



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

ECOPLAN

Forschung und Beratung
in Wirtschaft und Politik



Repubblica e Cantone
Ticino

Soins de longue durée Comparaison des coûts par cas dans le Canton du Tessin

H. Jaccard Ruedin, Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel

Michael Marti, Heini Sommer, Kathrin Bertschy, Bureau d'études Ecoplan, Berne

Christian Leoni, Dipartimento della sanità e della socialità, Bellinzona

Observatoire suisse de la santé

Neuchâtel, Janvier 2010

Table des matières

Table des matières	2
Liste des abréviations	3
Riassunto	5
Résumé	9
Zusammenfassung	13
1 Introduction	15
1.1 Contexte	15
1.2 Objectif	16
1.3 Approche choisie.....	16
1.4 Partenaires et organisation du projet.....	16
1.5 Structure du rapport	17
2 Presentazione delle cure di lunga durata nel Cantone Ticino	19
2.1 Panorama generale della situazione odierna	19
2.2 Popolazione e struttura regionale nell'ambito della presa a carico per le cure di lunga durata	20
2.3 La base legale del regime odierno di finanziamento delle cure di lunga durata.....	21
3 Cadre général de l'étude	25
3.1 Institutions et patients sélectionnés	25
3.2 Coûts considérés	25
3.3 Outils d'évaluation des besoins et de la charge de travail.....	26
3.4 Principe de la comparaison.....	26
3.5 Limites de cette approche	28
4 Evaluation de la charge de travail pour les soins	31
4.1 Caractéristiques des cas retenus.....	31
4.2 Evaluation de la charge de travail pour les soins selon le type de prise en charge (SASD vs EMS).....	33
4.3 Evaluation de la charge de travail selon le niveau professionnel (SASD vs EMS)	34
4.4 Analyse des cas jugés trop lourds pour une prise en charge à domicile.....	36
5 Estimation des coûts par cas	37
5.1 Données disponibles et hypothèses de travail	37
5.2 Estimation des coûts/cas par type de prise en charge (SASD vs EMS)	38
6 Synthèse et conclusion	43
7 Références	47
8 Annexes	49
8.1 Partenaires du projet.....	50
8.2 Allegato statistico	52
8.3 Sélection des cas de l'étude	56
8.4 Méthode de comparaison	58
8.5 Annexe XX. Répartition des coûts totaux/cas selon l'agent de financement et le type d'institution	64

Liste des abbréviations

ACS	Reparti ad alto contenuto sanitario
AUX	Personnel auxiliaire (assistente di cura, ausiliaria di cura, ausiliaria ACD)
CPA	Casa per Anziani
DASF	Divisione dell'azione sociale e delle famiglie
DSS	Dipartimento della sanità e della socialità
EMS	Etablissements médico-sociaux
INF	Infirmière diplômée (infermiera diplomata)
LACD	Legge sull'assistenza e cura a domicilio
Lanz	Legge anziani
OSS	Infirmière assistante (Operatrice Socio-Sanitaria, ex-assistente geriatrica)
RAI-HC	Resident assessment instrument – home care
RAI-NH	Resident assessment instrument – nursing home
SACD	Servizio d'assistenza e cura a domicilio
SASD	Services d'aide et de soins à domicile
SSEAS	Sezione del sostegno a enti e attività sociali

Riassunto

Contesto e obiettivo

Questo studio è stato realizzato su incarico della Divisione dell'azione sociale e delle famiglie (DASF) del Dipartimento della sanità e della socialità (DSS) del Cantone Ticino e illustra alcuni aspetti finanziari nell'ambito delle cure di lunga durata ticinesi. A tal fine confronta i costi complessivi di una presa a carico da parte dei servizi di assistenza e cura a domicilio (SACD) con quelli di una presa a carico in istituti per anziani medicalizzati. Finora i raffronti dei costi per singolo caso nel campo delle cure di lunga durata si sono svolti a livello macroeconomico e risultavano distorti per due ragioni:

- Nella presa a carico in un istituto per anziani medicalizzato o presso i SACD la struttura dei costi complessivi non comprende le stesse prestazioni. Nel caso dei SACD, in particolare, le prestazioni a carico delle economie domestiche non sono incluse nel computo dei costi.
- Risulta una distorsione di selezione, in quanto il bisogno di cure dei beneficiari delle due forme di presa a carico è molto diverso: i clienti dei SACD sono più autonomi degli ospiti in istituti per anziani medicalizzati. I beneficiari delle due forme di presa a carico non sono quindi paragonabili.

L'obiettivo di questo studio è procedere a un raffronto adeguato tra le due principali forme di cure di lunga durata ticinesi, tenendo conto dell'insieme dei costi, compresi i costi di vitto, alloggio e sostegno sociale.

Metodologia

Il metodo utilizzato si basa su un approccio individuale piuttosto che macroeconomico: un approccio innovativo, adottato per la prima volta nell'ambito di un progetto pilota realizzato dalla società di ricerca Ecoplan e dalla Scuola universitaria professionale della Svizzera nordoccidentale (HES-Nordwestschweiz) per Spitex-Berna, in collaborazione con due istituti per anziani medicalizzati della Città di Berna («Diakonissenhaus Bern» e «Domicil für Senioren»). A pazienti provenienti dall'ambito delle cure di lunga durata sono proposte, in modo fittizio, le due forme di presa a carico: in istituto e a domicilio. In tal modo è migliorata la comparabilità delle due prese a carico ed evitata la distorsione di selezione tipica delle cure di lunga durata. Comprendendo i costi complessivi, questo approccio metodologico offre una prospettiva oggettiva e indipendente del fabbisogno di cura dei beneficiari e pone in una nuova luce le peculiarità delle due forme di presa a carico.

Lo studio è basato su di un campione di venti pazienti rappresentativi nell'ambito delle cure di lunga durata nel Cantone Ticino: una metà usufruisce dei SACD, l'altra delle prestazioni di istituti per anziani medicalizzati. Poiché questa analisi si basa unicamente sull'esame dei dossier anonimi dei pazienti senza che questi ultimi siano veramente coinvolti, il termine "caso" è preferibile al termine "paziente".

I costi per caso vengono calcolati su base mensile e sono suddivisi in quattro categorie:

- i costi delle cure;
- i costi degli spostamenti (solamente per i SACD);
- i costi di pensione (vitto, alloggio e pulizie);
- i costi di sostegno sociale.

Nella **prima fase**, gli esperti addetti alla cura dei pazienti descrivono in maniera esaustiva lo stato di salute e il fabbisogno di presa a carico dei venti casi.

In una **seconda fase**, le venti descrizioni vengono sottoposte a dodici esperti, provenienti per metà dai SACD e per metà dagli istituti per anziani medicalizzati. Gli esperti valutano per ogni singolo caso il carico di lavoro per la presa a carico di questa persona da parte della loro istituzione: gli esperti degli istituti per anziani medicalizzati per la presa a carico in una casa per anziani, gli esperti dei SACD per l'assistenza a la cura a domicilio. L'onere generato è espresso prima in termini di frequenza per ciascun servizio offerto, poi in termini di carico di lavoro (in minuti) per figura professionale. Terminata questa operazione, ogni caso presenta due forme di presa a carico: una da parte dei SACD e l'altra da parte degli istituti per anziani medicalizzati. In tal modo le due forme potranno essere confrontate.

Nella **terza fase** vengono calcolati i costi di cura: il carico di lavoro mediano per ogni singolo caso (stimato dai dodici esperti per le due forme di presa a carico) è moltiplicato per il salario orario della figura professionale coinvolta, basato su di un salario lordo annuo standard (con oneri sociali), e in aggiunta per i SACD, dai costi per gli spostamenti. Questi ultimi sono estratti dalla contabilità annuale dei SACD, disponibile presso la Sezione del sostegno a enti e attività sociali della DASF.

Nella **quarta fase** vengono stimati i costi complessivi, aggiungendo ai costi delle cure i costi delle altre posizioni.

- Per gli istituti per anziani medicalizzati i costi delle altre posizioni sono gli stessi per ogni singolo individuo. Sono calcolati sulla base della contabilità annuale 2008 dei sei istituti per anziani medicalizzati ticinesi coinvolti nel progetto, disponibile presso la SSEAS. Si tiene conto dei costi del personale non-infermieristico (personale amministrativo, direttore, medico -nella sua qualità di direttore dell' équipe sanitaria-, personale terapeutico e tecnico), del materiale, dei pasti, della manutenzione dell'edificio e dei costi d'investimento. Con tale approccio i costi di pensione e sostegno sociale non possono essere distinti. Essi ammontano a CHF 4'350.- / caso e per mese.
- Per quanto riguarda l'assistenza e cura a domicilio, i calcoli sono più complessi:

I costi "overhead" dei SACD sono calcolati sulla base della contabilità annuale 2008 dei sei servizi coinvolti nel progetto. Essi rappresentano il 22 per cento dei costi salariali lordi (con oneri sociali) del personale curante attivo presso questi servizi.

I costi per l'alloggio sono gli stessi per ogni caso e sono stimati sulla base dell'importo mensile (massimo) delle prestazioni complementari versate in Ticino.

I costi per il sostegno sociale dipendono dal fabbisogno di cura: più una persona ha bisogno di cure, più importante diventa l'aiuto informale. Sono spesso parenti o dipendenti non qualificati a dare questo aiuto. Nell'ambito di questo progetto è stato deciso di "monetizzare" l'aiuto informale sulla base di un salario mensile standard versato ad un dipendente informale ("badante"), in cui il costo lordo medio è stimato in CHF 3'740.- / mese (con oneri sociali). Un tale aiuto informale è attribuito in maniera arbitraria a tutti i casi originari degli istituti per anziani medicalizzati, così come ai tre casi più complessi in provenienza dai SACD.

I costi dei pasti e dei lavori domestici dipendono dalla presenza o meno di un aiuto informale remunerato. In assenza di tale aiuto i costi mensili vengono stimati in CHF 885.-. Se tale aiuto è assicurato da un dipendente, invece, i costi sono stimati in CHF 645.-.

Risultati

Tenendo conto della dimensione del campione, i risultati per il Ticino sono da considerare indicativi, ma il campione è troppo ridotto per trarre conclusioni a livello nazionale. Tuttavia, i risultati ottenuti sono del tutto analoghi a quelli dello studio pilota effettuato nella Città di Berna.

Carico di lavoro: Per ogni singolo caso, il carico di lavoro derivante dalla cura delle persone è analogo sia negli istituti per anziani medicalizzati che nei SACD. Il tipo di assistenza, SACD o istituto per anziani medicalizzato, ha quindi poca influenza sul carico di lavoro. L'elemento determinante è il grado di dipendenza funzionale del beneficiario e il suo fabbisogno di cure.

Su venti casi selezionati, quattro sono considerati dei casi "limite", in cui si manifesta una sovrapposizione del carico di lavoro necessario alla cura tra i casi più complessi in provenienza dai SACD e i casi più leggeri originari degli istituti per anziani medicalizzati. Per questi casi la scelta del luogo di presa a carico sembra essere determinata dal grado di dipendenza funzionale nonché dall'aiuto informale disponibile.

Skill-mix implicati: Per principio, le prestazioni infermieristiche sono erogate da parte di personale più qualificato rispetto a quello che offre cure di base. Tuttavia, le figure professionali implicate sono diverse a seconda del luogo di presa a carico. Negli istituti per anziani medicalizzati, poiché tutte le figure professionali sono presenti in maniera simultanea, l'infermiera/e responsabile può delegare certi compiti che non richiedono le sue competenze a personale meno qualificato.

Nei SACD, invece, il livello della figura professionale inviata presso un cliente è determinato dal tipo di prestazioni infermieristiche richiesto, poiché una sola persona alla volta visita un cliente assumendosi la responsabilità. Se delle cure di base sono necessarie contemporaneamente a delle prestazioni infermieristiche, la possibilità di delegare l'incombenza delle cure di base a del personale meno qualificato è limitata: esse dovranno essere erogate da parte del personale formato per le prestazioni infermieristiche.

Pertanto, negli istituti per anziani medicalizzati il personale più sollecitato è il personale ausiliario, mentre nei SACD sono le operatrici e gli operatori socio-sanitari. In altri termini, rispetto agli istituti per anziani medicalizzati, il margine di manovra dei SACD per adeguare le competenze ai bisogni dei clienti è ristretto, ciò che influisce a sua volta sui costi delle cure ambulatoriali.

Costi delle cure: I costi per le due forme di presa a carico sono proporzionali al fabbisogno di cure. Tuttavia, sono più elevati per una presa a carico da parte dei SACD rispetto a quella degli istituti per anziani medicalizzati. Ciò è da ricondurre in parte ai costi di trasporto che nei SACD si aggiungono ai costi delle cure. La differenza persiste, anche se sono esclusi dal calcolo i costi di trasporto, situazione che indica l'importanza dell'influenza dello skill-mix sui costi delle cure.

Costi complessivi: Anche per i costi complessivi l'elemento determinante resta il fabbisogno di cure, che influisce sui costi e sul luogo di presa a carico. Più il caso diventa complesso, più aumenta la parte dei costi attribuibili alle cure. La presa a carico in un istituto per anziani medicalizzato risulta più efficiente per i casi complessi, la presa a carico a domicilio più efficiente per i casi leggeri. In altri termini, se si tiene conto dei costi complessivi e si elimina la distorsione di selezione specifica delle cure di lunga durata - assumendo che i casi più leggeri vengano curati a domicilio e che i casi

complessi vengano curati negli istituti per anziani medicalizzati - si constata che più un caso è complesso, più caro diventa il mantenimento a domicilio.

Complementarità tra istituti per anziani medicalizzati e SACD: Esaminando il luogo di presa a carico dei venti casi selezionati, si nota che i casi complessi provengono dagli istituti per anziani medicalizzati e i casi più leggeri dai SACD, salvo tre casi relativamente complessi. Questi ultimi sono curati a domicilio, ma beneficiano di un importante aiuto informale. Ciò evidenzia la complementarità tra SACD e istituti per anziani medicalizzati, che rispondono a bisogni diversi. Per i casi complessi, il mantenimento a domicilio non è possibile che in presenza di un aiuto informale importante e, oltre un certo grado di fabbisogno di cure, una presa a carico da parte dei SACD risulta irrealistica.

Conclusione

I risultati della presente analisi si basano su un campione di venti casi nell'ambito delle cure di lunga durata ticinesi. Sebbene corroborano i risultati ottenuti precedentemente in un progetto pilota condotto per Spitex-Berna con lo stesso approccio metodologico, sono necessari dei lavori supplementari per trarre delle conclusioni sul piano nazionale.

Confrontando i costi e tenendo conto del fabbisogno di cure dei pazienti nonché dei costi complessivi, si nota che i costi dipendono in primo luogo dal fabbisogno di cure del beneficiario e non dal tipo di presa a carico.

I costi delle cure sono più elevati per una presa a carico a domicilio per via dei costi di spostamento, ma anche a causa dello skill-mix più elevato del personale coinvolto. Prendendo in esame i costi complessivi, includendo i costi di pensione (vitto, alloggio e pulizie) e di sostegno sociale, per i casi complessi la presa a carico in un istituto per anziani medicalizzato è più efficiente di quella a domicilio. Per i casi leggeri, invece, vale il contrario.

I risultati presentati lasciano supporre che la strategia adottata dal Cantone Ticino nell'ambito delle cure di lunga durata sia coerente. Da un lato, permette a casi relativamente complessi di restare a domicilio, purché abbiano a disposizione un importante aiuto informale. Dall'altro, offre ai casi più complessi una presa a carico più efficiente, ossia in un istituto per anziani medicalizzato.

Résumé

Contexte et objectif

Cette étude, réalisée sur mandat de la «Divisione dell'azione sociale e delle famiglie» (DASF) du Canton du Tessin, documente certains aspects financiers des soins de longue durée, en comparant les coûts totaux d'une prise en charge par les soins à domicile (SASD) à ceux d'une prise en charge en établissement médico-sociaux (EMS). Jusqu'à présent, les comparaisons des coûts par cas dans le domaine des soins de longue durée ont généralement été réalisées à un niveau macro-économique et elles restaient biaisées pour deux raisons :

- La structure des coûts totaux n'englobe pas les mêmes prestations, pour une prise en charge en EMS ou par les SASD. En particulier, les prestations à la charge des ménages privés ne sont pas incluses dans le calcul des coûts par cas pour les SASD.
- Il existe un biais de sélection, car les besoins en soins des bénéficiaires de ces deux formes de prise en charge sont très différents : les clients des SASD sont plus autonomes que les pensionnaires des EMS. Les bénéficiaires des deux formes de prise en charge ne sont donc pas comparables.

L'objectif de cette étude est de procéder à une comparaison équitable de ces deux principaux services de soins de longue durée du Tessin, en tenant compte de l'ensemble des coûts encourus, y compris les coûts d'hébergement, d'hôtellerie et du soutien social.

Méthode

La méthode utilisée repose sur une approche individuelle plutôt que macro-économique. C'est une approche novatrice, initialement mise sur pied dans le cadre d'un projet-pilote réalisé pour Spitex-Bern, en collaboration avec deux EMS de la ville de Berne (« Diakonissenhaus Bern » et « Domicil für Senioren »), par le bureau Ecoplan et la HES-Nordwestschweiz. En proposant de manière fictive à des patients issus de ces deux institutions de soins de longue durée, les deux formes de prise en charge, elle améliore la comparabilité des deux prises en charge et permet d'éviter le biais de sélection spécifique aux soins de longue durée. Comme elle englobe la totalité des coûts, elle offre ainsi une perspective équitable et indépendante du degré de besoins en soins des bénéficiaires et apporte un nouvel éclairage sur les spécificités de chaque type de prise en charge.

L'étude porte sur un échantillon de vingt patients représentatifs des soins de longue durée du Canton du Tessin, provenant pour moitié des SASD et pour moitié des EMS. Comme cette analyse repose uniquement sur l'analyse de leurs dossiers anonymes sans que les patients réels n'aient été impliqués, le terme de « cas » est préférable à celui de « patient ».

Les coûts par cas sont calculés sur une base mensuelle. Ils sont classés en quatre catégories :

- les coûts des soins,
- les coûts des déplacements (uniquement pour les SASD),
- les coûts de la pension (repas, ménage et frais de logement),
- les coûts du soutien social.

La **première étape** consiste à décrire de manière exhaustive l'état de santé et les besoins en soins et en services de ces vingt cas, par les experts en soins en charge des patients.

Dans une **seconde étape**, les vingt descriptions sont alors soumises à l'avis de douze experts, issus pour moitié des SASD et pour moitié des EMS. Ces experts évaluent pour chaque cas, quelle charge de travail serait nécessaire pour une prise en charge par leur institution : les experts issus des EMS offrent donc une prise en charge en EMS, ceux issus des SASD en offre une à domicile. La prise en charge est exprimée d'abord en termes de fréquence de chaque service par figure professionnelle, puis en termes de charge de travail (minutes) par figure professionnelle. Cette étape aboutit, pour chaque cas sélectionné, à deux prises en charge, une par les SASD et une en EMS, qui pourront être comparées.

Dans la **troisième étape**, le coût des soins est alors estimé à partir de la charge de travail médiane (estimée pour les deux prises en charge par les douze experts) multipliée par le salaire-horaire des professionnels concernés. Celui-ci est obtenu à partir du salaire annuel brut et, pour les SASD, des coûts de déplacements. Ils sont calculés à partir de la comptabilité annuelle de ces institutions, disponibles auprès de la «Sezione del sostegno a enti e attività sociali» de la DASF.

La **quatrième étape** consiste à estimer les coûts totaux, en ajoutant aux coûts des soins les coûts des autres rubriques.

- Pour les EMS, les coûts des autres rubriques représentent un même montant pour chaque individu, calculé pour les six établissements concernés par ce projet à partir de la comptabilité annuelle des EMS tessinois pour 2008.. Les autres coûts incluent les coûts du personnel non soignant (personnel administratif, hôtelier, médecin –dans sa qualité de directeur de l'équipe sanitaire-, thérapeutique et technique), du matériel, des repas, de l'entretien du bâtiment et des frais d'investissement. Avec cette approche, les coûts de pension et du soutien social ne sont pas dissociables. Ils s'élèvent à CHF 4'350.-/cas et par mois.

- Pour une prise en charge à domicile, les estimations sont plus complexes :

Les coûts overhead des SASD sont estimés à partir de la comptabilité annuelle 2008 de ces institutions. Ils représentent le 22% du coût des salaires bruts (y compris les charges sociales) du personnel soignant.

Les coûts de logement sont les mêmes pour chaque cas et sont estimés sur la base du montant mensuel (maximal) des prestations complémentaires versées au Tessin.

Le coût du soutien social est dépendant du degré de besoin en soins : plus une personne à besoin de soins et plus l'aide informelle prend de l'importance. Cette aide est fournie soit par des proches soit par des employés non qualifiés. Dans le présent projet il a été décidé de « monétariser » cette aide informelle en se basant sur un salaire mensuel standard, dans lequel le coût brut moyen des employé/-es informels/-les est estimé à CHF 3'740.-/mois. De manière arbitraire, une telle aide informelle est attribuée à tous les cas issus des EMS ainsi qu'aux trois cas les plus complexes des SASD.

Le coût des repas et de l'entretien domestique dépend de la présence ou non d'employé/-e de maison fournissant une aide informelle rémunérée. En l'absence d'une telle aide, les coûts

mensuels sont estimés à CHF 885.-. En présence d'un/-e employé/-e, ces coûts sont estimés à CHF 645.-.

Résultats

Compte tenu de la taille de l'échantillon, les résultats peuvent être considérés comme indicatifs pour le Tessin mais l'échantillon est trop petit pour permettre des conclusions à l'échelon de la Suisse. Néanmoins, les résultats obtenus sont tout à fait analogues à ceux de l'étude pilote menée dans la ville de Berne.

Charge de travail : Pour chaque cas, la charge de travail des soins pour une prise en charge en EMS ou par les SASD est comparable. Le type de prise en charge, SASD ou EMS, a donc peu d'influence sur la charge de travail et l'élément déterminant est le degré de dépendance fonctionnelle du bénéficiaire et son besoin en soins.

Sur vingt cas sélectionnés, il existe un chevauchement dans la charge de travail nécessaire pour soigner les bénéficiaires des SASD les plus complexes et les pensionnaires des EMS les plus légers, soit pour quatre cas considérés comme des cas « limites ». Pour ces cas, le lieu de prise en charge semble déterminé par le degré de dépendance fonctionnelle mais aussi par l'aide informelle disponible.

Skill mix impliqué : En principe, les soins médicaux sont délivrés par du personnel plus qualifié que les soins corporels. Néanmoins, les figures professionnelles impliquées diffèrent selon le lieu de la prise en charge :

- Dans les EMS, comme tous les niveaux professionnels sont présents simultanément, l'infirmière/-ère responsable peut déléguer les tâches ne requérant pas ses compétences à du personnel moins qualifié.
- Dans les SASD, le niveau professionnel de la personne envoyée chez un client est déterminé par le type de soins médicaux à délivrer car une seule personne à la fois visite un client et elle doit en assumer la responsabilité. Si des soins corporels sont nécessaires en même temps que des soins médicaux, la possibilité de déléguer les soins corporels à du personnel moins qualifié est limitée et ceux-ci seront fournis par le personnel formé pour des soins médicaux.

C'est pourquoi, dans les EMS, le personnel le plus sollicité est le personnel de niveau auxiliaire, tandis que dans les SASD, ce sont les infirmiers/-ères-assistant/-es. En d'autres termes, par rapport aux EMS, la marge de manœuvre des SASD pour ajuster les compétences aux besoins des clients est restreinte, situation qui a des implications sur les coûts des soins ambulatoires.

Coûts des soins : Dans les deux types de prise en charge, ils sont proportionnels au besoin en soins. Ils sont cependant plus élevés pour une prise en charge par les SASD qu'en EMS. Ceci s'explique en partie par le coût des transports qui s'ajoute au coût des soins des SASD. La différence persiste lorsque l'on exclut de l'analyse le coût des transports, indiquant un rôle majeur de l'influence du skill-mix sur le coût des soins.

Coûts totaux : Si l'on examine les coûts totaux, l'élément déterminant reste le degré de besoins en soins, qui influence le niveau des coûts et le lieu de la prise en charge. Plus un cas devient complexe, plus la part des coûts attribuables aux soins augmente. Une prise en charge en EMS s'avère plus

efficace pour les cas complexes et une prise en charge à domicile est plus efficace pour les cas légers. En d'autres termes, si l'on tient compte de la totalité des coûts et que l'on peut éliminer le biais de sélection spécifique aux soins de longue durée -impliquant que les cas plus légers sont pris en charge à domicile et les cas complexes en EMS- on constate que plus un cas devient complexe, plus le maintien à domicile devient coûteux.

Complémentarité des EMS et des SASD : En examinant la provenance des vingt cas sélectionnés, on constate que les cas complexes proviennent des EMS et que les cas plus simples des SASD, avec néanmoins trois cas relativement complexes pris en charge à domicile mais bénéficiant d'une aide informelle importante. Ceci met en évidence le rôle complémentaire des SASD et des EMS qui répondent à des besoins en soins différents. Pour les cas complexes, le maintien à domicile n'est possible qu'en présence d'aide informelle importante et, au-delà d'un certain degré de besoins en soins, une prise en charge par les SASD s'avère irréaliste.

Conclusion

Ces résultats reposent sur l'analyse d'un échantillon de vingt cas tessinois. Même s'ils corroborent les résultats obtenus dans un projet-pilote réalisé par Spitex-Bern avec la même approche, des travaux supplémentaires sont nécessaires pour tirer des conclusions à l'échelon national.

Lorsque l'on compare les coûts par cas de ces deux formes de prise en charge des soins de longue durée en recourant à une approche qui tienne compte du besoin en soins des patients et qui englobe la totalité des coûts, on constate que les coûts dépendent d'abord du degré de besoins en soins du bénéficiaire et non du type de prise en charge.

Les coûts des soins sont plus élevés lors d'une prise en charge à domicile en raison des coûts de déplacement mais aussi du fait du skill-mix plus élevé du personnel impliqué. En examinant les coûts totaux, englobant les coûts de pension et du soutien social, une prise en charge en EMS est plus efficace qu'une prise en charge à domicile pour les cas complexes tandis que l'inverse s'observe pour les cas légers.

Les résultats présentés laissent supposer que la stratégie choisie par le Canton du Tessin pour les soins de longue durée est cohérente. D'une part, elle permet à des cas relativement complexes de rester à domicile, situation qui ne reste possible qu'en présence d'aide informelle importante. D'autre part, elle offre aux cas les plus complexes la prise en charge la plus efficace, à savoir celle en EMS.

Zusammenfassung

1 Introduction

1.1 Contexte

Le vieillissement démographique, la hausse des maladies chroniques et la hausse du nombre de personnes âgées dépendantes représentent de gros défis pour les autorités chargées d'assurer la qualité et l'accessibilité des soins pour tous, tout en en garantissant le financement. Dans ce contexte, le processus de planification des infrastructures et des services représente un outil de pilotage, qui permet aux autorités d'estimer l'évolution des besoins de la population, de prévoir les ressources à déployer pour y répondre de la manière la plus adéquate et d'ajuster les scénarios choisis.

La planification des services d'aide et de soins à domicile au Tessin est ancrée dans une loi adoptée par le parlement en 1997 (« Legge sull'assistenza e cura a domicilio », LACD). Cette loi soutient le développement des services d'aide et de soins à domicile (SASD). Cette stratégie avait été décidée en tenant compte de la préférence de la population pour rester à domicile le plus longtemps possible et de critères économiques, les soins à domicile étant considérés comme étant plus efficaces que les soins en EMS.

Lors de l'évaluation de la planification 2006-2009, la « Commissione speciale sanitaria sulla Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio » a demandé au Conseil d'Etat Tessinois de mieux documenter certains aspects financiers des soins de longue durée. La commission a en particulier recommandé d'approfondir la question des coûts, en comparant les coûts totaux d'une prise en charge par les soins à domicile à ceux d'une prise en charge en EMS – en tenant compte aussi des coûts engendrés par d'autres rubriques que les soins¹.

La « Divisione dell'azione sociale e delle famiglie, Sezione del sostegno a enti e attività sociali » (DASF), a contacté l'Observatoire suisse de la santé afin de répondre à cette question. Par définition, les personnes hébergées en EMS ne sont pas comparables à des personnes traitées à domicile et il n'existe pas de publications scientifiques sur lesquelles se reposer. En Suisse, les travaux disponibles dans lesquels les coûts des deux formes de prise en charge sont comparés, sont inéquitables dans le sens qu'ils se basent généralement sur les coûts totaux pour les EMS et les coûts des soins pour les SASD, tenir compte des frais de pension. Seul un projet-pilote réalisé pour Spitex-Bern, en collaboration avec deux EMS de la ville de Berne (« Diakonissenhaus Bern » et « Domicil für Senioren »), par le bureau Ecoplan et la HES-Nordwestschweiz, a proposé une approche originale pour aborder cette question². L'Observatoire suisse de la santé a donc proposé au mandant de s'associer au bureau Ecoplan pour appliquer leur méthode au contexte tessinois et réaliser ce projet en partenariat.

¹ Rapporto della Commissione speciale sanitaria sulla Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio 2006-2009, 28 juin 2007. Approuvé par le Parlement par décret législatif le 22 octobre 2007.

² «Pflege im Alter - Studie im Auftrag von Spitex Bern, Domicil Bern und Diakonissenhaus Bern», Ecoplan, 2007

1.2 Objectif

L'objectif de cette étude est de réaliser une comparaison équitable des deux principaux services de soins de longue durée du Tessin (établissement médico-social et services d'aide et de soins à domicile). L'efficacité porte sur l'ensemble des coûts encourus, y compris les coûts d'hébergement, d'hôtellerie et du soutien social. La comparaison permet d'évaluer la cohérence de l'offre disponible au Tessin.

1.3 Approche choisie

Dans le domaine des soins de longue durée, de telles comparaisons sont difficiles car la population à qui ils se destinent est hétérogène à deux niveaux :

- Les bénéficiaires diffèrent les uns des autres du point de vue de leur état de santé, de leur autonomie, de leurs ressources socioculturelles ou encore du point de vue de leur lieu de vie.
- Les besoins diffèrent d'un individu à l'autre et évoluent dans le temps. Ils regroupent toutes les prestations nécessaires pour maintenir ou restaurer un niveau de qualité de vie optimal compte tenu de l'état de santé et de dépendance fonctionnelle du patient [1]. Il s'agit donc d'une vaste gamme de services, comprenant les soins médicaux et paramédicaux, mais aussi toutes les prestations d'assistance aux « activités de la vie quotidiennes » (par exemple, s'habiller, se laver, se lever du lit, aller aux toilettes, se nourrir), et d'assistance aux « activités instrumentales de la vie quotidienne » (telles que téléphoner, payer les factures, faire les courses, préparer les repas, prendre des médicaments, ou faire le ménage).

L'approche choisie dans ce projet reprend la méthode mise sur pied dans le cadre du projet-pilote conduit pour Spitex-Bern. Il s'agit d'une approche fictive, basée sur l'analyse d'un échantillon de dossiers anonymes. Elle est novatrice puisqu'elle propose de comparer les prises en charge plutôt que les patients. Des bénéficiaires représentatifs des soins de longue durée se voient offrir deux prises en charge, définies à partir de leurs besoins en soins : une prise en charge en EMS et une prise en charge à domicile. Ce sont alors ces deux prises en charge, destinées au même patient, qui sont comparées, en examinant les coûts des soins et les coûts totaux, engendrés par chaque prise en charge.

1.4 Partenaires et organisation du projet

Les mandataires, Ecoplan et l'Obsan ont conduit ce projet en partenariat. Ils ont nécessité la collaboration de nombreuses personnes du Canton du Tessin, issues des soins de longue durée et de leur administration au niveau cantonal.

Les partenaires issus des services cantonaux en charge des services de soins de longue durée ou en charge de la santé ont constitué le groupe d'accompagnement du projet et le groupe de sélection des institutions et des patients. Douze experts en soins, provenant des institutions sélectionnées, ont pour

leur part constitué le groupe d'évaluation des cas. Ces derniers ont reçu un mandat explicite des autorités cantonales pour participer à ce projet (Annexe 1).

1.5 Structure du rapport

Le chapitre deux décrit l'organisation actuelle des soins de longue durée dans le Canton du Tessin et les priorités qui ont été mises ces dernières années dans ce domaine. Le chapitre trois décrit brièvement le cadre de l'étude, les institutions retenues, les outils utilisés pour l'évaluation des besoins des patients et l'approche méthodologique retenue, sans entrer dans les détails car la méthodologie détaillée figure en annexe. Les deux chapitres suivant sont consacrés aux résultats de l'analyse : évaluation des besoins et de la charge de travail des soins dans le chapitre quatre, estimation des coûts engendrés et comparaison des coûts par cas, pour une prise en charge en EMS et par les SASD dans le chapitre 5. Les coûts des soins sont examinés séparément des coûts totaux. Une synthèse des résultats et les conclusions sont présentées dans le chapitre 6.

2 Presentazione delle cure di lunga durata nel Cantone Ticino

2.1 Panorama generale della situazione odierna

Il settore delle cure di lunga durata in favore della popolazione anziana del Cantone Ticino presenta attualmente un'offerta variegata, sia dal punto di vista della presa a carico stazionaria, sia per quanto concerne la presa a carico domiciliare.

Nell'ambito dell'offerta stazionaria, a fine 2008 erano censiti 67 istituti per anziani medicalizzati: 55 istituti sussidiati e 12 non sussidiati in base alla *“Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il sussidiamento delle attività sociali a favore delle persone anziane del 25 giugno 1973”* (Legge anziani, Lanz).

Per quanto riguarda la presa a carico domiciliare, in Ticino esistono sei servizi d'assistenza e cura a domicilio d'interesse pubblico (SACD) (cure infermieristiche e servizio di economia domestica), coadiuvati dai rispettivi servizi d'appoggio (sostegno per ammalati e per alcolisti, centri diurni, servizi di trasporto, servizi sociali e di sostegno a utenti e famiglie, servizi per i mezzi ausiliari, servizio di fornitura e distribuzione pasti a domicilio, servizio pédicure), sussidiati in base alla *“Legge sull'assistenza e cura a domicilio del 16 dicembre 1997”* (LACD). Altre due prestazioni predisposte dal Cantone che completano le prestazioni erogate dai SACD riguardano gli aiuti diretti per il mantenimento a domicilio ed i sussidi per ridurre le barriere architettoniche.

Accanto ai sei SACD visti sopra sussiste, inoltre, un importante settore privato per l'assistenza e la cura a domicilio composto, attualmente, da 17 servizi Spitex privati e da ca. 150 infermieri indipendenti con numero di concordato santésuisse e attivi sul territorio.

Per quanto riguarda le nuove forme di presa a carico non medicalizzate, è pure da segnalare la presenza di badanti, fenomeno emergente e non ancora completamente monitorato (secondo un recente sondaggio ne sono state censite più di un centinaio in servizio unicamente presso utenti già seguiti dai SACD).

Un'analisi più dettagliata del settore delle cure di lunga durata per quanto riguarda l'offerta stazionaria in istituti per anziani medicalizzati e l'offerta domiciliare dei SACD, entrambe oggetto del presente studio, è fornita nell'allegato statistico.

L'offerta in questo ambito in Ticino è d'altronde pianificata (anticipazione dei bisogni e programmazione dell'offerta) e coordinata (principio della rete e coordinamento delle risorse) a livello cantonale, al fine di perseguire uno sviluppo sostenibile, garantendo nel contempo i principi di qualità e di economicità.

A questo scopo, i principi pianificatori utilizzati suddividono il territoriale cantonale in sei comprensori (comprensori SACD) ciò che permette di mettere in relazione in modo equilibrato la domanda e l'offerta complessiva di strutture e servizi per la popolazione anziana all'interno di una rete socio-sanitaria regionale integrata.

2.2 Popolazione e struttura regionale nell'ambito della presa a carico per le cure di lunga durata

La popolazione residente permanente al 31 dicembre 2008 in Ticino era composta da 332'736 persone. La popolazione anziana di persone con 65 e più anni rappresentava quasi il 20% della popolazione ticinese, mentre gli ultraottantenni raggiungevano il 5.7% e gli ultranovantenni l' 1.1%.

La dinamica di crescita della popolazione anziana è stata di molto superiore alla media della popolazione ticinese sul periodo 2000-2008, come descritto nella tabella seguente.

Tableau 1 Evoluzione della popolazione residente permanente 2000-2008 nel Cantone Ticino, totale e per le classi d'età 65+/80+/90+

31.12.	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Var. 2000-2008 ass.	in %
Totale	310'215	312'528	315'256	317'315	319'931	322'276	324'851	328'580	332'736	22'521	7.3%
65+	54'701	55'853	56'960	58'121	59'505	61'160	62'904	64'682	66'330	11'629	21.3%
80+	14'876	15'320	15'820	16'131	16'690	17'202	17'870	18'498	18'900	4'024	27.1%
90+	2'784	2'833	3'073	3'147	3'336	3'470	3'615	3'711	3'683	899	32.3%
Quota popolazione anziana sul totale della popolazione											
65+	17.6%	17.9%	18.1%	18.3%	18.6%	19.0%	19.4%	19.7%	19.9%		2.3%
80+	4.8%	4.9%	5.0%	5.1%	5.2%	5.3%	5.5%	5.6%	5.7%		0.9%
90+	0.9%	0.9%	1.0%	1.0%	1.0%	1.1%	1.1%	1.1%	1.1%		0.2%

Fonte: dati 2000-2008, Ustat, elaborazione 14.09.2009

A livello regionale il Cantone Ticino è composto da otto distretti: Leventina, Blenio, Riviera, Bellinzona, Locarno, Vallemaggia, Lugano e Mendrisio. Tuttavia, come già indicato in precedenza, per la **politica di presa a carico di lunga durata in favore della popolazione anziana il Canton Ticino è stato suddiviso**, raggruppando o scorporando parti di alcuni distretti politici, in **sei comprensori** che coincidono con i perimetri di attività dei Servizi di assistenza e cura a domicilio d'interesse pubblico (SACD). Essi sono i seguenti (vedi anche allegato statistico):

- Comprensorio SACD del **Mendrisiotto e Basso Ceresio (AM&BC)**;
- Comprensorio SACD del **Luganese (SCuDo)**;
- Comprensorio SACD del **Malcantone e Vedeggio (MAGGIO)**;
- Comprensorio SACD del **Locarnese e Vallemaggia (ALVAD)**;
- Comprensorio SACD del **Bellinzonese (ABAD)**;
- Comprensorio SACD della **Regione Tre Valli (RTV)**.

Tableau 2 Popolazione residente permanente in Ticino per distretto e per comprensorio SACD a fine 2008

Distretto	Popolazione	Comprensori SACD	Popolazione	65+ (in %)	80+ (in %)	90+ (in %)
Mendrisio	48'672	Mendrisiotto e Basso Ceresio (AM&BC)	52'725	20.6%	5.8%	1.0%
Lugano	140'821	Luganese (SCuDo)	100'270	19.7%	5.7%	1.1%
		Malcantone e Vedeggio (MAGGIO)	37'226	17.6%	4.6%	1.0%
Locarno Vallemaggia	61'814 5'826	Locarnese e Vallemaggia (ALVAD)	66'821	22.3%	6.4%	1.3%
Bellinzona	47'786	Bellinzonese (ABAD)	47'877	17.9%	5.1%	1.0%
Riviera Blenio Leventina	12'282 5'697 9'838	Regione Tre Valli (RTV)	27'817	20.4%	6.0%	1.3%
Cantone TI	332'736		332'736	19.9%	5.7%	1.1%

Fonte: Ustat, 28.08.2009 (T_010203_010) + elaborazione 14.09.2009.

A fine 2008, la quota di popolazione anziana ultrasessantacinquenne più elevata rispetto alla media cantonale si registrava nel comprensorio del Locarnese e Vallemaggia (22.3%), le quote più basse invece nei comprensori del Malcantone e Vedeggio (17.6%) e del Bellinzonese (17.9%). Gli altri comprensori si situavano attorno alla media cantonale (19.9%).

2.3 La base legale del regime odierno di finanziamento delle cure di lunga durata

Gli istituti per anziani e i servizi di assistenza e cura a domicilio in Ticino sono regolati da due leggi cantonali, rispettivamente la *“Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il sussidiamento delle attività sociali a favore delle persone anziane del 25 giugno 1973”* (Legge anziani, Lanz) e la *“Legge sull’assistenza e cura a domicilio del 16 dicembre 1997”* (LACD). Queste due leggi, orientate a definire le condizioni e le modalità di sussidiamento dei due settori da parte dello Stato, sono state profondamente innovate dalla *“Legge sull’introduzione dei nuovi sistemi di sussidiamento a enti, istituti, associazioni, fondazioni e aziende autonome nei settori di competenza del Dipartimento delle opere sociali del 5 giugno 2001”*, che ha sancito la sostituzione del sistema di sussidiamento basato sul concetto di copertura del fabbisogno riconosciuto col sistema dei contratti di prestazione associati all’attribuzione di un contributo globale.

Il nuovo sistema dei contratti di prestazione è stato sviluppato nel corso di un periodo di sperimentazione durato 4 anni (2002-2005), al termine del quale il Consiglio di Stato, con decreto esecutivo del 19 ottobre 2005, ne ha decretata l’entrata in vigore generalizzata in tutto il comparto sociosanitario (case per anziani, servizi di assistenza e cura a domicilio, istituti per invalidi, centri e servizi nel settore delle famiglie) a partire dal 1° giugno 2006. Sulla base dell’esperienza acquisita nei quattro anni di sperimentazione e nel primo anno di introduzione generalizzata dei contratti di prestazione, agli inizi del 2008 si è provveduto quindi a modificare di conseguenza i regolamenti di applicazione delle leggi settoriali di sussidiamento sopra citate.

2.3.1 Pratica dell’accredito delle prestazioni

Per essere riconosciuti ai fini del sussidiamento, ossia per essere legittimati a sottoscrivere un contratto di prestazione con il Cantone, gli istituti per anziani ed i servizi di assistenza e cura a domicilio devono:

- essere in possesso dell’autorizzazione d’esercizio ai sensi della *“Legge (cantonale) sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario del 18 aprile 1989”* (Legge sanitaria). Il rilascio di tale autorizzazione è subordinata, in particolare, alla verifica della conformità ai requisiti di qualità stabiliti dall’Ufficio del medico cantonale: Direttiva sulla qualità del 15 dicembre 2003, per gli istituti per anziani, e Regolamento sui requisiti essenziali di qualità, per i servizi di assistenza e cura a domicilio;
- soddisfare gli ulteriori requisiti richiesti della Lanz e della LACD e dei rispettivi regolamenti di applicazione, in particolare:
 - non devono avere scopo di lucro;

- devono adeguarsi alle esigenze pianificatorie regionali e cantonali (le due più recenti pianificazioni settoriali di riferimento sono: la Pianificazione 2000-2010 della capacità d'accoglienza degli istituti per anziani nel Cantone Ticino, Bellinzona 2003, e la Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio 2006-2009, Bellinzona 2006;
- devono erogare le prestazioni secondo le specifiche e le modalità definite nel Catalogo dei servizi e delle prestazioni, 1^a edizione: settembre 2005.

Su queste basi, la Sezione del sostegno a enti e attività sociali (SSEAS) del Dipartimento della sanità e della socialità (DSS) determina i parametri quantitativi e qualitativi che sono alla base della stipulazione dei contratti di prestazione con ogni singolo istituto o servizio sussidiato.

2.3.2 Sovvenzioni esistenti

Il finanziamento degli istituti per anziani e dei servizi di assistenza e cura a domicilio è assicurato dalle seguenti entrate d'esercizio:

- la partecipazione degli utenti;
- i contributi delle casse malati;
- il contributo globale stabilito nel contratto di prestazione stipulato con il Cantone.

Attualmente, la partecipazione degli utenti³ è costituita, nel settore degli istituti per anziani, dalle rette (determinate in proporzione al reddito e alla sostanza) e dall'eventuale Assegno grandi invalidi (AGI) dell'AVS-AI, mentre nel settore dell'assistenza e cura a domicilio essa è costituita dal contributo per le prestazioni di economia domestica, anch'esso determinato sulla base di tariffe cantonali dipendenti dal reddito dell'utente.

Nell'esercizio 2008 (ultimi dati di consuntivo disponibili), l'incidenza media di questa voce sul totale dei costi di gestione è stata del 41% nel settore degli istituti per anziani e dell'11% nel settore dei servizi di assistenza e cura a domicilio.

I contributi delle casse malati⁴ sono definiti attraverso convenzioni settoriali con validità a livello cantonale. Le parti contraenti sono santésuisse, da una parte, e l'insieme degli istituti /servizi dall'altra. Alle trattative partecipa anche il Cantone in qualità di ente finanziatore partner interessato all'esito delle trattative (non risulta però firmatario delle convenzioni). I contributi delle casse malati sono differenziati sulla base del grado di dipendenza dell'utente, nella presa a carico in istituto, mentre nella presa a carico a domicilio, la differenziazione avviene in base alla tipologia (cure infermieristiche e cure di base) e al grado di complessità delle prestazioni. Nell'esercizio del 2008, l'incidenza media di questa voce sul totale dei costi di gestione è stata del 26% nel settore degli istituti per anziani e del 34% nel settore dei servizi di assistenza e cura a domicilio.

Il contributo globale è determinato principalmente sulla base di due parametri:

³ Con il nuovo regime di finanziamento delle cure di lunga durata (Legge federale del 13 giugno 2008, art. 25a LAmal) che entrerà in vigore il prossimo 1.07.2010, la partecipazione dell'utente alle prestazioni di cura corrisponderà al massimo al 20% della tariffa massima a carico delle casse malati stabilita dal Consiglio federale.

⁴ Nel nuovo regime di finanziamento delle cure di lunga durata, la partecipazione delle casse malati è determinata sulla base di una scala di 12 livelli, definiti dal bisogno di cura dell'utente.

- la quantità delle prestazioni riconosciute, che realizza le esigenze pianificatorie regionali e cantonali e;
- i costi standard, che sono dei costi-obiettivo che esprimono il livello di efficienza definito dal Cantone.

Dalla moltiplicazione di questi due parametri risulta la parte standard del contributo globale.

A questa parte, che rappresenta mediamente circa il 90% dell'intero contributo globale, si aggiunge una parte individualizzata, che considera i generi di costo non standardizzabili (oneri ipotecari e affitti, contributi per formazione, contributi per spese straordinarie, contributi per iniziative e progetti) e che tiene conto di particolari situazioni di singoli istituti (situazioni di localizzazione e logistiche particolarmente sfavorevoli, anzianità del personale sensibilmente al di sopra della media cantonale).

Il contributo globale è versato dal Cantone in quattro rate durante l'esercizio di competenza ed è a carico del Cantone nella misura di 1/5 e dei Comuni nella misura dei 4/5. L'addebito ai Comuni avviene sulla base di una chiave di ripartizione che tiene conto della forza finanziaria del singolo Comune. Nell'esercizio del 2008, l'incidenza media di questa voce sul totale dei costi di gestione è stata del 30%⁵ nel settore degli istituti per anziani e del 53%⁶ nel settore dei servizi di assistenza e cura a domicilio.

⁵ Il restante 3% era costituito da entrate diverse degli istituti (recuperi pasti del personale, bar, iniziative, ecc.).

⁶ Il restante 2% era costituito da entrate diverse (rimborsi da altri SACD, rimborsi di materiale sanitario, ecc.).

3 Cadre général de l'étude

3.1 Institutions et patients sélectionnés

Institutions

Les principaux prestataires de soins de longue durée formels, qui sont autorisés à pratiquer à charge de l'assurance-maladie, sont les établissements médico-sociaux (EMS), ainsi que les services d'aide et de soins à domicile (SASD). Entre ces types de prise en charge, qui constituent les deux extrêmes d'une palette de soins de plus en plus diversifiée, se développent des soins « intermédiaires », comme par exemple les hôpitaux de jour et/ou de nuit, les courts séjours en EMS, les appartements protégés, les soins de longue durée en service hospitalier ou encore les «soins de transition» («Reparti ad alto contenuto sanitario», ACS). Cette offre intermédiaire n'est pas considérée dans ce travail.

La présente étude se concentre donc sur les seuls types de soins formels pour lesquels des données statistiques publiées sont à disposition, soit les services d'aide et de soins à domicile (SASD) et les établissements médico-sociaux (EMS). Seuls des services et des établissements d'intérêt public et soumis au régime des contrats de prestation sont considérés. Ils doivent en outre être représentatifs des six régions de soins du canton et provenir pour moitié de régions « urbaines » et pour moitié de régions « rurales » (voir chapitre 2).

Patients

Les patients retenus pour ce projet sont des personnes âgées de plus de 70 ans, bénéficiant depuis au moins trois mois de soins de longue durée. L'échantillon comprend dix pensionnaires d'établissements médico-sociaux (EMS) et dix clients des services d'aide et de soins à domicile (SASD). La sélection s'est faite selon les critères décrits dans l'Annexe 3.

3.2 Coûts considérés

Cette étude porte essentiellement sur les coûts des soins, des déplacements, du soutien social et de la pension, comprenant l'hébergement et les repas. Les frais de médecin ou de physiothérapie ne sont pas pris en compte puisque ils sont pris en charge par l'AOS indépendamment du lieu de résidence du bénéficiaire.

L'aide informelle et l'environnement social jouent un grand rôle dans les soins de longue durée mais ces déterminants restent difficiles à évaluer dans leur globalité, tant du point de vue du temps investi que de la charge financière qu'ils représenteraient, s'ils étaient rémunérés.

La présente étude cherche à en quantifier le plus d'aspects possibles (par ex. en « monétarisant » la présence d'une aide informelle importante, fournie pour le maintien à domicile par la famille ou un/-e employé/-e de maison –« badante »-) sans pouvoir toutefois tenir compte de tous les éléments.

3.3 Outils d'évaluation des besoins et de la charge de travail

Différents outils existent pour documenter les besoins des bénéficiaires et les prestations fournies. Parmi ceux-ci, la famille des RAI (Resident Assessment Instrument), a été initialement conçue aux USA pour augmenter la qualité de la gestion de patients hébergés dans différents contextes : soins de longue durée, soins psychiatriques, soins palliatifs etc. Il s'agit d'outils d'évaluation multidimensionnelle des besoins des patients qui permettent de définir une prise en charge globale, spécifique à chaque pensionnaire. Elle permet aussi de planifier la charge de travail et d'établir une tarification différenciée.

Le RAI remplit donc deux objectifs : faciliter une approche centrée sur la qualité des soins et sur les besoins des pensionnaires et améliorer la gestion des établissements. Un avantage supplémentaire de cet instrument est qu'il représente une méthode d'évaluation uniforme et fiable, dont les définitions et les données sont comparables entre elles et qui suscite un langage commun aux professionnels des différentes institutions.

Deux instruments issus de cette famille de RAI ont été adaptés au contexte suisse et aux besoins des professionnels impliqués : le RAI-NH pour les EMS et le RAI-HC (domicile) pour les services d'aide et de soins à domicile (www.Qsys.ch). Leur introduction en Suisse n'est pas généralisée mais la situation du Tessin est favorable puisque le RAI y a été introduite systématiquement dès 2007, pour les deux types d'établissement. L'évaluation et la comparaison des cas tessinois s'en trouvent simplifiées puisque les institutions recourent déjà à des définitions et un langage communs.

3.4 Principe de la comparaison

L'objectif principal de ce travail est de comparer les coûts engendrés par une prise en charge de longue durée en établissement médico-social (EMS), à ceux engendrés par une prise en charge par les soins à domicile (SASD), en tenant compte de la totalité des coûts.

Jusqu'à présent, les comparaisons des coûts par cas selon le lieu de la prise en charge ont généralement été réalisées à un niveau macroscopique, utilisant des données agrégées par institution [2-5]. La raison en est qu'il n'existe pas à l'heure actuelle de données individuelles, qui permettraient de détailler suffisamment la structure des coûts, sur le plan individuel. Les comparaisons réalisées à ce niveau restent biaisées pour plusieurs raisons :

- La structure des coûts totaux n'englobe pas les mêmes prestations, pour une prise en charge en EMS ou par les SASD. Ceci est d'autant plus vrai pour les prestations à la charge des ménages privés. Ainsi, les frais de logement, de pension ou de transports ne sont souvent pas retenus dans le calcul des coûts des SASD, tandis qu'ils sont pris en compte dans les coûts des EMS.
- Les bénéficiaires de ces services représentent un groupe de patients très hétérogènes, avec des besoins en soins différents, en termes qualitatifs et quantitatifs. Ces personnes ne sont donc pas comparables.
- Les relevés statistiques de ces deux types d'institutions diffèrent quant aux critères utilisés pour documenter les besoins et les prestations fournies, ce qui complique les comparaisons.

Le présent travail cherche à améliorer la comparabilité des coûts par cas pour ces deux types de prise en charge, en choisissant une approche individuelle plutôt que macroscopique. En outre, la méthode

choisie tente de réduire l'hétérogénéité puisque ce sont des prises en charge se référant au même patient qui sont comparées. Cette solution permet d'englober la totalité des coûts et de mettre en évidence les spécificités de chaque type de prise en charge. La méthode détaillée est présentée dans l'Annexe 4.

Le principe consiste à décrire d'abord les besoins de chaque cas, de la manière la plus exhaustive possible, puis de décrire le type et l'intensité des services dont il bénéficie. Ces services fournis sont alors exprimés en charge de travail puis en coûts, pour une prise en charge en EMS ou par les SASD. Selon ses besoins, chaque cas se voit donc offrir de manière fictive une prise en charge en EMS et une prise en charge à domicile, qui peuvent être exprimées en coûts totaux et être comparées.

Cette approche est une approche théorique : les patients auxquels on fait référence ne sont pas examinés physiquement car l'étude se base sur des indications extraites de dossiers anonymes, compilées dans une fiche spécifique à ce projet. Pour ne pas perdre cette dimension de vue, il est préférable de parler ici de cas plutôt que de patients.

Evaluation de la charge de travail pour les soins

Le fait que, dans le Canton du Tessin les systèmes d'évaluation RAI-NH et RAI-HC soient en place laisse supposer que des standards d'évaluation communs aux différents acteurs existent. Cette situation permet de recourir directement aux informations récoltées dans le « Minimal Dataset » des RAI-NH (version 2.0) et RAI-HC (version juin 2003) pour préparer les fiches spécifiques, contenant la description des besoins en services -et leur intensité- nécessaires à chaque cas.

Cette description englobe les différents services à offrir, avec leur fréquence et leur intensité. Elle peut alors être transcrite en charge de travail, pour les différents niveaux professionnels concernés (trois niveaux dans les SASD, quatre niveaux dans les EMS). Cette étape est réalisée pour les 20 cas sélectionnés, par douze experts en soins, issus pour moitié des EMS et pour moitié des SASD. Leur mission consiste à évaluer la charge de travail que la prise en charge de chacun des vingt cas représenterait dans sa propre institution.

- Les experts travaillant dans des EMS définissent la charge de travail pour une prise en charge en EMS, répartie selon les 4 niveaux professionnels concernés.
- Les experts issus des SASD définissent la charge de travail pour une prise en charge à domicile, répartie selon les 3 niveaux professionnels concernés.

Evaluation des coûts engendrés

Les coûts sont classés en quatre catégories : les coûts des soins, ceux du soutien social, des déplacements (uniquement pour les SASD) et de la pension (repas, ménage et frais de logement).

Les coûts des soins sont obtenus en multipliant la charge de travail par le salaire horaire, selon les niveaux professionnels concernés et le lieu de la prise en charge. Le salaire horaire est calculé en rapportant les coûts totaux (salaires bruts, incluant les charges sociales) aux heures annuelles travaillées effectives (incluant les heures dédiées aux tâches administratives, à la formation, ainsi que – pour les SASD- aux déplacements) (Tableau A4.1, Annexe 4).

Les coûts des autres services regroupent d'une part les coûts « overhead » des institutions de soins, d'autre part les coûts du soutien social et des coûts de la pension lors d'une prise en charge par les SASD.

Lors d'une prise en charge par les SASD les premiers sont calculés sur la base de la comptabilité annuelle des SASD disponible auprès de la SSEAS. Les seconds sont estimés grâce à des hypothèses de travail qui sont présentés dans le chapitre 5 et le Tableau A4.2, Annexe 4. Pour une prise en charge en EMS ces coûts, comprenant les coûts «overhead», la pension et le soutien social, sont calculés à partir de la comptabilité annuelle des EMS disponible auprès de la SSEAS (voir chapitre 5 et le Tableau A4.2, Annexe 4).

Pour chaque cas, on dispose finalement de deux estimations de coûts, pour une prise en charge en SASD et en EMS, qui peuvent être comparées, en examinant d'abord les coûts des soins puis les coûts totaux (Tableau 3 et Annexe 4).

Tableau 3 Coûts par type de prise en charge (Données détaillées voir Tableau A4.2)

Prise en charge	SASD	EMS	Comparaisons possibles
Soins médicaux	Coûts	Coûts	Parfaitement comparables
Déplacements	Données SSEAS (comptabilité annuelle SASD)	-----	Théoriquement pas comparable
Soutien social	Estimation sur la base d'un contrat «standard» portant sur le personnel de maison («badante»)	Données SSEAS (comptabilité annuelle des institutions)	Comparables
Pension (logement, repas, ménage)	Estimations à partir d'hypothèses de coûts		
Coûts « overhead »	Données SSEAS (comptabilité annuelle SASD)		
Total	Somme des coûts ci-dessus	Somme des coûts ci-dessus	Bilan

3.5 Limites de cette approche

Cette approche innovatrice a été utilisée une première fois pour comparer des cas provenant de la ville de Berne. Elle est appliquée ici pour la seconde fois, avec cette fois la prérogative de comparer des cas représentatifs d'un canton, issus de milieux urbain et rural. Par conséquent, les expériences sont encore minces et il manque encore le recul qui permettrait de confronter ces résultats à d'autres travaux analogues. En outre, l'interprétation des résultats doit tenir compte de la taille de l'échantillon. Les valeurs obtenues peuvent être indicatives pour le Canton du Tessin mais ne peuvent être extrapolées à l'ensemble de la Suisse.

Limites conceptuelles

Bien que l'on choisisse ici de travailler à l'échelon individuel, bon nombre d'aspects particuliers des soins de longue durée restent encore mal documentés et ne sont pas entièrement pris en compte, en particulier l'aide informelle procurée par la famille, les amis ou des organismes caritatifs. Dans de nombreux pays occidentaux, l'aide informelle constitue l'une des ressources principales dans les soins de longue durée [6].

En Suisse, l'importance de l'aide informelle et son interaction avec le recours aux EMS et aux services d'aide et de soins à domicile ne sont pas encore bien connues. Au-delà de l'aide informelle, bons nombres de paramètres permettant de maintenir l'autonomie gagnent en importance avec l'âge et la progression de la fragilité. Il s'agit par exemple du style d'habitat (présence ou non d'un ascenseur), de la proximité ou non de services publiques ou du médecin, des magasins, ou de voisins. L'importance relative de ces éléments varie selon chaque individu et selon son état de santé et est difficilement quantifiable. Même si cette étude intègre le plus possible de ces aspects, en incluant par exemple l'aide éventuelle d'un/-e employé/-e de maison (« badante ») pour le maintien à domicile, tous les déterminants n'ont pu être pris en compte et cette étude ne prétend pas être une étude coûts-utilité.

Enfin, le choix du lieu de vie reflète la préférence de trois acteurs différents : le patient, son entourage et les soignants, dont les perspectives peuvent ou non être convergentes. Actuellement, le choix est également influencé par des incitatifs financiers, selon qu'un type de prise en charge devient plus avantageux qu'un autre pour un acteur. Prendre ces différents aspects en compte aurait dépassé les possibilités de ce mandat.

Limites méthodologiques

Celles-ci concernent surtout l'évaluation des besoins. Si cette étape reste subjective, on peut d'emblée préciser que cette subjectivité se retrouve aussi dans le monde réel et qu'il ne serait pas souhaitable de l'éliminer. Les principales limites sont les suivantes :

- Malgré le recours à un vocabulaire aussi neutre que possible, la provenance de certains cas peut facilement être déduite au travers de la description de leurs besoins, ce qui peut influencer l'évaluation de la charge de travail.
- L'évaluation de la charge de travail pour chaque type de service demande un certain degré d'abstraction : il s'agit d'attribuer à chaque service le temps nécessaire plutôt que le temps souhaitable « dans un monde idéal ». Pour cela, les experts ont participé à un workshop préparatoire, au cours duquel ils ont reçu la consigne de remplir la fiche d'évaluation selon l'esprit et les critères en cours dans leur propre institution.
- L'évaluation du temps à consacrer aux soins psychosociaux pouvait prêter à confusion. Ces services consistent par exemple en discussion, motivation, encouragement et peuvent éventuellement avoir lieu simultanément à un autre soin. Si l'expert évalue le temps nécessaire à ces soins sans tenir compte du fait qu'ils sont fournis parallèlement à un autre soin, le temps requis sera surestimé.
- La construction de fiches d'évaluation neutres et objectives reste laborieuse pour plusieurs raisons : même si, dans le Canton du Tessin, les deux types d'institutions ont introduit le RAI, il reste difficile d'aligner le vocabulaire et les standards d'évaluation de ces deux systèmes. Les diagnostics ne sont par exemple pas relevés de la même manière. En outre, toutes les données utilisées sont des données relevant de critères subjectifs, impliquant des soignants et des soignés. Un travail intensif est nécessaire lors de la description des cas pour neutraliser au mieux cette part de subjectivité.

4 Evaluation de la charge de travail pour les soins

Les soins comprennent les soins médicaux, les soins corporels et les soins psychosociaux. La charge de travail est estimée pour chacun des vingt cas retenus, par douze experts en soins issus pour moitié des EMS et pour moitié des SASD. Cette charge de travail se réfère ainsi au temps nécessaire pour fournir la totalité des soins mentionnés.

Pour rappel, les cas sélectionnés devaient être représentatifs de la clientèle courante de l'institution. Ils devaient être âgés de plus de 70 ans, bénéficier de soins depuis plus de trois mois et présenter le spectre de pathologies chroniques les plus couramment rencontrées dans les institutions de soins de longue durée.

4.1 Caractéristiques des cas retenus

Au départ, l'analyse repose sur douze évaluations de la charge de travail par cas. Malgré la mise en place d'outils standardisés tels que les RAI, définir le temps nécessaire pour délivrer différents services reste sujet à une part de subjectivité. Par conséquent, d'un expert à l'autre, la charge de travail estimée varie, avec des écarts qui s'accroissent pour les cas nécessitant plus de soins. Ainsi, dans les Figures 1 et 2, qui comparent la charge de travail moyenne estimée par les experts à la charge de travail figurant dans le dossier des cas sélectionnés, on constate que l'intervalle de confiance de la charge de travail moyenne s'élargit pour les cas les plus complexes, indiquant une plus grande divergence d'opinions entre les experts. Lors de l'interprétation des résultats, il importe de garder à l'esprit que tous les chiffres présentés sont des estimations, associées à une part de subjectivité.

Malgré ces différences, les évaluations restent relativement cohérentes par rapport à la lourdeur de chaque cas, malgré un « outlier » par groupe de cas :

- Pour les cas issus des SASD, le coefficient de corrélation entre la charge de travail estimée par les experts et le minutage enregistré dans leur dossier s'élève à 0.29. Par contre, après exclusion du cas n°12, le coefficient de corrélation atteint 0.55, ce qui s'avère satisfaisant.
- Pour les cas issus des EMS, le coefficient de corrélation entre la charge de travail et le degré de dépendance fonctionnelle déterminé par l'indice RAI-RUG s'élève à 0.40 et à 0.69 si l'on exclu le cas n°8.

Pour les cas n°4, n°5 et n°7, issus des SASD, la différence importante entre la charge de travail obtenue par le groupe d'évaluation et celle mentionnée dans leur dossier s'explique par le fait que ces personnes bénéficient dans la réalité d'une aide informelle très intense voir, dans le cas n°4, de l'aide d'une employée de maison. Cette aide informelle permet ainsi de diminuer la charge réelle de travail des SASD. Cependant, au cours de l'évaluation par le groupe de travail, les experts ont inclus une partie de cette aide informelle dans leurs estimations.

Figure 1 Cas issus des SASD : Charge moyenne de travail estimée par les experts et charge de travail figurant dans leur dossier

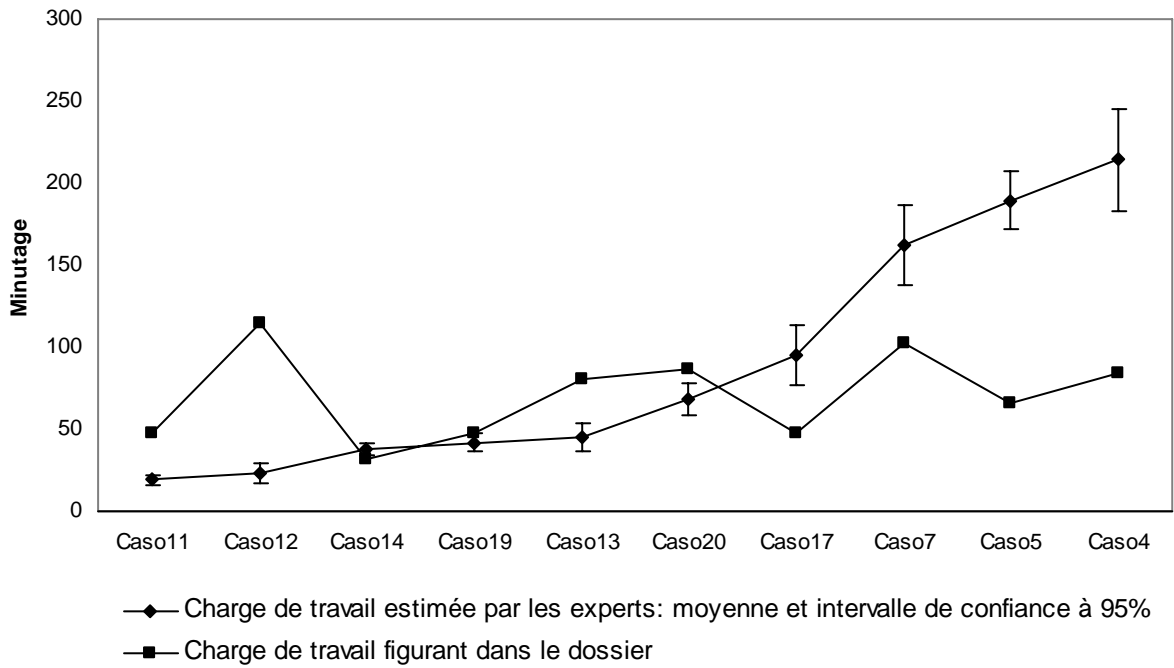
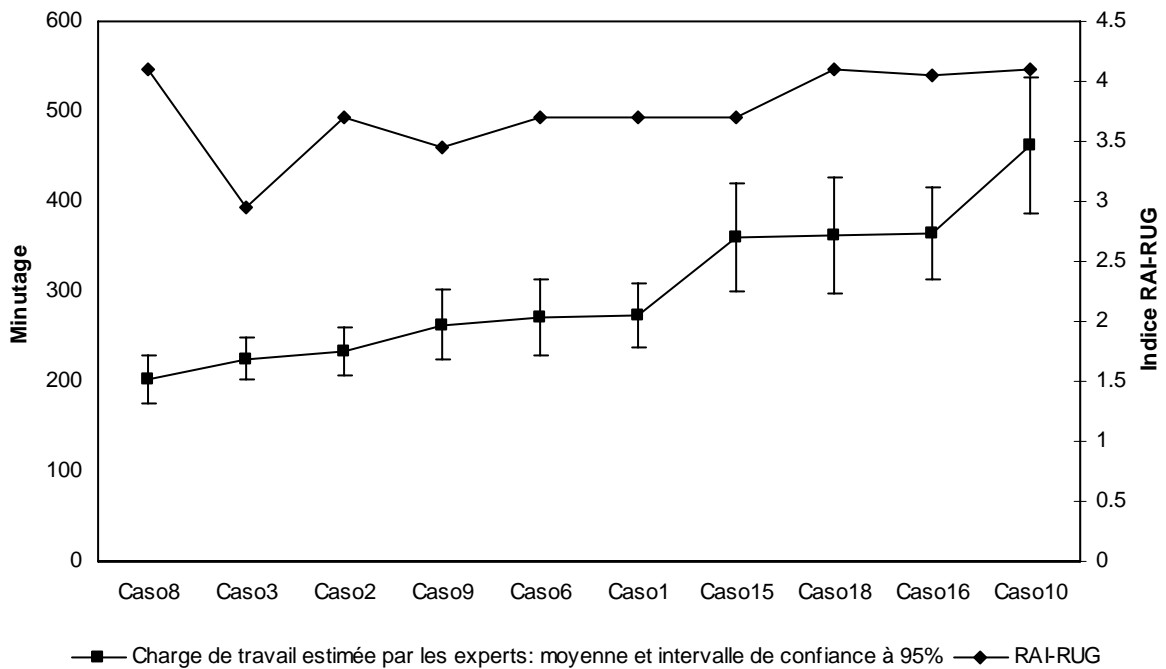


Figure 2 Cas issus des EMS : Charge moyenne de travail estimée par les experts et indice de lourdeur RAI-RUG figurant dans leur dossier



La corrélation entre la charge de travail estimée par les experts et le degré de lourdeur du cas mentionné dans son dossier est donc acceptable, compte tenu du fait que les dimensions mesurées dans le dossier médical et dans la fiche d'évaluation du projet ne sont pas identiques et que les deux évaluations ne sont pas faites au même moment.

Les cas retenus semblent aussi être relativement représentatifs des usagers des deux formes de prise en charge en soins de longue durée :

- Pour les cas issus des SASD, la charge de travail oscille entre 19 et 214 minutes/jour, avec une moyenne de 90 minutes/jour (médiane : 56 minutes).
- Pour les cas issus des EMS, la charge de travail oscille entre 200 et 460 minutes/jour, avec une moyenne de 302 minutes/jour (médiane : 273 minutes).

Le fait que la valeur de la moyenne soit supérieure à celle de la médiane s'explique par la présence de valeurs extrêmes supérieures qui « tirent » la moyenne vers le haut. Dans ce rapport, ce sont les valeurs médianes des douze évaluations qui sont utilisées, car elles sont moins influencées par les valeurs extrêmes.

« Cas limites »

Il existe un chevauchement dans la charge de travail pour soigner les bénéficiaires des SASD les plus complexes et les pensionnaires des EMS les plus légers. Comme mentionnés plus haut, les cas n°4, n°5 et n°7 sont soignés à domicile mais bénéficient d'une aide informelle importante. Les cas n°8 et n°3 dont la charge de travail est comparable au cas n°4 sont des personnes nécessitent de peu de soins médicaux, mais de beaucoup d'assistance pour les soins corporels. Cependant, une de ces personnes est veuve, l'autre célibataire et il ne semble pas y avoir beaucoup d'aide de la part d'autres membres de la famille ou d'amis. Ces cinq cas peuvent être considérés comme des cas « limites ». Pour ces cas, le lieu de prise en charge est déterminé par le degré de dépendance fonctionnelle, mais aussi par l'aide informelle disponible.

De manière générale, outre l'aide informelle disponible, la présence ou non de trouble cognitifs ou mentaux est un élément déterminant pour le maintien à domicile.

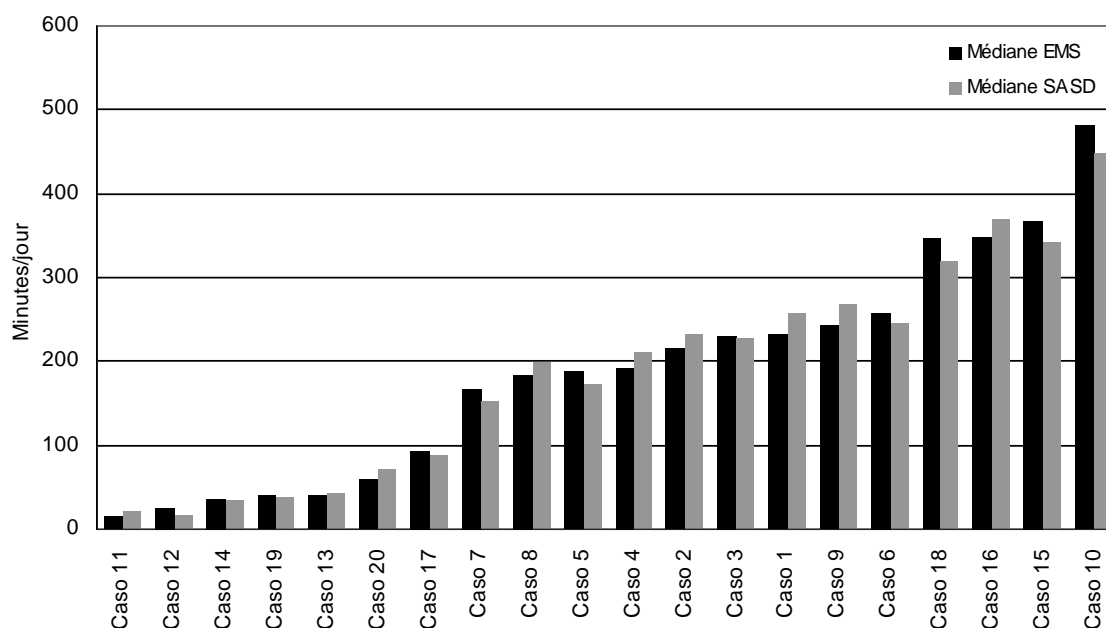
4.2 Evaluation de la charge de travail pour les soins selon le type de prise en charge (SASD vs EMS)

La charge de travail est exprimée en minutes de soins par jour. Elle est fonction du type de soins fournis et de leur fréquence : si un soin n'est fourni qu'une fois par semaine et qu'il requiert 10 minutes, la charge de travail quotidienne équivaut alors à 10/7 minutes.

Pour chaque cas, la charge de travail des soins pour une prise en charge en EMS ou par les SASD est comparable (coefficient de corrélation de 0.99). Cette prise en charge varie entre 15 minutes et 480 minutes par jour pour une prise en charge en EMS et entre 16 et 450 minutes par jour pour une prise en charge par les SASD.

Plus un cas est complexe, plus la variabilité entre les deux formes de prise en charges augmente (Figure 3). Dans le rapport réalisé pour Spitex-Bern, la charge de travail d'une prise en charge par les SASD avait tendance à dépasser celle d'une prise en charge en EMS, lorsqu'il s'agissait des cas les plus complexes. Dans le présent travail, la situation est plus contrastée.

Figure 3 Evaluation de la charge de travail selon le type de prise en charge (Médiane)



→ Le type de prise en charge, SASD ou EMS, a peu d'influence sur la charge de travail pour fournir les soins. L'élément déterminant pour la charge de travail des soins est le degré de dépendance fonctionnelle du bénéficiaire et son besoin en soins.

Répartition de la charge de travail par type de soins

Lors de l'analyse des fiches, il s'est avéré que la charge de travail requise pour les soins psychosociaux était difficile à isoler de celle des autres soins, car les soins psychosociaux peuvent être délivrés durant un autre soin : on peut encourager un patient durant une toilette corporelle ou lorsque l'on change un pansement. La charge requise pour ce genre de soins est ainsi parfois incluse dans la charge de travail nécessaire pour fournir un autre soin.

Par conséquent, il est délicat d'interpréter les proportions que représentent chacune de ces trois catégories de soins, sur l'ensemble de la prise en charge. On peut néanmoins constater que la charge relative de travail nécessaire pour les soins corporels est plus élevée parmi les cas provenant des EMS tandis qu'elle est très variable parmi les cas issus des SASD (EMS : plus de 70% de la charge de travail des soins, SASD : entre 5% et > 80% de la charge de travail des soins).

4.3 Evaluation de la charge de travail selon le niveau professionnel (SASD vs EMS)

Pour les vingt cas retenus, la charge de travail des soins estimée est répartie par niveau professionnel requis. Cette étape met en évidence une différence importante entre une prise en charge en EMS et par les SASD, concernant le type de compétences et le niveau professionnel impliqués :

- En EMS, tous les niveaux professionnels sont disponibles à tout moment et le personnel infirmier peut déléguer certaines tâches tout en assumant la responsabilité. Par conséquent, chaque service peut être fourni par le niveau professionnel le plus approprié, en termes d'efficacité. Le

personnel de niveau infirmier (infermiera diplomata, INF) délivre en moyenne 16% des minutes de soins, celui de niveau assistant infirmier (« Operatrice Socio-Sanitaria », « ex-assistente geriatrica », OSS) 12% des minutes de soins. Le personnel de niveau auxiliaire (« ausiliaria di cura, assistente di cura », AUX) délivrant les 72% de minutes de soins restants.

- Dans les SASD, une seule personne se déplace à la fois et c'est elle qui est responsable de l'ensemble des services à fournir. L'élément décisif pour choisir quel niveau professionnel est concerné est donc le type de soins médicaux à fournir car leur délivrance est rattachée à des compétences professionnelles. Ainsi, si des soins médicaux sont nécessaires, se sera une infirmière diplômée (INF) ou une infirmière assistante (OSS) qui se déplacera et elle fournira l'ensemble des soins nécessaires, y compris les soins corporels. Le personnel de niveau infirmier délivre en moyenne 18% des minutes de soins, celui de niveau assistant infirmier 81% des minutes de soins. Le personnel de niveau auxiliaire (AUX) délivrant les 1% de minutes de soins restants.

Le personnel le plus sollicité dans les EMS est le personnel de niveau auxiliaire (AUX), tandis que dans les SASD, ce sont les infirmiers/-ères-assistant/-es (OSS) (Figure 4, Figure 5).

Figure 4 Répartition de la charge de travail selon le niveau professionnel : prise en charge par les SASD

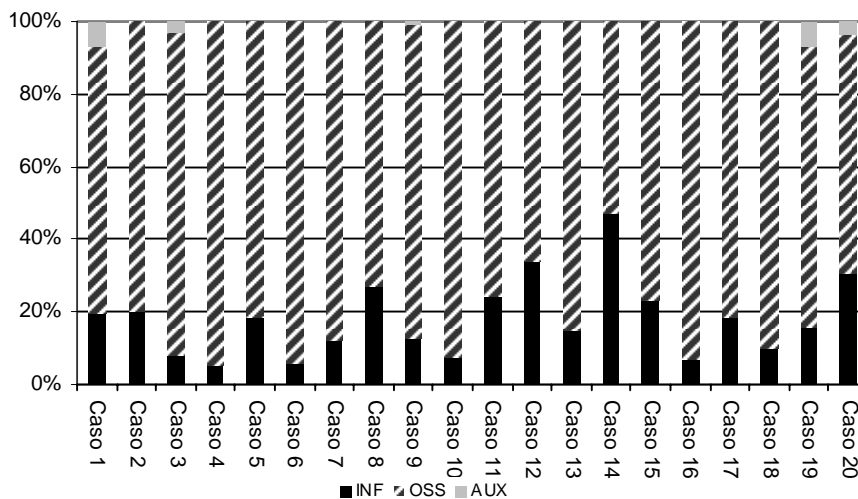
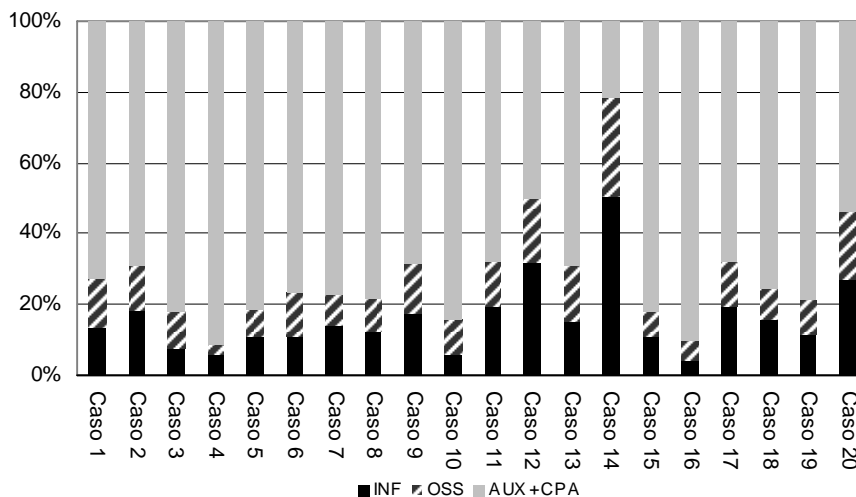


Figure 5 Répartition de la charge de travail selon le niveau professionnel : prise en charge en EMS



→ Par rapport aux EMS, la marge de manœuvre des SASD pour ajuster les compétences aux besoins des clients - ce qui revient à optimiser le skill-mix- est restreinte. Ceci a des implications sur les coûts des soins ambulatoires.

4.4 Analyse des cas jugés trop lourds pour une prise en charge à domicile

Pour les 20 cas retenus, les experts issus des SASD pouvaient aussi s'exprimer quant à la capacité réelle des SASD à prendre en charge les cas complexes. Il ne s'agissait pas d'exclure ces cas des analyses puisque ce projet repose sur des prises en charge fictives, mais de mettre en évidence à partir de quelle intensité de soins une prise en charge à domicile devient difficilement réalisable.

- Parmi les cas issus à l'origine des EMS, les experts étaient unanimes dans 9 cas sur dix, que ces cas étaient trop complexes pour une prise en charge à domicile. Les principaux arguments évoqués pour justifier cette position se rapportaient à la complexité des cas et au fait de nécessiter d'une présence pendant la nuit.

Néanmoins, les avis divergeaient pour le dernier cas. Il s'agit d'un cas relativement simple, le cas n°6 où la moitié des experts ont considéré qu'il pouvait être pris en charge à domicile. Il s'agit d'une personne ne nécessitant pas de beaucoup de soins médicaux mais surtout de soins corporels et psychosociaux. Le fait qu'elle bénéficie d'un large soutien de sa famille a vraisemblablement influencé le jugement de certains experts.

De même, les deux cas « limites » issus des EMS, les cas n°8 et n°3 n'ont pas été considérés comme clients possibles pour les SASD, probablement du fait de l'absence d'aide informelle.

- Parmi les cas issus des SASD, les experts n'étaient unanimes que pour 8 cas. Pour deux autres cas, les cas n°17 et n°4, deux, respectivement quatre personnes sur six ont jugé qu'il s'agissait de situation trop complexe pour une prise en charge à domicile.

Dans le premier cas, il s'agit d'une personne qui nécessite peu de soins médicaux, mais plutôt des soins corporels et psychosociaux.

- La charge de travail des soins estimée pour prendre en charge le cas n°4 est la plus élevée des cas issus des SASD. Elle est supérieure au cas n°8 issu des EMS et, comme évoqué plus haut, ce cas fait partie des trois cas « limites » issus des SASD (cas n°4, n°5, n°7), situés à la limite des capacités de prise en charge par les SASD. Il s'agit d'une personne ayant principalement besoin de soins corporels intenses et qui bénéficie aussi de beaucoup d'assistance de la part de sa famille et d'une employée de maison (« badante »). Il est vraisemblable que, sans cette aide informelle, cette personne ne pourrait rester à son domicile.

5 Estimation des coûts par cas

Les coûts par cas sont des coûts mensuels. Ils sont calculés en deux étapes :

- Les coûts des soins sont obtenus en multipliant la charge de travail des soins présentée au chapitre précédant, par le coût/heure de soins en tenant compte du niveau professionnel concerné. Pour la prise en charge par les SASD, ce coût par heure est calculé en incluant les coûts des heures de déplacement et un forfait par heure de déplacement (voir Annexe 4).
- Les coûts totaux comprennent les coûts des soins plus ceux du soutien social et de la pension, dont le calcul repose sur les hypothèses suivantes.

5.1 Données disponibles et hypothèses de travail

Intégrer les coûts de pension et du soutien social est une étape déterminante pour aboutir à une comparaison équitable des deux prises en charge. Le calcul détaillé figure dans l'Annexe 4.

- Pour une prise en charge en EMS, on suppose que les coûts du soutien social et de la pension sont indépendants du degré de besoin en soins. Ils représentent un même montant pour chaque individu. Ce montant est estimé sur la base de la comptabilité annuelle 2008 des EMS tessinois, disponible auprès de la SSEAS. Il est calculé pour les six établissements du projet et comprend les coûts du personnel non soignant (personnel de direction, administratif, médecin - dans sa qualité de directeur de l'équipe sanitaire – thérapeutique, hôtelier et technique), y compris les charges sociales, le matériel médical (sans les médicaments), les repas, le service domestique, l'entretien du bâtiment, de l'ameublement et des véhicules, les frais d'investissement. Avec cette approche, les coûts de pension et du soutien social ne sont pas dissociables. Ils s'élèvent à CHF 145.-/jour soit CHF 4'350.-/cas et par mois.
- Pour une prise en charge à domicile, les estimations se basent sur deux hypothèses :
 - Les coûts de pension sont indépendants de l'intensité des besoins en soins. Ils comprennent le coût du logement, estimé sur la base du montant mensuel maximal reconnu (pour une personne seule) par les Prestations complémentaires au Tessin (CHF 1'100.-), le coût des repas (CHF 29.50/jour) et un forfait pour les coûts domestiques (CHF 200.-/mois). Ces deux derniers coûts sont corrigés à la baisse, voir pas pris en compte, lorsqu'un cas se voit attribuer un/-e employé/-e de maison («badante») (voir Tableau A4.2, Annexe 4).
 - Pour les SASD, on suppose que les tâches administratives sont corrélées avec l'activité des soins et que les coûts « overhead » sont dépendants du besoin en soins et donc de l'intensité de la prise en charge. Ils comprennent les coûts du personnel de direction et administratif (y compris les charges sociales) des 6 SASD participant au projet, ainsi que les coûts d'infrastructure et du matériel (sans les médicaments). Ils sont calculés à partir de la comptabilité annuelle 2008 des SASD, disponible auprès de la SSEAS et représentent 22% des coûts des soins.

Le coût du soutien social est également dépendant du degré de besoin en soins : plus une personne a besoin de soins, plus son autonomie est limitée et plus l'aide informelle prend de l'importance. Sur la base d'un salaire mensuel «standard» pour une employée de maison («badante») au Tessin (CHF

2'950.-/mois + 13ème salaire + charges sociales), le coût moyen mensuel d'une telle personne s'élève à CHF 3'740.-/mois.

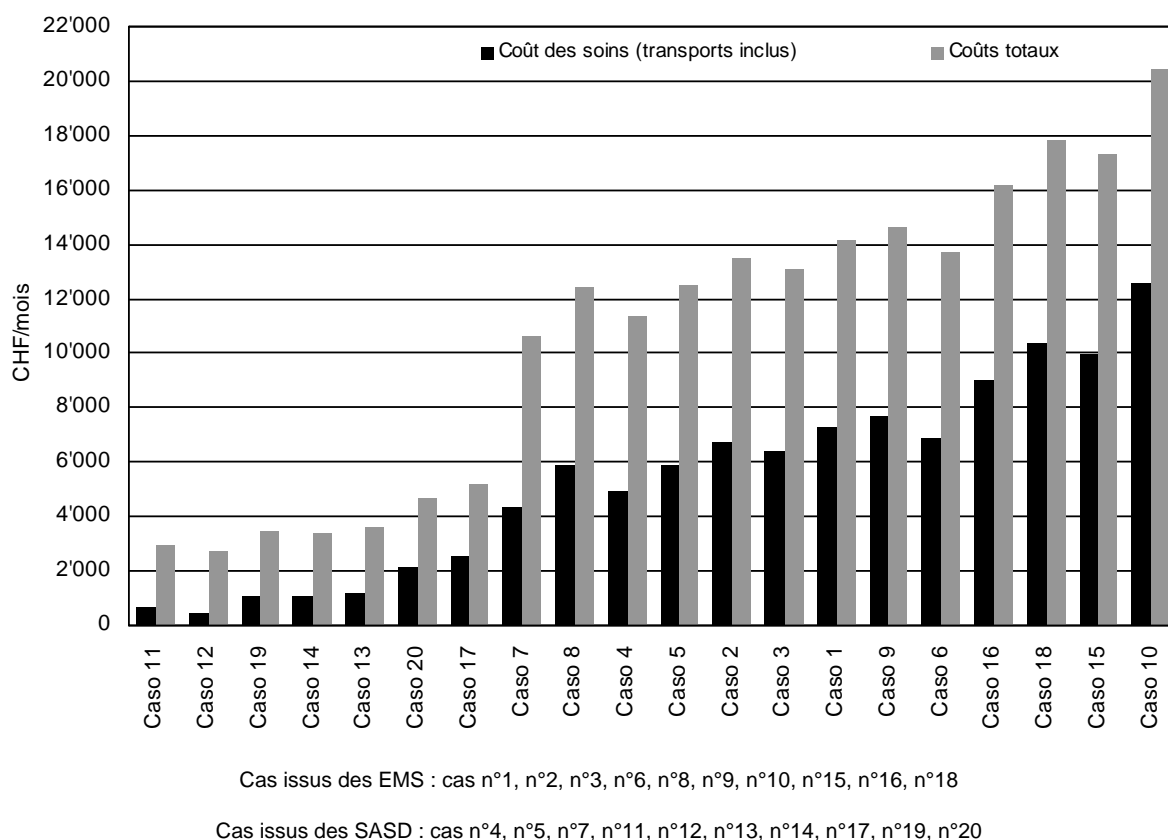
Dans ce travail, il a été fait l'hypothèse que seuls les cas dont la charge de travail pour les soins dépassait 160 minutes par jour faisaient appel à ce genre d'aide, à plein temps. Cela concerne tous les cas issus des EMS plus les trois cas les plus complexes des SASD (n°4, n°5 et n°7).

5.2 Estimation des coûts/cas par type de prise en charge (SASD vs EMS)

Selon la lourdeur du cas, le coût mensuel des soins varie entre CHF 600.- et CHF 12'600.- pour une prise en charge par les SASD (Figure 6). Le coût des soins inclut les coûts de déplacement.

Les coûts totaux oscillent entre CHF 2'800.- et CHF 20'500.- par mois. La part des coûts des soins représente ainsi entre 20% et 60% des coûts totaux, dans les cas les plus complexes. Elle est directement liée à l'intensité des soins requis.

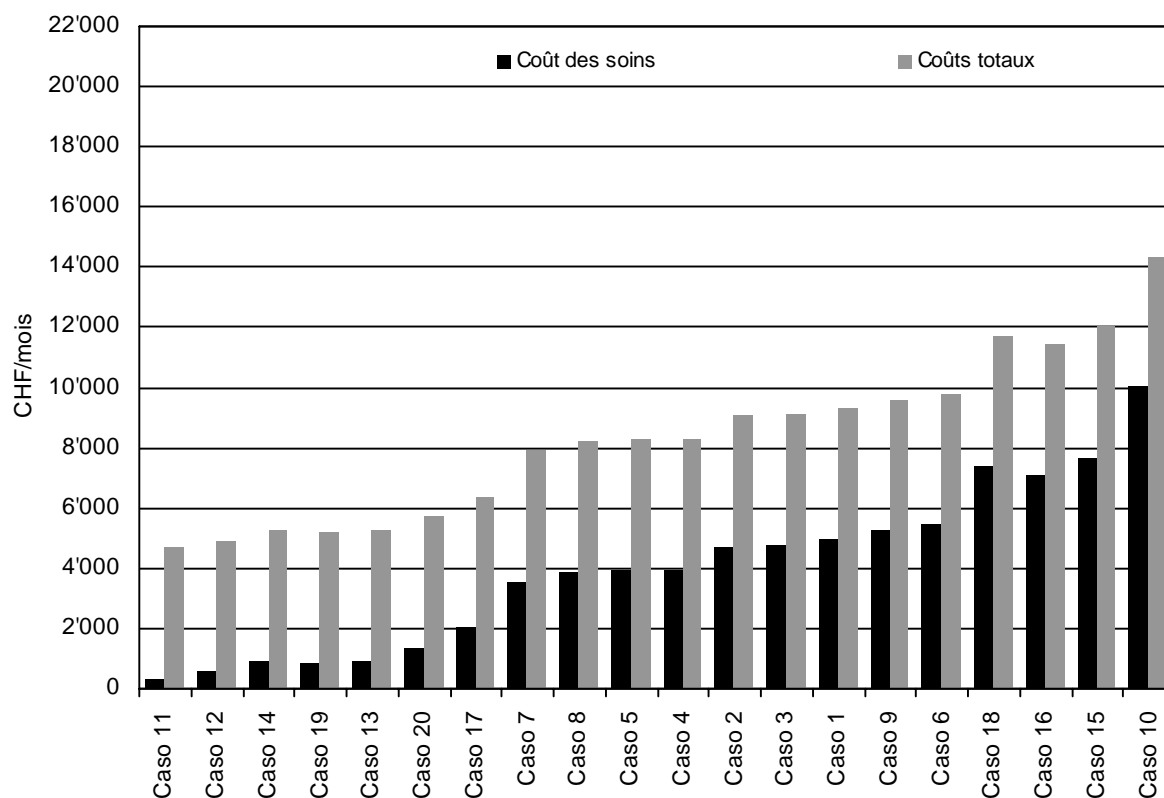
Figure 6 Coûts des soins et totaux pour une prise en charge par les SASD (par mois)



Si les mêmes cas sont pris en charge en EMS, le coût mensuel des soins varie entre CHF 300.- et CHF 10'000.- (Figure 7). Le coût des soins ne comprend pas ici de coûts de déplacement.

Les coûts totaux oscillent pour leur part entre CHF 4'600.- et CHF 14'300.- par mois. La part des coûts des soins représente entre 7% et 70% des coûts totaux. Elle est directement liée à l'intensité des soins requis.

Figure 7 Coûts des soins et totaux pour une prise en charge en EMS (par mois)



Cas issus des EMS : cas n°1, n°2, n°3, n°6, n°8, n°9, n°10, n°15, n°16, n°18

Cas issus des SASD : cas n°4, n°5, n°7, n°11, n°12, n°13, n°14, n°17, n°19, n°20

Pour trois cas « limites » (n°4, n°5 et n°8), le coût des soins serait à peu près comparable, pour une prise en charge en EMS.

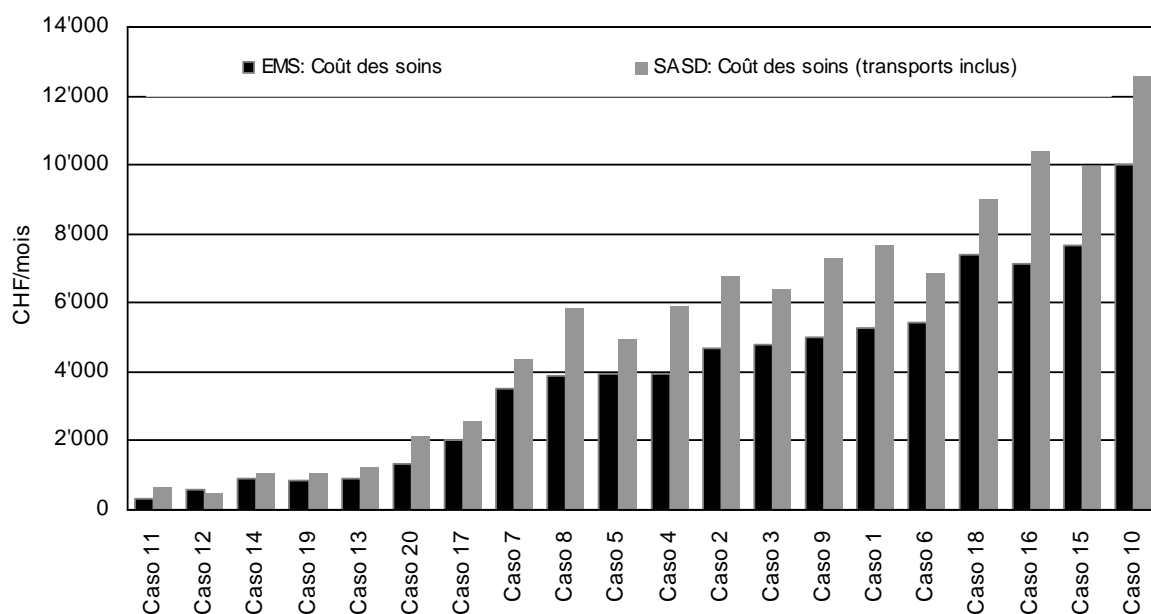
Comparaison des coûts de soins/cas selon le type de prise en charge (SASD vs EMS)

Alors que la charge de travail pour les soins est comparable pour les deux prises en charge, à une exception près (cas n°12), les coûts des soins sont plus élevés pour une prise en charge par les SASD qu'en EMS (Figure 8). Ils s'élèvent en moyenne à CHF 4'300.-/mois et augmentent avec la complexité du cas. Deux éléments expliquent la différence des coûts des soins :

- Le coût des transports s'ajoute au coût des soins des SASD.
- La différence persiste lorsque l'on exclut de l'analyse le coût des transports, indiquant un rôle majeur de l'influence du skill-mix sur le coût des soins. En effet le personnel impliqué est plus qualifié dans les SASD qu'en EMS.

Dans la Figure 8, de gauche à droite, les cas n°11 à n°4 (sauf le cas n°8) sont issus des SASD, les cas n°8 à n°10 proviennent des EMS (sauf les cas n°4 et n°5). On constate que le coût des soins des cas « limites » (n°7, n°5, n°4 et n°8) seraient comparables pour une prise en charge en EMS, mais qu'ils oscilleraient entre CHF 4'300.- et CHF 5'900.- par mois pour une prise en charge par les SASD.

Figure 8 Comparaison des coûts des soins selon le type de prise en charge (par mois)



Cas issus des EMS : cas n°1, n°2, n°3, n°6, n°8, n°9, n°10, n°15, n°16, n°18

Cas issus des SASD : cas n°4, n°5, n°7, n°11, n°12, n°13, n°14, n°17, n°19, n°20

→ *Le coût des soins est plus élevé lors d'une prise en charge par les SASD : d'une part, le coût des déplacements s'ajoute au coût des soins. D'autre part, le niveau professionnel du personnel concerné pour des soins à domicile est déterminé par les actes médicaux requis.*

Pour les cas des SASD les plus simples, le rapport entre le coût des SASD et des EMS n'est pas univoque : la prise en charge du cas n°12 serait plus coûteuse en EMS.

À noter que dans l'étude pilote de Spitex-Bern, le coût des soins était relativement comparable pour les deux prises en charge, pour les cas les plus simples. Par contre, à partir d'un certain degré de complexité, ils devenaient également plus élevés lors d'une prise en charge par les SASD que lors d'une prise en charge en EMS.

Comparaison des coûts totaux/cas selon le type d'institution (SASD vs EMS)

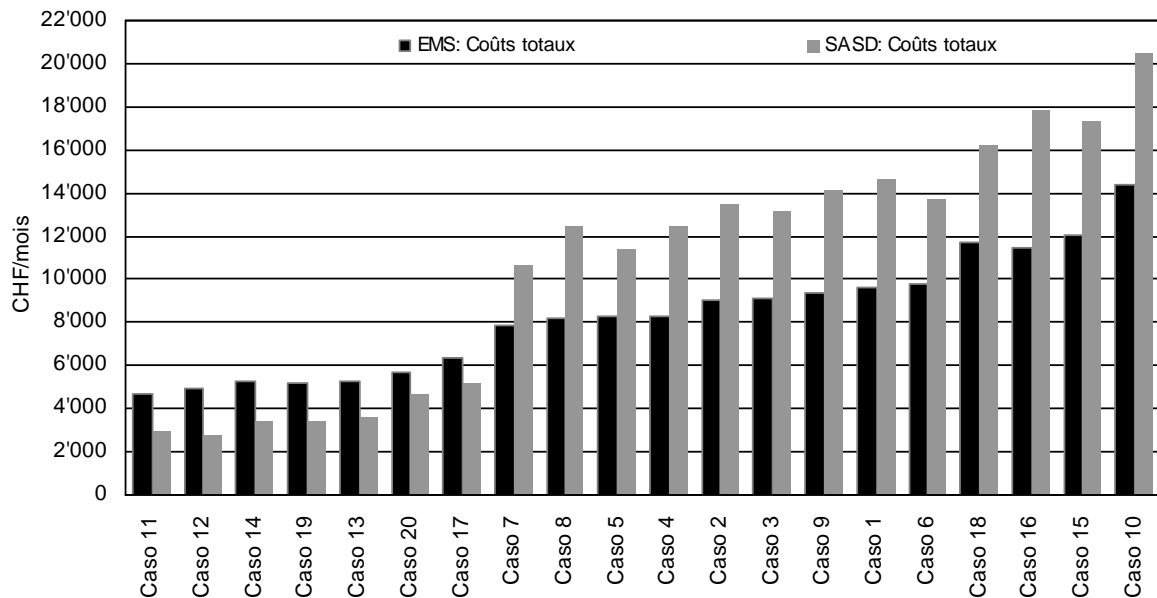
Lorsque l'on examine les coûts totaux, on constate que plus un cas nécessite une prise en charge intense, plus les coûts mensuels d'une prise en charge par les SASD dépassent ceux d'une prise en charge en EMS : la différence atteint plus de CHF 6'000.- par mois pour les cas n°16 et n°10.

Dans la Figure 9, cette situation concerne les dix cas provenant d'un EMS et, dans une moindre mesure, les trois cas les plus complexes des SASD, (n°4, n°5 et n°7), qui sont des cas bénéficiant d'une aide informelle importante. Pour les sept cas les plus légers, tous issus au départ des SASD, une prise en charge à domicile est plus efficiente. Selon les cas, elle coûterait entre CHF 900.- et CHF 2'100.- de moins par mois qu'une prise en charge en EMS.

Cette comparaison permet de faire l'hypothèse que ces cas sont bien pris en charge par le service adéquat. Les cas n°4, n°5 et n°7 ont vraisemblablement fait le choix de rester à domicile et il est

possible qu'ils bénéficient de l'aide directe cantonale pour le maintien à domicile, prévue dans le cadre de la LACD.

Figure 9 Comparaison des coûts totaux selon le type de prise en charge (par mois)



Cas issus des EMS : cas n°1, n°2, n°3, n°6, n°8, n°9, n°10, n°15, n°16, n°18

Cas issus des SASD : cas n°4, n°5, n°7, n°11, n°12, n°13, n°14, n°17, n°19, n°20

→ Si l'on examine les coûts totaux, une prise en charge en EMS s'avère plus efficace pour les cas complexes et une prise en charge à domicile est plus efficace pour les cas légers. Ainsi, plus un cas devient complexe, plus le maintien à domicile devient coûteux.

→ Lorsque l'on examine la provenance des cas sélectionnés pour ce projet, on constate que les cas les plus complexes provenaient des EMS et les cas les plus simples des SASD. Cette comparaison des coûts par cas permet de faire l'hypothèse que l'organisation des soins de longue durée tessinoise est cohérente avec l'objectif d'offrir à chacun ce dont il a besoin, là où il le souhaite.

L'étude-pilote de Spitex-Bern avait montré des résultats analogues : pour les cas complexes, une prise en charge par les SASD s'avérait être moins efficace qu'une prise en charge par les EMS.

6 Synthèse et conclusion

Ce travail compare les coûts des soins et les coûts totaux des deux principaux types de prise en charge des soins de longue durée dans le Canton du Tessin: les services d'aide et de soins à domicile (SASD) et les établissements médico-sociaux (EMS). Dans la réalité, les bénéficiaires de ces deux types d'institution diffèrent de par leurs besoins en soins et leur degré d'autonomie, ce qui rend une comparaison des coûts par cas difficile. L'approche choisie dans ce travail est donc d'offrir à des cas issus des deux types d'institution, dans un exercice théorique, les deux types de prise en charge puis de les comparer. Les coûts considérés sont d'abord les coûts des soins, incluant les coûts des transports pour les SASD, puis les coûts totaux, qui englobent les coûts du soutien social, les coûts « overhead » et les coûts de pension.

Les analyses reposent sur l'évaluation de la charge de travail nécessaire pour répondre à des besoins en soins décrits de la manière la plus exhaustive possible. Cette évaluation reste subjective et les résultats doivent être considérés comme des ordres de grandeur. Il faut quand même souligner que, dans la réalité, l'évaluation des patients est elle aussi sujette à la subjectivité.

Ce travail se base sur un échantillon de vingt cas, évalués par douze experts, dans le contexte des soins tessinois. Ses résultats peuvent être considérés comme indicatifs pour le Tessin, mais l'échantillon est trop petit pour permettre des conclusions à l'échelon de la Suisse.

Le fait que le Canton du Tessin ait déjà introduit dans les EMS et les SASD l'utilisation des instruments RAI pour estimer les besoins en soins de leurs patients de soins de longue durée a facilité l'évaluation des cas. Ceux-ci se sont entièrement basés des dossiers de patients dans lesquels un vocabulaire commun et familier aux experts en soins est utilisé. Ceci souligne l'importance de disposer d'outils de travail reposant sur un langage et des standards communs aux services à comparer.

Certains travaux antérieurs, consacrés aux coûts des soins de longue durée, ont fait état de différence d'environ un facteur dix entre les coûts d'une prise en charge par les SASD et en EMS (ref AD 34). Cette différence s'explique par le fait que les coûts de pension et du soutien social des clients des SASD n'avaient pas été inclus dans la comparaison. En outre, cette approche ne tenait pas compte des différences quant aux besoins en soins des deux groupes de bénéficiaires, les clients des SASD étant généralement plus autonomes que les résidents en EMS. La méthode proposée dans ce travail permet une comparaison plus équitable des deux prises en charge car elle permet d'éviter le biais de sélection spécifique aux soins de longue durée, puisque les clients des SASD sont plus autonomes que les pensionnaires des EMS. Elle offre ainsi une perspective plus réaliste, indépendante du degré de besoins en soins des bénéficiaires.

Grâce à cette approche plus équitable, il est possible de faire les constats suivants pour l'échantillon de patients sélectionnés :

→ ***Dans ce travail, le type de prise en charge -SASD ou EMS- a peu d'influence sur la charge de travail pour les soins. L'élément déterminant pour la charge de travail est le degré de dépendance fonctionnelle du bénéficiaire et son besoin en soins.***

Dans la littérature existent des travaux documentant le lien entre le degré de dépendance fonctionnelle et la probabilité de recourir aux soins de longue durée, mais, pour des raisons pratiques, ces travaux ne comparent pas les deux types de prise en charge pour une même personne. Par contre, il existe un lien entre la sévérité de la dépendance fonctionnelle et la probabilité d'être hébergé en EMS plutôt que d'être soigné à domicile, comme observé au chapitre 4 [7]. Le projet-pilote réalisé pour Spitex-Bern arrivait à la même conclusion pour les cas simples. Par contre, la charge de travail d'une prise en charge par les SASD des cas complexes, s'avérait être plus élevée, différence qui avait été attribuée à l'absence d'infrastructures spécifiques pour certains soins corporels. On peut malgré tout supposer que, pour limiter les répercussions des coûts des soins de longue durée, les mesures de prévention et de promotion de la santé sont inévitables et doivent permettre à la population âgée de préserver son autonomie.

→ ***Cette analyse met en évidence des coûts de soins plus élevés lors d'une prise en charge par les SASD : d'une part, le coût des déplacements s'ajoute au coût des soins. D'autre part, le niveau professionnel concerné est plus élevé car il est déterminé par les actes médicaux requis. Par rapport aux EMS, la marge de manœuvre des SASD pour ajuster les compétences aux besoins des clients - ce qui revient à optimiser le skill-mix- est restreinte.***

Cette constatation indique une question à soulever concernant l'efficacité des SASD : existe-t-il ou non des possibilités d'adapter le mode de fonctionnement de ces services pour mieux ajuster le skill-mix aux besoins des clients ? Dans quelle mesure cette contrainte, concernant le niveau professionnel concerné, fait partie inhérente de l'institution des SASD ?

→ ***Lorsque l'on examine les coûts totaux, le facteur essentiel reste le degré de besoins en soins. Celui-ci détermine le montant des coûts mais aussi quel type de prise en charge est le plus efficace. Dans la présente étude, pour des cas complexes, la prise en charge en EMS s'avère plus efficace. Pour les cas plus légers, la prise en charge par les SASD est plus efficace.***

Par conséquent, comme cela avait déjà été constaté dans le projet-pilote Spitex-Bern, plus un cas est complexe, plus le maintien à domicile a son coût. Le fait que, dans les travaux réalisés avec une approche macroscopique les soins à domicile soient moins chers que les soins en EMS est lié à un biais de sélection des patients, puisque la clientèle des SASD nécessite des soins moins intenses.

Ces mêmes études macroscopiques mettent d'ailleurs aussi en évidence une répartition relativement efficace des bénéficiaires de soins de longue durée, les cas complexes étant généralement hébergés en EMS et les cas plus légers étant pris en charge à domicile, comme cela s'avère être le cas dans la présente étude ou dans l'étude-pilote bernoise.

→ ***Les SASD et les EMS sont des formes complémentaires de prise en charge. Elles répondent à des besoins en soins différents.***

Le renforcement des soins ambulatoires ne doit pas se faire au détriment des soins en EMS. Pour les cas complexes, le maintien à domicile n'est possible qu'en présence d'aide informelle importante. En outre, à partir d'un certain degré de besoins en soins, une prise en charge par les SASD s'avère irréaliste. C'est pourquoi il importe de développer les deux offres de prises en charge de manière coordonnée, afin de disposer de capacités d'accueil en EMS, pour les cas plus complexes.

Les soins de longue durée ne se limitent pas à ces deux formes de prise en charge. Dans la réalité, celles-ci constituent les deux extrêmes d'une gamme de services de plus en plus diversifiés et il existe entre ces deux extrêmes, une certaine marge de manœuvre à explorer. En particulier, il pourrait être utile d'examiner quels types de services développer pour la prise en charge des cas trop complexes pour les SASD mais qui sont encore considérés comme relativement légers pour résider en EMS, comme les cas « limites » de ce projet. Dans cette optique, le nouveau système de financement des soins de longue durée qui va entrer en vigueur dès janvier 2011, posera un cadre juridique pour régler le financement des Spitex privés, des infirmiers indépendants reconnus par l'AOS ainsi que des centres de jour et de nuit.

→ ***Les comparaisons effectuées permettent de faire l'hypothèse que l'offre en soins de longue durée tessinoise est cohérente avec la possibilité d'offrir à chacun ce dont il a besoin, là où il le souhaite.***

L'examen des cas « limites » met en évidence que pour un même degré de dépendance fonctionnelle, les deux prises en charge sont possibles, en partie du fait de l'aide informelle disponible, mais que au-delà d'un certain seuil de besoins en soins, la prise en charge ambulatoire a son coût. La LACD veille à respecter le volonté des personnes qui souhaitent rester à domicile tout en cherchant à en diminuer les coûts pour les ménages. Une des particularités du système de soins de longue durée au Tessin est aussi représentée par l'aide directe au maintien à domicile pour les personnes qui le souhaitent, aide prévue dans la LACD à certaines conditions.

Conclusion

Dans ce travail, lorsque l'on compare les coûts par cas des soins de longue durée avec une approche qui tient compte du besoin en soins des patients et qui englobe la totalité des coûts, on constate que les coûts dépendent d'abord du degré de besoins en soins du bénéficiaire et non du type de prise en charge. Les coûts des soins sont plus élevés lors d'une prise en charge à domicile en raison des coûts de déplacement, mais aussi du fait du skill-mix plus élevé du personnel impliqué. Lorsque l'on tient compte des coûts totaux, englobant les coûts de pension et du soutien social, une prise en charge en EMS est plus efficiente qu'une prise en charge à domicile pour les cas complexes, tandis que l'inverse s'observe pour les cas légers.

Ces résultats reposent sur l'analyse d'un échantillon de vingt cas tessinois. Même s'ils corroborent les résultats obtenus dans un projet-pilote réalisé par Spitex-Bern avec la même approche, des travaux supplémentaires sont nécessaires pour tirer des conclusions à l'échelon national, voir cantonal.

Les résultats présentés laissent supposer que l'approche des soins de longue durée choisie par le Canton du Tessin est cohérente. D'une part, elle permet à des cas relativement complexes de rester à domicile, situation qui ne reste possible qu'en présence d'aide informelle importante. D'autre part, elle offre aux cas les plus complexes la prise en charge la plus efficiente, à savoir celle en EMS.

7 Références

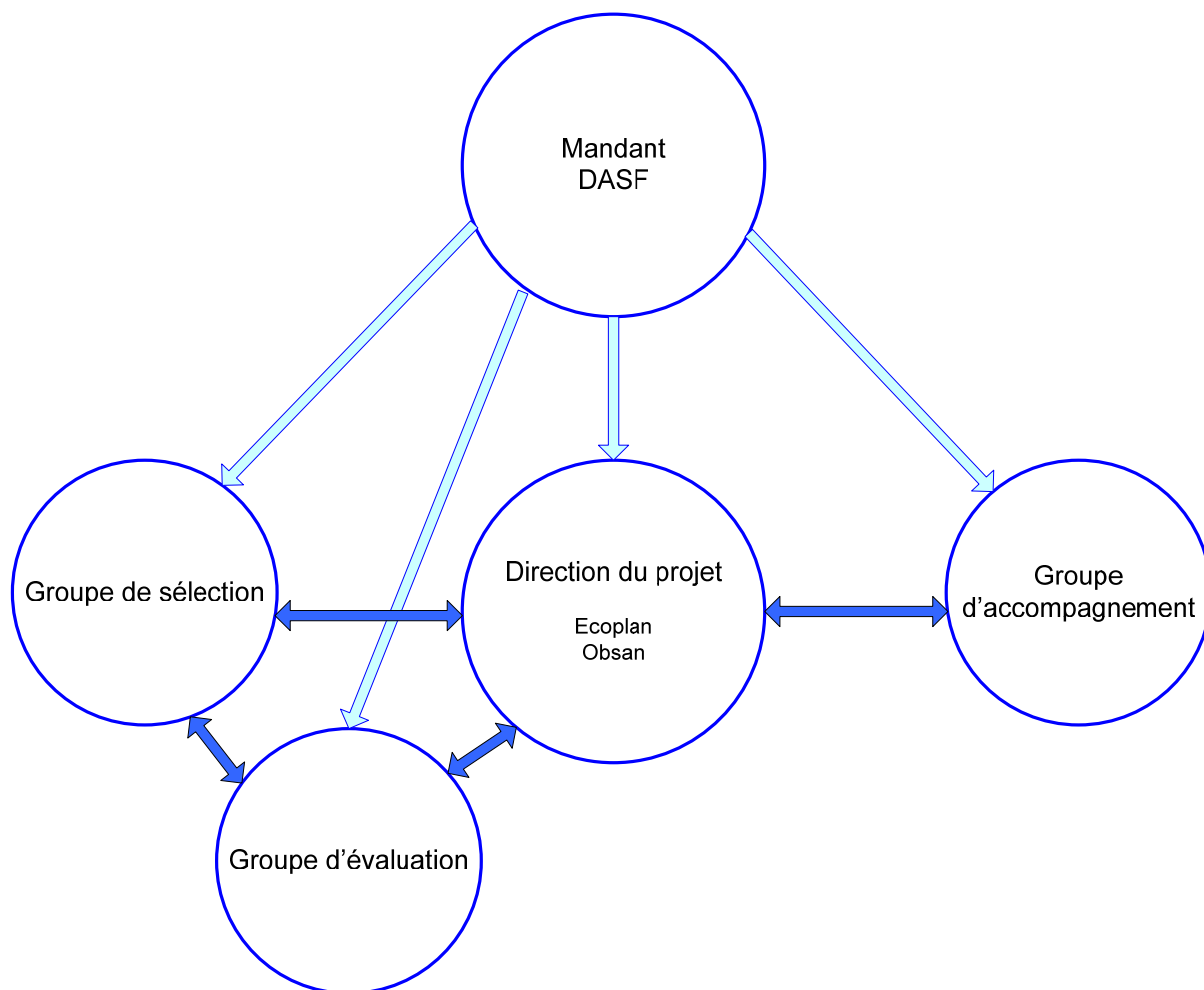
1. Costa-Font, J., et al., *Projecting long-term care expenditures in four european union member states: the influence of demographic scenarios*. Social Indicators Research, 2008. **86**: p. 303-321.
2. Oliver, D., et al., *Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses*. Bmj, 2007. **334**(7584): p. 82.
3. Weaver, F., et al., *Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse*. 2008, Observatoire suisse de la santé: Neuchâtel.
4. Fuhrer, B., et al., *Pflegefinanzierung und Pflegebedarf: Schätzung des zukünftigen Entwicklung*. 2003, OFAS, Berne. p. 53.
5. Fuhrer, B., *Enquête sur le coût des soins*. Sécurité sociale, 2008. **2008**(1): p. 57-59.
6. Höpflinger, F., Hugentobler V. *Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse*. Observatoire suisse de la santé. Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé, 2006: Médecine & Hygiène.
7. de Meijer, C.A., et al., *The role of disability in explaining long-term care utilization*. Med Care, 2009. **47**(11): p. 1156-63.

8 Annexes

8.1 Partenaires du projet

- - Mandant : Divisione dell'azione sociale e delle famiglie, représenté par M. C. Denti
- - Mandataire : Obsan représenté par Mme H. Jaccard Ruedin
- - Sous-mandataire : Bureau Ecoplan, représenté par MM H. Sommer et M. Marti.

La direction du projet est assurée en tandem par M. Marti et H. Jaccard Ruedin



<p>Groupe d'accompagnement</p> <ul style="list-style-type: none"> - M. C. Denti (Chef de Section, DASF) - M. F. Branca (Adjoint Chef de Section, DASF) - M. G. Borradori (Chef d'Office, DASF) - Mme C. Gulfi (DASF) - M. C. Leoni (DASF) 	<p>Groupe de sélection :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mme V. S. Roffi (Pro Senectute, assistante sociale); - Mme M. Santini (SASD ALVAD, Directrice sanitaire du SASD); - M. M. Battaglia (Chef de Section, EMS de la Ville de Lugano); - M. G. Marvin (Infirmier cantonal, Service du médecin cantonal)
<p>Groupe d'évaluation:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mme R. Sablonier-Pezzoli (SASD SCuDo); - Mme L. Baroni (SASD ABAD); - Mme M.-C. Galland (SASD MAGGIO); - Mme K. Colombi (SASD Mendrisiotto e Basso Ceresio); - M. R. Rodoni (SASD regione Tre Valli); - Mme C. Turrini (SASD ALVAD); - M. R. Sadiki (EMS La Quercia); - M. A. Ambrosio (EMS Bellinzona); - Mme A. B. Peloso (EMS Alto Vedeggio); - M. G. Castrica (EMS Girotondo). - Mme A. Calvi (EMS Centro sociosanitario Onsernone); - M. B. Mazzuchelli (EMS Girasole); 	

8.2 Allegato statistico

Istituti per anziani medicalizzati ⁷

Numero di istituti, posti letto e ripartizione geografica

A fine 2008 erano presenti in Ticino 67 istituti per anziani medicalizzati: 55 di loro con gestione sussidiata secondo la Legge anziani (Lanz), 12 non sussidiati. La maggior parte degli istituti si trovano nei comprensori del Locarnese e Vallemaggia, del Luganese e del Mendrisiotto e Basso Ceresio.

Il totale dei posti letto medicalizzati offerti era di 4'146, di cui 3'916 posti letto di lunga durata, 109 posti di breve durata e 121 posti letto in appartamenti protetti. Tra i posti letto di breve durata è da segnalare la presenza di 60 posti "ad alto contenuto sanitario" (ACS), disponibili presso quattro strutture medicalizzate e destinati ad anziani fragili che richiedono un sostegno clinico non specialistico per ritrovare la propria autosufficienza (riattivazione geriatrica), con l'obiettivo primario di consentirne il rientro al proprio domicilio.

Tabella A-1: Istituti per anziani medicalizzati in Ticino e per comprensorio SACD, posti letto totali, secondo durata e tipologia a fine 2008

Comprensori SACD	No. istituti	Posti letto medicalizzati				
		Totali	di lunga durata	di breve durata	con ACS	
Mendrisiotto e Basso Ceresio	13	752	713	20	15	19
Luganese	18	1'223	1'171	19	15	33
Malcantone e Vedeggio	5	350	331	19	15	0
Locarnese e Vallemaggia	21	1'080	1'001	40	15	39
Bellinzonese	5	425	388	7	0	30
Tre Valli	5	316	312	4	0	0
Cantone Ticino	67	4'146	3'916	109	60	121

1) Fonte: SSEAS-UA, 2009.

Densità di posti letto negli istituti per anziani medicalizzati rispetto alla popolazione anziana e ripartizione geografica

Le disparità regionali di densità di posti letto negli istituti per anziani medicalizzati restano importanti in Ticino. A fine 2008, rispetto alla popolazione residente permanente di 65 anni e più, si contavano 12 posti letti medicalizzati (inclusi i posti in appartamenti protetti) ogni 1000 anziani in media ticinese. I comprensori del Mendrisiotto e Basso Ceresio e, soprattutto, del Locarnese e Vallemaggia si situano ben al di sopra della media cantonale (regioni sovradotate), i comprensori delle Tre Valli e del Luganese si trovano attorno a tale media, mentre i comprensori del Malcantone e Vedeggio e, in particolare, del Bellinzonese denotano una mancanza di posti (regioni sotto dotate).

⁷ "Établissements medico-sociaux" (EMS), con l'inclusione dei posti in appartamenti protetti.

Tabella 2-4: Densità di posti letto negli Istituti per anziani medicalizzati rispetto alla popolazione ultrasessantacinquenne, in Ticino e per comprensorio SACD, a fine 2008

Comprensori SACD	Popolazione	65+ (in %)	Posti letto medicalizzati (con app. protetti)	in ‰
Mendrisiotto e Basso Ceresio	52'725	20.6%	752	14.3
Luganese	100'270	19.7%	1'223	12.2
Malcantone e Veduggio	37'226	17.6%	350	9.4
Locarnese e Vallemaggia	66'821	22.3%	1'080	16.2
Bellinzonese	47'877	17.9%	425	8.9
Tre Valli	27'817	20.4%	316	11.4
Cantone Ticino	332'736	19.9%	4'146	12.5

1) Fonte: Ustat, elaborazione 14.09.2009 + SSEAS-UA, 2009.

Il **tasso di occupazione dei letti** (di lunga durata) era in Ticino del 98% nel 2007 secondo gli ultimi dati SOMED, in crescita rispetto agli ultimi anni.

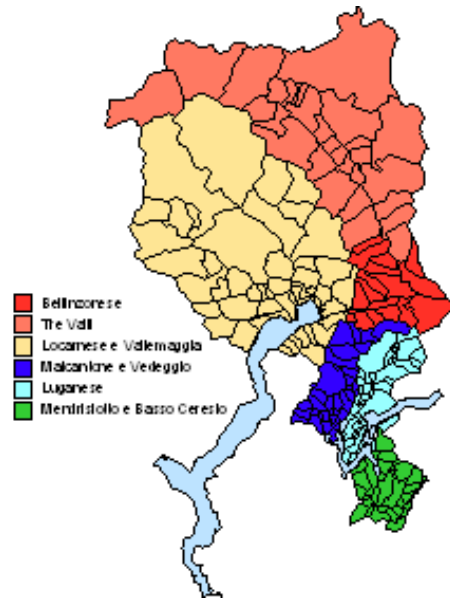
Servizi d'assistenza e cura a domicilio (SACD)

Numero delle istituzioni SACD e composizione

I sei SACD d'interesse pubblico sono i seguenti:

- Comprensorio SACD **Mendrisiotto e Basso Ceresio** (AM&BC) comprende: il distretto di Mendrisio, in più i comuni di Arogno, Brusino Arsizio, Maroggia, Melano e Rovio (distretto di Lugano);
- Comprensorio SACD **SCuDo** comprende: parte del distretto di Lugano (zona urbana e la sua corona, la Capriasca e la Valcolla, senza il Basso Ceresio);
- Comprensorio SACD **Malcantone e Veduggio** (MAGGIO) comprende: parte del distretto di Lugano (solo le regioni del Malcantone e del Veduggio), con l'aggiunta dei Comuni di Isonne e Medaglia (distretto di Bellinzona);
- Comprensorio SACD **Locarnese e Vallemaggia** (ALVAD) comprende i distretti di Locarno e Vallemaggia, ad eccezione del Comune di Contone;
- Comprensorio SACD **Bellinzonese** (ABAD) comprende il distretto di Bellinzona, ad eccezione dei Comuni di Isonne e Medaglia, con l'aggiunta del Comune di Contone (distretto di Locarno);
- Comprensorio SACD **Regione Tre Valli** comprende i distretti: Blenio, Leventina e Riviera.

Figure 8-1: Delimitazione dei comprensori SACD, situazione a fine 2008



Alcuni dati indicativi dell'attività dei SACD in Ticino nel 2008

Associazioni di assistenza e cura a domicilio riconosciute LACD: prestazioni, personale e conti economici, secondo l'associazione, in Ticino, nel 2008

	Totale	AM&BC ¹	SCuDo ²	Maggio ³	ABAD ⁴	ALVAD ⁵	RTV ⁶
Casi seguiti e tipo di prestaz. offerte							
Casi seguiti	11'045	1'931	2'974	1'101	1'475	2'460	1'104
Anziani	6'701	1'319	1'711	549	842	1'555	725
Invalidi/famiglie/altri in età non AVS	1'406	244	379	126	191	355	111
Bambini (seguiti dal servizio CMP)	2'938	368	884	426	442	550	268
Ore di prestaz. offerte per tipo di prestaz.	636'966	121'234	186'051	68'953	87'937	99'755	73'036
Prestazioni infermieristiche ⁷	70'295	14'216	17'464	7'024	8'838	12'145	10'608
Cure di base ⁸	192'328	33'878	45'353	21'748	31'260	30'653	29'436
Aiuto domestico ⁹	205'284	45'016	71'009	15'271	22'323	39'632	12'034
Consulenza materno-pediatrica	13'360	1'141	3'629	1'826	2'295	2'877	1'592
Prestaz. indirette per la gestione del caso ¹⁰	68'533	11'857	26'208	12'757	5'658	3'262	8'789
Prestaz. indirette per la gest. del servizio ¹¹	87'167	15'126	22'388	10'327	17'563	11'185	10'577
Trasferte							
Ore di trasferta	78'977	12'657	22'878	8'792	10'129	12'438	12'083
km percorsi	1'937'791	358'308	509'100	204'604	174'971	291'836	398'973
Popolazione residente media							
Di cui anziani ultra 65 anni							
Casi seguiti in % popolazione							
Anziani seguiti in % anziani							
Ore medie di prestaz. per caso	59	63	63	63	60	41	66
Ore medie di prestaz. dirette per caso	44	49	46	42	44	35	49
Ore medie di prestaz. indirette per caso	15	14	16	21	16	6	18
Personale (in unità ETP)¹²	413.71	79.30	117.23	48.67	59.43	59.57	49.51
Personale operativo							
Infermieri	91.80	20.43	31.70	11.86	10.51	11.38	12.02
Aiuto familiari	190.71	36.78	46.53	23.24	31.81	25.96	29.08
Personale ausiliario	81.47	17.09	28.10	9.29	10.21	15.42	2.35
Direzione e amministrazione							
Direzione	5.50	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.90
Capi-équipes	18.96	3.00	6.12	1.03	3.00	3.50	2.80
Personale amministrativo	16.24	1.00	3.78	2.25	2.90	2.31	2.36
N. medio di casi per unità	26	26	28	25	28	47	25
Ore medie di prestaz. per unità	1'497	1'529	1'587	1'417	1'480	1'675	1'475
Ore medie di prestaz. dirette per unità	1'095	1'189	1'173	942	1'089	1'432	1'084
Ore medie di prestaz. indirette per unità	402	340	415	474	391	243	391
Km per unità operativa	5'347	4'822	4'788	4'609	3'331	5'531	9'182
Conti economici							
Costi totali di gestione							
Salari	28'560'260	5'396'420	7'984'664	3'376'296	4'176'817	3'682'963	3'943'099
Prestazioni sociali	5'762'716	1'149'610	1'731'507	672'980	818'337	609'226	781'056
Formazione del personale	51'127	7'508	-1'374	6'807	13'400	15'408	9'377
Altri costi	5'396'380	780'891	1'721'824	475'191	390'031	1'537'762	490'681
Ricavi totali	18'768'736	3'704'493	5'185'514	1'934'873	2'597'123	2'821'959	2'524'774
Tariffe utenti	4'475'697	988'003	1'545'579	357'536	496'733	810'400	277'447
Casse malati	13'689'307	2'679'015	3'360'333	1'489'219	2'047'303	1'975'101	2'138'337
Sussidi federali	0	0	0	0	0	0	0
Altri ricavi	603'732	37'476	279'602	88'119	53'087	36'458	108'991
Contributo globale (di competenza)	23'682'544	4'625'658	6'292'828	2'704'890	3'386'283	3'559'248	3'113'637
Comuni	18'946'035	3'700'527	5'034'263	2'163'912	2'709'026	2'847'398	2'490'910
Cantone	4'736'509	925'132	1'258'566	540'978	677'257	711'850	622'727
Costi di gestione per caso	3'755	3'798	3'846	4'116	3'660	2'376	4'732
Contributo per caso	2'255	2'395	2'116	2'457	2'296	1'447	2'820

¹Associazione per l'assistenza e cura a domicilio del Mendrisiotto e Basso Ceresio.

²Servizio cure a domicilio - Associazione per l'assistenza e cura a domicilio del Luganese.

³Associazione per l'assistenza e cura a domicilio del Malcantone e Vedeggio.

⁴Associazione bellinzonese per l'assistenza e la cura a domicilio.

⁵Associazione Locamese e Valmaggese per l'assistenza e cura a domicilio. Comprende i dati relativi ai casi seguiti e alle prestazioni offerte dalla Vallemaggia, la cui attività è finanziata tramite mandato. I dati finanziari relativi alla Vallemaggia compaiono

⁶Servizio di assistenza e cura a domicilio gestita dall'Associazione dei Comuni della Regione Tre Valli.

⁷Prestazioni di "consigli e istruzioni" e "esami e cure".

⁸Prestazioni di cure di base in situazioni semplici e complesse.

⁹Prestazioni erogate sia da aiuto familiari sia da personale ausiliario.

¹⁰Prestazioni erogate in assenza dell'utente, come ad esempio: valutazione del caso, coordinamento contatti con altri settori socio-sanitari. Esse sono erogate sia da personale operativo sia da personale dirigente o amministrativo.

¹¹Attività necessarie per il funzionamento del servizio, ad esempio: pagamento dei salari, fatturazioni, ecc.

¹²Senza il personale in formazione e assunto tramite mandato.

Fonte: Dipartimento della sanità e della socialità, Sezione del sostegno a enti e attività sociali, Bellinzona

8.3 Sélection des cas de l'étude

Conformément aux besoins des mandants, les cas doivent être représentatifs des services de soins de longue durée fournis dans le Canton du Tessin. Ils doivent provenir des deux types d'institutions, soit les EMS et les SASD et des différentes régions de soins du Canton, comme elles sont définies dans le chapitre 2. La sélection s'est faite par étapes successives :

Sélection des institutions

Avec les collaborateurs de la SSEAS, cette étape a été réalisée par un groupe de sélection invité par le « Dipartimento della sanità e della socialità » (DSS) du Canton du Tessin, dont les membres ont été choisis pour leur connaissance des institutions de soins de longue durée du canton : il s'agissait de l'infirmier cantonal, d'un responsable de Pro Senectute et de deux collaborateurs issus du milieu des soins (SASD et EMS).

Pour que les résultats soient représentatifs du Canton du Tessin dans sa totalité, le projet devait concerner des patients provenant des deux types d'institutions et être issus autant du milieu rural qu'urbain. Les institutions ont sélectionné les institutions sur la base de 3 critères :

1. Type d'institution : 6 institutions des SASD et 6 des EMS d'intérêt public, soumis au système des contrats de prestations avec le Canton.
2. Régional :
 - 3 SASD de régions de soins « urbaines »
 - 3 SASD de régions de soins « rurales »
 - 3 EMS de régions de soins « urbaines »
 - 3 EMS de régions de soins « rurales »
3. Compétence et disponibilité des institutions : estimée subjectivement.

Chaque institution a alors désigné un expert en soins pour faire partie du groupe d'évaluation. Cet expert a alors reçu un mandat explicite de la part de la SSEAS, pour consacrer en 2009 sept jours de travail au projet. Ce mandat a été inscrit dans le contrat de prestation entre le Canton et l'institution concernée.

Sélection de 5 dossiers par institution

Chacun des douze experts en soins a identifié 5 cas représentatifs de son institution dont il a transmis le dossier anonyme à l'Office du médecin cantonal du DSS. Cette première sélection a reposé sur 4 critères :

- 4 Age : être âgé de 70 ans ou plus ;
- 5 Durée de la prise en charge : être suivi depuis au moins trois mois ;
6. Forme de prise en charge courante, à savoir pas de traitements particuliers (p.ex chimiothérapie) ;
7. Degré de dépendance fonctionnelle :

- EMS : déterminé selon l'échelle RAI-RUG. Par rapport à la distribution du degré de dépendance fonctionnelle de tous les patients de l'institution, le patient se situe dans l'espace interquartile (25%-75%)
- SASD : déterminé selon le nombre de minutes consacrées aux soins et à l'aide familiale. Par rapport à la distribution du minutage de tous les patients de l'institution, le patient se situe dans l'espace interquartile (25%-75%).

L'office du médecin cantonal a ainsi reçu au total 60 dossiers anonymes :

- 3x5 cas provenant de SASD urbains
- 3x5 cas de SASD ruraux
- 3x5 cas provenant d'EMS urbains
- 3x5 cas d'EMS ruraux

Sélection des 20 cas définitifs

Ces 60 dossiers ont alors été examinés par les mandataires et le groupe d'évaluation pour la sélection finale. Deux critères ont été appliqués :

8. Etat de santé : Ce critère assure que tout le spectre des besoins et des services les plus courants est représenté.

La grille d'évaluation RAI-NH et RAI-HC⁸ relève les diagnostics médicaux des patients. Les principales pathologies responsables de dépendance fonctionnelle ont alors été regroupées en sept grandes catégories de troubles : troubles locomoteurs, troubles pulmonaires, démence, troubles dépressifs, troubles cardiaques, séquelles d'attaque cérébrale, diabète.

Les 15 cas de chaque région et de chaque type d'institutions ont alors été classés selon la fréquence d'occurrence de chaque catégorie de troubles ci-dessus.

Pour que chaque catégorie de trouble soit représentée au moins une fois, le cas présentant le trouble le moins fréquemment cité a été sélectionné en premier, suivi du cas présentant le trouble mentionné avec la deuxième fréquence la plus faible etc.

9. Degré de dépendance fonctionnelle : déterminé comme sous le point 7.

Si plusieurs cas présentant les mêmes pathologies entraînent en ligne de compte, le cas considéré comme le plus représentatif a alors été retenu, c'est-à-dire celui dont le niveau de dépendance fonctionnelle (sur l'échelle RAI ou selon le minutage) était le plus proche de la médiane de la distribution portant sur les 15 cas.

⁸ Pour le 30 cas issus des SASD, la partie "I" du « Minimal Dataset » du RAI-NH (version 2.0) pour les EMS a été expressément compilée par le médecin en charge du patient SASD et transmise, sous forme anonyme, à l'Office du médecin cantonal. Ceci pour garantir une parfaite comparabilité des diagnostics des différents cas.

8.4 Méthode de comparaison

L'objectif principal de ce travail est de comparer les coûts engendrés par une prise en charge de longue durée en établissement médico-social (EMS), à ceux engendrés par une prise en charge par les soins à domicile (SASD), en tenant compte de la totalité des coûts.

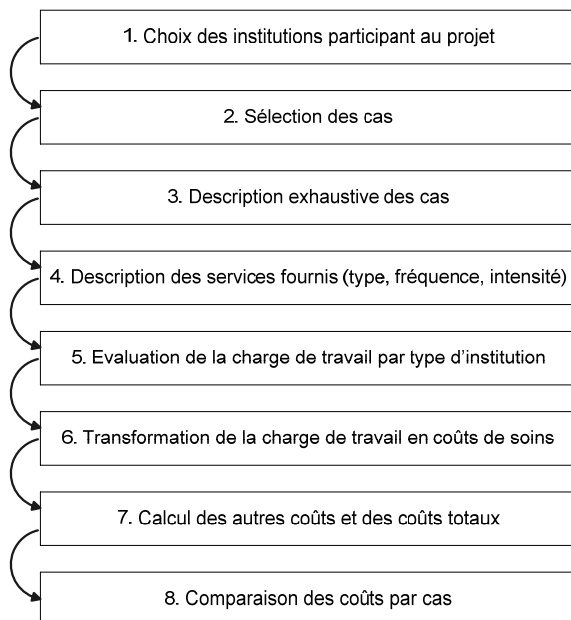
La méthode choisie par le bureau Ecoplan et la HES-Nordwestschweiz tente d'améliorer la comparabilité puisque les prises en charge examinées se réfèrent au même patient. Cette démarche permet d'englober la totalité des coûts et de mettre en évidence les spécificités de chaque type de prise en charge.

Le principe consiste à décrire d'abord les besoins de chaque cas, de la manière la plus exhaustive possible, et le type et l'intensité des services dont il bénéficie, là où il est pris en charge (EMS ou SASD).

Les services fournis sont alors traduits en charge de travail puis en coûts, pour une prise en charge en EMS ou une prise en charge par les SASD. Selon ses besoins, chaque cas se voit donc offrir une prise en charge en EMS et une prise en charge à domicile, qui peuvent être exprimées en coûts totaux et ensuite être comparées.

La Figure A4 schématise les différentes étapes du processus adopté pour rendre ces prises en charge comparables. Les étapes 1 et 2 sont décrites dans l'annexe 3. La présente annexe décrit les étapes 3 à 8.

Figure A4 Etapes du projet



Description des cas : besoins en services

Comme mentionné au chapitre 3, le Canton du Tessin a mis en place les systèmes d'évaluation RAI-NH et RAI-HC sur tout son territoire. Ceci autorise de faire l'hypothèse que dans ce canton, les patients sont évalués de manière relativement standardisée et que les besoins en soins et en services sont établis sur la base de standards communs aux acteurs impliqués. Cette situation facilite grandement l'évaluation des cas, qui peut reposer sur un outil déjà en place et familier.

Pour chaque cas retenu, une fiche spécifique est complétée par un expert en soins en charge du patient rassemblant sous forme anonyme des informations récoltées dans le « Minimal Dataset » RAI-NH (version 2.0) et RAI-HC (version juin 2003). Le but est d'utiliser un langage le plus uniforme et neutre possible afin de ne pas influencer ultérieurement les experts, durant la phase d'évaluation de la charge de travail.

Toute l'évaluation de la charge de travail et des coûts repose sur l'analyse de ces fiches. Elles contiennent des informations concernant les besoins et les services fournis dans les domaines suivants :

- Etat civil et situation sociale (présence de parents ou d'amis, soutien social, utilisation de services courants : coiffeur, pédicure, etc.).
- Mobilité et activités de la voie quotidienne (se déplacer, s'habiller, manger, marcher, etc.)
- Continence (urinaire et fécale)
- Diagnostics médicaux
- Problèmes médicaux spécifiques (douleurs, œdèmes, etc.)
- Etat nutritionnel
- Etat de la peau et soins spécifiques
- Traitements infirmiers particuliers (médicaments, signes vitaux, glycémie etc)
- Fonctions cognitives
- Communication et fonction auditive
- Troubles visuels
- Troubles de l'humeur (dépression, anxiété, agressivité, etc.)
- Bien-être psychosocial

Pour chaque domaine, les fiches décrivent la prise en charge : type de services offerts avec leur fréquence (journalière, hebdomadaire ou mensuelle) ainsi que le nombre de professionnels en charge du service.

Les services ci-dessus sont regroupés en soins corporels, soins psychosociaux et soins médicaux proprement dit. Les services mentionnés dans la première catégorie de besoins ci-dessus, comme le coiffeur et la pédicure ne sont pas des services fournis par les institutions de soins. En outre, ils sont fournis indépendamment du lieu de vie. C'est pourquoi ils ne sont pas inclus dans le calcul des coûts totaux ou des coûts des soins.

Evaluation de la charge de travail des soins

Connaissant la quantité de chaque service que reçoit un cas, sans connaître la provenance (EMS ou domicile), les douze experts en soins participant au projet évaluent le minutage requis pour chaque type de service décrit dans les vingt fiches soumises. Ce minutage est ventilé par niveau professionnel chargé de la tâche si ce cas était pris en charge dans leur institution, en distinguant trois niveaux : infirmier/-ère diplômé/-e (INF); infirmier/-ère assistant/-e (OSS) ou personnel auxiliaire (AUX) (un niveau pour les SASD (AUX SASD); deux niveaux en EMS : auxiliaire des soins (AUX EMS) et assistant de soins (AC).

On obtient donc une charge de travail que ces 20 cas représenteraient, sous forme de minutes et selon les trois niveaux professionnels susmentionnés, pour les deux types de prise en charge.

- Les experts travaillant dans des EMS évaluent la charge de travail pour une prise en charge en EMS.
- Les experts issus des SASD évaluent la charge de travail pour une prise en charge à domicile.

C'est une étape cruciale pour rendre les cas comparables car il faut être capable d'abstraction : dans la réalité, la moitié des cas à évaluer provenait de l'autre mode de prise en charge. Ainsi, les experts des SASD ont dû évaluer la charge de travail pour des cas issus des EMS, tout en supposant qu'ils seraient pris en charge par les SASD et vice versa.

Cette étape, étant réalisée indépendamment par les douze experts en soins, les différents avis concernant le temps nécessaire sont alors synthétisés sous forme de valeur médiane.

Contrôle de la cohérence des fiches

Les fiches d'évaluation des besoins et de la charge de travail pour les soins sont alors systématiquement vérifiées quant à la cohérence des réponses. L'incohérence peut concerner des aspects médicaux (par exemple un cas avec un diagnostic de diabète insulino-dépendant chez lequel l'administration d'insuline ne serait pas mentionnée dans la fiche) ou des aspects plus techniques (par exemple un expert évalue à 20 minutes le temps pour préparer les médicaments alors que les onze autres experts l'évalueraient à 10 minutes). Ces incohérences sont discutées d'une part avec l'infirmier cantonal, d'autre part, avec les experts concernés et les corrections sont faites au cas par cas.

Charge de travail impartie aux soins paramédicaux

Si l'on veut inclure ces services, en particulier la physio- et l'ergothérapie ou la logopédie dans l'analyse, on se heurte à un biais. En effet, ces services peuvent être dispensés dans certains EMS par un thérapeute employé par l'institution. Par contre, pour les EMS et les SASD qui n'emploient pas de tels professionnels, ce genre de soins devrait être comptabilisé différemment. Pour éviter toute confusion et pour que la comparaison reste équitable, il a été décidé d'exclure ces soins de l'analyse.

Evaluation des coûts engendrés

Catégories de coûts retenues et sources de données utilisées

Pour rappel les coûts sont classés en quatre catégories : Les coûts des soins, des déplacements ceux de la soutien social, et de la pension (repas, ménage et frais de logement. Les coûts des déplacements ne concernent que les SASD. Ils sont inévitables et sont comptés avec les coûts des soins de ces services.

Coûts des soins

Le coût des soins dépend du type de services fournis, du niveau professionnel requis et de la charge de travail que leur délivrance implique.

La charge de travail est monétarisée, en se basant sur le salaire-horaire brut (y compris les charges sociales) des personnes concernées, selon leur niveau professionnel. L'échelle des salaires correspond à celle des contrats collectifs de travail en vigueur dans les deux secteurs (EMS et SASD). Pour chaque niveau professionnel envisagé dans cette étude (3 pour les SASD, 4 pour les EMS), on s'est référé à un profil moyen de carrière dans le secteur correspondant. Ce salaire-horaire dépend donc aussi du lieu de la prise en charge (Tableau A4.1).

Pour les SASD, les heures de déplacements s'ajoutent aux heures de soins fournis, dans des proportions qui varient selon le niveau professionnel impliqué. Selon des estimations reposant sur la comptabilité annuelle des institutions, disponible au SSEAS, les heures de déplacement représentent respectivement 17%, 11% et 8% des heures effectives de travail des INF, OSS et AUX. Dans le calcul du coût des soins, les salaires horaires de ces heures s'ajoutent aux heures de soins. S'y ajoute encore un forfait de déplacement, variant entre CHF 5.80, CHF 2.60 et CHF 1.60 par heure de déplacement d'une INF, d'une OSS ou d'une AUX.

Tableau A4.1. Coûts/heure de soins selon le type d'institution et le niveau professionnel.

SASD	Heures travaillées/année (100%) *	Salaires annuels bruts (CHF) **	Coûts/ heure de soins (CHF)
INF	1'752	98'000	57.-
OSS	1'752	84'000	48.-
AUX SASD	1'752	62'000	36.-
EMS			
INF	1'752	96'000	55.-
OSS	1'752	83'000	47.-
AC EMS	1'752	71'000	40.-
AUX EMS	1'752	64'000	36.-

Les frais médicaux ou de physiothérapie ne sont pas pris en compte dans les coûts des soins puisque ceux-ci sont pris en charge par l'AOS indépendamment du lieu de résidence du bénéficiaire.

Coûts du soutien social et de la pension

Pour une prise en charge en EMS, on suppose que les coûts du soutien social et de la pension sont indépendants du degré de besoin en soins. Ils représentent un même montant pour chaque individu. Ce montant est estimé sur la base de la comptabilité annuelle des EMS tessinois pour 2008, disponible auprès de la SSEAS. Ce montant tient compte des salaires du personnel non soignant, de l'entretien, du matériel et des coûts d'infrastructure. Il s'élève à CHF 145.-/cas et par jour.

Pour une prise en charge à domicile, les estimations se basent sur différentes hypothèses :

Les coûts de pension sont indépendants de l'intensité des besoins en soins. Ils comprennent le coût du logement, estimé sur la base du montant mensuel maximal (pour une personne seule) des Prestations complémentaires AVS-AI versées au Tessin (CHF 1'100.-/mois) et le coût des repas, estimé à partir des tarifs pour les repas livrés à domicile par le service de Pro Senectute ainsi que selon le montant retenu par les dispositions AVS pour le calcul d'un revenu en nature (CHF 885.-/mois, ou CHF 645.-/mois pour les personnes bénéficiant de l'aide d'une employée de maison), et un forfait pour l'entretien de CHF 200.-/mois (uniquement pour les personnes ne bénéficiant pas de l'aide d'une employée de maison).

Le coût du soutien social est lui dépendant du degré de besoin en soins: plus une personne à besoin de soins, plus son autonomie est limitée et plus l'aide informelle prend de l'importance. Dans l'analyse on a estimé le coût moyen mensuel pour une employée de maison à CHF 3'740.-/mois (charges sociales comprises) sur la base d'un salaire mensuel d'un «contrat standard» en vigueur au Tessin. Dans ce travail, il a été fait l'hypothèse que seuls les cas dont la charge de travail pour les soins dépassait 160 minutes par jour faisaient appel à ce genre d'aide, à plein temps.

A ces coûts s'ajoutent encore les coûts « overhead » également dépendants du degré de besoin en soins et donc du nombre d'heures de soins fournies. Ils couvrent les coûts du personnel de direction ou administratif des SASD, le matériel (sans les médicaments) ainsi que les frais de location et d'entretien des locaux hébergeant ces services. Ils sont estimés sur la base de la comptabilité annuelle des SASD tessinois pour 2008 disponible auprès de la SSEAS.

Pour chaque cas définitif on dispose finalement de quatre renseignements : le coût des soins/cas et le coût total/cas, pour une prise en charge en SASD et une prise en charge en EMS, qui permettront de procéder à la comparaison.

Pour chaque cas définitif on dispose finalement de quatre renseignements : le coût des soins/cas et le coût total/cas, pour une prise en charge en SASD et une prise en charge en EMS, qui permettront de procéder à la comparaison.

Tableau A4.2. Coûts/heure de soins selon le type d'institution et le niveau professionnel.

Catégories de coûts et hypothèses	SASD	Coûts mensuels (CHF)
Coûts de pension : indépendant des besoins en soins		
Logement	Limite maximale fixée par les PC AVS-AI (pour une personne)	1'100.-
Repas	- sans présence d'un/-e employé/-e (repas de midi livré à domicile -tarif maximal de CHF 18.-, repas du soir et petit déjeuner selon revenu en nature reconnu par AVS, total CHF 29.50/jour) - en présence d'une employée (revenu en nature reconnu par AVS pour nourriture, CHF 21.50/jour)	885.- 645.-
Entretien	- 2 heures de nettoyage/semaine (à CHF 25.-/h) - en présence d'une employée	200.- 0.-
Coûts du soutien social : dépendant des besoins en soins		
Niveaux de besoins en soins	Salaires mensuel standard d'une employée pour les cas complexes traités à domicile (CHF 2'950.-/mois + 13 ^{ème} salaire + 17% charges sociales)	3'740.-
Coûts « overhead » : dépendant des besoins en soins		
Coûts overhead	Proportionnels au nombre d'heures de soins fournies. 22% du coût des heures de soins, donc des salaires bruts totaux du personnel soignant (incluant les charges sociales mais sans les frais de déplacement). Ces 22% se composent de 16% de coûts salariaux du personnel non médical et 6% de coûts d'infrastructure)	
Catégories de coûts et hypothèses		
EMS		Coûts mensuels (CHF)
Coûts de pension et soutien social: indépendants des besoins en soins		
Forfait par pensionnaire	Part des coûts salariaux du personnel non médical (salaires du personnel de direction, administratif, thérapeutique, indemnité de piquet pour le médecin: total CHF 78.-/jour ; coûts administratifs et techniques - sans médicaments: total CHF 34.-/jour ; coûts de l'investissement en infrastructure: total CHF 33.-/jour - à savoir 6% pour intérêt hypothécaire + amortissement sur un coût moyen de CHF 200'000.-/lit) Forfait journalier: CHF 145.-/jour	4'350.-

8.5 Annexe XX. Répartition des coûts totaux/cas selon l'agent de financement et le type d'institution

Cette annexe compare la contribution de chaque agent de financement à la facture totale (Etat/ménages et assurance obligatoire de soins-AOS), selon les deux formes de prises en charge et examiner l'importance d'éventuels incitatifs.

Les principaux agents de financement sont l'assurance obligatoire de soins (AOS), l'Etat, par le biais du système des contrats de prestation avec versement d'un forfait global aux institutions (EMS et SACD) comme aussi par des aides directes aux ménages, ainsi que les ménages privés proprement dit. Cette distinction reste toutefois arbitraire puisque, à travers l'AOS se sont encore une fois les ménages qui sont concernés, par leur primes mensuelles d'assurance-maladie. De même, ils sont également concernés par le financement de l'Etat, à travers leurs impôts.

Pour les deux types de prise en charge, le financement par l'AOS varie beaucoup. Cette situation devrait partiellement se corriger dès le 1^{er} janvier 2011 avec l'entrée en vigueur du nouveau financement des soins. Selon le nouveau régime proposé, la contribution de l'AOS devrait être indépendante du type de prise en charge.

Dans le présent travail, les hypothèses de travail suivantes ont été faites :

- Pour une prise en charge par les SASD, l'AOS paie une contribution par heure de soins, dépendant du niveau professionnel concerné (données 2008):

Infirmière diplômée :	CHF 60.37/heure
Assistante de soins :	CHF 44.87/heure
Auxiliaire de soins :	CHF 43.-/heure

De la contribution de l'AOS sont déduits CHF 25.-/mois de franchise (CHF 300.-/année soit CHF 25.-/mois) et la quote-part des ménages (10% jusqu'au plafond de CHF 700.-/an, soit CHF 58.33.-/mois).

Théoriquement le nombre d'heures prises en charge est plafonné à 60 heures/trimestre. Ce plafond peut être renouvelé sur ordonnance médicale.

- Pour une prise en charge en EMS, la contribution de l'AOS s'échelonne sur cinq échelons de besoin en soins :

Degré 0 : CHF 7.-/jour	(cas n° 11, n°12, n°14, n°19, n°13)
Degré 1 : CHF 20.-/jour	(cas n°20)
Degré 2 : CHF 40.-/jour	(cas n°17)
Degré 3 : CHF 65.-/jour	(cas n°7)
Degré 4 : CHF 80.-/jour	(autres cas)

De la contribution de l'AOS sont déduits CHF 25.-/mois de franchise (CHF 300.-/année soit CHF 25.-/mois) et la quote-part des ménages (10% jusqu'au plafond de CHF 700.-/an, soit CHF 58.33.-/mois).

La part à la charge de l'AOS est donc beaucoup plus limitée en EMS que lors de soins à domicile où cette part est proportionnelle aux heures de soins fournies.

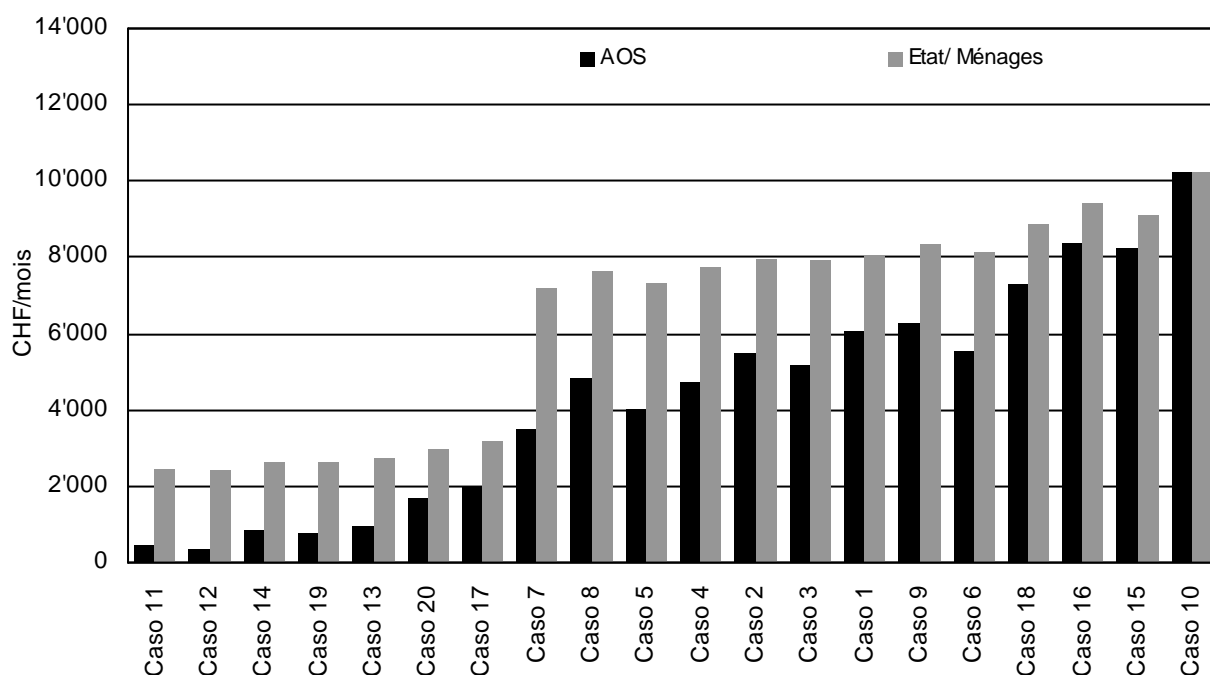
La répartition des coûts entre l'Etat et les ménages est plus difficile à établir. Elle dépend du revenu des ménages et du degré de dépendance fonctionnelle des bénéficiaires:

- Ceux-ci ont droit à des Prestations complémentaires cantonales ou à l'aide sociale, si leur revenu est inférieur à un certain seuil. S'ajoute encore l'allocation pour impotent, qui dépend du degré de dépendance fonctionnelle du bénéficiaire.
- Dans le cas du Tessin, les personnes qui restent à domicile peuvent en outre bénéficier, à certaines conditions, également d'une aide directe pour le maintien à la maison dans le cadre de la LACD, qui dépend de nouveau de leur revenu.

Compte tenu de ces nombreux transferts possibles entre l'Etat et les ménages, examiner la part exacte du financement des ménages et de l'Etat aurait dépassé le cadre de ce projet. Il a été décidé de ne pas séparer ces deux agents payeurs. De manière intuitive, la part de l'Etat augmente pour les ménages à faible revenu et diminue avec la hausse du revenu des ménages.

Pour l'AOS, plus une prise en charge par les SASD devient lourde, plus la part à financer s'élève. Dans la Figure AX2, cette part varie entre 13% et 50% des coûts totaux. En termes relatifs, elle représenterait plus du tiers de la facture totale pour les 10 cas initialement issus des EMS (cas n°1, n°2, n°3, n°6, n°8, n°9, n°10, n°15, n°16, n°18) et les cas issus des SASD les plus complexes (cas n°4, n°5, n°7).

Figure AX2 Répartition par agent de financement pour une prise en charge par les SASD (par mois)

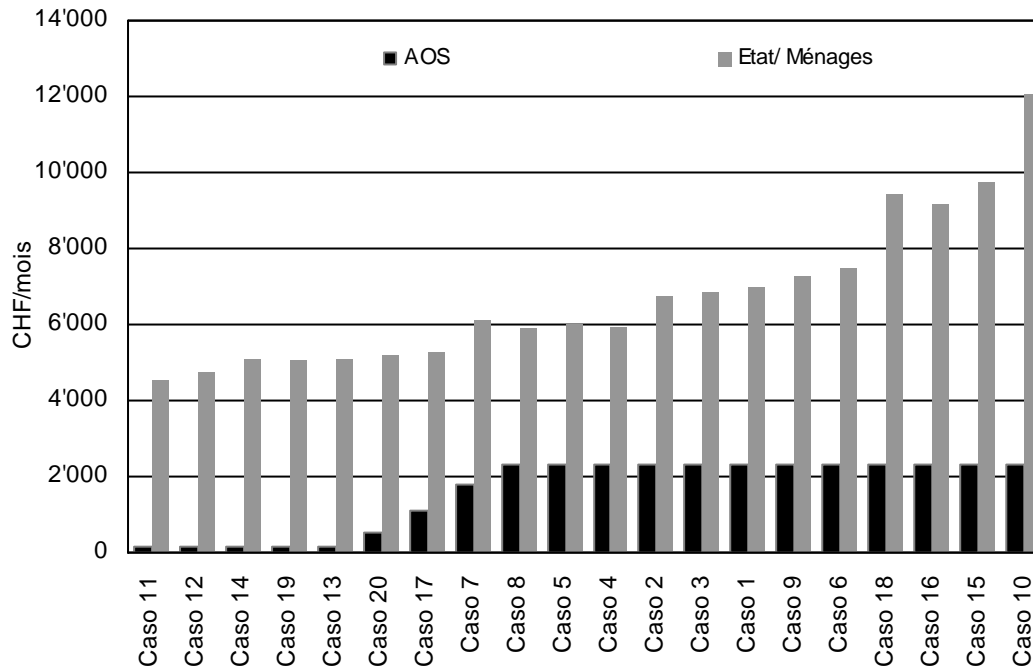


Lors d'une prise en charge en EMS, la part financée par l'AOS est plafonnée à un niveau relativement bas du coût total des soins. Parmi les cas retenus dans ce travail, ce plafond, qui entre en vigueur à partir d'une charge de travail d'environ 180 minutes/jour, représente au maximum 29% du coût total.

Figure AX2 met en évidence un phénomène déjà connu : même pour des intensités de soins basses, la prise en charge en EMS est relativement avantageuse pour l'AOS. La part qu'elle finance varie entre 3% et 30% du coût total des soins.

Cette part est plafonnée à un tarif relativement bas ce qui constitue un incitatif à encourager les prises en charge en EMS, phénomène déjà mis en évidence dans le projet réalisé pour Spitex-BE.

Figure AX2 Répartition par agent de financement pour une prise en charge en EMS (par mois)



Cet incitatif paraît encore plus clairement dans la Figure AX3 qui compare les deux prises en charge. Quel que soit le degré de besoins en soins, une prise en charge par les EMS s'avère toujours plus avantageuse pour l'AOS qu'une prise en charge par les SASD.

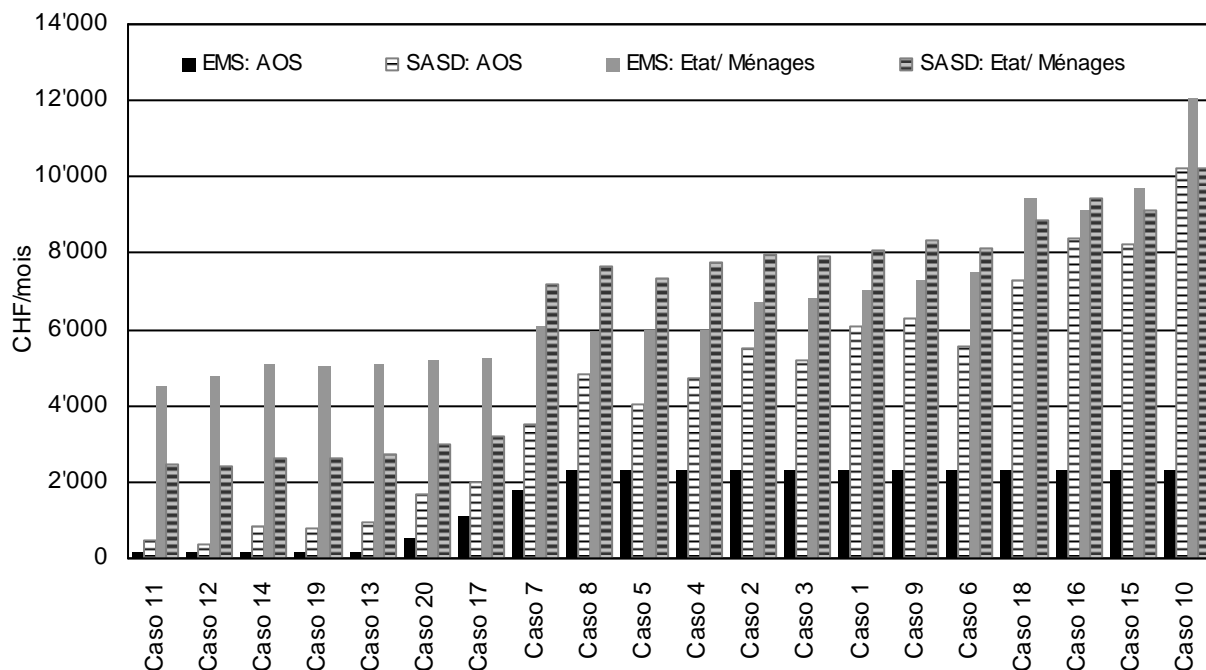
La situation est plus nuancée en ce qui concerne la part financée par l'Etat/les ménages :

- Lorsque les besoins en soins sont moindres, la part financée par l'Etat/les ménages, est plus faible lors d'une prise en charge par les SASD qu'en EMS. Cela concerne les cas n°11, n°12, n°14, n°19, n°13, n°20 et n°17.
- Lorsque la complexité augmente, comme pour les trois cas « limites » issus des SASD (cas n°4, n°5, n°7) et les cas les moins complexes provenant des EMS (cas n°8, n°2, n°3, n°1, n°9, n°6), la part financée par l'Etat/les ménages est plus importante lors d'une prise en charge par les SASD qu'en EMS, mais plus la complexité augmente, plus la différence s'amenuise. Pour ces cas, c'est le salaire de l'employé/-e de maison (« badante »), financé par l'Etat/les ménages qui explique cette différence.
- Pour les cas très complexes (cas n°15, n°18, n°10), la part financée par l'Etat/les ménages est plus importante lors d'une prise en charge en EMS que par les SASD. Cette situation s'explique par le fait que, comme la contribution de l'AOS est fixe, plus les coûts totaux augmentent, plus la part de l'Etat/les ménages augmente.

Il existe donc un conflit d'intérêt entre la perspective de l'AOS et celle de l'Etat/ménages, pour les cas les plus simples et les cas les plus complexes. Le conflit concernant les cas les plus complexes ne se

rencontre en principe pas puisque, dans la réalité, de tels patients ne peuvent être pris en charge par les SASD.

Figure AX3 Comparaison de la répartition par agent de financement pour une prise en charge en EMS ou par les SASD (par mois)



→ Pour l'AOS une prise en charge en EMS est plus intéressante qu'à domicile, quelle que soit la complexité du cas. Pour l'Etat/les ménages, une prise en charge à domicile est plus intéressante pour les cas moins complexes. Il existe donc ici un conflit d'intérêt entre ces deux agents de financement.

Il s'agit d'une lacune connue de l'organisation des soins de longue durée. En effet, le cadre légal actuel génère un incitatif financier pour l'AOS. Si cette assurance veut optimiser son efficacité, elle est obligée de favoriser les soins de longue durée en institution. Cette situation est en conflit avec les intérêts des patients qui souhaiteraient rester à domicile et avec les intérêts des deux agents financeurs que sont l'Etat et les ménages. Elle devrait être partiellement corrigée avec le nouveau système de financement des soins de longue durée, dès janvier 2011, puisque le montant de la contribution de l'AOS aux soins de longue durée sera indépendant du lieu de prise en charge.