs personnels. Dès qu'un besoin minimal défini entre 60 et 120 minutes de soins par jour est avéré, l'EMS est meilleur marché.

7600 francs en coûts de soins pour chaque personne de 65 ans ou plus
Financièrement, l'efficacité des soins dans un canton est élevée, lorsque les coûts cumulés des soins (ambulatoires et stationnaires) par habitant sont bas.

En 2014, les coûts globaux des soins stationnaires pour toute la Suisse ont été de 9,49 milliards de francs ; pour les soins ambulatoires des personnes de 65 ans et plus, le montant était de 1,52 milliard de francs. Au cumul, ce sont plus de 11 milliards de francs qui ont été dépensés en 2014 en Suisse pour les soins aux personnes âgées. Environ 85 % des dépenses sont donc engagées pour les EMS, et 15 % pour les SASD.

Dans le contexte des soins, il faut rapporter ce montant global au nombre de personnes de 65 ans ou plus (et pas au nombre total d'habitants). En 2014, le coût moyen des soins a donc été d'environ 7600 francs par personne âgée de 65 ans ou plus.

Il faut un toit, même à la maison

Les coûts globaux rapportés ci-dessus (11 milliards de francs) ne représentent pas l'ensemble des coûts liés aux soins pour les personnes âgées, mais uniquement ceux des prestations faisant l'objet d'une compensation financière. La valeur du travail bénévole ou de l'engagement des proches et des familles n'y est pas mesurée. Pour le stationnaire, l'ensemble des coûts est pris en compte, y compris les frais hôteliers (repas et hébergement). En revanche, pour l'ambulatoire, seuls les frais de repas servis par les SASD sont comptabilisés. Pourtant, chacun doit avoir un toit au-dessus de sa tête et un repas chaud sur la table ; ces coûts individuels de loyer ou de préparation de ses propres repas ne sont pas considérés dans les statistiques des coûts SASD.

Il est donc important de suivre une politique respectant la devise «ambulatoire *et* stationnaire» qui tient compte de ces distorsions.

Les coûts individuels de loyer ou de préparation de ses propres repas ne sont pas considérés dans les statistiques des coûts SASD.

3.2_ Trois facteurs déterminants pour les coûts

Trois facteurs déterminent les coûts des soins aux personnes âgées :

- les coûts complets par poste de travail du personnel soignant à plein temps ;
- la dotation en personnel par patient ;
- le taux de recours, soit le nombre de personnes recevant des soins par habitant de 65 ans et plus.

L'ensemble des coûts peut donc être représenté comme un multiplicateur des trois facteurs déterminants (cf. Figure 3).

Les deux premiers facteurs sont intéressants, car ils peuvent être pilotés directement par les cantons. Les coûts complets par poste reflètent surtout la politique salariale, et partiellement le standard de service de l'institution de soins. La dotation en personnel est la conséquence de différences dans l'approche qualitative, mais aussi dans l'efficacité de la gestion du personnel. Le troisième facteur, le nombre de patients par habitants de 65 ans ou plus, ne peut être influencé qu'indirectement, car l'état de santé général d'une population dépend fortement de critères sociodémographiques liés à la formation, au niveau de revenu, au chômage, à la

Figure 3

Facteurs déterminants du coût des soins

Les coûts des soins par personne de 65 ans ou plus se décomposent en trois facteurs. Les deux premiers (coûts par poste à plein temps, dotation en personnel par patient) peuvent être pilotés directement. Le troisième (nombre de patients par habitants de 65 ans et plus) est indirectement influencé par l'offre existante, en ce sens qu'elle peut pousser la demande.

$$\frac{\text{Coûts}}{65+} = \frac{\text{Coûts complets}}{\text{Poste à plein temps}} \times \frac{\text{Postes à plein temps}}{\text{Personne recevant des soins}} \times \frac{\text{Personnes recevant des soins}}{65+}$$

$$\frac{\text{Coûts}}{65+} = \text{Coûts complets par poste à plein temps} \times \text{Dotation en personnel (par patient)} \times \text{Taux de recours}$$

Source: propres calculs

structure économique et aux habitudes culturelles. Le politique et les fournisseurs de prestations n'ont qu'un pouvoir limité pour modifier ces paramètres. Le secteur de la santé en général, et le secteur des soins en particulier, connaît un phénomène de demande induite par l'offre. L'état de développement des infrastructures de soins et la disponibilité du personnel soignant ont ainsi également une influence sur le nombre de personnes recevant des soins.

La décomposition en trois facteurs est intéressante, car elle permet des appréciations différenciées sur les coûts des cantons (cf. Tableau 2). Des lieux communs tels que «plus cher en ville, moins cher à la campagne» ne résistent souvent pas à une analyse détaillée. Ainsi, le canton de BS a un coût par poste au-dessus de la moyenne, «comme on pouvait s'y attendre». Mais dans le domaine ambulatoire, le canton de BS est 17 % meilleur marché que la moyenne suisse. En revanche, dans le canton moins urbain de NE, les coûts par poste sont plus élevés que la moyenne suisse, tant pour l'ambulatoire (11 %) que pour le stationnaire (4 %).

Dans le canton de GE, les coûts par personne de 65 ans ou plus sont particulièrement élevés, pas seulement en raison de coûts salariaux ou immobiliers plus hauts, mais aussi parce que les dotations en personnel y sont plus généreuses (en moyenne de 30 %) que dans le reste de la Suisse, tant pour l'ambulatoire que pour le stationnaire.

Des coûts du personnel bas ne servent à rien si la productivité du personnel concerné est trop faible.

Dans le canton de GE, les coûts par personne de 65 ans ou plus sont particulièrement élevés.

3.3_ Trois quarts des coûts des soins sont des coûts de personnel

Les soins sont un secteur économique très intensif en besoin de main-d'œuvre. En 2014, les salaires ont représenté 77 % de l'ensemble des coûts

Tableau 2

Suivre les coûts à la trace

Les différences de coûts globaux (y compris l'aide à domicile des SASD, les frais de repas, l'hôtellerie et les services d'assistance en EMS) ne s'expliquent pas seulement par des différences dans les coûts salariaux, mais aussi par la productivité du personnel engagé. Des lieux communs tels que «plus cher en ville, moins cher à la campagne» ne résistent souvent pas à une analyse détaillée. Afin de simplifier la comparaison entre cantons, les valeurs de chaque levier de coûts ont été indexées sur la moyenne suisse (CH = 100).

	Chaîne des soins complète				Stationnaire (EMS)			Ambulatoire (SASD)		
	Coûts par personne de 65 ans et plus en francs	Coûts par personne de 65 ans et plus indexés	Part des coûts en stationnaire (%)	Part des coûts en ambulatoire (%)	Coûts par EPT indexés	EPT par personne soignée indexés	Nbre de personnes soignées de 65 ans et plus indexé	Coûts par EPT indexés	EPT par personne soignée indexés	Nbre de personnes soignées de 65 ans et plus indexé
AI	5 205	69	86,2	13,8	100	81	86	104	90	77
VS	5 463	72	81,9	18,1	92	108	69	101	85	100
NW	5 782	76	86,8	13,2	90	109	79	98	111	56
AG	6 065	80	87,4	12,6	96	91	94	97	71	104
SO	6 165	81	85,5	14,5	92	112	79	98	66	126
TI	6 265	82	83,4	16,6	85	107	89	86	96	94
TG	6 555	86	87,6	12,4	93	95	100	90	89	96
BL	6 562	86	86,4	13,6	107	116	70	94	104	78
SG	6 638	87	88,8	11,2	98	95	97	90	77	88
JU	6 733	89	77,6	22,4	97	120	69	91	88	161
OW	6 948	91	90,6	9,4	84	121	96	89	108	59
GL	7 007	92	92,4	7,6	92	89	122	91	74	78
GR	7 042	93	87,7	12,3	93	105	97	99	106	73
SZ	7 111	94	90,5	9,5	97	103	100	92	108	60
ZG	7 134	94	87,8	12,2	103	104	91	96	82	107
VD	7 528	99	75,2	24,8	90	87	111	101	148	122
CH	7 597	100	85,2	14,8	100	100	100	100	100	100
FR	7 835	103	88,5	11,5	97	117	95	105	72	109
UR	7 851	103	91,5	8,5	94	88	134	85	122	55
LU	7 975	105	89,2	10,8	94	108	109	95	104	80
BE	7 986	105	85,8	14,2	96	93	119	98	110	84
SH	8 868	117	90,6	9,4	95	97	135	99	87	99
ZH	8 901	117	88,7	11,3	111	101	110	104	96	91
NE	9 376	123	84,8	15,2	104	106	112	111	70	156
BS	9 421	124	86,7	13,3	113	94	118	83	123	103
GE	9 445	124	73,1	26,9	134	130	61	123	130	150
AR	9 583	126	92,4	7,6	97	87	161	91	98	71
FL	6 264	82	83,8	16,2	104	97	81	84	106	107

Sources : OFS 2015a, OFS 2015b; OFS 2015c, propres calculs

des soins (les prestations socio-hôtelières incluses). Cette part des salaires aux coûts totaux est même de 86 % pour les SASD (et de 75 % pour les EMS). La moyenne suisse est de 82 000 francs en coûts salariaux annuels pour un poste de personnel soignant à plein temps. Le canton de GL a la moyenne cantonale la plus basse, avec 72 000 francs par an ; le canton de GE a les coûts salariaux les plus élevés, avec une moyenne de 113 600 francs par an.

L'état du marché du travail local influence peu les coûts salariaux

Les salaires ne reflètent pas seulement le travail effectivement fourni, mais aussi la situation du marché du travail local. Dans les régions connaissant une pénurie de personnel qualifié, ou avec un coût de la vie très élevé, la rémunération du personnel soignant devrait être plus forte. Il serait donc souhaitable de corriger les différences entre les moyennes de coûts salariaux cantonaux à l'aide des facteurs salariaux régionaux : ainsi pourrait-on identifier les éléments structurels pouvant être véritablement pilotés directement par les cantons ou les prestataires de soins.

Les statistiques fédérales ne permettent pas de connaître les coûts salariaux moyens par canton, mais seulement par régions économiques, assez hétérogènes (OFS 2015f). Nous avons donc comparé les coûts salariaux dans les soins en les pondérant avec trois facteurs d'influence supplémentaires, mesurés et connus pour chaque canton :

- la *productivité du travail* (PIB en relation avec les heures effectivement travaillées, par canton). Les cantons à plus forte productivité peuvent en général offrir de meilleurs salaires. La concurrence avec des branches elles-mêmes productives (par exemple pharma ou services financiers) pousse les prestataires de soins à mieux rémunérer leur propre personnel.
- la *soumission à des conventions collectives de travail (CCT)* ou autres accords salariaux. Lorsqu'une CCT ou un barème salarial est appliqué par les prestataires de soins, la formation du salaire est moins dynamique. Les coûts salariaux dépendent alors avant tout du pouvoir de négociation des partenaires sociaux. La valeur de comparaison utilisée est le salaire maximal d'un enseignant à l'école primaire.
- le *coût de la vie usuel local*. L'étude prend en compte les besoins fondamentaux d'une personne seule selon les règles de la CSIAS (2014), le coût moyen du loyer pour un logement de 3,5 pièces (OFS 2015i), la prime d'assurance-maladie moyenne pour une personne seule (OFS 2015a) et l'imposition sur le revenu au chef-lieu du canton (Comparis 2015b).

Les résultats sont surprenants. Aucun des facteurs d'influence analysés ne permet d'établir une corrélation avec les coûts salariaux moyens observés. Dans le canton de GE, les coûts du personnel sont particulièrement hauts (38 % plus haut que la moyenne suisse), bien plus que dans des cantons similaires comme BS (0 %), ou ZH (6 %), mais ceci ne peut pas être expliqué par l'un ou l'autre des facteurs analysés. Cependant, l'absence de corrélation entre facteurs d'influence et coûts salariaux ne signi-

Les coûts salariaux dans les soins ont été pondérés avec trois facteurs d'influence connus pour chaque canton.

fié pas que ces facteurs ne jouent aucun rôle dans la formation individuelle ou collective des salaires ; elle démontre seulement que ces effets ne peuvent pas expliquer les grandes différences entre les cantons.

Le Grade-Mix (exigences de niveaux de formation) est un facteur de coûts

Le Grade-Mix désigne les prescriptions fixées par les cantons quant au niveau de formation (primaire, secondaire, tertiaire) exigé du personnel soignant. Ce Grade-Mix est un facteur de coûts importants : plus les exigences sont élevées, plus les coûts salariaux sont susceptibles d'augmenter.

L'obligation de respecter une CCT est largement répandue en Suisse romande

L'obligation faite aux prestataires de soins de respecter une convention collective de travail (CCT) s'applique principalement pour les institutions de droit public. Cette formule est particulièrement prisée dans les cantons latins, où la conclusion de CCT n'est pas seulement le fruit de la négociation des partenaires sociaux, mais aussi souvent un enjeu politique.

Dans de nombreux cantons latins, l'obligation de respecter une convention collective de travail s'applique pour les institutions de droit public.

Les coûts hôteliers sont un problème «fait maison»

Les coûts de matériel jouent un rôle secondaire dans la politique des soins en général, mais ne peuvent pas être négligés. En 2014, ils représentaient environ 2,3 milliards de francs pour le stationnaire et 270 millions de francs pour l'ambulatoire (OFS 2015a).

Rapporté au nombre de lits EMS, le montant moyen en Suisse des coûts matériels pour le domaine stationnaire est d'environ 25 000 francs par lit et par année. Les différences cantonales sont énormes : le coût annuel par lit dans le canton de BS (33 145 francs) est trois fois supérieur à celui du canton d'AI (10 561 francs). Les coûts matériels élevés dans des cantons urbains comme GE, BS ou ZH, s'expliquent partiellement par le prix élevé de l'immobilier. Mais les différences entre cantons reposent aussi sur le niveau choisi comme standard de construction, ainsi que sur la variété des prescriptions cantonales dans la construction et l'exploitation (notamment : taille minimale des chambres, nombre de lits par chambre, équipement des salles de bains, protection contre le feu, règles d'hygiène, organisation du travail).

Un tiers des lits sont dans des EMS trop petits

La taille des EMS a un impact sur les coûts en personnel et en matériel. Sur l'ensemble de la Suisse, près de 60 % des EMS offrent moins de 60 lits ; ensemble, ils représentent environ un tiers de l'offre globale. En tendance, ces EMS sont trop petits pour bénéficier d'effets d'échelle ou de synergies significatifs.

3.4_ La dotation en personnel varie de près de 30 % d'un canton à l'autre

Une dotation en personnel basse n'est pas en soi un indice de productivité

La dotation en personnel reflète la relation entre le nombre de personnel soignant (calculé en EPT) et le nombre de personnes soignées. Ceteri paribus: plus ce ratio est bas, plus le coût total des soins est bas (ou en d'autres termes: plus de personnes peuvent être soignées avec un effectif de personnel soignant identique). Les différences entre cantons sont fortes, et varient jusqu'à 30%. Les écarts observés reflètent des différences d'efficacité mais aussi du niveau de soins moyen des patients (cf. Tableau 7, p. 60 dans la version complète en allemand).

Les systèmes de saisie des soins influencent les besoins en personnel

Certains cantons romands (GE, JU, NE et VD) se distinguent par de bons indicateurs d'efficacité et un indice de niveau de soins élevé dans leurs EMS. Ceci s'explique par de bons processus de travail et la concentration sur les cas de soins lourds en EMS, mais aussi par l'utilisation de l'outil de saisie des soins PLAISIR, que seuls ces cantons utilisent. Deux autres outils de saisie sont autorisés en Suisse: BESA et RAI/RUG.

Les méthodes de saisie diffèrent d'un outil à l'autre: une minute de soins selon BESA n'est pas forcément une minute de soins selon PLAISIR. La saisie des 12 niveaux de soins autorisés a pu être harmonisée dans les systèmes BESA et RAI/RUG. L'intégration de PLAISIR n'a toutefois pas été faite, et le groupe de travail en charge a été dissous. Les différences dans la saisie ne rendent pas seulement la comparaison difficile; elles conduisent à une clé de répartition différente des coûts entre les caisses-maladie et l'Etat.

Les exigences de Grade-Mix pour les EMS sont superflues

La dotation en personnel par patient (ou par minute de soins) est un critère purement quantitatif, qui ne dit rien de la qualité des soins. Ce facteur peut être influencé par le Grade-Mix du personnel.

La plupart des cantons imposent des prescriptions de Grade-Mix comme condition à l'octroi d'une autorisation d'exploiter un EMS. Ces prescriptions fixant des exigences spécifiques liées au niveau de formation (primaire, secondaire ou tertiaire) du personnel soignant sont très variées dans les cantons.

Toutes ces prescriptions sont motivées par un désir de sécurisation de la qualité. Mais la qualité des soins ne se laisse pas calculer par des mesures «inputs» telles que la dotation en personnel ou le Grade-Mix; elle doit être appréciée en tenant compte de l'adéquation du traitement ou du bien-être du patient.

La plupart des cantons imposent des prescriptions de Grade-Mix comme condition à l'octroi d'une autorisation d'exploiter un EMS.

D'où deux questions : la qualité des soins dans les cantons avec des prescriptions Grade-Mix sévères est-elle meilleure que dans les cantons n'ayant rien prescrit ? Et les prescriptions Grade-mix ont-elles concrètement un impact sur le Grade-Mix effectif des institutions qui fournissent des soins ?

Le résultat des études conduites sur ces deux questions permet de tirer une conclusion claire : les prescriptions Grade-Mix sont superflues. Les cantons sans prescriptions (ou avec des exigences légères) peuvent faire valoir un Grade-Mix effectif similaire aux autres cantons. Les prescriptions sont toutes dépassées dans les faits (cf. Figure 11, p. 85, dans la version complète en allemand). Les exigences de Grade-Mix pourraient être abandonnées ou simplifiées (par exemple avec une valeur globale pour les formations secondaires et tertiaires), ce qui soulagerait administrativement les institutions et faciliterait le recrutement de personnel soignant.

3.5_ Le nombre de patients ne dépend pas que de critères sociodémographiques

Il y a vieux et vieux : standardisation du nombre de patients par habitants de 65 ans et plus

La structure démographique (âge et sexe) des personnes de 65 ans et plus est fort différente d'un canton à l'autre. Le canton de BS est ainsi le canton le plus «vieux» de Suisse. Ces différences ont une influence sur le nombre de personnes nécessitant des soins. Afin de neutraliser ces différences, en particulier pour les cantons comportant une part supérieure à la moyenne de femmes et de personnes de grand âge, l'étude emploie une méthode standardisée pour mesurer le nombre de patients par habitants de 65 ans ou plus.

Demande induite par l'offre dans les domaines ambulatoire et stationnaire

Le déploiement de l'offre ambulatoire ne débouche pas forcément sur une réduction du nombre de lits par personnes de 80 ans ou plus. L'expansion de maladies chroniques comme le diabète nécessite de nouveaux soins ambulatoires, mais ces derniers ne déchargent pas pour autant les EMS.

L'analyse combinée de l'offre en personnel soignant (en EPT) et du nombre de patients par habitants de 65 ans ou plus a permis d'établir une claire corrélation entre ces deux facteurs. Mais dans quel sens ? Les données ne permettent pas de démontrer si plus de patients réclament plus de personnel ou si l'augmentation du personnel engendre plus de soins. Dans le domaine de la santé en général, une offre accrue induit souvent une demande supplémentaire. Aussi, les cantons qui se dotent de ressources additionnelles pour les soins doivent s'attendre à une augmentation de la demande. C'est pourquoi les systèmes de financement cantonaux doivent s'orienter sur la fourniture efficace des prestations de soins, et non être calculés en fonction de la structure de coûts du prestataire.

Les cantons qui se dotent de ressources supplémentaires pour les soins doivent s'attendre à une augmentation de la demande.

3.6_ Un potentiel d'économies de 1,9 milliard de francs par an

Les coûts des soins aux personnes âgées par habitant de 65 ans et plus varient fortement entre les cantons. Les coûts globaux des soins (incluant les prestations socio-hôtelières) par personne nécessitant des soins de 65 ans ou plus sont de 57 739 francs pour le canton d'AI et de 104 790 francs pour le canton d'AR. En limitant la définition des coûts aux seules dépenses prises en charge selon la LAMal, les valeurs oscillent alors entre 29 564 francs pour le canton d'AI et 51 237 francs pour le canton de FR². Ces différences considérables laissent entrevoir un potentiel d'économies important. Ceci d'autant plus que plusieurs leviers de coûts sont entre les mains des décideurs – cantons ou prestataires de soins.

Pour estimer ce potentiel, nous avons admis que les cantons étaient capables de piloter leurs facteurs de coûts pour les réduire à un niveau de référence choisi. Deux benchmarks ont été sélectionnés pour ces estimations : la moyenne des 26 cantons et la moyenne du Top 10 pour chaque critère (les 10 cantons les plus efficaces par facteurs de coûts).

Même pour le moins ambitieux des deux benchmarks (alignement sur la moyenne suisse), il se dégage un potentiel d'économies annuelles de 1,9 milliard de francs, soit 17 % des coûts actuels. Ceci correspond à une baisse de coûts supérieure à 2000 francs par an et par personne âgée de 65 ans ou plus.

Avec le benchmark plus «sportif», celui du Top 10, les économies possibles sont bien entendu plus importantes. Elles s'élèvent à 4,8 milliards de francs par an (43 % des coûts actuels). Certes, la réalisation du scénario Top 10 serait difficile : les facteurs de coûts ne sont pas des variables complètement indépendantes les unes des autres, et une réduction simultanée de tous les facteurs à un objectif trop ambitieux ne pourra pas être réalisée. Toutefois, ces simulations et estimations démontrent indubitablement qu'il existe une large marge de manœuvre pour baisser substantiellement les coûts des soins aux personnes âgées.

Même pour le moins ambitieux des deux benchmarks, il se dégage un potentiel d'économies annuelles de 1,9 milliard de francs, soit 17 % des coûts actuels.

3.7_ Conclusion et classement spécifique «Coûts»

Quatre critères d'appréciation des coûts

Le classement des cantons spécifique «Coûts» utilise quatre critères d'évaluation, (cf. Tableau 3) :

- coûts des soins par personne nécessitant des soins de 65 ans ou plus (définition **large** incluant les prestations socio-hôtelières) ;
- coûts des soins par personne nécessitant des soins de 65 ans ou plus (définition **étroite** des soins, ne comprenant que les coûts des soins médicaux selon l'article 7 OPAS, Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins) ;

2 Chiffres détaillés dans les tableaux 25 et 26 de la version complète de l'étude (uniquement en allemand)

- Grade-Mix (soit les exigences liées aux niveaux de formation);
- obligation de conclure une CCT.

Les points attribués pour chaque critère se situent entre 0 et 1 (1,0 étant la meilleure note possible). Pour les critères de coûts, le canton le moins cher reçoit la meilleure note et le canton le plus cher la note la plus faible; pour les autres cantons, les points sont distribués linéairement en proportion des coûts. Pour le Grade-Mix, les cantons n'imposant pas de pres-

Tableau 3

Le classement des cantons pour la dimension «Coûts»

Les évaluations détaillées des différents critères du classement sont disponibles dans l'annexe de la version complète (en allemand uniquement).

Nombre de points					
	Coûts selon définition large des soins	Coûts selon définition étroite des soins	Exigences du Grade-Mix	Obligation de CCT	Total (valeur moyenne)
AI	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
BL	0,61	0,96	1,00	1,00	0,89
VS	0,81	0,80	0,67	1,00	0,82
NW	0,67	0,77	0,67	1,00	0,78
SG	0,59	0,83	0,67	1,00	0,77
OW	0,50	0,56	1,00	1,00	0,76
SO	0,76	0,86	0,33	1,00	0,74
AG	0,66	0,95	0,33	1,00	0,74
TI	0,77	0,69	0,33	1,00	0,70
TG	0,59	0,80	0,33	1,00	0,68
LU	0,31	0,38	1,00	1,00	0,67
JU	0,67	0,57	0,67	0,67	0,64
GL	0,58	0,89	0,00	1,00	0,62
SH	0,19	0,26	1,00	1,00	0,61
GR	0,48	0,63	0,33	1,00	0,61
SZ	0,37	0,63	0,33	1,00	0,58
UR	0,36	0,56	0,33	1,00	0,56
BS	0,37	0,54	0,33	1,00	0,56
BE	0,36	0,57	0,00	1,00	0,48
ZG	0,33	0,54	0,00	1,00	0,47
AR	0,00	0,19	0,67	1,00	0,46
VD	0,47	0,43	0,67	0,00	0,39
NE	0,13	0,09	0,67	0,67	0,39
FR	0,21	0,00	0,33	1,00	0,39
ZH	0,09	0,45	0,00	1,00	0,38
GE	0,06	0,04	0,00	0,50	0,15
FL	0,44	n.a.	1,00	1,00	n.a.

n.a. = non applicable

Source: propres calculs

criptions sur les niveaux de formation reçoivent un point; les cantons exigeant plus de 40 % du personnel avec une formation secondaire ou supérieure en reçoivent 0 (entre les deux: 0,67 point en dessous de 35 %; 0,33 point entre 35 et moins de 40 %). Pour le critère de l'obligation de conclure une CCT, la liberté des établissements de se soumettre ou non à une CCT est valorisée comme suit: la note de 1,0 est attribuée si aucune des six catégories de prestataires considérés (institutions publiques, institutions privées à but non lucratif, entreprises privées, à chaque fois pour l'ambulatoire et les stationnaire) n'est soumise à une obligation de CCT. Pour chaque catégorie contrainte à se soumettre à une CCT, il est retiré 0,17 point au canton.

Le canton d'AI clairement en tête, le canton de GE distancé

Le canton d'AI est en tête de ce classement des coûts, avec à chaque fois la note maximale de 1,0, juste devant le canton de BL. Avec une moyenne pondérée de 0,15, le canton de GE est en queue de classement. En particulier, ce dernier a le niveau de coûts le plus élevé par personne de 65 ans ou plus nécessitant des soins (juste après le canton d'AR pour la définition large, et derrière le canton de FR pour la définition étroite). Le canton de GE est aussi parmi les cantons aux exigences de qualification du personnel soignant les plus élevées, et exige des institutions de droit public de se soumettre à une CCT.

4_ Financement des soins aux personnes âgées

4.1_ La troïka du financement des soins: les patients, les caisses-maladie et l'Etat

Un mix de financement complexe

Le partage du financement des soins aux personnes âgées est particulièrement complexe en Suisse. En principe, les personnes nécessitant des soins paient elles-mêmes les frais d'aide à domicile et de repas dans le domaine ambulatoire, ainsi que les prestations d'assistance et d'hôtellerie dans les EMS.

Les coûts des soins au sens étroit sont répartis entre trois payeurs: les patients, les caisses-maladie et l'Etat (canton ou commune). La répartition de la charge de financement entre les trois est décidée par canton. Si un patient ne peut pas assumer seul sa part de financement, alors l'Etat intervient sous forme de versement de prestations complémentaires. L'accès aux prestations complémentaires et le montant de celles-ci sont réglés par les cantons.

Les patients paient au maximum 21.60 francs par jour pour les soins

La contribution des patients (ou «participation» des patients) est plafonnée à 20 % de la contribution des caisses-maladie. Le montant maximal de la participation des patients est donc de 15.95 francs par jour en ambulatoire et de 21.60 francs par jour en stationnaire. Le patient doit en outre prendre en charge la franchise et la participation aux coûts de sa propre assurance-maladie.

Les montants mentionnés sont des chiffres maximaux. Certains cantons utilisent leur marge de manœuvre et définissent des plafonds moins élevés pour leurs citoyens.

En moyenne suisse, la part des soins en EMS financée par la participation des patients a été de 16 % en 2014 (OFS 2015b). Ceci représente environ un revenu de 16 francs par jour, à mettre en balance avec le coût moyen des soins en EMS de 121 francs par jour. Ces valeurs ne prennent pas en compte les prestations complémentaires.

Contributions des caisses-maladie identiques pour tous les cantons

La participation financière des caisses-maladie aux soins est fixée au niveau fédéral, dans l'OPAS (Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins). Les montants sont fixés en fonction du niveau de soins. Ils sont identiques pour toute la Suisse, contrairement aux primes d'assurance-maladie qui sont cantonales, voire régionales. En moyenne suisse, la part des soins en EMS financée par les caisses-maladie a été de 51 % en 2014 (OFS 2015b). Ceci représente environ un revenu de 53 francs par jour.

La participation financière des caisses-maladie est identique pour toute la Suisse, contrairement aux primes d'assurance-maladie qui sont cantonales, voire régionales.

Le financement résiduel de l'Etat varie de un à cinq

Les cantons doivent assurer le financement résiduel des soins aux personnes âgées, après participation des patients et contributions des caisses-maladie (article 25a LAMal). Les solutions de financement retenues par les cantons sont très variées. Pour l'ambulatoire, la plupart de cantons définissent des modalités de financement résiduel par heure de soins, et par type de soins (cf. Tableau 5 pp. 36-37).

Dans le domaine stationnaire (EMS), les solutions cantonales varient aussi considérablement (cf. Tableau 4). Fondamentalement, presque tous les cantons définissent leurs prestations de financement résiduel pour les EMS en se fondant sur les douze niveaux de soins (avec périodes de 20 minutes), définie à l'article 7a OPAS. Les solutions appliquées sont ensuite diverses :

- quatre cantons (AG, NE, SZ, JU dès 2016) augmentent leurs contributions pour les patients nécessitant plus de 220 minutes de soins par jour (niveau 12 «Plus»), ce qui équivaut à un déplafonnement de leur engagement financier pour les cas lourds ;
- le canton de NW a conclu une convention de prestations avec un EMS, prévoyant la rémunération au temps effectif (69 francs de l'heure en 2015) des soins donnés au-delà de 240 minutes par jour ;

Tableau 4

Le financement résiduel pour les EMS varie de 46 à 295 francs par jour

Le financement public résiduel par niveau de soins, après déduction de la participation du patient, reflète bien les différents niveaux de coûts des soins aux personnes âgées dans les cantons. Mais il est aussi le fruit de décisions politiques, par exemple pour la fixation du montant maximal exigé pour la participation des patients. Si ce maximum est abaissé, la part de financement par l'Etat augmente.

Financement résiduel des EMS par niveau de soins (2015)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Commentaire
AG	0.00	0.00	1.70	12.80	23.90	35.00	46.10	57.20	68.30	79.40	90.50	294.50	Niveau de soins 12: en fonction de la durée effective des soins. RAI (entre Fr. 101.60 et Fr. 294.50)/ BESA (Fr. 101.60 et plus, selon volume).
ZH	0.00	1.95	20.15	38.40	56.65	74.85	93.10	111.35	129.55	147.80	166.05	184.25	Normes cantonales. Les communes peuvent s'en écarter dans les conventions de prestations.
TI	5.40	19.05	20.85	33.90	50.05	56.60	69.35	72.00	89.75	87.45	101.75	177.80	Valeurs moyennes; les valeurs effectives sont spécifiques à chaque prestataire.
TG	0.00	0.00	3.40	16.90	37.00	46.80	60.40	65.30	83.50	82.30	97.90	164.10	
NE	0.80	3.60	6.00	10.90	21.50	32.10	42.70	53.30	63.80	74.40	85.00	154.30	EMS soumis à la CCT Santé21. Niveau de soins 12: en fonction de la durée effective des soins (entre Fr. 95.60 et Fr. 154.30).
	0.00	0.00	0.00	0.00	0.40	6.20	12.10	18.00	23.90	29.80	35.60	86.20	EMS soumis à la CCT ANIPPA ou ANEDEP. Niveau de soins 12: en fonction de la durée effective des soins (entre Fr. 41.50 et Fr. 86.20).
	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.90	6.80	11.80	16.80	21.80	21.80	73.80	EMS non soumis à une CCT. Niveau de soins 12: en fonction de la durée effective des soins (entre Fr. 31.90 et Fr. 73.80).
ZG	3.30	19.75	36.25	52.70	50.15	66.65	83.10	87.60	104.05	120.55	137.00	153.45	
UR	0.00	1.00	12.45	26.90	41.15	56.45	69.85	84.65	99.50	113.80	129.10	143.10	Valeurs moyennes; les valeurs effectives sont spécifiques à chaque prestataire.
SZ	0.00	0.00	0.00	10.30	24.40	38.50	52.60	80.80	94.90	109.00	123.10	137.20	Valeurs moyennes; les valeurs effectives sont spécifiques à chaque prestataire. Dès BESA 12: financement additionnel selon les besoins effectifs constatés médicalement.
NW	0.00	0.00	10.40	24.40	38.40	52.40	66.40	80.40	94.40	108.40	122.40	136.40	Il existe une convention de prestations spécifique avec un EMS pour les patients ayant besoin de plus de 240 minutes de soins par jour (payé au temps effectif: Fr. 69 à l'heure).
GR	0.00	0.00	7.40	20.80	34.20	47.60	61.00	74.40	87.80	101.20	114.60	128.00	
SG	0.00	0.00	7.40	20.40	33.40	46.40	59.40	72.40	85.40	98.40	111.40	124.40	
SH	0.00	0.00	6.40	19.40	32.40	45.40	58.40	71.40	84.40	97.40	110.40	123.40	Réglementations différentes pour certains EMS (couverture du déficit) et dans le centre de soins cantonal (contributions plus élevées pour les soins spécialisés).
VS	4.50	10.00	20.00	29.00	39.50	48.00	58.50	68.50	80.00	90.50	99.50	122.50	Pour les patients avec un patrimoine inférieur à Fr. 100 000.
	0.00	4.60	14.60	23.60	34.10	42.60	53.10	63.10	74.60	85.10	94.10	117.10	Pour les patients avec un patrimoine entre Fr. 100 000 et Fr. 199 999.
	0.00	0.00	9.20	18.20	28.70	37.20	47.70	57.70	69.20	79.70	88.70	111.70	Pour les patients avec un patrimoine entre Fr. 200 000 et Fr. 499 999.
	0.00	0.00	0.00	7.40	17.90	26.40	36.90	46.90	58.40	68.90	77.90	100.90	Pour les patients avec un patrimoine égal ou supérieur à Fr. 500 000.
AI	0.00	0.00	5.40	18.00	30.60	43.20	55.80	68.40	81.00	93.60	106.20	118.80	
AR	0.00	0.00	0.00	6.10	20.75	34.15	47.65	61.05	73.50	86.95	100.35	112.80	
BS	0.00	0.00	3.80	15.90	27.90	39.80	51.90	63.80	75.90	87.90	99.80	111.90	
BE	0.00	0.00	3.70	15.60	27.50	39.40	51.30	63.25	75.15	87.05	98.95	110.90	
SO	0.00	0.00	0.00	14.70	27.80	39.00	50.80	61.00	73.70	82.80	95.00	108.00	
BL	0.00	0.00	2.35	13.70	25.05	36.45	47.80	59.20	70.55	81.90	93.30	104.65	
FR	7.00	16.45	23.40	30.40	37.30	44.25	51.30	60.80	67.80	74.70	81.65	98.90	Valeurs moyennes; les valeurs effectives sont spécifiques à chaque prestataire.
VD	2.05	6.30	10.50	14.75	18.95	23.20	27.40	31.65	35.85	40.10	44.30	48.55	
JU	0.00	0.00	0.00	0.00	2.25	8.55	14.90	21.20	27.50	33.80	40.10	46.40	Dès 2016, nouveaux tarifs pour les soins de niveau 12, allant de Fr. 46.40 à Fr. 71.60 (300 min. +).
GE	selon le prestataire												
GL, LU, OW	selon la commune												
FL	0-100 min: Fr. 0.00; 101-180 min: Fr. 16.00; 181-240 min: Fr. 33.00; 240 min+: Fr. 48.00												
	D'après TF 96												

Sources: propres enquêtes auprès des cantons en 2015

– depuis 2015, le canton de FR segmente la participation du patient en quatre catégories, dépendantes du niveau du patrimoine imposable du patient. Il en résulte quatre méthodes de calcul différentes du financement résiduel pour l'Etat, selon la catégorie à laquelle appartient le patient.

Il manque 390 millions de francs de recettes par an pour les soins

Si l'on met en regard pour 2014 tous les revenus liés aux soins en EMS pour personnes âgées (3,3 milliards de francs) avec les coûts globaux pour ces mêmes soins (3,83 milliards de francs), le degré de couverture des coûts est de 86 % en moyenne suisse (OFS 2015b). Après ajustement des statistiques SOMED (données pas comparables pour les cantons du TI et de GE), ce taux de couverture des coûts peut être estimé à 90 %.

En se basant sur cette dernière estimation, le déficit du compte global des soins pour l'année 2014 peut être calculé : il équivaut à environ 390 millions de francs. Les recettes manquantes doivent être financées, soit par des subventions publiques, soit en puisant dans les réserves des institutions prestataires de soins ou par le subventionnement croisé des soins par les recettes provenant des services d'assistance ou d'hôtellerie. Un tel subventionnement croisé serait illicite, mais pas impensable. Selon l'Office fédéral de la statistique (OFS 2015j), sur les 1060 EMS n'ayant pas pu couvrir leurs coûts avec les taxes de séjour en 2013, 661 EMS ont réalisé un profit avec les services socio-hôtelières.

Les recettes manquantes doivent être financées, soit par des subventions publiques, soit par les réserves des prestataires, soit par les recettes provenant des services d'assistance ou d'hôtellerie.

4.2_ Un résident en EMS sur deux reçoit des prestations complémentaires

Des coûts de 1,75 milliard de francs pour les prestations complémentaires liées aux EMS

Les analyses de revenus pour les soins réalisées par la SOMED se basent sur une perspective «vue depuis l'EMS». Elles recensent comme revenus les montants que les EMS facturent à leurs résidents, aux caisses-maladie et à l'Etat. De nombreux patients ne disposent toutefois pas de ressources financières suffisantes pour payer eux-mêmes les coûts relatifs à leurs soins, en particulier les services socio-hôtelières. Ces patients ont alors la possibilité de faire appel aux prestations complémentaires.

Les PC sont le filet social des assurances sociales. Elles sont payées à des rentiers AVS ou AI si leurs dépenses reconnues (loyer, primes de caisses-maladie, couverture des besoins vitaux, etc.) dépassent leurs revenus (tels que définis pour les PC, notamment rentes du 1^{er}, 2^e ou 3^e pilier, revenus de la fortune, etc.). Si un bénéficiaire de PC vit dans un EMS, un calcul est effectué pour distinguer la part des PC qu'il aurait reçue pour vivre à domicile (sécurisation du minimum vital) et celle qui relève spécifiquement de l'EMS. Le financement des besoins vitaux (dépenses des PC relatives au domicile) est garanti aux 5/8 par la Confédération. Le

En bref:

- 01 _ L'évolution démographique pose de grands défis pour les soins aux personnes âgées, tant du point de vue du personnel que du financement.**
- 02 _** Par rapport à la population active, la part des personnes de 80 ans et plus augmentera de 70 % d'ici 2035 en Suisse, voire jusqu'à 169 % selon le canton. Les dépenses pour les soins aux personnes âgées vont plus que doubler d'ici 2045 par rapport à 2013 et s'élèveront à 3,4 % du PIB.
- 03 _ L'organisation des soins aux personnes âgées doit être optimisée sur l'ensemble de la chaîne des soins.**
- 04 _** «Ambulatoire *préférable au stationnaire*» n'est pas toujours la solution : selon les cas, les coûts dans une structure ambulatoire (y compris repas et logement) peuvent être supérieurs à ceux dans un EMS (y compris hôtellerie) au-delà de 60 minutes de soins par jour déjà.
- 05 _** Du personnel supplémentaire dans les services d'aide et de soins à domicile n'entraîne pas seulement une substitution des prestations en EMS, mais peut aussi susciter une demande supplémentaire dans le domaine ambulatoire.
- 06 _** Il faut une stratégie «ambulatoire *et stationnaire*». Pour les cas légers, les soins devraient être prodigués à domicile, dans des structures d'accueil de jour ou dans des logements protégés; les cas lourds, souvent des patients atteints de démence, devraient être traités dans les EMS.
- 07 _ Les différences cantonales du coût des soins par habitant montrent un potentiel d'économies pour l'ensemble de la Suisse d'au moins 1,9 milliard de francs par an.**
- 08 _** Trois quarts des coûts des soins sont des dépenses de personnel. Le niveau des salaires dépend surtout du pouvoir de négociation des partenaires sociaux et très peu des conditions du marché du travail local.

- 09** _ Les exigences liées au niveau de formation du personnel soignant sont superflues et rendent le recrutement plus difficile. Dans la pratique, les prestataires s'orientent vers les besoins de l'exploitation.
- 10**_ *La réalisation du potentiel d'économie et la mise en oeuvre de la stratégie «ambulatoire et stationnaire» doivent s'appuyer sur de nouvelles règles de financement flexibles.*
- 11**_ Le financement résiduel de l'Etat ne devrait rétribuer que les prestations fournies et être indépendant de la structure de coûts du prestataire. Des dispositions réglementaires fondées sur les coûts éliminent les incitations aux économies et maintiennent des structures inefficaces.
- 12**_ Dans le domaine ambulatoire, l'obligation de prendre en charge chaque patient indépendamment de toute considération économique devrait être transparente et définie de manière spécifique. Le mieux serait de mettre au concours ces contrats de prestations.
- 13**_ Les logements protégés restent inaccessibles aux bénéficiaires de prestations complémentaires (PC), car le loyer pour de telles résidences ne peut pas être financé par des PC. Des règles de financement plus flexibles favoriseraient les structures intermédiaires et réduiraient les dépenses de l'Etat.
- 14**_ A long terme, Avenir Suisse propose la création d'un capital-soins obligatoire et individuel pour assurer le financement des soins aux personnes âgées. Cette épargne pourrait être engagée pour toute prestation de soins ou d'assistance, à domicile comme en EMS. En cas de décès, l'épargne non utilisée pourrait être léguée aux héritiers.

solde, y compris les parts de PC relatives à l'EMS, doit être intégralement financé par les cantons.

En décembre 2014, en moyenne suisse, 52 % des résidents d'un home touchaient des prestations complémentaires relatives à l'EMS. Les différences cantonales sont notables : la part des bénéficiaires de PC sur le total des résidents des EMS est parfois d'un tiers (AR: 33 %; VS: 35 %; SH: 36 %), mais elle est plus que doublée pour les cantons de GE (70 %) ou du JU (74 %).

En volume, les coûts à couvrir pour les PC supplémentaires liées aux EMS ont été de 1,75 milliard de francs en 2014. Ceci représente 29 % de l'ensemble des prestations facturées par les EMS aux patients. Ce ratio (part des PC liées aux EMS) est le plus bas au canton du TI (11 %) et le plus élevé dans le canton de GE (44 %). Une décomposition de ces coûts entre soins, assistance et hôtellerie n'est pas possible.

Chaque franc payé par les cantons pour le financement résiduel des soins est doublé par un autre franc payé pour les PC

La décharge financière des résidents EMS bénéficiant de prestations complémentaires représente une charge supplémentaire significative pour l'Etat. Pour 2014, le financement résiduel direct des EMS par les cantons était de 1,52 milliard de francs. A cela s'ajoutent les 1,75 milliard de francs déjà recensés pour le financement des PC liées aux homes pour personnes âgées. Au total, les cantons et communes ont donc payé 3,27 milliards de francs pour les soins stationnaires, représentant 35 % des revenus des EMS.

Le financement étatique réduit d'autant les revenus payés directement par les personnes soignées. En moyenne suisse, cette part de dépenses «out-of-pocket» représentait 45 % de l'ensemble des dépenses de soins en 2014. Ce ratio est élevé en comparaison internationale. Selon une étude de l'OCDE (Colombo et al. 2011), seuls le Portugal (45 %) et l'Allemagne (30 %) avaient une part supérieure à 30 %.

Comme toujours, la part de dépenses «out-of-pocket» varie considérablement d'un canton à l'autre, et il est impératif de prendre en compte les prestations complémentaires pour avoir une vision réaliste du financement global des soins.³

Taxes EMS plafonnées pour les bénéficiaires de prestations complémentaires

Le volume à financer pour les PC ne dépend pas uniquement du nombre de bénéficiaires, mais aussi du montant à verser pour chaque cas. Fondamentalement, la LPC ne prévoit pas de limite supérieure pour les prestations complémentaires. Toutefois, pour les résidents en EMS, les cantons

La part des bénéficiaires de PC sur le total des résidents des EMS varie entre 33 % (AR) et 74 % (JU).

3 Cf. Tableau 14 dans la version complète en allemand

peuvent fixer la limite maximale des taxes de séjour financées par les PC (art. 10 al. 2 LPC). Ici aussi, les différences cantonales sont notables

(cf. Tableau 15, p. 94 dans la version complète en allemand).

4.3_ Qui paie, commande – qui commande, paie

L'optimisation de sous-systèmes ne garantit pas l'optimisation du tout. L'optimisation du financement des soins n'est possible qu'avec une coordination globale de l'octroi et du financement des mandats de prestations, que ce soit pour le stationnaire (EMS), l'ambulatoire (SASD) ou les structures intermédiaires. Il importe moins de savoir quelle institution – canton ou commune – assure effectivement cette fonction de coordination.

L'octroi et le financement des mandats de prestations doit être coordonné au même niveau institutionnel, canton ou commune.

Le principe d'équivalence fiscale n'est pas respecté

Le principe de l'équivalence fiscale (en langage commun: «qui paie commande») postule que l'unité qui bénéficie d'une prestation, l'unité qui assume les coûts et l'unité qui prend la décision doivent être identiques. Dans les soins, il signifie idéalement que les donneurs d'ordre attribuant les mandats de prestations (cantons ou communes) doivent supporter eux-mêmes les coûts des soins ainsi commandés.

Pourtant, dans de nombreux cantons, la répartition du financement entre canton et communes affaiblit le principe d'équivalence fiscale. Ceci aboutit généralement à une augmentation des coûts globaux affectés aux soins, car aucune institution n'assume l'entier de la responsabilité financière des décisions (cf. Tableau 16, p. 98 dans la version complète en allemand).

Le financement des prestations complémentaires bouscule le principe d'équivalence fiscale

L'équivalence fiscale est souvent fortement chahutée par le financement des prestations complémentaires, qui jouent un rôle si important dans le paysage global du financement des soins. Dans cinq cantons seulement (AI, GE, NE, NW et BL dès 2016), les mêmes autorités, commune ou canton, définissent et paient (PC inclus) les prestations de soins. Dans les autres, le soutien financier du canton aux PC entraîne un déséquilibre.

4.4_ Gestion de la demande de soins par le financement

Mettant en pratique la devise «ambulatoire *préférable au* stationnaire», de nombreux cantons ont créé pour leurs citoyens des incitations financières privilégiant les soins ambulatoires. Ces incitations prennent deux formes principales: d'une part, la fixation d'une participation du patient plus basse pour l'ambulatoire que pour le stationnaire; d'autre part, le subventionnement ciblé de services d'assistance ou d'hôtellerie pour les prestataires SASD ou de structures d'accueil de jour.

Encouragement des soins à domicile par abaissement de la participation du patient

La plupart des cantons latins ne demandent pas de participation du patient dans l'ambulatoire (FR, JU, NE, TI, VD et VS) ou alors seulement la moitié du maximum possible (8 francs par jour pour le canton de GE). En Suisse allemande, seuls les cantons d'AR, GR et ZH ne chargent que 8 francs par jour; tous les autres demandent le maximum journalier de 15.95 francs.

Cette politique différenciée est à saluer pour les patients nécessitant des soins légers, ainsi incités à être traités à domicile. Mais elle se relève contreproductive pour les cas lourds.

La plupart des cantons latins ne demandent pas de participation du patient dans l'ambulatoire ou alors seulement la moitié du maximum possible.

Utilité à double tranchant du subventionnement des structures d'accueil de jour

Le subventionnement des taxes d'assistance et de pension pour les structures d'accueil de jour est controversé. D'une part, ces subventions peuvent contribuer à éviter, ou retarder, l'entrée en EMS d'une personne nécessitant des soins. Ceci engendre des économies substantielles si les soins à couvrir sont relativement légers; et cette aide honore aussi indirectement l'engagement des familles et des proches aidants. D'autre part, l'octroi de subventions peut «pousser à la consommation» pour des soins qui, sinon, auraient été pris en charge par les familles et les proches. Ceci augmente les coûts globaux.

Prestations financières pour les proches aidants en Suisse

Les familles et les proches fournissent un apport très important pour les soins, qui ne sont pas retenus dans les statistiques officielles et autres mesures de coûts. Avec le développement de maladies chroniques de démence (Alzheimer), maintenir une distinction stricte entre soins et assistance sera toujours plus difficile. Pour les personnes âgées atteintes de démence, l'assistance est souvent plus importante que les soins. Or l'assistance est financée de manière privée, les soins de manière collective. Pour les familles et les proches, l'entrée en EMS résout souvent cette question financière, y compris par l'octroi de prestations complémentaires. Il existe en Suisse quelques initiatives pour soutenir financièrement le travail d'assistance fourni par des proches aidants, notamment dans les cantons de VD, de GL et de BS.

4.5_ Gestion de l'offre de soins par le financement

L'Etat peut créer des incitations financières pour piloter l'offre de soins, et pas seulement la demande. Il peut par exemple favoriser l'émergence ou le maintien de prestations spécifiques comme les soins palliatifs. Il peut aussi privilégier certains opérateurs plutôt que d'autres, par exemple les institutions à but non lucratif plutôt que les institutions privées à activité commerciale. Ou alors limiter la consommation de prestations non

liées aux soins, en fixant pour elles des limites tarifaires (par exemple tarifs maximaux d'hôtellerie pour les EMS).

Compensation financière peu transparente de l'obligation de prise en charge

Deux types de prestataires assument la fourniture de soins dans le système ambulatoire : ceux avec et ceux sans obligation de prise en charge. Les premiers sont obligés de prendre en charge chaque patient, par exemple aussi ceux qui habitent un lieu éloigné du siège de l'organisation et ne requièrent qu'une consultation rapide. Ces clients sont financièrement peu attractifs pour les SASD, car le temps de parcours non facturable est très élevé par rapport aux minutes de soins prises en compte pour la compensation financière.

L'obligation de prise en charge avait peu d'importance avant l'émergence de nouvelles organisations de soins à domicile privées ou d'infirmiers indépendants. L'apparition de ces acteurs sans obligation de prise en charge a augmenté la situation de concurrence avec les SASD déjà établis. Il n'est pas étonnant que tous deux s'accusent de concurrence déloyale : les privés et indépendants, parce qu'ils pratiqueraient le «cherry picking» en sélectionnant uniquement les meilleurs clients (financièrement parlant) et les institutions publiques, car elles seraient inefficaces, peu flexibles et sans orientation client. En l'absence de données fiables, la mise au concours d'un appel d'offre pour l'obligation de prise en charge permettrait de définir une valeur «de marché» locale.

Il existe deux types de prestataires dans le système ambulatoire : ceux avec et ceux sans obligation de prise en charge.

Limitations de la concurrence par des règles de financement selon les types de prestataires

A prestation égale, rémunération égale. Pour un même niveau de soins, le financement résiduel devrait être identique pour tous les prestataires, indépendamment de la forme juridique, de l'existence ou non d'un but lucratif, ou du respect de conventions collectives de travail. Beaucoup de cantons n'appliquent pas ce principe, ni dans le domaine ambulatoire (cf. Tableau 5) ni dans le domaine stationnaire (cf. Tableau 4 p. 27).

A titre d'exemples :

- NE : le financement résiduel en EMS dépend du type de CCT à laquelle l'établissement de soins est soumis (trois tarifs différents).
- GE : le financement résiduel est réservé seulement aux EMS à but non lucratif.
- TI/FR : le financement résiduel dépend de la structure des coûts des prestataires. Tout effort de réduction des coûts est pénalisé par une baisse du financement public.

Un argument souvent avancé pour ces différences de traitement est la qualité. Mais cette approche ne tient pas. La qualité doit se mesurer aux «outputs» (adéquation et efficacité des soins), pas aux «inputs» comme le niveau de salaire, les exigences de formation ou le respect d'une CCT.

Tableau 5

Pas de rémunération égale pour un travail égal dans le domaine ambulatoire

Les cantons pratiquent jusqu'à quatre tarifications différentes pour les mêmes prestations de soins (financement résiduel de la première heure de soins, après la participation du patient, lorsqu'un seul type de prestations est fourni. Les cantons de BE, de BS, et de BL (dès 2016) ont des tarifs différenciés dès la deuxième heure de soins). Certaines différences s'expliquent par un financement différent de l'obligation de prise en charge; mais d'autres reflètent la volonté de compenser les coûts des prestataires, et non pas leurs prestations.

Financement résiduel dans le domaine ambulatoire en Fr.

(2015, après déduction des contributions des caisses-maladie et de la participation du patient, pour la première heure de soins)

Type de prestations, selon Art. 7 OPAS

	Evaluation, conseils, coordination	Examen, traitements	Soins de base		Participation des patients (% des contributions des caisses-maladie et/ou Fr.)
AG	selon la commune	selon la commune	selon la commune	Organisations avec contrat de prestations	20% (15.95)
AG	15.70	21.50	21.40	Organisations sans contrat de prestations avec la commune, services décentralisés	20% (15.95)
AG	0.00	0.00	0.00	Organisations sans contrat de prestations avec la commune, services locaux et limités	20% (15.95)
AG	12.10	18.20	18.60	Personnel soignant indépendant	20% (15.95)
AI	36.20	50.20	28.50	SASD avec contrat de prestations	10% (8.00)
AI	0.00	0.00	0.00	Personnel soignant indépendant	10% (8.00)
AR	selon le prestataire	selon le prestataire	selon le prestataire	Pour les organisations SASD (à partir de 2017 probablement: même financement résiduel pour tous les prestataires)	8.00
AR	0.00	0.00	0.00	Personnel soignant indépendant	8.00
BE	0.00 - 15.95	0.00 - 15.95	0.00 - 15.95	La participation du patient (max. Fr. 15.95) dépend de son revenu. Le canton compense la différence. De plus, les prestataires avec obligation de prise en charge ont droit à une indemnité supplémentaire par heure et un forfait par habitant	en fonction du revenu (max.Fr. 15.95)
BL	0.00	0.00	0.00	Toutefois, garantie de déficit pour les organisations d'utilité publique	10% (8.00)
BS	8.20	16.60	17.40	Montants plus bas dès la deuxième heure de soins	10% (8.00)
FR	0.00	0.00	0.00	Organisations SASD	0.00
FR	9.35	7.70	6.40	Personnel soignant indépendant	0.00
GE	n.a.	n.a.	n.a.	Organisations SASD	8.00
GE	0.00	0.00	0.00	Personnel soignant indépendant	8.00
GL	selon la commune	selon la commune	selon la commune	Organisations SASD	Gde. spez.
GL	0.00	0.00	0.00	Personnel soignant indépendant	Gde. spez.
GR	33.70	33.70	33.70	Organisations avec contrat de prestations de la commune	8.00
GR	18.90	18.90	18.90	Organisations sans contrat de prestations de la commune, personnel soignant indépendant	8.00
JU	23.40	21.80	16.20	Pour tous les prestataires de soins	0.00
LU	selon la commune	selon la commune	selon la commune	Organisations SASD	20% (15.95)
LU	24.25	18.65	19.45	Personnel soignant indépendant	
NE	27.60	27.70	23.30	Organisations avec CCT Santé21 et personnel soignant indépendant	0.00
NE	0.00	0.00	0.00	Organisations sans CCT Santé21	
NW	30.25	17.65	17.45	Pour tous les prestataires de soins	20% (15.95)
OW	selon la commune	selon la commune	selon la commune	Organisations SASD	20% (15.95)
OW	13.60	13.60	13.60	Personnel soignant indépendant	20% (15.95)
SG	selon la commune	selon la commune	selon la commune	Organisations SASD avec contrat de prestations de la commune	
SG	5.35	4.35	6.65	SASD privés sans contrat de prestations avec la commune	20% (15.95)
SG	9.00 - 24.95	9.00 - 24.95	9.00 - 24.95	Personnel soignant indépendant, en fonction de la participation des patients (20% de la part de l'assureur)	20% (15.95)

Financement résiduel dans le domaine ambulatoire en Fr.

(2015, après déduction des contributions des caisses-maladie et de la participation du patient, pour la première heure de soins)

Type de prestations, selon Art. 7 OPAS

	<i>Evaluation, conseils, coordination</i>	<i>Examen, traitements</i>	<i>Soins de base</i>		<i>Participation des patients (% des contributions des caisses-maladie et/ou Fr.)</i>
SH	selon la commune	selon la commune	selon la commune	Organisations SASD avec contrat de prestations de la commune	15.95
SH	9.60	9.60	9.60	Organisations sans contrat de prestations, personnel soignant indépendant	15.95
SO	selon la commune	selon la commune	selon la commune	Organisations avec contrat de prestations	
SO	0.00	0.00	0.00	Organisations sans contrat de prestations, personnel soignant indépendant	20% (15.95)
SZ	pas de limite supérieure	pas de limite supérieure	pas de limite supérieure	Organisations avec contrat de prestations	10% (8.00)
SZ	0.00	11.05	15.95	Organisations sans contrat de prestations, avec une offre de prestations dans tout le canton	10% (8.00)
SZ	0.00	2.05	13.95	Organisations sans contrat de prestations, avec une offre de prestations restreinte	10% (8.00)
SZ	8.20	20.05	27.95	Personnel soignant indépendant	10% (8.00)
TG	selon la commune	selon la commune	selon la commune	En principe, selon la commune, recommandation de la VTG (Verbands Thurgauer Gemeinden) Fr. 6.60/13.30/17.40	10% (15.95)
TI	53.50	56.75	21.80	Organisations d'utilité publique (Valeurs moyennes; les valeurs effectives sont spécifiques à chaque prestataire)	0.00
TI	0.00	11.70	3.65	Organisations privées (Valeurs moyennes; les valeurs effectives sont spécifiques à chaque prestataire)	0.00
TI	0.70	15.10	16.75	Personnel soignant indépendant (Valeurs moyennes; les valeurs effectives sont spécifiques à chaque prestataire)	0.00
UR	7.25	12.65	7.45	Pour tous les prestataires de soins	20% (15.95)
VD	35.90	29.45	24.60	Pour tous les prestataires de soins	0.00
VS	30.20	29.60	15.40	Centres médico-sociaux	0.00
VS	7.20	13.60	15.40	Personnel soignant indépendant et association du diabète	0.00
ZG	33.00	23.00	26.00	Organisations SASD de droit public	10% (15.95)
ZH	50.00	47.25	54.75	Organisations avec mandat de la commune	8.00
ZH	0.00	23.70	33.95	Organisations sans mandat de la commune	8.00
ZH	29.60	34.65	37.45	Personnel soignant indépendant	8.00

n.a. = non applicable

Sources: ASI 2015, propres enquêtes auprès des cantons en 2015

4.6 – Conclusion et classement spécifique «Financement»

Cinq critères d'appréciation du financement des soins

Le classement des cantons spécifique «Financement» utilise cinq critères d'évaluation, (cf. Tableau 6) :

- contribution du patient neutre quant au type de soins : plus petite est la différence entre ambulatoire et stationnaire pour la participation demandée au patient, plus la valeur du critère est élevée (aucune différence vaut 0,5 point ; la plus forte différence vaut 0). L'existence d'une subvention aux structures d'accueil de jour pour des prestations identiques non compensées en EMS ou à domicile ne donne aucun point ; leur absence, 0,5 point.
- compensations financières neutres quant au type de prestataire de soins : financement égal pour prestation égale. Les cantons qui respectent ce principe reçoivent 1,0 point (ambulatoire 0,5 et stationnaire 0,5). Les cantons qui compensent financièrement les prestations en se fondant sur des critères tels que les coûts du prestataire, sa forme juridique ou son but social n'ont aucun point.
- équivalence fiscale : une échelle de pondération est fixée, dont la valeur augmente avec le niveau de respect du principe d'équivalence fiscale.
- participation du patient : la participation du patient est un élément important et stabilisant du financement des soins. Les cantons ayant décidé de maintenir la participation du patient au maximum légal obtiennent 1,0 point ; la pondération diminue avec la baisse de la participation du patient décidée par le canton.
- règles ciblées d'accès aux prestations complémentaires : les valeurs les plus élevées sont obtenues par les cantons fixant des conditions ciblées d'accès aux PC, notamment une imputation sur la fortune de 20 % et des petites déductions de dépenses personnelles possibles pour le calcul du droit aux PC.

Les points attribués pour chaque critère se situent entre 0 et 1 (1,0 étant la meilleure note possible).

Le canton de NW en tête, le canton du TI en queue de peloton

Le canton de NW est clairement en tête de ce classement spécifique «Financement» avec une moyenne totale de 0,93. Il obtient le meilleur résultat pour presque tous les indicateurs, sauf pour la différence de participation du patient entre ambulatoire et stationnaire, et la déductibilité des dépenses personnelles dans le calcul du droit aux PC. Les cantons de FR (0,37) et du TI (0,31) ferment la marche. Tous deux n'obtiennent aucun point sur les deux premiers critères touchant à la neutralité des mécanismes de compensation financière des soins.

Tableau 6

Le classement des cantons pour la dimension «Financement»

Les évaluations détaillées des différents critères du classement sont disponibles dans l'annexe de la version complète (en allemand uniquement).

Nombre de points

	Contribution du patient indépendante du type de soins	Règle de financement indépendante du prestataire de soins	Equivalence fiscale	Montant de la participation du patient	Règles ciblées d'accès aux prestations complémentaires	Total (valeur moyenne)
NW	0,87	1,00	1,00	1,00	0,76	0,93
BE	0,00	1,00	0,80	1,00	0,74	0,71
UR	0,37	0,50	0,80	1,00	0,81	0,70
LU	0,87	0,00	0,80	1,00	0,79	0,69
ZG	0,88	1,00	0,50	0,50	0,50	0,68
SG	0,87	0,50	0,50	1,00	0,50	0,67
AI	0,19	0,50	1,00	0,75	0,90	0,67
AG	0,87	0,50	0,50	1,00	0,41	0,66
AR	0,69	0,50	0,40	0,75	0,90	0,65
SO	0,87	0,50	0,40	0,75	0,66	0,64
TG	0,37	0,50	0,60	0,75	0,92	0,63
GR	0,69	0,50	0,70	0,75	0,48	0,62
JU	0,00	1,00	0,80	0,50	0,76	0,61
OW	0,87	0,00	0,60	1,00	0,55	0,60
BS	0,19	1,00	0,50	0,75	0,55	0,60
VD	0,00	1,00	0,40	0,50	0,88	0,56
ZH	0,69	0,00	0,70	0,75	0,50	0,53
GE	0,50	0,00	1,00	0,25	0,84	0,52
BL	0,19	1,00	0,20	0,75	0,42	0,51
NE	0,00	0,00	1,00	0,50	0,88	0,48
SH	0,87	0,00	0,20	0,75	0,53	0,47
SZ	0,69	0,00	0,20	0,75	0,65	0,46
VS	0,00	0,50	0,40	0,25	0,79	0,39
GL	0,50	0,00	0,60	0,50	0,29	0,38
FR	0,00	0,00	0,70	0,50	0,65	0,37
TI	0,00	0,00	0,40	0,50	0,67	0,31
FL	n.a.	0,50	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.

n.a. = non applicable

Source : propres calculs

5_ Classement global des cantons et conclusion

La vision globale : approches différentes selon les cantons

L'organisation, les coûts et le financement sont les trois principales facettes des soins aux personnes âgées. Elles sont non seulement complémentaires, mais s'influencent réciproquement. Une offre de soins étendue engendre des coûts élevés nécessitant un financement public plus important (par le plafonnement des contributions des patients et des caisses-maladie). Inversement, un fort financement public peut générer des inefficiences, tel qu'un engagement coûteux de ressources en personnel ou une mauvaise gestion de l'offre et de la demande de soins. Notre classement global (Figure 4) reflète ces trois facettes en une seule représentation. Chacun des trois critères – organisation, coûts, financement – est pondéré de la même manière, avec un maximum possible d'un point (1,0).

Le classement global révèle d'importantes différences. Le canton de NW sort premier de ce «ranking» avec 2,26 points, sur un maximum possible de 3,0. Le canton de FR est en dernière place avec 1,38 point. Quatre cantons (NW, AI, TG et AG) obtiennent plus de 70 % du maximum possible. Quatre cantons (NE, TI, GE, FR) obtiennent 1,5 point (50 %) ou moins du maximum possible. Avec cette approche consolidée, certains cantons faibles dans une seule dimension (par exemple AI ou SG, respectivement 24^e et 26^e pour l'organisation) compensent fortement par les deux autres critères.

Les cantons de Suisse romande apparaissent en queue de classement, mais chacun pour des raisons différentes. Le canton de GE se situe à l'avant-dernière place principalement en raison des coûts. Cependant, ces coûts élevés ne s'expliquent pas uniquement par un coût de la vie local plus cher, comme le souligne une comparaison avec les cantons de ZH et de BS. En matière d'organisation, le canton de GE est en milieu de classement (10^e rang), mais dans les derniers pour le financement. Le canton de FR, lanterne rouge du classement, affiche des coûts moins élevés que le canton de GE par personne de 65 ans et plus nécessitant des soins ; mais le canton de FR est moins bien noté pour l'organisation et le financement. Ceci tient notamment à une contribution du patient fixée en fonction du type de prestataire et à une équivalence fiscale incomplète dans le canton de FR. Le canton du TI maîtrise bien ses coûts, mais pêche par une organisation moyenne et un financement problématique.

L'organisation, les coûts et le financement sont trois principales facettes des soins aux personnes âgées.

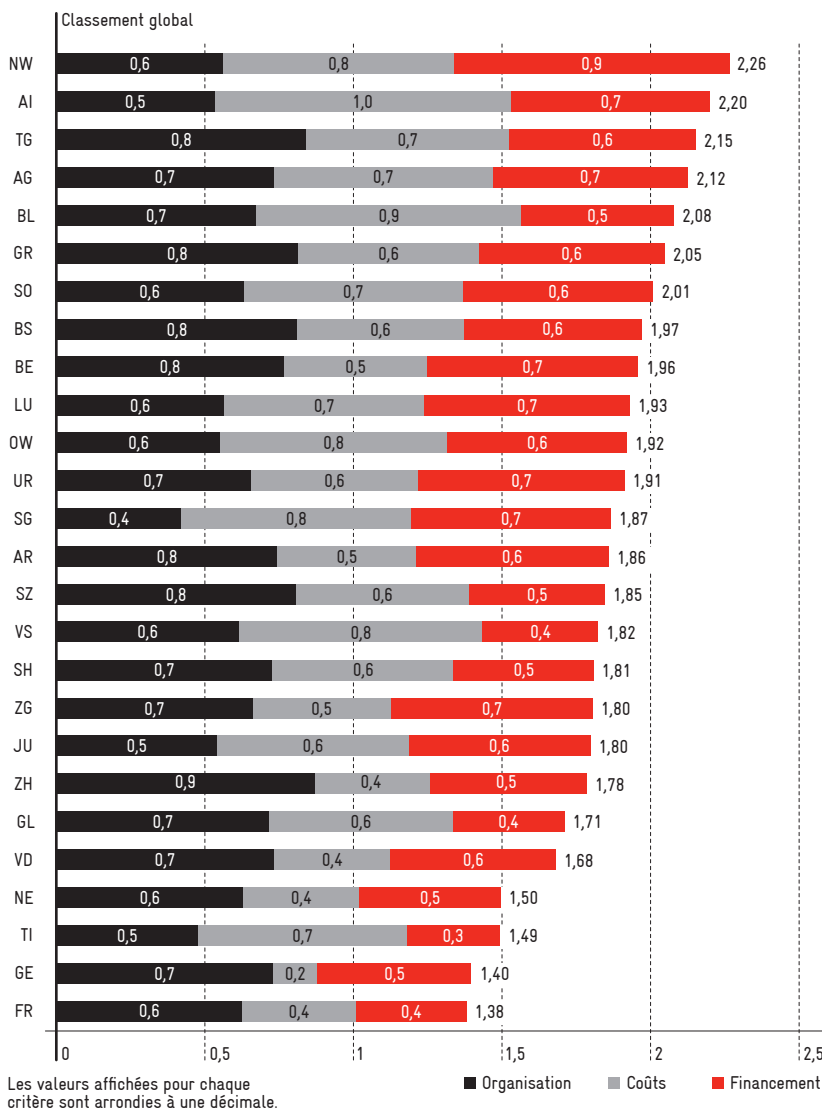
5.1_ Les défis actuels ne sont qu'un avant-goût

Un tsunami gris

Le vieillissement de la population est un processus déjà en cours, mais qui va fortement s'accélérer durant les vingt prochaines années. L'espé-

Figure 4

Classement global : le canton de NW en tête, le canton de FR en dernière place



Source : propres calculs

rance de vie continue à augmenter. Mais surtout, la prolifique génération du baby-boom parvient à l'âge de la retraite, ce qui équivaut à mettre un moteur turbo au vieillissement : les personnes ayant abandonné la vie professionnelle sont plus nombreuses, alors que celles qui y accèdent sont moins nombreuses.

D'après l'OFS, la population des personnes de 65 ans et plus augmentera de 61% entre 2015 et 2035. Celle des 80 ans et plus augmentera même de 86%, alors que – pour la même période – il n'est envisagé qu'une croissance de 7% de la population âgée de 20 à 65 ans. Actuellement, il y a environ douze personnes en activité pour chaque personne de 80 ans ou plus ; en 2035, ce ratio ne sera plus que de sept actifs pour un octogénaire (ou plus âgé). Cette évolution continuera à s'accroître jusqu'en 2055.

La prolifique génération du baby-boom parvient à l'âge de la retraite, ce qui équivaut à mettre un moteur turbo au vieillissement de la population.

Vers la pénurie de personnel qualifié

Le vieillissement de la population implique l'augmentation du nombre de personnes nécessitant des soins et, par conséquent, aussi une augmentation du personnel qualifié. En 2014, les EMS employaient environ 89 000 collaborateurs. D'après une étude du Credit Suisse, ces EMS auront besoin de pourvoir entre 48 000 et 71 000 nouvelles places de travail (sans compter le remplacement des collaborateurs retraités).

Le recrutement de personnel qualifié dans une société plus âgée sera toujours plus difficile. Le ratio de personnes ayant 80 ans et plus (comme indicateur des besoins en soins) par rapport au total de la population active augmentera de 70% d'ici à 2035. Le recrutement de personnel soignant devrait augmenter en conséquence, si l'on désire assurer les mêmes ressources par personne nécessitant des soins. Cette probable pénurie de personnel soignant jusqu'en 2035 touche toute la Suisse, mais avec des répercussions très différentes selon les cantons. Par rapport à la population active, le canton de BS ne devrait voir la part de la population âgée de 80 ans ou plus n'augmenter que de 18%, car le canton accueille de nombreux habitants plus jeunes. Les cantons de GE, NE, VD ou ZH sont en dessous de la moyenne suisse de 70%, avec une augmentation prévisible de la part de population âgée de 80 ans ou plus qui ne sera «que» de 45% à 55%.

La formation de nouveau personnel qualifié et le maintien du personnel existant sont donc des enjeux de grande importance. Même en mobilisant le potentiel actuel des femmes et des seniors, le potentiel d'activation du personnel ayant la formation en soins nécessaire permettrait seulement la création de 1500 à 3000 emplois (estimation Schürch et Winkler 2014). En 2013, 32% du personnel des hôpitaux, cliniques et EMS était d'origine étrangère. Mais le recrutement de personnel qualifié étranger supplémentaire aura des limites: d'une part liées aux mesures législatives sur l'immigration que décidera la Suisse, d'autre part liée à l'attractivité du marché du travail des pays voisins, dont les besoins augmentent aussi massivement sous l'effet du vieillissement de leur population.

La recherche d'efficacité et de synergies s'impose donc, afin d'anticiper au mieux cette probable pénurie de personnel. 97% de la population suisse ayant déjà actuellement accès à un EMS situé à moins de 10 minutes en voiture (Credit Suisse 2015), une concentration des ressources – y compris humaines – des établissements sera pertinente. Le confort des usagers n'en souffrira pas, et la qualité des soins augmentera grâce à l'amélioration de la prise en charge. Pour les soins ambulatoires, l'importance de structures intermédiaires (par exemple de type logements protégés) ira croissante.

Augmentation massive des coûts pour les soins aux personnes âgées : 18 milliards de francs en 2030

Le financement des soins aux personnes âgées sera un défi croissant. Les coûts globaux pour les services d'aide et de soins à domicile et pour les

EMS étaient d'environ 11 milliards de francs en 2014 (OFAS 2015a, OFAS 2015b). Pour 2035, ils représenteront 2,8 % du PIB, soit environ 17,8 milliards de francs (Weaver et al. 2008).

L'influence du progrès médical est incluse dans ces estimations, avec deux scénarios. Dans le premier, l'augmentation de l'espérance de vie jusqu'en 2030 est parallèle à l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé (compression de la morbidité). Dans le deuxième scénario, les années gagnées en espérance de vie sont liées à une dégradation de l'espérance de vie en bonne santé (extension de la morbidité). Selon la réalisation de l'un ou l'autre scénario, les dépenses globales de soins varieront entre 16,2 et 20 milliards de francs (soit entre 2,5 et 3,1 % du PIB). Il est difficile de prédire quel est le scénario le plus probable pour la Suisse. La théorie de la compression a été confirmée pour les Etats-Unis, mais pas pour le Japon.

L'organisation des soins est un critère d'influence aussi important que le progrès médical. Selon les types d'organisation scénarisés (par exemple le remplacement du bénévolat des proches aidants par des soins professionnels ambulatoires, ou des soins donnés en EMS par des SASD), l'ordre de grandeur des coûts oscille entre 15,7 et 19,1 milliards de francs.

Ces estimations reposent sur des projections d'évolution de la population datant de 2005. En prenant en compte des projections démographiques plus récentes, incluant notamment des prévisions de migration, ainsi que la pression vers le haut sur les salaires exercée par la pénurie de personnel qualifié, l'administration fédérale des finances a conclu que – quel que soit le scénario qui se réalisera au final – le coût des soins aux personnes âgées, exprimé en pourcentage du PIB, devrait environ doubler d'ici à 2045 (Brändle et al. 2016).

Le coût des soins aux personnes âgées, exprimé en pourcentage du PIB, devrait environ doubler d'ici à 2045.

5.2_ Trois facteurs-clés de succès pour les soins du futur

La grande diversité cantonale des prestations ambulatoires ou stationnaires et des structures intermédiaires de soutien démontre la grande difficulté d'organiser un système de soins aux personnes âgées prenant bien en compte la topographie et la démographie locales, ainsi que les préférences et ressources financières de la population.

A ces facteurs relevant de la demande s'ajoutent les défis liés à l'offre. Dans une société vieillissante, le besoin en personnel qualifié en soins va augmenter. Cette pénurie sera plus ou moins prononcée et dépendra du progrès médical et de la répartition future des tâches entre proches aidants, SASD et EMS. Trouver du personnel qualifié sera difficile pour tous, en particulier pour les régions périphériques et les cantons financièrement faibles. La construction d'infrastructures (EMS, logements protégés, structures d'accueil de jour) nécessite des investissements élevés et une longue planification. Pour maîtriser ces défis, les cantons devraient respecter trois facteurs-clés de succès dans leur politique de soins aux personnes âgées.

Flexibilité et capacité d'adaptation

L'évolution de la demande des personnes âgées pour des soins n'est pas complètement prévisible à moyen terme, comme le démontre la fourchette des prévisions financières réalisées par l'Obsan ou l'Administration fédérale des finances. Il est donc d'autant plus important de préserver des éléments de flexibilité dans la chaîne des soins, afin que l'offre et la demande puissent s'équilibrer rapidement et facilement lorsque les circonstances changent.

Une politique fortement dirigiste est vouée à l'échec dans un contexte qui ne cesse de se modifier. Même dans le petit canton d'Uri, les besoins des habitants du reculé Schächental sont fortement différents de ceux de Flüelen, situé 16 km plus loin au bord du lac des Quatre-Cantons. Une solution décentralisée et proche du marché est la plus à même de couvrir les besoins individuels et régionaux. Pourtant, une trop forte décentralisation fait courir le risque d'agir sur des territoires trop petits et de négliger des effets d'échelles et des synergies. Il faut donc trouver le juste milieu.

De nombreux cantons (GR, SH, TI et VS) ont ainsi défini des institutions régionales au sein de leur territoire qui sont responsables pour la planification des lits ou l'organisation des prestations de soins à domicile. Dans le canton de VD, neuf centres régionaux ont été créés, qui coordonnent à la fois les prestations ambulatoires et stationnaires.

La flexibilité n'est pas seulement une affaire de proximité territoriale, mais aussi d'environnement réglementaire. Dans les cantons de GE et de NE, les tâches et l'organisation des services publics d'aide et de soins à domicile sont définis de manière détaillée dans des lois spécifiques. Celles-ci prévoient notamment la composition du conseil d'administration, des dispositions sur la tenue de ses séances et les quotas de présence ou la composition de la direction. Un tel degré de détail au niveau de la loi rigidifie l'organisation des soins aux personnes âgées, car chaque changement impose de refaire toute la procédure parlementaire, du message initial au vote final. Des réglementations par voie d'ordonnance, plus flexibles, sont préférables. La solution idéale consiste à la conclusion de contrats de prestations passés entre les autorités publiques et les prestataires de soins, qui peuvent être régulièrement révisés. Dans le canton de ZG, ces conventions sont même souvent limitées dans le temps. Ce système de délai convenu offre au prestataire la sécurité dans la planification (protection contre le risque de résiliation), et à l'Etat la possibilité et le devoir de vérifier et renégocier régulièrement la nature et les prix du catalogue de prestations.

Dans l'idéal, les contrats de prestations passés entre les autorités publiques et les prestataires de soins sont limités dans le temps et ainsi régulièrement révisés.

Perméabilité entre les prestataires de soins

Les besoins des patients et de leurs proches sont très variés et se modifieront avec le temps. Il est donc important d'adopter des formes d'organisation et de financement qui favorisent les offres complémentaires et innovantes. Il faut encourager la perméabilité entre les prestataires de soins.

Selon la devise «ambulatoire *et* stationnaire», le choix du prestataire ne devrait être dicté que par les besoins en soins du patient et non pas par des incitatifs financiers. Pour les cas légers, les soins devraient être donnés à domicile, dans des structures d'accueil de jour ou dans des logements protégés; les cas lourds devraient être traités dans les EMS. Des financements qui avantageraient systématiquement les services de soins à domicile ou les structures d'accueil de jour devraient être évités. Les cantons de FR, JU, NE, TI, VD et VS ne demandent aucune participation du patient pour les prestations de soins à domicile. Dans d'autres cantons, la différence de participation du patient pour l'ambulatoire et le stationnaire varie entre 5.65 et 21.60 francs par jour. Seul le canton de GE a fixé le même montant de participation du patient (8 francs par jour) tant pour l'ambulatoire que pour le stationnaire. De plus, douze cantons subventionnent des structures d'accueil de jour pour des prestations d'encadrement et d'hôtellerie. Les EMS et les SASD sont ainsi défavorisées, car leurs patients sont contraints de prendre eux-mêmes ces coûts en charge.

Les logements protégés vont jouer un rôle toujours plus important. Pourtant, ces structures intermédiaires restent inaccessibles aux bénéficiaires de prestations complémentaires, car le loyer pour de telles résidences ne peut pas être financé par des PC. L'entrée en EMS est donc parfois la seule option payable pour des personnes à faibles revenus, lorsque le maintien à domicile n'est plus possible. En effet, les taxes de résidence en EMS peuvent être payées par des PC, contrairement aux loyers des logements protégés, alors même qu'un suivi dans ces résidences serait souvent moins coûteux. En 2015, le canton des GR a d'ailleurs décidé d'octroyer des PC additionnelles pour le séjour en logements protégés; et le canton du JU a soumis un projet de financement de ce type en consultation.

Enfin, les paiements directs aux personnes nécessitant des soins (financement à la personne) sont nettement préférables aux prestations en faveur des institutions, car elles transfèrent le pouvoir de décision sur le choix du prestataire de soins aux personnes qui en ont besoin. Le financement à la personne encourage l'autonomie et l'autodétermination de ceux qui nécessitent des soins (Gächter et Filippo 2016); de plus, le système vivifie la concurrence. L'offre globale s'adapte plus rapidement et mieux aux besoins des personnes concernées. Le Liechtenstein est sur la bonne voie avec son système de financement personnel pour les soins et l'aide à domicile, mais il devrait l'étendre aux structures d'accueil de jour et en revoir les montants. La Suisse a créé un instrument comparable avec la contribution d'assistance dans l'assurance-invalidité. Un concept de bons personnels pour des soins liés à l'âge, sur le modèle des bons pour la garde extrafamiliale des enfants en ville de Lucerne, devrait aussi être encouragé.

Efficiences des coûts par la concurrence

Notre étude estime le potentiel d'économies annuelles dans le domaine des soins aux personnes âgées à 1,9 milliard de francs. L'évolution du

Selon la devise «ambulatoire *et* stationnaire», le choix du prestataire ne devrait être dicté que par les besoins en soins du patient et non pas par des incitatifs financiers.

nombre de personnes nécessitant des soins mène à une conclusion claire : le coût horaire de la prise en charge des soins pour personnes âgées doit baisser. Dans ce contexte, l'amélioration de l'efficacité des prestataires de soins est importante.

Dans le domaine ambulatoire, il faut avant tout examiner le financement de l'obligation de prise en charge. Plusieurs communes du canton de SO ont attribué des contrats après un appel d'offres. Une telle procédure force l'autorité publique à décrire précisément l'amplitude souhaitée pour la fourniture des soins ; elle permet aussi de déterminer un prix local et proche du marché pour les prestations. Si un appel d'offres n'est pas possible, il faut alors que les règles de compensation financière de la fourniture des soins soient transparentes et définies spécifiquement. Les garanties de déficit doivent être évitées. Le canton de BE pratique une formule intéressante, avec un forfait annuel par habitant et un supplément par heure de soins fournis.

Le financement résiduel par l'Etat des soins ambulatoires et stationnaires devrait être identique pour chaque type de prestations, indépendamment du prestataire. Dans un marché régulé, l'application d'un tel principe favorise la concurrence, et par là-même stimule l'émergence d'offres avantageuses. Ceci est déjà pratiqué pour les cabinets médicaux (Tarmed), mais pas dans les soins aux personnes âgées. De nombreux cantons paient différemment les organisations de soins à domicile et les infirmiers indépendants (par exemple AI, AR, GE, GL). Pour le domaine stationnaire, les financements résiduels dans le canton de NE sont calculés de manière différenciée en fonction de l'application d'une convention collective. Le canton de GE n'octroie des financements résiduels qu'aux institutions à but non lucratif. Dans les cantons de FR, SZ, TI et UR, le montant du soutien financier dépend de la structure des coûts de chaque EMS. De telles réglementations fondées sur les coûts éliminent toute incitation à l'efficacité dans la fourniture des prestations, car le prestataire qui réduit ses coûts subit alors la réduction de son financement par l'Etat.

Un financement basé sur les prestations, et non sur les coûts, doit toutefois reposer sur une définition claire et mesurable des critères de qualité. Les cantons ont des critères pour l'évaluation des prestataires de soins, mais leur mesure n'est nulle part rendue publique. Pourtant, la concurrence entre offerants ne peut que fonctionner si les «clients» ont la possibilité d'évaluer la qualité des prestataires de soins. Il serait aussi important d'évaluer la qualité à l'aide d'indicateurs orientés vers la prestation («outputs»). Mais les critères des cantons sont principalement fondés sur des indicateurs internes («inputs»), tels que le respect d'échelles de salaires, de conventions collectives ou de prescriptions de «Grade-Mix». Le simple fait que les exigences concernant ces indicateurs internes varient considérablement entre les cantons – toujours au nom de la qualité – est la preuve qu'ils ne sont pas adéquats pour sécuriser la qualité des soins. De plus, les exigences de Grade-Mix n'ont qu'un effet limité sur le Grade-Mix

L'obligation de prise en charge dans le domaine ambulatoire devrait être soumise à un appel d'offre.

effectif du personnel. Ainsi, bien que les cantons d'AI, LU, OW, SH et ZG ne connaissent pas de telles prescriptions, ils affichent des taux élevés de personnel avec une formation tertiaire.

5.3_ Sécurisation du financement à long terme par le capital-soins

Les impôts ou les primes d'assurance-maladie financent au moins 86 % des dépenses pour les soins médicaux, au sens de la LAMal ; ce chiffre est de 55 % pour les dépenses globales pour les soins aux personnes âgées, y compris les frais socio-hôtelières. Ce financement collectif repose avant tout sur les épaules des générations plus jeunes, qui seront fortement mises sous pression par le vieillissement général de la population.

Le financement des soins aux personnes âgées repose avant tout sur les épaules des plus jeunes.

Les primes d'assurance-maladie sont conçues principalement comme des primes par tête. A première vue, il n'y a pas de transfert entre actifs et rentiers, mais uniquement entre les bien-portants et les malades. Pourtant, parce que la plus grande part des coûts de la santé est engagée dans les deux années précédant le décès – donc à un âge élevé en moyenne –, le système de prime par tête débouche de facto sur un subventionnement croisé des aînés par les jeunes. D'après une étude de l'Université de Saint-Gall (Eling 2013), le transfert interne de paiement des jeunes aux personnes âgées au sein de l'assurance-maladie a été de 6 milliards de francs en 2010. Ce montant est estimé à 20,3 milliards de francs pour 2030, soit une augmentation de 240 %. Pour les impôts aussi (pour le financement résiduel des soins et celui des prestations complémentaires), un montant important circule des jeunes vers les plus âgés. Une analyse pour le canton de ZH recense que 73 % des impôts cantonaux sur le revenu et sur la fortune sont payés par des contribuables âgés de moins de 65 ans (Perez 2012 et propres calculs). Le vieillissement de la population et l'augmentation des coûts qui lui sont liés vont donc conduire la génération active à devoir supporter une charge financière supplémentaire importante, par des primes d'assurance-maladie plus élevées et l'augmentation des impôts. Il faut trouver de nouveaux modèles de financement.

Dans ce contexte, la création d'une nouvelle assurance sociale, basée sur un principe de répartition, est souvent proposée : comme pour l'AVS, les dépenses pour un exercice seraient financées par les contributions d'assurance payées pour le même exercice. L'avantage d'une telle solution serait que les prestations de soins seraient toutes payées par une seule institution ; ceci réduirait la complexité et le nombre d'acteurs différents, avec lesquels les patients et les prestataires doivent traiter. Mais le désavantage de ce nouveau modèle financier est qu'il ne crée aucune incitation positive à mieux ménager les ressources. Au contraire, le danger serait même que *«l'épargne privée accumulée pour les soins à long terme ne serait explicitement plus nécessaire et pourrait être encore réduite»* (Trottmann et al. 2016). Un financement par répartition aggraverait donc encore plus l'intensité de la problématique du transfert entre générations.

Pour cette raison, Avenir Suisse propose la création d'un capital-soins obligatoire et individuel (Cosandey 2014). Les ressources ainsi économisées peuvent être engagées pour toute prestation de soins liée à l'âge, qu'il s'agisse de soins ou d'assistance, à domicile comme en EMS, selon la préférence de l'assuré. Il s'agit d'une prestation en argent qui garantit au patient l'autonomie sur ses dépenses.

Encadré 1

Caractéristiques du capital-soins

- **Financement:** chaque assuré cumule les primes versées sur un compte individuel, qu'il peut utiliser pour financer les soins dont il a besoin. Aucune redistribution n'a lieu. En cas de décès, les économies non utilisées peuvent être léguées. Ainsi, l'engagement des membres de la famille qui prodiguent des soins peut être récompensé. Le montant de la prime devrait assurer le financement d'un séjour moyen en EMS.
- **Ayants-droits:** des prestations peuvent être financées par les fonds économisés par tous les seniors qui justifient médicalement un besoin de soins élevé, par exemple d'au moins une heure par jour. Les prestations peuvent être fournies en ambulatoire (SASD), en semi-stationnaire (structures d'accueil de jour) ou en stationnaire dans les EMS.
- **Obligation d'assurance:** le capital-soins est obligatoire. L'obligation d'assurance commence à un âge relativement avancé, par exemple dès 55 ans, et dure jusqu'à l'atteinte de l'âge moyen d'entrée en EMS (84,6 ans en 2013). Les personnes plus jeunes et les familles sont ainsi déchargées.
- **Etendue des prestations:** l'assurance couvre aussi bien les soins que l'assistance, remboursés par forfait pour chaque type de soins. Ainsi, une saisie minutieuse des prestations pour les caisses-maladie n'est plus nécessaire. Le personnel soignant est déchargé des tâches administratives et peut consacrer plus de temps aux patients. Les frais d'hôtellerie ne sont pas intégrés, afin de ne pas créer d'incitations à des repas à domicile ou admissions dans des EMS.
- **Organisation:** l'administration devrait être décentralisée. A travers la concurrence, l'innovation et l'efficacité seraient favorisées et les risques répartis entre diverses institutions. Les organisations existantes (caisses-maladie, caisses de pension) pourraient convenir. Elles possèdent l'infrastructure et le savoir-faire pour le recouvrement des primes, le décompte des prestations et la gestion de capital. On pourrait aussi créer de nouvelles sociétés qui devraient postuler pour l'octroi d'une licence.

Sources: Cosandey 2014, Dutoit et al. 2016, propres calculs

Le capital-soins permet de n'avoir qu'une seule source de financement. Il est important d'abolir les financements séparés pour l'assistance et pour les soins, notamment en raison de l'augmentation du nombre de cas de démence. Le personnel soignant ne devrait plus avoir à noter dans tous les détails ce qui est payé par qui, mais pourrait mieux se consacrer aux patients. Contrairement à une nouvelle assurance sociale financée par répartition, le capital-soins ne serait pas une nouvelle machine de redistribution centralisée et anonyme: non, car chacun épargne sur son propre compte de l'argent qu'il pourra engager pour sa propre vieillesse. Les montants non consommés au moment du décès peuvent être transmis aux héritiers. Le soutien des proches est ainsi honoré; la responsabilité personnelle et l'incitation à ménager les ressources sont renforcées.

Le capital-soins permet d'abolir les financements séparés pour l'assistance et pour les soins, notamment pour tenir compte de l'augmentation des maladies de démence.

Le capital-soins devrait pouvoir couvrir le coût moyen des soins et de l'assistance dans un EMS (hors prestations hôtelières et participation du patient). Ce montant était d'environ 135 000 francs en 2014. Si l'obligation d'épargner commençait à 55 ans et durait jusqu'à l'âge d'entrée moyen en EMS, la prime mensuelle moyenne varierait entre 235 et 255 francs, selon les taux d'intérêts considérés (2,5 % ou 3,0 %). La prime peut sembler élevée. Toutefois ce chiffre ne peut pas être comparé à une situation de statu quo, mais doit tenir compte des inéluctables augmentations des primes d'assurance-maladie et des impôts. Dans tous les cas, une contrainte supplémentaire de financement est inévitable : par des redistributions opaques, dans le cas de «bricolage» du système actuel ou par la création d'une nouvelle assurance sociale financée par répartition ; ou par un devoir de prévoyance individuel, dans le cas du capital-soins.

Actuellement, 70 % des primes envisagées pour le capital-soins sont financées par d'autres canaux, qui devront donc être adaptés en conséquence. L'Etat assure aujourd'hui le financement résiduel des soins, et paie les participations du patient et les coûts d'assistance pour les bénéficiaires de prestations complémentaires. Ces coûts seraient désormais supportés dès 55 ans par les personnes concernées elles-mêmes – on parle ici de 45 francs par mois d'après nos estimations (respectivement 70 francs en prenant en compte les dépenses liées aux PC). Simultanément, les impôts pour les personnes physiques concernées devraient être baissés, au mieux par une réduction du taux d'imposition. Comme le politique a souvent de la peine à compenser une baisse de ses propres dépenses avec une baisse d'impôts pérenne, une alternative serait la possibilité d'autoriser la déduction fiscale de la prime de capital-soins.

Une part de la prime d'assurance-maladie des adultes (estimée à 30 francs par mois) est actuellement destinée à couvrir des coûts de soins aux personnes âgées. L'introduction du capital-soins serait neutre pour cette part, car les primes d'assurance-maladie devraient alors être réduites du même montant. Une telle réduction soulagerait les familles et les plus jeunes. Aujourd'hui, 80 % des bénéficiaires de réductions de primes d'assurance-maladie financées par l'Etat ont moins de 55 ans.

En 2014, les coûts moyens d'assistance (aide à domicile et EMS) pour les 55 ans et plus s'élevaient à environ 55 francs par mois. Ces coûts sont aujourd'hui individuellement facturés au patient. Ils seraient couverts par le capital-soins.

Le modèle contient également des éléments de solidarité : si une personne ne peut pas payer sa prime, alors l'Etat doit décharger le citoyen (comme c'est le cas actuellement pour les primes d'assurance-maladie). Si le capital-soins est insuffisant, les dépenses doivent être couvertes (comme aujourd'hui) par des ressources privées ou par des prestations complémentaires. Le filet social est ainsi maintenu. Cependant, l'Etat n'intervient que de manière subsidiaire, et non pas par une politique générale d'«arrosoir».

Le capital-soins devrait pouvoir couvrir le coût moyen des soins et de l'assistance dans un EMS.

5.4_ Conclusion

Le Monitoring des cantons d'Avenir Suisse montre les grandes différences d'organisation, de coûts et de financement pour les soins aux personnes âgées dans les 26 cantons suisses et au Liechtenstein. L'étude confirme partiellement certains «lieux communs» supposés, d'autres sont infirmés ou présentés sous un jour nouveau.

Ainsi, la devise «ambulatoire *préférable au* stationnaire» est dans l'air du temps et correspond au souhait de nombreux citoyens. Mais elle ne peut pas servir à elle seule de boussole pour orienter l'entier de la planification des soins. La fourniture des soins dans les cantons employant plus de personnel dans les soins ambulatoires n'est ni meilleure (mesurée en coefficient de personnel total engagé pour chaque personne nécessitant des soins) ni nécessairement meilleure marché que dans d'autres cantons.

Dans un domaine professionnel comme les soins, intensif en besoins de personnel, les coûts salariaux sont un facteur de coûts déterminant. Le montant des salaires est fondamentalement défini par les partenaires sociaux et ne peut que partiellement être expliqué par des facteurs externes, tels que le coût de la vie. La dotation en personnel par personne recevant des soins joue aussi un rôle important. Des salaires bas ne soulagent pas l'édifice financier si le personnel n'est pas engagé de manière efficace. Ici aussi, les différences cantonales sont fortes. Les cantons, en tant que régulateurs et employeurs, comme les prestataires privés ont ainsi autant de leviers à disposition pour maîtriser leurs coûts.

Le potentiel d'économies dans les dépenses de personnel et de matériel est significatif. Il s'élève déjà à deux milliards de francs par année, dans l'hypothèse où tous les cantons pourraient atteindre la moyenne suisse. La réalisation de ces économies est importante pour les ménages, car les soins peuvent rapidement consommer toute l'épargne privée, mais aussi pour l'Etat, car l'augmentation croissante du coût des soins met sous pression d'autres budgets, notamment pour la formation, les infrastructures ou les dépenses sociales.

Même dans ce contexte, la qualité des soins doit impérativement être prise en compte. Il est regrettable qu'il y ait si peu d'évaluations de la qualité de l'offre («outputs») et, si elles sont faites, que leur publication soit si rare. Sur ce point, des améliorations dans tous les cantons sont nécessaires si l'on veut optimiser financièrement et qualitativement les soins aux personnes âgées en se fondant sur une base factuelle.

Les différences de financement entre les cantons n'ont pas pour seule conséquence des différences dans les mécanismes de répartition des coûts entre les patients, les caisses-maladie et l'Etat. Elles pèsent aussi sur le développement de l'offre de soins. Des contributions financières étatiques qui honorent de manière homogène les prestations fournies vivifient la concurrence; elles encouragent la création d'offres adaptées aux constants changements de besoins de la population. Inversement, le subventionne-

La devise «ambulatoire *préférable au* stationnaire» ne peut pas servir à elle seule de boussole pour orienter l'entier de la planification des soins.

ment étatique basé sur la structure de coûts des prestataires contribue à maintenir des structures dépassées et inefficaces.

Dans une société qui vieillit, tous les acteurs sont sollicités – individus, partenaires sociaux, associations, politiciens, personnes nécessitant des soins, proches aidants ou prestataires de soins professionnels. Mais ce sont en premier lieu les cantons et les communes qui sont confrontés au défi de définir les bonnes conditions-cadres qui permettront de sécuriser l'engagement optimal des ressources personnelles et financières dans les soins aux personnes âgées. Mettre en place les meilleures solutions décrites dans cette étude et pratiquées dans les cantons, en matière d'organisation ou de financement, n'est pas qu'une opportunité. En regard de l'inéluctabilité des futurs défis démographiques, c'est un vrai devoir.

Liste des abréviations:

AG	=	Canton d'Argovie
AI	=	Canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures
ANEDEP	=	Association neuchâteloise d'établissements médico-sociaux privés
ANIPPA	=	Association neuchâteloise des institutions privées pour personnes âgées
AR	=	Canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures
BE	=	Canton de Berne
BESA	=	Bewohner/-innen- Einstufungs- und – Abrechnungssystem
BL	=	Canton de Bâle-Campagne
BRIO	=	Bureaux régionaux d'information et d'orientation
BS	=	Canton de Bâle-Ville
CCT	=	Convention collective de travail
CSIAS	=	Conférence suisse des institutions d'action sociale
EMS	=	Etablissements médico-sociaux
EPT	=	Equivalents plein-temps
FL	=	Principauté de Liechtenstein
FR	=	Canton de Fribourg
GE	=	Canton de Genève
GL	=	Canton de Glaris
GR	=	Canton des Grisons
IEPA	=	Immeubles avec encadrement pour personnes âgées
JU	=	Canton du Jura
LAMal	=	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LPC	=	Loi sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI
LU	=	Canton de Lucerne
NE	=	Canton de Neuchâtel
NW	=	Canton de Nidwald
OCDE	=	Organisation de coopération et de développement économiques
OPAS	=	Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins
OW	=	Canton d'Obwald
PC	=	Prestations complémentaires
PLAISIR	=	Planification des soins infirmiers requis
RAI	=	Resident assesment instrument
RUG	=	Ressource utilisation groups
SASD	=	Service d'aide et de soins à domicile
SG	=	Canton de Saint-Gall
SH	=	Canton de Schaffhouse
SO	=	Canton de Soleure
SOMED	=	Statistique des institutions médico-sociales
SZ	=	Canton de Schwyz

Tarmed	=	Tarif médical
TG	=	Canton de Thurgovie
TI	=	Canton du Tessin
UR	=	Canton d'Uri
VD	=	Canton de Vaud
VS	=	Canton du Valais
VTG	=	Verbands Thurgauer Gemeinden
ZG	=	Canton de Zoug
ZH	=	Canton de Zurich

Bibliographie

- ASI, Association suisse des infirmiers et infirmières (2015): Coût totaux des soins infirmiers indépendants selon les cantons 2015. www.sbk.ch/fileadmin/sbk/service/frei-berufliche_pfleger/docs/2015_01_14_en_Pflegevollkosten_nach_Kantonen_fr.pdf. Consulté le 01.03.2016.
- Brändle, Thomas; Colombier, Carsten; Philipona, Arabela et AFF (2016): Perspectives à long terme des finances publiques en Suisse. Berne.
- Colombo, Francesca; Llana-Nozal, Ana; Mercier, Jérôme et Tjadens, Frits (2011): Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care. OECD Health Policy Studies. OECD Publishing. [dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en](https://doi.org/10.1787/9789264097759-en).
- Comparis (2015b): comparatif des impôts. fr.comparis.ch/steuern/steuervergleich/default.aspx. Consulté le: 15.12.2015.
- Conférence suisse des institutions d'action sociale (CSIAS) (2014): Monitoring aide sociale. Berne.
- Cosandey, Jérôme (2014): Vers un nouvel équilibre entre les générations – Propositions pour une société qui vieillit. Zurich: Avenir Suisse et Verlag Neue Zürcher Zeitung.
- Credit Suisse (2015): analyse séparée pour Avenir Suisse dans le cadre de la publication «Die Zukunft des Pflegeheimmarkts» par Christen et al. (2015). Zurich.
- Dutoit, Laure; Füglistler-Dousse, Sylvie; Pellegrini, Sonia (2016): Soins de longue durée dans les cantons: un même défi, différentes solutions. Evolutions 2006–2013. Neuchâtel: Obsan.
- EC, European Commission (2014): Health status indicators. Heidi Data tools. ec.europa.eu/health/indicators/echi/index_en.htm. Consulté le: 22.04.2014
- Eling, Martin (2013): Generationensolidarität in der Krankenversicherung. Dans: I.VW HSG Schrift enreihe; 52. St. Gallen: Verlag Institut für Versicherungswirtschaft der Universität St. Gallen.
- Gächter, Thomas; Filippo, Martina (2016): Grundfragen zu einer schweizerischen Pflegeversicherung. Dans: Pflegerecht – Pflegewissenschaft, 1: 35–40.
- Obsan, Observatoire suisse de la santé (2015): Offre et recours aux structures intermédiaires pour personnes âgées en Suisse. Appel d'offre. Neuchâtel.
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS) (2015a): Statistique des prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI 2014 – Tableaux détaillés. Berne.
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS) (2015b): EL-Ausgaben nach Versicherungszweig, Wohnsituation und Kanton, Schätzung. Evaluation spéciale pour Avenir Suisse. Berne.
- Office fédéral de la statistique (OFS) (2015a): Spitex-Statistik 2014. Synthese nach Leistungserbringertyp. Tabelle su-d 14.03.04.02-10.1. Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique (OFS) (2015b): Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) 2014 – Provisorische Standardtabellen su-d-14.03.03-sm-2014–01. Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique (OFS) (2015c): Population résidente permanente selon l'âge et indicateurs de vieillissement par canton, au 31.12.2014 (STATPOP). Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique (OFS) (2015f): Niveau des salaires – par grandes régions. Enquête suisse sur la structure des salaires. www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03/04/blank/key/lohnstruktur/nach_grossregion.html.html. Consulté le: 14.12.2015.

- Office fédéral de la statistique (OFS) (2015i): Loyer moyen des logements de locataires et de coopérateurs selon le nombre de pièces (en francs). www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/09/03/blank/key/mietpreise/nach_zimmerzahl.html. Consulté le: 15.12.2015.
- Office fédéral de la statistique (OFS) (2016c): Tables de mortalité pour la Suisse 1998/2003 www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/dos/la_mortalite_en_suisse/tab1.html. Consulté le: 09.03.2016.
- Organisation de coopération et de développement (OCDE) (2016): OCDE Stat: health status. stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=HEALTH_STAT&lang=en#. Consulté le: 04.03.2016.
- Perez, Josef (2012): Altersstruktur und Steuerertrag. Office de statistique du canton de Zurich. Dans: Statistik.info, 1. Zurich.
- Schürch, David; Winkler, Jürg (2014): Inländisches Fachkräftepotential in Spitälern, Kliniken und Pflegeinstitutionen. In: Schweizerische Ärztezeitung, 95:49.
- Trottmann, Maria; Vaterlaus, Stephan; Telsler, Harry; Übelhart, Tobias (2016): Finanzierung der Langzeitpflege aus ökonomischer Sicht. In: Pflegerecht – Pflegewissenschaft, 1: 29–32.
- Weaver, France; Jaccard-Ruedin, Héléne; Pellegrini, Sonia; Jeanrenaud, Claude (2008): Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en suisse. Observatoire suisse de la santé (Obsan), Neuchâtel.

Genève

Route des Acacias 47
1227 Les Acacias/Genève
Tel +41 22 749 11 00

Zurich

Rotbuchstrasse 46
8037 Zürich
Tel +41 44 445 90 00
Fax +41 44 445 90 01

www.avenir-suisse.ch
info@avenir-suisse.ch