

Aide et soins à domicile: analyse du milieu, du marché et de la concurrence

Vue d'ensemble de la littérature

Réalisée sur mandat de l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile

Theres Egger / Traduction Claude Bruchez & Clama SA

Berne, mai 2007

Table des matières

Table des matières	I
Situation initiale et mandat	1
1 LE MILIEU DANS LEQUEL OPÈRENT L'AIDE ET LES SOINS À DOMICILE	2
1.1 Vieillesse démographique	2
1.2 Santé et maladie pendant la vieillesse	5
1.3 Réseaux familiaux et sociaux	6
1.4 Besoin en soins des personnes âgées	8
1.5 Politique de la vieillesse	10
1.6 Les tendances dans le domaine de la santé	11
1.7 Innovations médico-techniques	12
2 MARCHÉ ET CONCURRENCE	14
2.1 Soins de premiers recours ambulatoires et stationnaires	14
2.2 Evolutions au sein des soins de longue durée	17
2.3 Constitution de réseaux et managed care dans le domaine des soins	20
2.4 Services d'aide et de soins à domicile	22
2.5 La concurrence	23
2.6 Le personnel dans le domaine des soins ambulatoires	26
2.7 La clientèle des services d'aide et de soins à domicile	27
Annexe	30
3 Liste des publications	30
4 Tableaux en annexe	38

Situation initiale et mandat

L'Association suisse d'aide et de soins à domicile a été chargée par les associations cantonales d'organiser une conférence consacrée au thème du " développement de l'aide et des soins à domicile les 5 à 10 prochaines années ". Ce séminaire aura lieu le 20 septembre 2007. Pour disposer d'une base de discussion, l'Association suisse d'aide et de soins à domicile a commandé au *Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (Büro BASS)* la réalisation d'une analyse de l'environnement, du marché et de la concurrence. Son objet est la présentation, sous la forme de recherches dans la littérature, de l'état actuel et des développements probables pendant la période jusqu'en 2015.

Trois quarts des personnes qui ont recours à des prestations de services d'aide et de soins à domicile ont atteint l'âge de la retraite. Les prestations de soins concernent même dans 80 % des cas des personnes âgées. Par conséquent, la situation actuelle et l'avenir de l'aide et des soins à domicile sont en étroite relation avec le vieillissement démographique et les soins de longue durée de personnes âgées. Le présent travail d'étude de la littérature est consacré en priorité à cette catégorie de personnes. Cela ne signifie toutefois pas que les autres groupes de personnes jouent un rôle négligeable dans la discussion sur l'avenir de l'aide et des soins à domicile. Les questions à traiter dans ce contexte sont notamment la fourniture de prestations d'assistance aux personnes handicapées ainsi que l'ensemble du domaine des soins ambulatoires palliatifs et psychiatriques.

Dans sa première partie, le présent compte-rendu donne la vue d'ensemble du développement du milieu dans lequel opèrent l'aide et les soins à domicile. La deuxième partie est consacrée à la discussion sur le marché et la concurrence.

☞ Indication à l'attention des lectrices et des lecteurs pressés: tous les sous-chapitres se terminent sur un bref résumé.

1 LE MILIEU DANS LEQUEL OPERENT L'AIDE ET LES SOINS À DOMICILE

1.1 Vieillesse démographique

Depuis quelques années, on constate en Suisse un vieillissement démographique qui va encore s'accroître pendant les décennies à venir (cf. Wanner et al. 2005 ; OFS 2006). Cette évolution comporte deux aspects : d'une part, le nombre de personnes âgées augmente et, d'autre part, leur proportion par rapport à l'ensemble de la population va également croître.

Vieillesse démographique modérée jusqu'en 2015

Une composante déterminante de l'accélération du vieillissement démographique est l'arrivée à l'âge de la retraite des années caractérisées par un grand nombre de naissances (1943 à 1950 et 1957 à 1966). La première génération du « Baby-Boom » des années d'après-guerre (personnes nées en 1943) aura 65 ans en 2008. En même temps, les naissances enregistrent un fort recul : d'une part le nombre de mères potentielles diminue et, d'autre part, les mères ont moins d'enfants. Le vieillissement démographique est en outre accentué par l'allongement de l'espérance de vie. Par conséquent, Höpflinger (2005) parle d'un « double vieillissement de la population », voire d'une « double révolution de l'âge » (Höpflinger 2004).

Le vieillissement démographique sera particulièrement marqué entre 2025 et 2035. Une stabilisation n'est attendue qu'à partir de 2035, vu qu'à ce moment, le nombre de générations atteignant l'âge de la retraite ira à nouveau diminuant (cf. OFS 2006). Pour la période de 2005 à 2015, on peut parler d'un vieillissement démographique comparativement modéré.

Poursuite de l'allongement de l'espérance de vie

Il existe diverses hypothèses au sujet du développement futur de l'espérance de vie (cf. OFS 2006, 20 ss). Le point de vue optimiste admet que l'espérance de vie continuera d'augmenter en raison des progrès importants de la médecine et des mesures de promotion de la santé. Inversement, les scénarios pessimistes admettent que l'espérance de vie souffrira de nouvelles épidémies et des maladies découlant d'une hygiène de vie défavorable (embonpoint, etc.), que le progrès de la médecine ne parviendra pas à compenser intégralement. Il en résultera un ralentissement de l'allongement de l'espérance de vie. Concrètement, l'Office fédéral de la statistique (OFS) admet donc que l'espérance de vie continuera de croître jusqu'en 2050, même dans le scénario pessimiste.

Tableau 1 : espérance de vie au moment de la naissance et à 65 ans, période de 2005 à 2015, estimation sur la base d'un scénario moyen (A-00-2005)

Années	Espérance de vie à la naissance		Espérance de vie à 65 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
2005	78.5	83.6	78.0	21.5
2010	79.8	85.0	18.6	22.2
2015	80.9	86.0	19.2	22.8

Source : Cordazzo (2006, 28)

Selon un scénario moyen, l'espérance de vie des hommes à partir de la naissance augmentera d'environ deux ans et demi pour atteindre 80.9 ans entre 2005 et 2015 ; l'augmentation pour les femmes sera aussi de deux ans et demi, si bien que l'espérance de vie atteindra 86.0 ans (tableau 1). En 2015, les hommes qui atteindront l'âge de la retraite vivront vraisemblablement approximativement une année plus

longtemps qu'aujourd'hui, à savoir encore 19.2 années. Les femmes de 65 ans auront encore 22.8 ans à vivre, soit également une bonne année de plus qu'aujourd'hui.

2015: environ une personne sur cinq retraitée

Pour la période de 2005 à 2015, les scénarios les plus récents d'évolution de la population admettent que le nombre de personnes retraitées passera de 1.193 million à 1.488 million. En 2015, près d'une personne sur cinq domiciliée en Suisse aura atteint l'âge de la retraite. La part des personnes de plus de 80 ans, qui constituent un groupe de clientèle particulièrement important de l'aide et des soins à domicile, augmentera de 4.5 à 5.3 %, c'est-à-dire de 82'000 individus pour passer de 338'000 personnes à 420'000 personnes (OFS 2006; tableau 2).

Tableau 2: effectif de la population résidente permanente selon un scénario moyen (A-00-2005), période de 2005 à 2015, milliers de personnes, part de la population en %

	2005	2010	2015
Total	7'465	7'692	7'883
0-19 ans	1'636	1'594	1'546
20-64 ans	4'636	4'765	4'848
65 ans et plus	1'193	1'333	1'488
65-79 ans	855	952	1'068
80 ans et plus	338	381	420
Total	100.0%	100.0%	100.0%
0-19 ans	21.9%	20.7%	19.6%
20-64 ans	62.1%	62.0%	61.5%
65 ans et plus	16.0%	17.3%	18.9%
65-79 ans	11.4%	12.4%	13.5%
80 ans et plus	4.5%	5.0%	5.3%

Source : OFS/SCENARIO, propres calculs

Fortes disparités cantonales quant à l'augmentation du nombre de personnes âgées

L'augmentation de la population ayant atteint l'âge de la retraite connaît de grandes disparités cantonales (cf. Haug, Perrig-Chiello & Stuck 2005; OFS 2007). L'Office fédéral de la statistique vient de publier les chiffres les plus récents à ce sujet (OFS 2007).

Pour l'ensemble de la Suisse, l'OFS admet que la part de la population âgée de 65 à 79 ans va croître d'un quart pendant la période de 2005 à 2015. Selon le canton, la croissance sera comprise entre 15 et 52 %; un recul minime n'est prévu que pour un canton (cf. tableau 12 en annexe).

Pour les personnes âgées de 80 ans et plus, on s'attend aussi, au niveau national, à une croissance d'environ un quart (24 %). L'augmentation du nombre de personnes de 80 ans et plus est comprise entre 3 et 40 %, selon le canton.

Personnes âgées et très âgées: les femmes restent majoritaires

Avec 83.6 ans à partir de la naissance, l'espérance de vie des femmes est d'environ cinq ans plus longue que celle des hommes pour lesquels elle est de 78.5 ans (Cordazzo 2006, 28; tableau 1). La conséquence en est une « féminisation » marquée de la population âgée. Les femmes continueront de représenter

comme aujourd'hui la majorité des personnes ayant atteint l'âge de la retraite. Sur 10 personnes de plus de 64 ans, 6, environ, sont des femmes. Pour les personnes de plus de 80 ans, elles représentent déjà deux tiers de la population. Ces proportions ne vont guère changer jusqu'en 2015 ; il y aura toutefois un léger déplacement en faveur des hommes (cf. tableau 10 en annexe). Vu l'allongement de l'espérance de vie et le fait que les femmes sont généralement quelques années plus jeunes que leurs partenaires, la probabilité augmente, pour elles, qu'elles aient à prendre en charge un partenaire nécessitant des soins.

Augmentation du nombre de migrantes et de migrants

En 2005, quelque 108'000 personnes de nationalité étrangère ayant atteint l'âge de la retraite vivent en Suisse, ce qui correspond à une part de 9 % de la population âgée de plus de 64 ans. D'ici à 2015, leur nombre va vraisemblablement augmenter de 46'000 individus pour atteindre 154'000 personnes (cf. tableau 11 en annexe). Cette situation constitue aussi un défi pour la couverture en prestations de santé ambulatoires. Comme ils ont quitté leur pays, les migrantes et les migrants n'ont souvent plus de liens familiaux et ils nécessitent une prise en charge spécifique. La proportion d'immigrés très âgés vivant seuls, précisément, est supérieure à la moyenne (cf. Wanner et al. 2005, 91). Par contre, dans la catégorie des personnes ne vivant pas seules, les immigrés vivant en famille avec leur partenaire et des enfants sont comparativement nombreux. Ces personnes sont par contre proportionnellement moins nombreuses dans les établissements médico-sociaux. Cette constatation est un indicateur d'une solidarité familiale encore forte, pour autant qu'il y ait de la famille.

Conséquences du vieillissement démographique : modification des parts des différentes générations à l'effectif total de la population

Une conséquence du vieillissement démographique est la modification des parts des différentes générations à l'effectif de la population, avec une incidence directe sur l'aide entre générations. Tandis que le nombre de personnes âgées nécessitant des soins augmente, celui des femmes et des hommes plus jeunes, en mesure d'assumer des tâches de soins, va diminuant (cf. Höpflinger 2005, 259f). Cette modification de la part des différentes générations à la population totale peut être visualisée avec ce que l'on appelle le taux de soutien intergénérationnel. Il s'agit d'un indicateur présentant la relation entre la génération des parents très âgés (80 ans et plus) et la génération de leurs enfants (de 50 à 64 ans).

En 2000, il y avait approximativement 23 personnes de 80 ans et plus pour 100 personnes âgées de 50 à 64 ans. Selon les scénarios moyens d'évolution de la population, les personnes très âgées seront au nombre de 24 en 2020, mais elles seront déjà 41 en 2040. Ces chiffres doivent toutefois être considérés avec circonspection. Comme de nombreuses personnes âgées de 80 ans et plus n'ont pas besoin de soins, le niveau de prise en charge intergénérationnel requis est inférieur à ce que l'on pourrait penser, de prime abord, à la vue des indicateurs démographiques (Höpflinger 2005, 260).

Vieillesse démographique

Le nombre de personnes âgées et très âgées va continuer d'augmenter, tout comme leur part à l'effectif total de la population. En 2015, la Suisse comptera approximativement 1.488 million de personnes ayant atteint l'âge de la retraite, c'est-à-dire près d'un cinquième de la population. Sur ce nombre, 154'000, environ, seront des personnes de nationalité étrangère. Le nombre de personnes nées à l'étranger sera toutefois beaucoup plus important. Une personne qui atteindra l'âge de la retraite en 2015 vivra encore en moyenne 18 ans pour les hommes, et 21.5 ans pour les femmes, c'est-à-dire une année de plus qu'aujourd'hui. Vu le vieillissement démographique, la part des différentes générations à l'effectif total de

la population change, et donc aussi le nombre (potentiel) de personnes à prendre en charge et de celles en mesure de prendre en charge. Le changement restera toutefois modéré jusqu'en 2015.

1.2 Santé et maladie pendant la vieillesse

Bien que les problèmes de santé augmentent avec l'âge, une grande partie des personnes âgées vivent sans handicaps pendant de longues phases de leur retraite (cf. Höpflinger & Hugentobler 2003, 25 ss). Les personnes âgées de 65 ans peuvent (1997/99) passer près de quatre cinquième du reste de leur vie sans handicaps. La génération des hommes et des femmes actuellement à la retraite vit non seulement plus longtemps que dans le passé: elle jouit également plus longtemps d'une bonne santé. Le nombre d'années sans handicaps a augmenté et, parallèlement, celui des années vécues avec des handicaps a diminué (compression de la morbidité). On peut constater le même développement si l'on ne considère pas exclusivement les années sans handicaps mais également celles personnellement jugées comme passées en bonne santé (cf. Wanner et al. 2005, 62; Höpflinger & Hugentobler 2005, 40).

Globalement, il apparaît que les personnes nécessitent des soins plus tardivement. Il existe plusieurs risques conduisant particulièrement fréquemment à la nécessité d'être soigné. A un âge avancé, les chutes et les fractures du col du fémur constituent les causes majeures de dépendance fonctionnelle, mais les états dépressifs et les accès de démence représentent également un grand défi pour les soins ambulatoires.

Démences

L'accroissement du nombre de cas de démence est généralement reconnu comme l'un des plus grands défis que doit relever la santé publique. Les différentes études réalisées sur les risques de démence permettent de tirer la conclusion suivante: le nombre de personnes atteintes de démence est aujourd'hui plus élevé non pas parce que le risque de démence s'est accru mais, en première ligne, parce que davantage de personnes parviennent à un âge où ces affections sont plus fréquentes (cf. Höpflinger & Hugentobler 2003, 66). Les formes de démences les plus répandues sont la maladie d'Alzheimer et la démence vasculaire, ainsi que la combinaison de ces deux formes. D'autres formes de démences comme la maladie de Parkinson ne constituent qu'une faible part des troubles cérébraux organiques (cf. Bickel 1999).

En l'an 2000 en Suisse, près de 92'400 personnes âgées de plus de 60 ans souffraient de troubles démentiels, mais seul un tiers de ces malades nécessitaient des soins intenses. Près de deux tiers des malades de démence ont 80 ans et plus (Höpflinger 2005, 261). L'accroissement futur du nombre de personnes atteintes de démence sera parallèle à l'évolution démographique, étant donné que les troubles cérébraux organiques sont étroitement liés à l'âge et qu'il n'existe encore aucune prévention ni réhabilitation efficaces à court et à moyen termes. Höpflinger et Hugentobler (2003, 65-75) partent du principe que le nombre de personnes âgées souffrant de démence pourrait atteindre 99'000 à 100'000 jusqu'en 2010, et au maximum 114'000 à 117'000 jusqu'en 2020.

Troubles dépressifs

Pendant la vieillesse, les troubles dépressifs sont fréquents et sont souvent accompagnés de maladies somatiques. Une étude réalisée dans le cadre du PNR 32 « Vieillesse » a démontré que des symptômes dépressifs même légers contribuent à accroître la demande en prestations médicales et non médicales (Herrmann et al. 1997). Les états dépressifs réduisent l'autonomie des personnes âgées et les rendent davantage tributaires de soins.

Il existe une grande diversité de troubles dépressifs qui sont souvent difficilement différenciables. Ils vont des humeurs dépressives légères aux psychoses dépressives graves. On estime que près d'un tiers des dépressions dont souffrent les personnes âgées sont à classer parmi les dépressions sévères, tandis que deux tiers le seraient parmi les dépressions légères à moyennes (Höpflinger & Hugentobler 2003, 59). Selon les estimations, quelque 52'000 personnes de plus de 64 ans souffriraient de fortes dépressions en Suisse, et on compterait parmi elles 2,6 fois plus de femmes que d'hommes (Höpflinger & Hugentobler 2003, 60 ss). Les chercheurs estiment probable que le nombre de retraitées et retraités souffrant de dépressions sévères pourrait atteindre environ 60'000 jusqu'en 2010, et approximativement 69'000 jusqu'en 2020.

Santé et maladie pendant la vieillesse

Les hommes et les femmes atteignant aujourd'hui l'âge de la retraite ne vivent pas seulement plus longtemps: ils jouissent également plus longtemps d'une bonne santé. Le nombre d'années que les personnes âgées passent, à leur avis, en bonne santé et sans handicaps, a augmenté. Parallèlement, le nombre d'années vécues avec des handicaps a diminué. La prolongation de l'espérance de vie entraîne toutefois un accroissement du nombre de cas de démences. Le nombre de personnes (âgées de 60 ans et plus) atteintes de démence pourrait se chiffrer à 100'000 jusqu'en 2010, et à 117'000 jusqu'en 2020. Les troubles dépressifs rendent également les personnes âgées davantage tributaires de soins. Le nombre de retraitées et retraités souffrant de dépressions sévères pourrait augmenter à 60'000 jusqu'en 2010, et à 69'000 jusqu'en 2020.

1.3 Réseaux familiaux et sociaux

Grâce à la durée de vie qui s'allonge, au meilleur état de santé et aux nouvelles formes de soins, les personnes âgées vivent aujourd'hui plus longtemps à domicile. Même parmi les personnes de plus de 90 ans, seule une minorité vit dans un établissement médico-social (EMS) (cf. Wanner et al. 2005, 42, 118). Mais comment s'organise la vie à l'extérieur des EMS ?

Les personnes âgées s'organisent en réseaux familiaux et sociaux

La majorité des retraités vivant seuls disposent de bons contacts avec leurs proches, leur cercle d'ami(e)s ainsi que leurs voisins. Bien que les personnes âgées vivent plus souvent seules, leurs réseaux familiaux, extrafamiliaux et sociaux sont restés intacts, comme le démontrent les résultats du Programme National de Recherche 32 « Vieillesse » (cf. Höpflinger & Stüchelberger 1999). Les personnes qui atteindront un âge avancé ces dix prochaines années appartiennent à une classe d'âge caractérisée par un nombre proportionnellement élevé de mariages et d'enfants (cf. Höpflinger & Hugentobler 2005, 13). Par conséquent, la part des personnes âgées et très âgées qui vivront en couple augmentera encore jusqu'en 2015. Cette constatation concerne aussi bien les personnes entre 65 et 79 ans que celles âgées de plus de 80 ans. Grâce à l'allongement de la durée de vie commune des générations, la part des personnes âgées et très âgées ayant des enfants ou des petits-enfants augmentera encore jusqu'en 2015. Nous ne devons nous attendre à un fort accroissement du nombre de personnes très âgées sans descendance qu'après 2030.

Les hommes vivent en couple, les femmes vivent seules

La majorité des personnes âgées et même très âgées vivent toujours plus longtemps à domicile. La situation des femmes et des hommes vivant hors des institutions diffère cependant fortement (cf. Wanner et al. 2005, 42 ss.). En règle générale, les hommes à la retraite habitent avec leur partenaire. La majorité

des hommes de plus de 80 ans et même de plus de 90 ans vivent avec leur épouse. En revanche, la situation des femmes est radicalement différente. A 80 ans, la majorité d'entre elles vivent seules ; à 90 ans, elles sont même quasiment toutes dans cette situation.

La cohabitation entre plusieurs générations connaît un changement fondamental. Tandis qu'en 1970, environ 20 % des foyers avec des personnes de plus de 64 ans voyaient cohabiter deux générations ou plus, la proportion de cohabitation de générations a reculé à 3 % en 2000 (Fux 2005, 61), devenant ainsi marginale.

Les soins dispensés par les membres de la famille conserveront leur importance en 2015

Les soins de longue durée constituent le domaine de prestations de santé le plus marqué par le travail bénévole (cf. Wächter 2004, 160). Selon les estimations de Höpflinger & Hugentobler (2005, 15) pour la Suisse, au maximum 60 % des personnes nécessitant des soins vivent au domicile, et au moins 40 % d'entre elles résident dans des institutions idoines. En moyenne, l'aide à domicile est prodiguée par 1,7 à 1,8 personne. La majeure partie de l'aide non institutionnelle est dispensée par des proches (idem, 56 ss). Pour plus d'un tiers des personnes, les soins sont principalement donnés par le ou la partenaire. Les soins et le soutien des enfants viennent au second rang. Les prestations de tâches ménagères et de soins sont fournies principalement par les épouses ou les filles. En revanche, les hommes contribuent activement aux soins de leurs parents surtout lorsque ces derniers sont très âgés, c'est-à-dire lorsqu'ils ont eux-mêmes atteint l'âge de la retraite. Les soins dispensés aux personnes âgées par les proches sont de grande importance. Ils recèlent cependant une ambivalence (cf. Hugentobler 2004, 158 ss) et peuvent conduire à un surmenage, en particulier dans les cas de malades atteints de démence. Un projet-pilote de formation des proches de malades atteints de démence a permis de constater que cette formation ne retarde pas l'entrée du patient dans un EMS et n'influence pas non plus les indicateurs de santé ni le volume des soins, mais il a aussi mis à jour des effets positifs sur le bien-être émotionnel et la qualité de vie subjective (cf. Wettstein et al. 2005).

... comme le soutien par les amis et les voisins

Fondamentalement, l'évolution de la société conduit à un transfert accru de l'importance des liens de sang vers les affinités électives (cf. Höpflinger & Hugentobler 2005, 69 ss). Ce changement concerne principalement les hommes et les femmes restés sans enfants et qui doivent « compenser » l'absence de descendance par d'autres personnes. En raison de la proportion relativement forte de mariages et d'enfants de l'actuelle génération des retraités, le réseau familial est aujourd'hui dominant et le restera encore pendant les dix prochaines années. Ceci dit, le réseau social extra-familial peut également constituer un élément de soutien important. Au cours des dernières décennies, les relations entre amis à un âge avancé ont gagné en importance. En ce qui concerne les soins, leur apport se limite toutefois surtout à un appui personnel et émotionnel. Les réseaux de voisinage se sont distendus mais ils continuent à jouer un certain rôle pour les personnes très âgées, en particulier lorsqu'il s'agit d'une aide pour les achats, la préparation des repas ou les tâches ménagères. Les amies et amis, respectivement les voisines et voisins sont rarement les principaux prestataires de soutien, et leur aide ne s'étend qu'exceptionnellement aux prestations de soins intenses.

Les prestations de soins institutionnalisées et celles qui ne les sont pas se complètent souvent

Les données empiriques sur les interactions entre les soins informels bénévoles et les soins professionnels rémunérés sont encore lacunaires. On sait, en revanche, que les prestations de services d'aide et de soins

à domicile sont souvent fournies en combinaison avec des aides non institutionnalisées. En 2002, près de sept personnes sur dix ayant bénéficié de prestations d'aide et de soins à domicile pendant les 12 derniers mois ont également été soutenues par leur réseau familial ou social (Höpflinger & Hugentobler 2005, 85 ss). Les chercheurs considèrent que ce fait étaye plutôt la thèse que l'aide non institutionnalisée et celle professionnelle ne sont pas concurrentielles mais complémentaires. Ils font également référence aux résultats de l'étude à long terme conduite par Lalive d'Épinay et al. (1997, 2001) qui démontre que, chez les personnes très âgées vivant au domicile, il n'y a pas évincement de l'aide non institutionnalisée mais que cette dernière est complétée par une aide professionnelle. Cette conclusion semble logique vu que la multimorbidité augmente au cours de la vieillesse et donc, avec elle, également la charge en soins.

Réseaux familiaux et sociaux

Les personnes qui atteindront un grand âge dans les dix prochaines années forment une classe d'âge à proportion relativement forte de mariages et d'enfants. Jusqu'en 2015, la part des personnes très âgées vivant en couple et ayant des enfants ou des petits enfants augmentera. La situation des femmes et des hommes âgés vivant au domicile diffère fortement : les hommes vivent en couple tandis que les femmes vivent seules.

60 % des personnes âgées nécessitant des soins en bénéficient à domicile. La majeure partie de l'aide non institutionnalisée est fournie par des proches. Il s'agit, en général, de l'épouse/de la partenaire et des filles. Les hommes assument des tâches ménagères et de soins quand les parents sont très âgés, c'est-à-dire lorsqu'ils ont eux-mêmes atteint l'âge de la retraite. Le réseau des contacts extra-familiaux joue notamment un rôle de support personnel et émotionnel, mais il est rare que cette aide s'étende aux prestations de soins intenses.

Souvent, le soutien non institutionnel fourni par des proches, des amies et des voisins va de pair avec celui des professionnels. 7 personnes sur 10 ayant bénéficié de prestations d'aide et de soins à domicile en 2002 ont obtenu simultanément du soutien du réseau familial ou social. L'aide non institutionnelle n'est pas en mesure de remplacer l'aide professionnelle, surtout pour les personnes très âgées, lorsque la multimorbidité augmente.

1.4 Besoin en soins des personnes âgées

Selon une définition généralement admise, on considère comme personne ayant besoin de soins celle qui n'est pas ou plus en mesure d'accomplir seule les actes de la vie quotidienne. Le besoin en soins est souvent défini à l'aide des critères AVQ (activités de la vie quotidienne) comme, par exemple, la capacité de s'habiller seul, de se lever, de se laver ou de se déplacer dans le logement. Selon les estimations de Höpflinger et Hugentobler (2003, 42), en l'an 2000, entre 109'000 et 126'000 personnes âgées nécessitaient, au sens des critères des AVQ, une prise en charge à domicile, dans des établissements médico-sociaux. Cela correspond à une part de 10 à 11 % de la population de plus de 64 ans. Dans la tranche d'âge des 75 à 79 ans, la part des personnes tributaires de soins s'élève à environ 8 à 10 %, dans celle des 80 à 84 ans, elle atteint en revanche déjà 18 à 20 %, et chez les plus de 84 ans elle concerne près d'un tiers (33 à 35 %).

Le besoin en soins ne dépend pas uniquement de l'âge

Le besoin en soins pendant la vieillesse n'est pas uniquement en rapport avec l'âge. Il dépend aussi du style de vie passé et des mesures de prévention sanitaire prises. Grâce à un niveau de vie plus élevé et à une bonne prévention sanitaire, la génération actuelle des personnes âgées reste plus longtemps en bonne santé et sans handicaps que les générations précédentes (cf. Höpflinger & Hugentobler 2003). On

peut admettre que les évolutions sociales et médicales contribueront à ce que le risque de dépendance aux soins se réduise encore à l'avenir, ou à ce qu'il soit repoussé dans le temps. Parmi ces évolutions figurent la tendance à la diminution des lésions professionnelles et l'amélioration des possibilités de réadaptation. Des études ont par ailleurs prouvé que les visites gériatriques préventives au domicile sont à même de réduire efficacement le risque de besoin en soins et de prise en charge des personnes âgées (cf. Schmocker, Oggier & Stuck 2000). Ce genre de visites préventives au domicile gagnera vraisemblablement en importance au cours des dix prochaines années. Vu les bonnes expériences faites avec ce type de visites, la possibilité d'en généraliser l'offre est envisagée dans certains cantons (par exemple dans le canton de Berne, cf. Achtermann & Berset, 18).

Besoin en soins ne signifie pas automatiquement soins ambulatoires

Besoin en soins et soins ambulatoires ne sont pas identiques. Outre les restrictions fonctionnelles et les handicaps, le besoin en soins est également influencé par des facteurs sociaux et économiques (cf. Höpflinger & Hugentobler 2003, 35). Ainsi, les prestations d'aide et de soins à domicile sont moins sollicitées lorsque la famille prend en charge une partie du soutien à apporter. Inversement, des problèmes d'ordre économique et social comme la paupérisation ou l'isolement peuvent augmenter la demande de services d'aide et de soins à domicile (cf. Abelin, Beer & Gurtner 1998, 135 ss).

Le besoin en soins augmente, mais à un rythme plus lent que le vieillissement démographique

Pour l'année 2005, Höpflinger (2005, 261) indique que le nombre de personnes âgées nécessitant des soins était compris entre 115'000 et 135'000. Selon une estimation linéaire, leur nombre atteindrait 126'000 à 145'000 en 2010. En partant du taux actuel en besoin de soins, on peut prévoir que les personnes tributaires de soins seront 145'000 à 167'000 en 2020 (cf. tableau 3).

Tableau 3: Evolution du nombre de personnes âgées tributaires de soins (en milliers) jusqu'en 2010/2020, projection démographique linéaire

	2010	2020
65-69 ans	9,7	10,3
70-74 ans	de 14,7 à 17,7	de 19,0 à 21,8
75-79 ans	de 19,7 à 24,7	de 24,7 à 30,9
80-84 ans	de 32,9 à 36,5	de 35,7 à 39,7
85 ans et plus	de 48,5 à 56,5	de 54,8 à 63,9
Total 65 ans et plus	de 125,5 à 145,1	de 144,5 à 166,6

Source : Höpflinger & Hugentobler (2003, 45)

Remarques : un taux de besoin en soins stable a servi d'hypothèse ; projection réalisée sur la base du scénario moyen d'évolution démographique (A-00-2000)

En raison de l'évolution sociale et médicale ainsi que des possibilités susmentionnées de prévention, la projection linéaire des taux de besoin en soins sur l'avenir est problématique. Höpflinger & Hugentobler (2003) montrent qu'une réduction, même modérée, du besoin en soins peut atténuer fortement l'effet de la démographie. Les variantes de calculs reposent sur l'hypothèse que les progrès sociaux et médicaux, entre autres, ainsi que des visites gériatriques à domicile dans toute la Suisse seraient en mesure de réduire le taux de besoin en soins. Selon ces hypothèses, le nombre de personnes retraitées tributaires de soins pourrait atteindre 118'000 à 136'000 en 2010, et 126'000 à 146'000 en 2020 (cf. tableau 4).

Tableau 4: Evolution du nombre de personnes âgées tributaires de soins (en milliers) jusqu'en 2010/2020, selon l'hypothèse d'une réduction modérée des taux de besoin en soins

	2010	2020
65-69 ans	10.1	11.5
70-74 ans	de 13,3 à 16,2	de 15,2 à 18,3
75-79 ans	de 17,8 à 22,0	de 19,8 à 24,7
80-84 ans	de 30,5 à 34,0	de 30,4 à 33,7
85 ans et plus	de 46,0 à 53,8	de 49,3 à 57,5
Total 65 ans et plus	de 117,7 à 136,1	de 126,2 à 145,7

Source : Höpflinger & Hugentobler (2003, 50);

Remarques : un taux de besoin en soins stable a servi d'hypothèse ;
projection réalisée sur la base du scénario moyen d'évolution démographique (A-00-2000)

En résumé, on peut retenir que le nombre de personnes âgées tributaires de soins continuera à augmenter jusqu'en 2015. Cette croissance se fera toutefois très probablement à un rythme plus lent qu'il ne ressort des projections démographiques linéaires.

Besoin en soins des personnes âgées

En 2005, les personnes retraitées tributaires de soins étaient de 115'000 à 135'000, vivant à domicile, dans des établissements médico-sociaux. Jusqu'en 2010, leur nombre devrait atteindre 118'000 à 136'000, et 126'000 à 146'000 en 2010. Les gérontologues estiment que l'augmentation du besoin en soins ne se fera pas linéairement parallèlement au vieillissement démographique. Ils admettent que les progrès sociaux et médicaux ainsi que les programmes de prévention gériatriques, comme les visites à domicile, seront à même de réduire le taux de besoin en soins. Si les besoins en soins suivaient une progression linéaire, il faudrait compter en 2010 déjà avec une nette augmentation du besoin de prise en charge (entre 126'000 et 135'000 personnes). Besoin en soins et soins ambulatoires ne sont cependant pas synonymes. Les soins ambulatoires dépendent aussi d'autres facteurs économiques et sociaux.

1.5 Politique de la vieillesse

Politiques cantonales de la vieillesse: consensus et stratégies différentes

Les cantons sont actuellement nombreux à revoir leur politique de soins et celle relative à la vieillesse, au vu des défis de nature démographique. Il existe d'importantes disparités cantonales quant à l'état de la discussion et de la mise en œuvre. On trouvera une bonne vue d'ensemble des travaux actuels et des offres concrètes de prise en charge des personnes âgées dans la publication d'Achtermann & Berstet (2006). Si l'on résume les réflexions concernant la prise en charge des personnes âgées, le consensus règne largement sur l'objectif, à savoir la promotion de l'autonomie des personnes âgées et l'ajournement, le plus possible, de l'entrée dans un établissement médico-social, voire même d'éviter cette dernière. Ce but est poursuivi en mentionnant les besoins des personnes âgées et le ralentissement de l'augmentation des coûts que l'on peut en attendre (exemple, Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale 2004, 2). Une présentation complète de chaque concept n'est pas possible dans le cadre de cette vue d'ensemble des publications. En revanche, nous attirerons en temps utile l'attention sur les éléments décisifs et les tendances qui en découlent.

Politique de la vieillesse

La politique de la vieillesse vise la promotion de l'autonomie des personnes âgées. Son objectif est de retarder le plus possible, et même d'éviter l'entrée dans les établissements médico-social. L'état de la discussion et de la mise en œuvre des concepts diffère selon les cantons.

1.6 Les tendances dans le domaine de la santé

On peut constater différentes évolutions au sein du domaine de la santé. Elles influenceront sans doute le rôle et les activités des services d'aide et de soins à domicile au cours des prochaines années.

Le financement des hôpitaux selon les prestations se répercute sur les services d'aide et de soins à domicile,

L'introduction d'un financement des hôpitaux selon les prestations et se basant sur des forfaits par cas réduira vraisemblablement encore la durée des hospitalisations (cf. Diodà 2007 ; infosantésuisse 10/2006). Le système des forfaits par cas DRG (Diagnosis Related Groups) entrera en vigueur pour les tarifs 2009 et sera introduit graduellement en Suisse. Aujourd'hui déjà, les hôpitaux sont déjà partiellement financés au moyen de forfaits par cas. Les modifications qu'apportent les forfaits par cas se répercuteront sur les services d'aide et de soins à domicile, étant donné que la réduction des durées d'hospitalisation accroîtra le besoin en soins ambulatoires. Les associations d'aide et de soins à domicile craignent cependant également un renforcement de l'effet « porte tournante » entre hôpitaux et services d'aides et de soins à domicile, qui entraînerait l'entrée plus tôt dans un établissement médico-social. Un autre problème essentiel, discuté lors de la réunion de la Société suisse pour la politique de la santé SSPS en octobre dernier, est celui de la prise en compte de la charge de soins dans les DRG (cf. Diodà 2007).

L'hôpital comme prestataire complet

A moyen et à long terme, les hôpitaux auront encore davantage tendance à se positionner comme instances de prise en charge complète, offrant des prestations dont l'éventail irait des soins aigus aux prestations de soins externes (« hospital at home », « hospital home care ») en passant par les soins ambulatoires. En l'état actuel de la discussion et vu le cadre légal en vigueur, aucune modification significative n'est attendue à court terme en ce qui concerne les prestations de soins externes (cf. entre autres Direction de la santé publique et de la prévoyance 2006, 127).

Renforcement des modèles de managed care dans le domaine des soins de premier recours

Le rôle des réseaux intégrés de soins, sous la forme de réseaux de médecins ou de modèles de médecins de famille, va se renforcer (cf. chapitre 2.3).

La prévention gériatrique gagne en importance

Les résultats de recherche ainsi que l'expérience pratique de différents cantons confirment l'efficacité de la prévention gériatrique pour prévenir l'entrée en institution (cf. Schmocker, Oggier & Stuck 2000). Des études sur la prévention et le comportement sanitaire des personnes âgées permettent de déduire qu'il faut faire de la prévention et de la promotion de la santé des personnes âgées une priorité nationale, notamment en raison de l'augmentation des coûts de la santé (cf. Blozik et al. 2006, 7 ss). Au cours de la prochaine décennie, les organisations d'aide et de soins à domicile devront se pencher intensément sur la question du rôle qu'elles entendent jouer dans les programmes de prévention individuelle primaire ou

secondaire, et des exigences que cela pose à la qualification du personnel des services d'aide et de soins à domicile.

Financement des soins ambulatoires

Le financement futur des soins ambulatoires va confronter les services d'aide et de soins à domicile à une série de défis que nous ne mentionnerons que brièvement à cet endroit, vu qu'ils font actuellement l'objet de discussions intenses et continues au sein des associations d'aide et de soins à domicile.

Dans le cadre de la Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches (RPT), la responsabilité du financement du secteur de l'aide et des soins à domicile sera largement transférée aux cantons dès 2008. Les effets à moyen terme et à long terme de ce retrait de la Confédération pour les contributions des pouvoirs publics aux services d'aide et de soins à domicile ne sont pas encore connus. La RPT aura aussi des répercussions sur le nouveau régime de financement des soins et là, en particulier, sur les prestations complémentaires. Le groupe de tâches des prestations complémentaires (PC) sera partiellement désenchevêtré, ce qui aura pour conséquence que les cantons se chargeront entièrement des PC en relation avec les frais de maladie et d'infirmité.

Le nouveau régime de financement des soins ayant été traité par le Conseil des Etats, le dossier est maintenant débattu par la commission compétente du Conseil national (CSSS-N); les débats devraient s'achever prochainement. Après les débats d'avril 2007, certains points importants sont encore en suspens, notamment la question de savoir qui, en vertu de la future loi fédérale, devra prendre en charge quelle part des coûts des soins. (cf. Base de données du Parlement fédéral, objet 05.025 s)

Tendances dans le domaine de la santé

Dans le *domaine hospitalier*, le financement selon les prestations et se basant sur des forfaits par cas (système DRG) réduira vraisemblablement encore les durées d'hospitalisation et augmentera, par conséquent, le besoin en soins ambulatoires. Dans le domaine des *soins de premier recours*, les modèles de managed care vont continuer de se propager. Au niveau de la *prévention*, on peut s'attendre à une plus grande priorité donnée aux programmes et mesures de prévention et de promotion de la santé des personnes âgées. Cela soulèvera, entre autres, la question de la forme de participation des services d'aide et de soins à domicile à ces programmes. L'aide et soins à domicile devra également relever les défis posés par le *financement des soins ambulatoires* (cantonalisation dans le cadre de la Réforme de la péréquation financière et nouveau régime de financement des soins LAMal).

1.7 Innovations médico-techniques

Innovations thérapeutiques dans le domaine du traitement de la démence

Il faudra encore attendre longtemps pour que des moyens efficaces de prévention de la démence ou de réhabilitation puissent être lancés sur le marché. En revanche, nous disposons aujourd'hui déjà de médicaments en mesure de retarder l'apparition des troubles cognitifs ayant des conséquences pour la vie de tous les jours (cf. Höpflinger & Hugentobler 2003, 68s). On estime que de nouveaux remèdes et de nouvelles formes de traitement permettront, à moyen et long terme, de réduire le risque de démence, respectivement d'en retarder l'apparition. Dans cette situation, les conseils et soins ambulatoires devront satisfaire des exigences nouvelles à plusieurs égards (cf. Höpflinger & Hugentobler 2003, p. 78s). Plus le laps de temps qui sépare le diagnostic de la démence du besoin en soins s'allonge, plus la demande de

conseils ambulatoires sera élevée. De plus, l'allongement des phases de démence légère et de moyenne gravité entraîne une plus grande mise à contribution des soins car, à ces stades, les démences demandent davantage de soins qu'à un stade plus avancé.

Télémédecine, téléassistance et soins

Les termes de télémédecine, télésurveillance ou téléassistance se réfèrent principalement à l'utilisation de technologies de l'information et de la communication dans le domaine médical et sanitaire. Il s'agit donc d'un domaine très étendu, offrant de nombreuses applications. Dans le cadre de la télémédecine, le Disease Management permet la surveillance et le traitement de personnes souffrant de maladies chroniques, indépendamment de l'heure et du lieu où elles se trouvent. Des instruments d'encadrement télémédical sont par exemple utilisés dans les cas d'hypertension et d'insuffisance cardiaque (cf. Tschanz, Dyson & Reichlin 2004). Ces programmes servent à assurer le suivi régulier des fonctions vitales et à proposer des interventions en fonction de l'état du patient. Dans certains cas, ils permettent d'éviter les hospitalisations. Ces systèmes de télésurveillance peuvent également être utilisés pour les malades aigus et autoriser une sortie anticipée de l'hôpital. Les possibilités de la téléassistance dans les soins extrahospitaliers ont déjà fait l'objet du quatrième Congrès national des services d'aide et de soins à domicile, en 2003 (cf. Niederberger-Burgherr 2003). Il manquait cependant encore, à ce moment, des exemples concrets d'applications allant au-delà des utilisations courantes (comme les systèmes d'appel d'urgence). Les nouvelles idées d'applications de la téléassistance pour les soins en Suisse sont plutôt rares. Nous n'avons trouvé aucune indication permettant de déduire que les développements du domaine de la télémédecine et des télésoins influenceront de manière décisive le travail des services d'aide et de soins à domicile dans les dix prochaines années.

Carte d'assuré et de santé électronique

Dans le cadre de la stratégie nationale de cybersanté, on discute aujourd'hui l'introduction d'une carte de patient électronique sur laquelle seraient notamment enregistrées des données relatives au traitement du malade (cf. Arnet 2007, 40). En Suisse, la carte d'assuré électronique obligatoire pour l'accès aux prestations des hôpitaux, des médecins et des pharmacies sera introduite en 2009. Dans un premier temps, les données médicales du patient ne seront cependant saisies sur la carte que dans une mesure très limitée et sur une base volontaire. La carte d'assuré servira provisoirement principalement à simplifier le décompte des prestations dans le cadre de l'assurance des soins et n'influencera donc pas, à moyen terme, le travail des services d'aide et de soins à domicile.

Innovations médico-techniques

La recherche médicale travaille intensément à la mise au point de possibilités de prévention des démences et de réadaptation. A court terme, elle se concentre sur les médicaments à même de retarder l'apparition de problèmes ayant des conséquences sur la vie de tous les jours. Une diminution du risque de démence n'est attendue qu'à moyen et à long terme.

Les technologies de l'information et de la communication offrent de nombreuses possibilités d'application dans les soins ambulatoires (télésoins, télésurveillance). Il ne faut cependant pas s'attendre à des applications véritablement pratiques dans les 10 prochaines années. Il en va de même pour la saisie, sur la carte d'assuré et de santé, de données relatives aux traitements des patients.

2 MARCHÉ ET CONCURRENCE

2.1 Soins de premier recours ambulatoires et stationnaires

La discussion sur les transferts entre soins de premier recours ambulatoires et stationnaires est complexe et exigeante, comme le constate notamment le rapport d'expert de Kocher et al. (2006).

La complexité de la discussion sur le transfert

Premièrement, cette discussion pose des *problèmes de définitions*. La délimitation des domaines sanitaires ambulatoire et stationnaire n'est pas comprise partout de la même manière dans la pratique et la recherche. Selon l'approche, certaines prestations fournies en milieu semi-stationnaire sont attribuées soit au domaine ambulatoire soit au domaine stationnaire. Dans le présent rapport, nous nous orientons à une définition pragmatique selon laquelle toutes les prestations qui ne sont pas fournies de manière stationnaire ou semi-stationnaire sont des prestations ambulatoires, ces dernières incluant donc également les prestations ambulatoires des hôpitaux. Le domaine ambulatoire comprend une offre très hétérogène d'interventions médicales (assistance ambulatoire des hôpitaux, prestations médicales ambulatoires en cabinets, hôpitaux de jour) ainsi que la prise en charge à domicile. Fondamentalement, la prise en charge à domicile peut être le fait de médecins qui pratiquent dans des cabinets privés (y compris les soins ambulatoires en psychiatrie et la réadaptation ambulatoire), du personnel hospitalier (« hospital in the home », « hospital home care ») ou des services d'aide et de soins à domicile.

Deuxièmement, il existe *différents types de transferts*. Le transfert des soins du domaine stationnaire vers le domaine ambulatoire peut être abordé sous divers angles. D'une part, sous l'angle d'une substitution partielle ou intégrale aux soins stationnaires (hôpitaux, établissements médico-sociaux) par les soins ambulatoires (assistance ambulatoire des hôpitaux, prestations médicales ambulatoires en cabinets, aides et soins à domicile etc.) et, d'autre part, sous l'angle du déroulement dans le temps (retour anticipé dans le secteur ambulatoire ou retardement du transfert du secteur ambulatoire vers le secteur stationnaire).

Troisièmement, il existe différents *facteurs influençant* le transfert : les innovations techniques, médicales ou du domaine des soins, les nouveaux concepts de traitement et de prise en charge, l'augmentation ou la diminution du nombre d'institutions de prise en charge, la modification du financement des institutions de prise en charge et des prestations, les tendances sociales, la modification des besoins des personnes tributaires de soins et de leurs proches, la politique ciblée de promotion des soins ambulatoires, etc. Par conséquent, les assertions simplistes sur les rapports de cause à effet des motifs des transferts, observés ou non, doivent être accueillies avec la plus grande précaution.

Quatrièmement, la question des *indicateurs* permettant de saisir le transfert se pose également. Un transfert peut être enregistré par le biais des coûts, du nombre de clients, du nombre de cas, du nombre de prestations, des catégories de prestataires ou encore à partir de questionnaires relatifs au recours aux prestations. Les études consacrées aux transferts passés et futurs entre les soins stationnaires et ambulatoires dont nous disposons reposent en particulier sur l'évolution des coûts.

Evolution des dépenses de santé en milieu ambulatoire et stationnaire

Diverses études se sont penchées récemment sur l'évolution des dépenses de santé en milieu ambulatoire et stationnaire. Sturny (2004) se concentre sur les dépenses dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins AOS, tandis que l'analyse de Kocher et al. (2006) tient également compte des dépenses globales du système de santé. Après déduction des franchises et des quote-parts, les dépenses de l'assurance obligatoire des soins constituaient un tiers des dépenses globales pour la santé en 2003. De ce

fait, les dépenses globales du système de santé s'avèrent plus représentatives et plus importantes que les dépenses des assureurs maladie dans le domaine de l'assurance de base pour analyser le transfert entre les soins stationnaires et ambulatoires.

En ce qui concerne les *dépenses globales pour la santé*, les coûts générés par les soins ambulatoires ont augmenté légèrement plus que ceux des soins stationnaires entre 1996 et 2003, soit de 4,3 % pour les premiers et de 4,1 % pour les seconds (cf. tableau 5). Les coûts du domaine ambulatoire ont connu une croissance proportionnellement plus élevée notamment pendant les trois premières années après l'introduction de la LAMal. On observe en revanche dans les années de 1999 à 2003 une augmentation moyenne annuelle plus élevée dans le domaine stationnaire qu'ambulatoire.

Si l'on considère les dépenses globales pour la santé, on ne peut donc pas affirmer que le taux de croissance des coûts du secteur ambulatoire est plus fort que celui du domaine stationnaire. Cela n'est vrai que pour certaines catégories isolées de prestations. Parmi les prestations du secteur ambulatoire, on enregistre la plus importante hausse des dépenses dans les prestations ambulatoires des hôpitaux, avec 10,3 % (de 1999 à 2003). Les coûts des services d'aide et de soins à domicile ont augmenté annuellement de 5,0 %.

Tableau 5 : Coûts de la santé en milieux ambulatoire et stationnaire 1996-2003, croissance moyenne annuelle en %

	1996-2003	1996-1998	1999-2003
Prestations stationnaires	4.1	3.2	4.7
Soins aigus	3.4	2.1	4.2
Réadaptation	7.7	2.6	10.8
Longue durée	5.0	4.7	5.1
Autres	5.5	6.0	5.3
Prestations ambulatoires	4.3	4.3	4.3
Par des médecins	3.5	4.5	3.0
Par l'hôpital	10.3	9.1	11.0
Physiothérapie	3.2	2.8	3.4
Psychothérapie	4.1	4.8	3.7
Soins à domicile	5.0	5.2	4.8
Autres	4.1	4.8	3.7

Source : Kocher et al. (2006, 19); représentation propre.

En revanche, les coûts de *l'assurance obligatoire des soins AOS* affichent une croissance plus forte, à quelques rares exceptions près, dans le secteur des soins ambulatoires que dans celui des soins stationnaires (cf. Sturny 2004; Kocher et al. 2006, 24ss). Mais ici aussi, la thèse d'un transfert du domaine stationnaire vers le domaine ambulatoire est relativisée. « Bien que les résultats représentés indiquent un taux de croissance plus élevé du secteur ambulatoire, on ne peut cependant pas parler d'un transfert durable des dépenses globales du secteur stationnaire vers celui du secteur ambulatoire pendant les années observées. » (Sturny 2004, 24). Au contraire, l'auteur renvoie au fait qu'au sein du secteur hospitalier, certaines indications laissent présumer un certain transfert du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire et semi-stationnaire.

Soins de premier recours ambulatoires et stationnaires

L'hypothèse d'un transfert durable des soins stationnaires vers les soins ambulatoires est intensément débattue, tant par les chercheurs que dans l'opinion publique. La discussion s'avère complexe, vu qu'il existe des problèmes de définition pour la délimitation des deux secteurs, différentes catégories et motifs de transferts et que, de plus, ceux-ci peuvent être saisis à l'aide d'indicateurs différents. Si l'on considère les dépenses globales pour la santé, l'hypothèse selon laquelle la croissance des coûts du secteur ambulatoire aurait été plus forte que celle du secteur stationnaire entre 1999 et 2003 ne peut pas être confirmée. Cela n'est vrai que pour certaines catégories isolées de prestations, en particulier du secteur ambulatoire des hôpitaux. L'évolution des dépenses du domaine de l'assurance obligatoire des soins affiche un taux de croissance plus élevé au sein du secteur ambulatoire. Il existe ici aussi des indices de transfert au sein du secteur hospitalier, dans le sens d'un transfert du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire et semi-stationnaire.

2.2 Evolutions au sein des soins de longue durée

Dans le débat public sur le thème des soins de longue durée, l'accent est notamment mis sur les dépenses. Dans ce contexte, on soulève la question de la possibilité d'éviter l'entrée dans des établissements médico-sociaux grâce aux soins ambulatoires, supposés moins coûteux, ce qui constituerait une mutation de l'offre de prestations pour les personnes âgées et de l'offre de soins. La discussion sur les coûts entraîne également l'accélération de la recherche de possibilités de mises en réseau et de nouvelles formes de prise en charge.

Coûts et financement actuels des soins de longue durée

En 2005, les soins de longue durée ont généré des coûts à hauteur d'environ 7,7 milliards de francs, ce qui représente 15 % du total des dépenses pour la santé. Sur ce montant, les prestations de soins à domicile ont coûté 1,1 milliard de francs, ce qui correspond à 2 % du total des dépenses pour la santé.

Les soins de longue durée stationnaires sont pris en charge principalement (68 %) par les ménages privés, à savoir par la participation aux coûts de l'assurance-maladie et le règlement direct des prestations non couvertes par cette dernière. Un cinquième (21 %) est pris en charge par les assurances sociales, et un dixième par la Confédération, les cantons et communes (cf. tableau 6).

Les prestations de soins à domicile sont payées essentiellement par des assurances sociales, dont 30 % par l'assurance obligatoires des soins. La Confédération, les cantons et les communes paient 36 % des prestations d'aide et de soins à domicile, et les ménages privés 7 %.

Tableau 6 : Dépenses de santé ventilées selon les prestations et le financement (agents payeurs) en 2005

	Prestations, total		Soins de longue durée, total (1)		Prestations stationnaires		Soins à domicile	
	milliards CHF	Part	milliards CHF	Part	milliards CHF	Part	milliards CHF	Part
Total	52.9	100%	7.7	100%	6.6	100%	1.1	100%
Pouvoirs publics	9.1	17%	1.0	13%	0.6	10%	0.4	36%
Assurances sociales	22.5	43%	1.9	25%	1.4	21%	0.5	48%
Dont LAMal	18.3	35%	1.7	22%	1.4	21%	0.3	30%
Assurances privées	4.7	9%	0.0	1%	0.0	0%	0.0	4%
Ménages privés	16.2	31%	4.6	59%	4.5	68%	0.1	7%
Autres financ. privés	0.5	1%	0.1	2%	0.1	1%	0.0	5%

Source : OFS, statistique des coûts du système de santé 2005,

(1) les soins de longue durée comportent ici les prestations stationnaires de soins de longue durée et toutes les prestations de soins à domicile; Remarques : résultats provisoires 2005.

Les agents payeurs ne doivent pas être confondus avec les organes de financement de la santé. Les assureurs maladie ne sont pas des organes de financement de la santé. L'assurance maladie est financée par les primes d'assurance versées par les ménages privés.

Pronostics concernant l'évolution des dépenses dans les soins de longue durée

Différentes études récentes se sont penchées sur l'évolution future des dépenses dans le secteur des soins de longue durée (Fuhrer et al. 2003; Pellegrini et al. 2006). Les coûts des établissements médico-sociaux ainsi que des services d'aide et de soins à domicile y ont été saisis.

Selon le pronostic de Pellegrini et al. (2006), les dépenses pour les soins de longue durée devraient atteindre près de 15,3 milliards de francs en 2030, contre 6,5 milliards en 2001. L'augmentation des coûts sera vraisemblablement plus élevée dans le secteur de l'aide et des soins à domicile que dans le domaine des établissements médico-sociaux, les soins ambulatoires continuant de représenter une faible part des dépenses totales (environ 13 % en 2001 et 16 % en 2030).

Tableau 7 : Coûts des soins de longue durée en milliards de francs selon le scénario de référence, de 2001 à 2030

	2001	2010	2020	2030
Coûts, total	6.5	8.3	11.1	15.3
EMS	5.6	7.1	9.4	12.9
Soins à domicile	0.9	1.2	1.7	2.4

Source : Pellegrini et al. (2006), représentation propre.

Remarque : les coûts pronostiqués ne tiennent pas compte de l'inflation.

Dans l'opinion publique, le vieillissement de la population est souvent perçu comme l'une des causes importantes, voire la cause essentielle de l'augmentation des dépenses du système de santé (Slembeck 2006, 9 ss). Selon Pellegrini et al. (2006), le premier facteur de l'augmentation des coûts résiderait dans l'accroissement des frais par cas, et non dans le vieillissement démographique, qui ne viendrait qu'en seconde position. Selon ces calculs, l'accroissement du nombre de patients causerait un peu plus d'un tiers de l'augmentation des coûts, tandis que près de deux tiers seraient dus à l'étendue des soins et à leur prix. Cette étude confirme l'axe général d'autres études qui remettent en question la théorie selon laquelle la démographie serait le principal facteur de coûts dans le système de santé (Steinmann & Telser 2005).

Toujours selon les calculs de Pellegrini et al. (2006), la plus forte contribution au ralentissement de la croissance des coûts serait obtenue si les personnes âgées avaient recours un an plus tard aux prestations de soins, notamment si l'entrée dans un établissement médico-social était retardée d'une année, par exemple grâce au renforcement des mesures de prévention gériatriques. L'effet de réduction des coûts jusqu'en 2030 est estimé à 2,2 milliards de francs. Un taux plus faible de croissance des coûts médicaux unitaires pourrait faire baisser les dépenses totales de 1,7 milliard de francs.

Les deux études consacrées à la quantification de l'évolution à venir des dépenses pour les soins ont en commun l'exclusion volontaire de certains facteurs déterminants pour la demande de prestations des services d'aide et de soins à domicile et des établissements médico-sociaux (comme, par exemple, le progrès médical, l'étendue des soins non institutionnels ou l'offre), respectivement que ces études partent de l'hypothèse de la poursuite des tendances actuelles. Les chercheurs relèvent que des changements de disponibilité des proches et de l'environnement social à fournir une aide non institutionnelle, en particulier, influenceraient la demande de prestations des services d'aide et de soins à domicile et des établissements médico-sociaux.

Substitution aux établissements médico-sociaux par les services d'aide et de soins à domicile ?

L'opinion publique présume fréquemment que le développement des soins ambulatoires permet d'éviter l'entrée dans une institution stationnaire ou qu'il a, au moins, pour effet de la retarder. Les opinions des experts sont par contre très controversées au sujet de la présomption qu'il puisse y avoir substitution aux établissements médico-sociaux (EMS) par les services d'aide et de soins à domicile. Höpflinger & Hugentobler (2005) réfutent la thèse d'une substitution aux EMS par les services d'aide et de soins à domicile en argumentant que la possibilité que des soins ambulatoires suffisent dépend moins des services d'aide et de soins à domicile que du soutien de l'environnement. Leur étude examine l'interaction entre EMS et services d'aide et de soins à domicile à l'aide de modèles de régression et en incluant les hôpitaux de soins aigus. Elle tient en outre compte de spécificités cantonales susceptibles d'influencer cette relation

(cf. Höpflinger & Hugentobler 2005, 87 ss). Les analyses ont abouti à des résultats différant selon les classes d'âge examinées, ce qui confirme l'hypothèse que les personnes âgées ont des besoins en soins différents de celles très âgées.

Une étude récente commandée par l'Observatoire suisse de la santé Obsan (Jaccard Ruedin et al. 2006) a, elle aussi, examiné le rapport entre les EMS et les services d'aide et de soins à domicile. Il y est constaté, pour les personnes de 65 à 79 ans, qu'il n'existe pas de relation de substitution entre les EMS et les services d'aide et de soins à domicile (cf. idem 38 ss); il existerait par contre une telle relation entre les EMS et les hospitalisations de plus de trois mois. Les experts expliquent cette constatation par le fait qu'à cet âge, le recours aux prestations des EMS est souvent motivé par des maladies causant un fort handicap, qui ne permettent pas le maintien à domicile (par exemple dans les cas de démences ou de maladie de Parkinson). Les personnes faisant appel aux services d'aide et de soins à domicile seraient plutôt celles souffrant de problèmes fonctionnels légers, et qui auraient besoin de soins pour une courte durée.

La situation est différente chez les personnes de 80 ans et plus. La corrélation entre les EMS et les services d'aide et de soins à domicile est plus étroite pour cette classe d'âge. Dans les cantons où le recours aux services d'aide et de soins à domicile est plus intensif, le taux de placement en EMS est plus faible. Pour les personnes de 80 ans et plus, un recours plus intense aux prestations des services d'aide et de soins à domicile permet de limiter les placements en EMS, mais il signifie aussi davantage d'hospitalisations de moyenne durée. Par conséquent, les flux de clients peuvent aller dans les deux sens. « Des services d'aide et de soins à domicile bien développés permettent de raccourcir la durée des hospitalisations, mais on peut également supposer que leurs prestations améliorent la détection précoce des situations médicales qui nécessitent une hospitalisation de moyenne durée. » (idem, ix). De plus, l'hospitalisation est souvent la seule solution possible à court terme quand l'état d'un patient soigné à domicile se dégrade subitement ou à la suite de l'épuisement physique et psychique des proches soignants.

Prise en charge sanitaire des malades chroniques et des personnes handicapées

On observe dans la majorité des sociétés industrielles une augmentation des maladies chroniques et du nombre de personnes handicapées (cf. Rüesch 2006). Ceci s'explique, d'une part, par le vieillissement démographique et, d'autre part, par le progrès de la médecine qui permet la guérison ou la stabilisation de maladies qui pouvaient s'avérer mortelles jusqu'ici. En 2002, quelque 15 % des hommes et 18 % des femmes entre 20 et 65 ans vivant hors institutions souffraient d'une maladie chronique ou d'un handicap. L'évaluation de l'Enquête suisse sur la santé montre, selon Rüesch (2006), que les malades chroniques et les handicapés ont davantage recours aux soins dans tous les domaines de la santé et qu'ils en profitent plus intensément. Il existe cependant des différences régionales: chez les personnes non handicapées, on peut observer une relation positive entre la densité des médecins de premier recours et le recours aux services de santé, tandis que chez les malades chroniques et les handicapés, il y a une relation négative entre la mise à contribution de ces derniers et la prise en charge hospitalière.

Nouvelles formes d'habitation et de prise en charge

Divers cantons s'efforcent actuellement d'élaborer des concepts globaux de prise en charge des personnes âgées et des personnes tributaires de soins, ainsi que d'élaborer des modèles alternatifs. Tous ces efforts ont pour but de permettre aux personnes concernées de vivre le plus longtemps possible chez elles. Le canton du Valais, par exemple, offre un concept global particulièrement moderne pour la prise en charge des personnes âgées (cf. Achtermann & Berset 2006, 122). Ce concept prévoit notamment, outre la prise en charge ambulatoire classique, la création de logements avec assistance médico-sociale et de logements communautaires avec assistance médico-sociale. Les personnes pour lesquelles l'entrée dans un

établissement médico-social est indiquée sont fréquemment contraintes de quitter leur lieu de domicile, et donc leur environnement social. C'est souvent le cas dans les campagnes, où la densité des établissements de prise en charge est faible. Des formes différentes de prise en charge, comme elles sont proposées en Valais, peuvent prévenir ce « déracinement social ». A Visperterminen, par exemple, il existe un foyer pour personnes âgées encadré par les services d'aide et de soins à domicile (cf. OFAS 2002, 28). A l'avenir, des formes d'hébergement de ce type pour les personnes âgées devraient gagner en importance, notamment les concepts laissant le plus grand espace possible à l'individualité et garantissant, parallèlement, la prise en charge médico-sociale. Pour les organisations d'aide et de soins à domicile, ce genre de concepts constituera vraisemblablement un sujet important de réflexion dans les dix prochaines années (avec, par exemple, des résidences pour personnes âgées avec un centre d'aide et de soins à domicile).

Evolution du domaine des soins de longue durée

En 2005, les prestations de soins de longue durée ont généré des coûts d'environ 7,7 milliards de francs, tandis que les prestations de soins à domicile ont coûté près de 1,1 milliard de francs, ce qui correspond à 2 % des dépenses totales pour la santé.

Selon une étude commandée par l'Observatoire suisse de la santé Obsan, les coûts des soins de longue durée devraient atteindre 8,3 milliards de francs en 2010. La part des coûts des soins à domicile s'élèverait alors à 1,2 milliard de francs. Le premier facteur de l'accroissement des coûts serait l'augmentation des frais par cas. Un tiers, seulement, de l'augmentation proviendrait du vieillissement démographique. Deux tiers seraient dus à l'étendue des prestations et à leur prix. Pour freiner l'augmentation des coûts, il faudrait surtout que les personnes nécessitent plus tard des soins, par exemple grâce à des mesures de prévention gériatriques.

Un développement des soins ambulatoires (non institutionnalisés et professionnels) peut contribuer à éviter ou à retarder l'entrée dans un établissement médico-social (EMS). Chez les personnes plus âgées, en particulier, il existe un lien étroit, dans le sens d'une substitution, entre le recours aux services d'aide et de soins à domicile et les offres de prestations stationnaires.

De nouvelles formes d'hébergement et d'encadrement contribuent efficacement à la réduction des entrées en EMS. Les organisations d'aide et de soins à domicile devront examiner sérieusement ces formes d'habitation comme, par exemple, les résidences pour personnes âgées avec centre d'aide et de soins à domicile.

2.3 Constitution de réseaux et managed care dans le domaine des soins

Ces dernières années, les activités relatives à la qualité et celles concernant la rentabilité du secteur de la santé ont causé l'accélération des efforts visant une meilleure coordination et mise en réseau des fournisseurs de prestations du secteur de la santé. La notion de « prise en charge intégrée » résume bien ce développement; il s'agit de la « prise en charge intersectorielle et interdisciplinaire intégrant les cliniques, les cabinets de médecins généralistes et spécialisés, les services de soins, la réadaptation ambulatoire et stationnaire ainsi que les thérapeutes et les pharmacies. » (Güntert 2006, 5). En Suisse, cette notion est utilisée, en relation avec la LAMal, spécifiquement dans le contexte des réseaux qui lient contractuellement leurs membres et ont convenu avec les assureurs d'assumer une responsabilité budgétaire.

Dans le cadre de la mise en réseau et du managed care, on procède à la mise en place de structures de services de prise en charge, comme les réseaux de santé, le HMO ou les « sociétés d'exploitation hospitalière ». Il convient de ne pas les confondre avec les outils visant la coordination et le pilotage comme, par exemple, le Case Management, le Disease Management, les Guidelines, le Demand Management etc. (cf. Berchtold & Hess 2007).

Nouvelles structures de prise en charge

En ce qui concerne les nouvelles structures de prise en charge, la création de modèles dans lesquels les hôpitaux ou établissements médico-sociaux et les services d'aide et de soins à domicile sont exploités par le même organe s'avère importante pour ces derniers. C'est aujourd'hui déjà le cas à divers endroits comme, par exemple, à Roggwil-Wynau, Koster, Walchwil, Wattenwil-Blumenstein, dans la Basse-Engadine/Scuol (cf. Leuzinger 2001, 97 ss).

Les réseaux de prise en charge dans le domaine des soins de premier recours, qui sont aujourd'hui déjà partiellement indemnisés avec un budget global, vont continuer de se renforcer. Dans ces cas, les services d'aide et de soins à domicile ne sont plus indemnisés par l'assureur maladie mais par le médecin de premier recours ou le réseau de santé (cf. Huber 2006, 11 ss). Il y a quelques années, Oggier (2002, 8) formulait des doutes quant à la capacité des services d'aide et de soins à domicile et de leurs structures actuelles à satisfaire aux critères de qualité et de prix des médecins ou des réseaux de santé gérant le système. La flexibilisation de l'offre est un sujet de discussion récurrent des organisations d'aide et de soins à domicile et elle le restera à l'avenir. Le processus de concentration qui s'est mis en marche ces dernières années en raison des exigences croissantes de rentabilité et de qualité n'est lui non plus pas encore achevé (cf. Gmür & Rüfenacht 2007, 358).

Mise en réseau à travers le case management

Les modèles de case management focalisés sur des groupes spécifiques de patientes et de patients gagneront vraisemblablement également en importance au cours des prochaines années. Dans le domaine des soins palliatifs, spécialement, il y aura probablement une évolution vers une extension de la mise en réseau des fournisseurs de prestations ambulatoires et stationnaires. Les expériences faites avec les modèles déjà en place en Suisse ont été traitées en 2003, à l'occasion du quatrième congrès des services d'aide et de soins à domicile (cf. Neuenschwander 2003 ; Strasser 2003, ainsi que Mazenauer 2002, 18 ss).

Mise en réseau et managed care dans le domaine des soins

Le futur proche sera caractérisé par le développement de réseaux intégrés de prise en charge. Les modèles prévoyant l'exploitation des institutions stationnaires (hôpital, établissement médico-social) et des services d'aide et de soins à domicile par un même organe prendront de l'importance. Dans le domaine des soins de base, les modèles de managed care seront fortement encouragés (réseaux de santé, HMO). En tant qu'auteurs de la demande, ils fixent des exigences en matière de flexibilité et de prix de l'offre des services d'aide et de soins à domicile. Il faut aussi s'attendre, dans le cadre d'un case management focalisé sur des groupes spécifiques de patients (soins palliatifs), à une mise en réseau supplémentaire des services d'aide et de soins à domicile avec d'autres prestataires du domaine du traitement et des soins.

2.4 Services d'aide et de soins à domicile

Recours aux services d'aide et de soins à domicile

Selon l'Enquête suisse sur la santé, 2,4 % des personnes interrogées ont fait appel aux services d'aide et de soins à domicile en 2002.¹ La part des femmes était de 4 %, et celle des hommes de 1.1 %. Le recours aux services d'aide et de soins à domicile augmente fortement surtout à partir de 80 ans. 16 % des personnes appartenant à la tranche d'âge des 80 à 84 ans ont besoin des services d'aide et de soins à domicile, et leur part augmente à 28 % chez les gens de 85 ans et plus (cf. OFS 2004a).

De ce fait, l'image de la clientèle des services d'aide et de soins à domicile est fortement caractérisée par les personnes âgées et très âgées. Trois quarts des prestations de services d'aide et de soins à domicile sont fournies à des clientes et clients qui ont atteint l'âge de la retraite; sur ce total, 46 % concernent des personnes de 80 ans et plus (cf. tableau 8). L'importance des clientes et clients âgés et très âgés s'accroît encore à l'examen des heures de soins puisque 8 heures de soins sur 10 sont dispensées aux plus de 65 ans et, dans ce groupe, plus de 5 heures sur 10 aux plus de 80 ans.

Tableau 8 : prestations des services d'aide et de soins à domicile selon l'âge et le sexe

	Personnes		Heures	
	Nombre	Part	Nombre	Part
Total	273'048	100%	11'519'507	100.0%
0-4 ans	2038	0.7%	62'329	0.5%
5-19 ans	1'935	0.7%	81'280	0.7%
20-64	66'323	24.3%	2'196'022	19.1%
65-79 ans	77'910	28.5%	2'984'958	25.9%
80 ans et plus	124'842	45.7%	6'194'917	53.8%
Femmes	136'813	70.1%		
Hommes	58'404	29.9%		

Source : statistique des services d'aide et de soins à domicile en 2005, propre compilation des données

Vu l'organisation et le financement très fédéralistes des soins ambulatoires, l'offre et le recours à l'offre des services d'aide et de soins à domicile présentent de fortes disparités cantonales (cf. OFS 2004b; Höpflinger & Hugentobler 2005, 87 ss).

Augmentation du besoin de prestations d'aide et de soins à domicile jusqu'en 2015

Diverses raisons laissent présumer qu'il va y avoir une augmentation de la demande de prestations d'aide et de soins à domicile, en substitution ou en complément aux soins stationnaires. Selon Höpflinger & Hugentobler (2005, 81 ss), plusieurs facteurs contribuent à la croissance de la demande d'aide et de soins à domicile. *Premièrement*, on constate une augmentation des petits et très petits ménages : les personnes

¹ Personnes âgées de 15 ans ou plus ne vivant pas en institution. Question : « Avez-vous, pendant les 12 derniers mois, eu recours personnellement aux services d'aide et de soins à domicile, c'est-à-dire fait appel à l'aide d'une infirmière communale, d'une infirmière spécialisée dans les conseils aux jeunes mères, d'une soignante à domicile, d'une aide ménagère, d'une aide pour les personnes âgées, ou du service de repas ou de transport ? »

tributaires de soins vivent avec leur partenaire ou seules. *Deuxièmement*, les personnes âgées souhaitent davantage rester chez elles. Ce choix est influencé par le meilleur standard d'habitation et les mutations sociales. *Troisièmement*, l'allongement de la durée de vie exempte de handicaps accroît le besoin de prestations d'aide et de soins à domicile : beaucoup de personnes âgées sont en mesure de faire face aux besoins quotidiens, mais des problèmes physiques les contraignent à recourir ponctuellement aux prestations d'aide ménagère et de soins. *Quatrièmement*, les progrès d'ordre géronto-technique peuvent accroître l'importance de la prise en charge et des soins à domicile. Les aides électroniques comme le téléhomecare ou les systèmes d'appel d'urgence peuvent contribuer à permettre aux personnes âgées de rester plus longtemps autonomes, à condition, bien sûr, que les groupes-cibles soient disposés à utiliser ces technologies. De plus, on note une augmentation des interventions médicales ambulatoires ; il en va de même de leur suivi. La tendance à abrégé les séjours hospitaliers stationnaires ne doit pas être négligée non plus : en 2005, les patientes et patients hospitalisés ont pu, en moyenne, quitter l'hôpital un jour plus tôt qu'en 2001 (cf. OFS 2007a).

Il s'avère cependant difficile de quantifier l'augmentation des besoins, et encore plus d'établir une prévision détaillée par secteurs de prestations de services et groupes de clients. Bien que des pronostics concernant le nombre vraisemblable de personnes qui auront recours aux services d'aide et de soins à domicile en 2040 aient été élaborés à l'occasion du congrès « Vieillesse et santé » de 2005 (cf. Haug, Perrig-Chiello & Stuck 2005), ils se basent sur une projection linéaire de l'état de santé et, en particulier, de la demande de prestations. De ce fait, ils ne sont pas très explicites. A notre connaissance, il n'existe pas de pronostics actuels sur l'évolution de la demande de prestations d'aide et de soins à domicile se basant sur le nombre de clients et tenant également compte d'hypothèses différenciées concernant l'évolution de facteurs d'influence significatifs. Les pronostics existants se limitent aux études susmentionnées du domaine de l'évolution des coûts (cf. chapitre 2.2.) et aux calculs simples du besoin de personnel se basant sur les heures de soins (cf. chapitre 2.6.).

Services d'aide et soins à domicile

En 2002, 2,4 % de la population de 15 ans et plus a eu recours aux prestations d'aide et de soins à domicile. Le taux de recours est nettement plus élevé chez les personnes de 80 ans et plus. Le profil des clientes et clients des services d'aide et de soins à domicile correspond à cette constatation. Trois quarts des prestations d'aide et de soins à domicile sont fournies aux clientes et clients ayant atteint l'âge de la retraite, et 46 % aux personnes de 80 ans et plus. Une bonne heure de prestations sur deux concerne une personne de plus de 80 ans.

Les évolutions démographique, sociale, médicale et celles dans le domaine de la santé permettent de penser que le besoin et la demande de prestations d'aide et de soins à domicile continueront à croître jusqu'en 2015.

2.5 La concurrence

Actuellement, les soins infirmiers et de base professionnels fournis en dehors des établissements médico-sociaux (EMS) et des hôpitaux le sont en grande majorité par les services publics d'aide et de soins à domicile. Parallèlement, il existe également une offre de services d'aide et de soins à domicile d'organisations privées et de personnel soignant indépendant. Depuis peu, les EMS sont également venus grossir les rangs des prestataires.

Des organisations privées, d'autres institutions à but non lucratif et des EMS sont bien implantés dans les prestations autres que celles du domaine des soins infirmiers et des soins de base, c'est-à-dire dans les fonctions de soutien comme les services de transport, de repas, d'entretien du linge, etc. Nous ne nous pencherons pas plus avant sur ces domaines.

Services privés d'aide et de soins à domicile

Outre les organisations d'aide et de soins à domicile de droit public et les organisations d'utilité publique de droit privé (« organisations d'aide et de soins à domicile d'intérêt public »), il existe également en Suisse des prestataires de services d'aide et de soins à domicile de droit privé à but lucratif (« organisations privées d'aide et de soins à domicile »). Au printemps 2006, ces organisations privées d'aide et de soins à domicile se sont regroupées pour former l'Association Spitex privée Suisse (ASPS). Selon les indications de l'Association, les membres fondateurs représenteraient, avec plus de 1'000 collaboratrices et collaborateurs, environ 75 % du total du marché de l'aide et des soins à domicile privés (information de l'ASPS du 28 avril 2006).

Il existe des organisations d'aide et de soins à domicile privées dans plusieurs cantons. Une recherche sur l'Internet illustre la diversité de l'offre. Elle comporte parfois des services spécialisés, par exemple dans le domaine des soins palliatifs. L'offre inclut en partie des prestations plus étendues (horaires, contenus) que celles proposées par les services publics d'aide et de soins à domicile. « Les services privés d'aide et de soins à domicile commencent là où s'arrêtent les services publics » (Fortin 2003). La flexibilité horaire, c'est-à-dire la possibilité d'avoir recours aux soins tard le soir ou pendant la nuit, est souvent perçue comme une lacune de l'offre existante (entre autres: Département de l'intérieur du canton de Schwyz, 2006, 26).

La position qu'occupent les prestataires privés dans le marché de l'aide et des soins à domicile est peu documentée. Une partie des organisations privées d'aide et de soins à domicile est reconnue par les caisses maladie et peut facturer les prestations selon le tarif de l'aide et des soins à domicile. En 2002, 221 des 961 organisations d'aide et de soins à domicile reconnues par les caisses, donc environ un cinquième, étaient de droit privé et à but lucratif. La part des prestations brutes facturées par les services privés d'aide et de soins à domicile est cependant moindre (cf. OFAS 2006a, note 5 de bas de page). Il n'existe pas d'indications sur le type de prestations fournies ni sur les clientes et clients des organisations privées d'aide et de soins à domicile au niveau national, car elles n'ont pas été saisies dans les statistiques des organisations d'aide et de soins à domicile. Cette affirmation vaut pour les organisations privées d'aide et de soins à domicile reconnues par les caisses maladie.

Ces prochaines années, la question « concurrence ou coopération ? » entre les organisations d'aide et de soins à domicile d'utilité publique et celles privées va se poser plus fortement. Vu le manque de données, il est difficile de constater si les organisations d'aide et de soins à domicile s'évincent ou se complètent et, si oui, dans quels domaines. Les premières expériences faites avec des modèles d'assistance personnelle semblent indiquer, par exemple, qu'il n'y a pas substitution des services d'aide et de soins à domicile publics par les services privés, mais que les personnes concernées ont recours aux deux types d'offres. (Casanova 2002).

Les établissements médico-sociaux (EMS)

On distingue principalement deux domaines d'activités des EMS influençant ceux de l'aide et des soins à domicile: d'une part, l'offre de séjours limités dans le temps et de places dans des foyers de jour et, d'autre part, l'offre de soins ambulatoires.

Depuis quelque temps, les EMS proposent également des séjours limités dans le temps, par exemple pour des situations temporaires et pendant les absences des proches pour raison professionnelle, de maladie ou de vacances (lits de vacances ou d'hôtes). Cette offre permet de soulager les proches chargés des soins et d'éviter ou de retarder, ainsi, l'entrée durable dans un EMS de la personne à soigner. Le problème se situe souvent au niveau de la flexibilité de la disponibilité ainsi que du financement de l'offre (cf. Département de l'intérieur du canton de Schwyz 2006, 27 ss). Divers cantons et villes s'efforcent actuellement d'assouplir l'offre existante. A partir de cette année, quatre centres de soins de la ville de Zurich accueilleront pour quelques jours ou quelques nuits par semaine les personnes tributaires de soins (cf. article de la NZZ du 4 janvier 2007). Une réservation ferme des jours et des nuits est cependant nécessaire. Cette solution permet par exemple au proche assumant les soins d'avoir un emploi à temps partiel. L'offre s'étend également aux places de foyers de jour pour personnes âgées vivant chez elles ou avec des proches. A Zurich, il existe trois centres prenant en charge, entre 8 heures et 16 heures, les personnes nécessitant des soins. Genève a vu la création de sept foyers de jour (Achtermann & Berset 2006, 65). L'extension de l'offre de foyers de jour est également discutée dans le canton de Schwyz (cf. Département de l'intérieur du canton de Schwyz, 2006, 27s), tandis qu'un projet de foyer de jour cantonal a déjà été mis sur pied dans le canton de Fribourg (cf. Buillard 2006, 8 ss). Il manque encore une vue d'ensemble nationale de l'existence et de la structure de ces offres.

Les modèles de EMS fournissant des prestations ambulatoires, par exemple aux personnes âgées vivant dans des logements rattachés à l'institution, devraient connaître une diffusion croissante. A notre connaissance, il n'existe pas non plus de données systématiques sur ce type d'offres.

Hôpitaux et HMO

En Suisse, on ne parlera qu'à moyen ou à long terme des hôpitaux et HMO comme fournisseurs de prestations de soins «extra muros». Bien que l'on emploie aujourd'hui déjà des spécialistes des soins dans les centres HMO, ils accomplissent principalement des tâches d'examen et de prévention (cf. Trautmann 2002).

La concurrence

Les soins infirmiers et les soins de base sont dispensés dans la grande majorité des cas par les services d'aide et de soins à domicile d'utilité publique. Parallèlement, il existe une offre de services de personnel soignant indépendant et d'organisations privées d'aide et de soins à domicile. Celles-ci sont partiellement reconnues par les caisses maladies et en droit de facturer les prestations fournies, selon les tarifs de soins à domicile en vigueur. En 2002, les services d'aide et de soins à domicile de droit privé à but lucratif représentaient près d'un cinquième des services d'aide et de soins à domicile reconnus par les caisses maladies, mais le volume de leurs prestations est inférieur à cette valeur. Les services privés disposent, en général, d'une offre plus flexible (par exemple un service de nuit) qui est en partie utilisée complémentirement à l'offre des services d'aide et de soins à domicile d'intérêt public.

Les établissements médico-sociaux (EMS) proposent depuis quelque temps déjà des séjours de durée limitée, permettant de décharger les proches en charge des soins. Dans certains cantons, on s'efforce de faciliter l'accès à ces offres, respectivement de les flexibiliser. Il est également prévu d'accroître le nombre de places disponibles dans les foyers de jour; cela a déjà été fait dans certains cas. Ces deux possibilités contribuent à permettre à un plus grand nombre de personnes nécessitant des soins de vivre chez elles.

La diffusion des modèles dits «Heimex» croît, elle aussi. Il s'agit d'EMS offrant des services de soins ambulatoires, par exemple aux personnes âgées vivant dans des logements rattachés à l'institution.

2.6 Le personnel dans le domaine des soins ambulatoires

Besoin supplémentaire de personnel dans le domaine des services d'aide et de soins à domicile

Fuhrer et al. (2003, 25ss) ont calculé le besoin futur de personnel des services d'aide et de soins à domicile à partir des différents scénarios démographiques de l'OFS, et en se basant sur la situation en matière de personnel en l'an 2000. En 2000, 28'000 personnes se partageaient les 9'900 emplois à plein temps existants, avec un taux moyen d'occupation de 36 %. Se basant sur l'hypothèse d'une situation inchangée tant du côté des clientes et clients (même charge de travail dans les différentes classes d'âge) que de celui du personnel d'aide et de soins à domicile (même taux d'occupation), les services d'aide et de soins à domicile devraient employer près de 14'000 personnes de plus en 2020 qu'en 2000.

Les données statistiques des services d'aide et de soins à domicile en 2005 documentent cependant que le taux d'occupation moyen du personnel est passé de 36 à 41 %. Ceci devrait entraîner une correction à la baisse du nombre estimé d'employés supplémentaires nécessaires.

En prenant pour base les données statistiques actuelles des services d'aide et de soins à domicile 2005 (OFAS 2006b) et les calculs de Fuhrer et al. (2003), il est possible de faire une estimation de l'évolution pour les années 2005 - 2020. En 2005, les services d'aide et de soins à domicile employaient 27'144 personnes avec un taux d'occupation moyen de 41 %. Cela correspond à 11'043 emplois à plein temps. Fuhrer et al. (2003) ont calculé que la part des emplois à plein temps augmenterait à 46 % entre 2000 et 2020, ce qui correspond à 14'450 emplois à plein temps en 2020. Cela représente environ 3'400 emplois à plein temps de plus qu'en 2005, tandis qu'un taux d'occupation inchangé aurait requis 8'400 personnes supplémentaires.

Exigences croissantes pour le personnel

En 2005, 85 % des employés des services d'aide et de soins à domicile avaient déjà suivi une formation spécialisée. Parmi eux, 26 % étaient titulaires d'un diplôme en soins, 20 % d'un diplôme d'assistance pour les soins, 29 % étaient en train de suivre une formation en soins ou avaient suivi un cours d'aide et de soins, 1 % avait un diplôme de travail social et thérapeutique et 9 % avaient suivi une formation commerciale ou administrative. 15 % n'avaient suivi aucune formation spécifique à l'aide et aux soins à domicile (Statistiques de l'aide et des soins à domicile 2005, propres calculs OFS 2006b).

La réduction croissante des durées d'hospitalisation, entre autres, devrait entraîner une augmentation des cas complexes de soins. Par ailleurs, l'augmentation des cas de démences causera une confrontation plus fréquente à des troubles cognitifs, souvent liés à des difficultés comportementales d'ordre émotionnel-affectif (cf. Höpflinger 1998, 47). Cette évolution pose des exigences en matière de formation et de formation continue du personnel soignant, en particulier dans les domaines gériatrique et gériatrique.

L'évolution vers une multiplication des cas complexes et exigeants (dans le domaine de la réadaptation, de la gériatrie, mais concernant également la médecine, palliative etc.) peut être à la fois un risque et une chance. Les cas exigeants peuvent représenter un défi pour le personnel qualifié et contribuer ainsi à accroître (encore) l'attrait du domaine des soins ambulatoires. Une étude sur la situation du personnel dans les soins de longue durée (Prey et al. 2004) a montré que le personnel employé dans les soins ambulatoires avait une charge de travail moins élevée et était davantage satisfait. Cette évolution peut cependant également réduire l'attrait des professions en rapport avec les soins ambulatoires, en particulier s'il n'y a pas d'allongement du temps à disposition pour s'occuper de ces cas.

Le personnel dans le domaine des soins ambulatoires

En 2005, les services d'aide et de soins à domicile employaient 27'000 personnes qui se partageaient 11'000 emplois à plein temps. Si la demande et le taux d'occupation moyen restent inchangés, les services d'aide et de soins à domicile devraient, selon une estimation grossière, mettre à disposition 3'400 postes à plein temps supplémentaires jusqu'en 2020, respectivement engager 8'400 nouveaux soignants.

La réduction de la durée d'hospitalisation, conjuguée notamment à l'augmentation du nombre de personnes souffrant de troubles de démences, devrait entraîner une plus grande mise à contribution du personnel soignant. Aujourd'hui déjà, le personnel des services d'aide et de soins à domicile est plus qualifié que ce n'était le cas il y a quelques années encore. Une augmentation des cas plus exigeants dans le domaine de la réadaptation, de la gériatrie et de la médecine palliative peut représenter un défi pour le personnel soignant qualifié et accroître (encore) l'attrait du secteur ambulatoire. En revanche, s'il n'y a pas d'augmentation du temps à disposition pour soigner ces cas, cette évolution pourrait aussi produire l'effet contraire.

2.7 La clientèle des services d'aide et de soins à domicile

Dans le domaine des soins de longue durée, les services d'aide et de soins à domicile prennent aujourd'hui déjà en charge une clientèle essentiellement âgée. Cette situation ne va pas changer dans un proche avenir. Dans ce segment, le nombre de clients souffrant de démences continuera de croître et il convient d'admettre que cette évolution aura des répercussions sensibles au cours des dix prochaines années, vu les exigences élevées qui en découlent pour la prise en charge de ces personnes. Concernant les soins temporaires, une augmentation de la complexité des cas en raison de la réduction des durées d'hospitalisations devrait également se faire déjà sentir au cours de la prochaine décennie.

Migrantes et migrants âgés

La part des migrantes et migrants âgés augmentera au cours des prochaines années et, par conséquent, également celle d'entre eux nécessitant une prise en charge (cf. chapitre 1). Il s'agira en première ligne de migrants essentiellement originaires d'Italie et d'Espagne, issus de la première vague d'immigration dans les années 50 et 60. Il y a déjà longtemps que le thème 'migration et santé' fait l'objet d'une discussion approfondie. Il en résulte la stratégie Migration et Santé de la Confédération (OFSP 2002), ainsi que l'élaboration de bases concrètes pour le travail pratique (par ex. Saladin 2006; Domenic 2001). Ce n'est en revanche que relativement récemment que le sujet 'vieillesse et migration' gagne en visibilité. Les premières discussions approfondies avaient déjà eu lieu dans les années 1990, en particulier en raison du phénomène " nouveau " des retraitées et retraités de nationalité étrangère (cf. Bolzmann et al. 1996). Cette problématique est à présent reprise par les cantons qui en tiennent compte, par exemple, dans leur politique du troisième âge (par exemple canton de Berne, Direction de la santé publique et de la prévoyance 2004).

Établissements médico-sociaux et système de soins de premier recours ambulatoire devront affronter de nouveaux problèmes avec des clientes et clients disposant de connaissances linguistiques limitées de la langue locale et ayant des besoins sociaux et culturels différents. Nous ne disposons pas d'informations sur le nombre d'étrangères et d'étrangers qui ont recours aujourd'hui déjà aux services d'aide et de soins à domicile, car la nationalité n'est pas saisie dans la statistique. La catégorie « étranger/étrangères » serait également trop inexacte, étant donné qu'elle n'inclurait pas les personnes nées à l'étranger et entre-temps naturalisées. Le recensement effectué en l'an 2000 démontre, par exemple, que 4 % des personnes

de plus de 80 ans sont de nationalité étrangère. La part d'entre elles nées à l'étranger est cependant nettement supérieure avec 11 % (cf. Wanner et al. 2005, 89).

L'étude de Jacobs Schmid (2001) réalisée sur mandat du Service d'aide et de soins de Bâle a fait ressortir que la part des migrantes et migrants dans la clientèle était perçue comme plutôt faible, même dans les quartiers à haute proportion d'étrangers. Cela peut être lié au fait que la proportion des migrantes et migrants dans le segment de la population des personnes âgées est, aujourd'hui encore, sous-représentée par rapport au reste de la population, mais il est également possible que cela traduise un faible recours aux services d'aide et de soins à domicile.

L'enquête menée à Bâle semble indiquer que, pour une certaine partie de la population migrante, l'accès aux informations sur les services d'aide et de soins à domicile est plus difficile car les informations (fiches de renseignements, brochures, manifestations, etc.) ne sont disponibles qu'en allemand. Les difficultés de communication – qui ne se limitent pas aux seules difficultés linguistiques – peuvent également perturber l'examen de la demande, des besoins et des attentes, ainsi que le travail concret de soins des services d'aide et de soins à domicile.

Les mesures concrètes proposées sont, entre autres, les suivantes : mise à disposition d'informations dans des langues étrangères, soutien ciblé aux clientes et clients pour les démarches administratives (clarification des questions juridiques liées aux assurances) par les centres des quartiers ou les assistants sociaux, prise en compte du thème « Migration et services d'aide et de soins à domicile » en tant que partie intégrante de la formation continue, et examen des possibilités d'un meilleur recrutement du personnel soignant issu de l'immigration (cf. Jacobs Schmid 2001, 55 ss). Ces mesures ont partiellement été mises en œuvre à Bâle, par exemple avec la remise de matériel d'information dans les langues étrangères les plus fréquentes.

Dans les années à venir, le groupe croissant des migrantes et migrants devrait représenter un thème plus important pour les services d'aide et de soins à domicile. Il s'agira en particulier de discuter et d'établir les modèles adéquats de traitement de ce groupe-cible.

Autres groupes-cibles spécifiques des services d'aide et de soins à domicile

Les migrantes et migrants ne sont que l'un des groupes-cibles de la clientèle des services d'aide et de soins à domicile posant des exigences spécifiques en matière d'offre. Le quatrième congrès national des services d'aide et de soins à domicile, en 2003, avait déjà thématiqué les évolutions et défis à venir liés à ce sujet. Les thèmes approfondis comportaient les offres ambulatoires pour les personnes atteintes de maladies psychiques (Lüthi, Oeschger & Jankovic 2003), l'offre dans le domaine de l'oncologie et de la médecine palliative (Neuenschwander 2003; Strasser 2003; et également Mazenauer 2002), ainsi que l'assistance personnelle aux personnes handicapées (Pestalozzi-Seger 2003; Rais Pugin & Richoz 2003; Steiner 2003). La question de l'assistance personnelle aux personnes handicapées n'aura une importance majeure qu'après 2010.

La clientèle des services d'aide et de soins à domicile

Les personnes âgées et très âgées formeront également à l'avenir la principale clientèle des soins de longue durée des services d'aide et de soins à domicile. La part des migrantes et migrants, principalement venus d'Italie et d'Espagne dans les années 50 et 60, croîtra au cours des prochaines années.

Établissements médico-sociaux et système de soins de premier recours ambulatoire devront faire face à de nouveaux défis, notamment les connaissances linguistiques limitées de la langue locale et les besoins

sociaux et culturels différents de ces clientes et clients. Il s'agira de discuter et d'établir des modèles adéquats de traitement de ces groupes-cibles.

Les discussions sur les offres spécifiques des services d'aide et de soins à domicile dans les domaines de la psychiatrie, de l'oncologie et de la médecine palliative vont également être approfondies. La question de l'assistance personnelle aux personnes handicapées ne prendra une importance majeure qu'après 2010.

Annexe

3 Liste des publications

Il a été tenu compte des publications en Suisse après 1997

Démographie, vieillesse et santé

Abelin Theodor, Valeria Beer und Felix Gurtner (1998): Gesundheit der Betagten in der Schweiz.

Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1992/93, Bern: Haupt

BFS Bundesamt für Statistik, Hrsg. (2004a): Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002.

Standardtabellen Niveau Schweiz, Neuchâtel: BFS

BFS Bundesamt für Statistik, Hrsg. (2004b): Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002.

Standardtabellen Kantone, Neuchâtel: BFS

BFS Bundesamt für Statistik, Hrsg. (2006): Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz. 2005-2050, Neuchâtel: BFS

BFS Bundesamt für Statistik, Hrsg. (2007b): «Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Kantone 2005 bis 2030: Bevölkerungswachstum hält in den meisten Kantonen noch 25 Jahre an», Medienmitteilung vom 26. April 2007, Neuchâtel: BFS

Bickel Horst (1999): Epidemiologie der Demenzen, in: Förstl et al. (Hrsg.): Alzheimer Demenz.

Grundlagen, Klinik, Therapie, Heidelberg: Springer-Verlag

Blozik Eva, Katharina Meyer, Anja Simmet, Gerhard Gillmann, Anouk-Aimée Bass und Andreas E. Stuck

(2006): Gesundheitsförderung und Prävention im Alter in der Schweiz. Ergebnisse aus dem Gesundheitsprofil-Projekt, Arbeitsdokument 21, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel: Obsan

BSV Bundesamt für Sozialversicherungen, Hrsg. (2002): Langlebigkeit – gesellschaftliche Herausforderung und kulturelle Chance. Ein Diskussionsbeitrag aus der Schweiz zur Zweiten Weltversammlung zur Frage des Alterns in Madrid, Bern: BSV

Caritas Schweiz, Hrsg. (2003): Sozialalmanach 2003. Gesundheit – eine soziale Frage, Luzern: Caritas

Caritas Schweiz, Hrsg. (2004): Sozialalmanach 2004. Die demographische Herausforderung, Luzern: Caritas

Cordazzo Valérie (2006): Die Sterblichkeit der Schweizer Geburtsjahrgänge 1900 bis 2030, demos, Informationen aus der Demografie, 3/2006, Neuchâtel: BFS

Haug Werner (2004): Die demographische Lage in der Schweiz: Trends und Herausforderungen, in:

Caritas (Hrsg.), Sozialalmanach 2004. Die demographische Herausforderung, Luzern: Caritas, 63-78

Haug Werner, Pasqualina Perrig-Chiello und Andreas Stuck (2005): Mit dem Wissen von heute die Gegebenheiten von Morgen beeinflussen, Referat anlässlich der Tagung Altern und Gesundheit vom 3. November 2005 in Bern

Höpflinger François (2002): Prognose von Krankheiten und Pflegebedarf älterer Menschen. Projektskizze, Neuchâtel: Obsan

Höpflinger François (2003a): Generationenwandel und Zukunft der ambulanten Pflege, in: Spitex Verband Schweiz (Hrsg.), Spitex – Am Puls der Zeit. CD zum 4. Nationalen Spitex-Kongress 2003, Kongresshaus Biel

- Höpflinger François (2003b): Gesunde und autonome Lebensjahre – zur Entwicklung der behinderungsfreien Lebenserwartung, in Pasqualina Perrig-Chiello und François Höpflinger (Hrsg.): Gesundheitsbiographien. Variationen und Hintergründe, Bern: Huber, 59-74
- Höpflinger François (2004a): Generationenwandel des Alters – Neues Altern bei neuen Generationen, in: Caritas (Hrsg.), Sozialalmanach 2004. Die demographische Herausforderung, Luzern: Caritas, 93-104
- Höpflinger François (2004b): Traditionelles und neues Wohnen im Alter. Age Report 2004, Zürich: Seismo
- Höpflinger François (2005): «Demografische Alterung, Langlebigkeit und Pflegebedürftigkeit», *Soziale Sicherheit CHSS*, 5/2005, 258-261
- Höpflinger François und Valérie Hugentobler (2003): Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert, Bern: Huber
- Höpflinger François und Valérie Hugentobler (2005): Familiäre, ambulante und stationäre Pflege im Alter. Perspektiven für die Schweiz, Bern: Huber
- Hugentobler Valérie (2004): Intergenerationelle Familienbeziehungen und Pflegebedürftigkeit im Alter, in: Caritas (Hrsg.), Sozialalmanach 2004. Die demographische Herausforderung, Luzern: Caritas, 151-165
- Santésuisse (2003): Demographische Alterung und deren Auswirkungen auf die Gesundheitskosten, Internetpublikation (www.santesuisse.ch)
- Schmocker Heidi Willy Oggier und Andreas Stuck (2000): Gesundheitsförderung im Alter durch präventive Hausbesuche, Schriftenreihe der SGGP, No. 62, Muri: Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik
- Wanner Philippe, Claudine Sauvain-Dugerdil, Edith Guilley und Charles Hussy (2005): Alter und Generationen. Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren. Volkszählung 2000, Neuchâtel: BFS
- Wettstein Albert, Markus König, Regula Schmid und Sonja Perren (2005): Wohlbefinden bei Angehörigen von Menschen mit Demenz. Eine Interventionsstudie, Bern: Haupt
- Wyss Kurt (2005): Themenmonitoring: Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte, Arbeitsdokument 11, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel: Obsan

Publications choisies du PNR 32 « Vieillesse »

- Hagmann Hermann-Michel et Fragnière Jean-Pierre, eds. (1997): Le maintien à domicile. Etat des lieux et perspectives, Lausanne: Réalités Sociales
- Herrmann François, Jean-Pierre Michel, Felix Gutzwiller und Alexander Scott Henderson (1997): Démence, dépression, handicap et maintien des facultés cognitives chez la personne âgée/Demenz, Depression Handicap und Erhaltung kognitiver Fähigkeiten im Alter: eine epidemiologische Untersuchung, Schlussbericht, Genève: mimeo
- Höpflinger François und Astrid Stuckelberger (1999a): Alter. Anziani. Vieillesse. Hauptergebnisse und Folgerungen aus dem Nationalen Forschungsprogramm NFP 32, Bern
- Höpflinger François und Astrid Stuckelberger (1999b): Demographische Alterung und individuelles Altern. Ergebnisse aus dem Nationalen Forschungsprogramm NFP 32, Zürich: Seismo
- Lalivé d'Épinay, Christian, Jean-François Bickel, Carole Maystre et al. (1997): Les personnes âgées à Genève 1979-1994. Santé, famille, réseaux d'aide et de soins, Cahiers de la Santé, no. 8, Genève: Département de l'action sociale et de la santé
- Lalivé d'Épinay, Christian, Jean-François Bickel, Carole Maystre et al. (2000): Vieillesse au fil du temps 1979-1994. Une révolution tranquille, Lausanne: Réalités Sociales

Masson, Jean-Christophe, François Hainard, Jean-Claude Gabus (1995) Téléthèses et maintien à domicile des personnes âgées. Etude expérimentale de techniques au service de personnes âgées dépendantes, Cahier de l'ISSP, No. 18, Neuchâtel: Université de Neuchâtel

Wehrli-Schindler Brigitte (1997): Wohnen im Alter. Zwischen Zuhause und Heim, Zürich: Seismo

Générationen, réseaux familiaux et sociaux

BFS Bundesamt für Statistik, Hrsg. (2004): Sozialberichterstattung Schweiz. Bericht zur Freiwilligenarbeit in der Schweiz, Neuchâtel: BFS

Bovay Claude und Jean-Pierre Tabin (1998): (Un)freiwillige Effizienz. Freiwilligenarbeit, Erwerbsarbeit und gesellschaftliche Solidarität, Bern: ISE

Caritas Schweiz, Hrsg. (1998): Mehr freiwilliges Engagement im bedrängten Sozialstaat? Ein Positionspapier von Caritas Schweiz zur Freiwilligenarbeit und Sozialzeit, Luzern: Caritas

EKFF Eidgenössische Koordinationskommission für Familienfragen, Hrsg. (2006): Pflegen, betreuen und bezahlen. Familien in späteren Lebensphasen, Bern: BBL

Fux Beat (2005): Familiäre Lebensformen im Wandel. Volkszählung 2000, Neuchâtel: BFS

Höpflinger François (1999): Generationenfrage. Konzepte, theoretische Ansätze und Beobachtungen zu Generationenbeziehungen in späteren Lebensphasen, Lausanne: Réalités sociales

Höpflinger François (2005): Pflege und das Generationenproblem – Pflegesituationen und intergenerationelle Zusammenhänge, in Klaus R. Schroeter, Thomas Rosenthal (Hrsg.), Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim: Juventa Verlag, 157 – 175.

Höpflinger François, Ueli Mäder, Eva Nadai und Kurt Seifert (2001): Unterwegs zu einer „Gesellschaft des langen Lebens“. Hat die Solidarität der Generationen Zukunft?, Zürich: Pro Senectute

Hugentobler Valérie (2003): Intergenerationelle Familienbeziehungen und Pflegebedürftigkeit im Alter, in: Caritas Schweiz (Hrsg.): Sozialalmanach 2004: Die demografische Herausforderung, Luzern: Caritas, 151-165

Kellerhals Jean, Claudine Burton-Jeangros et Raphaël Hammer (2001): Structure, fonction et dynamique de réseau de parenté pour les familles contemporaines. Une analyse à partir du cas helvétique, in: Head-König a.-L. et al. (Hrsg.): Famille, parenté et réseaux en Occident, Genf: Société d'histoire et d'archéologie, 105 – 118

Meyer Peter C. und Andrea Zumbrunn (2004): Freiwilligenarbeit und Verwandtenpflege, in Gerhard Kocher und Willy Oggier (Hrsg.): Gesundheitswesen Schweiz 2004-2006, Bern: Huber, 53-55

Meyer Peter C. und Andrea Zumbrunn (2007): Pflege von Angehörigen, in Gerhard Kocher und Willy Oggier (Hrsg.): Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009, Bern: Huber, 245-249

Sauvain-Dugerdil, Claudine (2005): Abschnitte des Familienlebens und Wohnformen, in Bundesamt für Statistik BFS (Hrsg.): Alter und Generationen. Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren. Eidgenössische Volkszählung 2000, Neuenburg: BFS, 35-54

Schnepp Wilfried, Hrsg. (2002): Angehörige pflegen, Bern: Huber

Schön-Bühlmann Jacqueline (2005): «Unbezahlte Pflegeleistungen von Privatpersonen und -haushalten», Soziale Sicherheit CHSS, 5/2005, 274-280

SNF Schweizerischer Nationalfonds, Hrsg. (2006): Welcher Kitt hält die Generation zusammen? Erste Ergebnisse zur familialen und gesellschaftlichen Bedeutung von Generationsbeziehungen aus dem Nationalen Forschungsprogramm 52, Bern: SNF

Stutz Heidi und Silvia Strub (2006): Leistungen der Familien in späteren Lebensphasen, in: EKFF Eidgenössische Koordinationskommission für Familienfragen (Hrsg.): Pflegen, betreuen und bezahlen. Familien in späteren Lebensphasen, Bern: BBL, 73-101

Wanner Philippe, Claudine Sauvain-Dugerdil, Edith Guilley und Charles Hussy (2005): Alter und Generationen. Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren, Neuchâtel: BFS

Politique de la vieillesse

Gemeinderat der Stadt Bern, Hrsg. (2000): Alterskonzept. Strategie für die künftige Alterspolitik der Stadt Bern, Bern: Edition Soziothek

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2004): Alterspolitik im Kanton Bern. Planungsbericht und Konzept für die weitere Umsetzung der vom Grossen Rat mit dem «Altersleitbild 2005» festgelegten Ziele, Bern: GEF

Departement des Innern des Kantons Schwyz (2006): Altersleitbild 2006. Überprüfung und Überarbeitung des Altersleitbildes 1995 im Auftrag des Regierungsrates

Politique de la santé, financement des soins et besoins en soins

«Neuordnung der Pflegefinanzierung». Positionspapier der santésuisse, Fassung vom 8.12.2006 (www.santesuisse.ch)

Achtermann Wally und Christel Berset (2006a): Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potenzial für eine nationale Gesundheitspolitik. Band 1 - Analyse und Perspektiven, Bern: BBL

Achtermann Wally und Christel Berset (2006b): Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potenzial für eine nationale Gesundheitspolitik. Band 2 - 10 Porträts, Bern: BBL

Blanc Jasmin (2001): Finanzierung der geriatrisch-rehabilitativen Pflege. Die Finanzierung einer Pflege der Zukunft zur längeren Erhaltung der individuellen Lebensqualität im Alter, Schriftenreihe der SGGP, Nr. 64, Muri: SGGP

Diodà Karin (2007): «Die DRG werden kommen, aber wie?», *Managed Care*, 2/2007, 40-42

BMG Bundesministerium für Gesundheit (2004): Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Berlin: BMG

BMG Bundesministerium für Gesundheit (2006): Pflegeversicherung. Wie die Pflegeversicherung funktioniert und was sie leistet, Berlin: BMG

Botschaft zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 16. Februar 2005, BBL 2005, 2033

Caritas Schweiz, Hrsg. (2003): Gesundheit – eine soziale Frage, Sozialalmanach 2003, Luzern: Caritas

Fuhrer Bruno, Olivier Brunner-Patthey, Anna Jost, Till Bandi und Peter Eberhard (2003): Pflegefinanzierung und Pflegebedarf: Schätzung der zukünftigen Entwicklung, Bericht des Netzwerks Ökonomie des Bundesamts für Sozialversicherung, Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 22/03, Bern: BBL

GEF Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2006): Versorgungsplanung 2007-2010 gemäss Spitalversorgungsgesetz, Entwurf für das Konsultationsverfahren, 30. Oktober 2006, Bern: GEF

Iten Rolf und Stephan Hammer (2003): Finanzierung der Pflege. Teilprojekt 3. KVG-Revision, Schlussbericht, im Auftrag des Bundesamts für Sozialversicherungen BSV, Zürich: Infras

- infosantésuisse (2006): «Wir sind für die Einführung des DRG-Systems bereit», Interview mit Hubert Schaller, Direktor des Kantonsspitals Fribourg, *infosantésuisse*, Nr. 10, Oktober 2006, 6f
- Slembeck Tilman (2006): Kostentreiber im Schweizer Gesundheitswesen – Eine Auslegeordnung, Studie im Auftrag von santésuisse, St. Gallen: Health College
- Steinmann Lukas und Harry Telser (2005): Gesundheitskosten in der alternden Gesellschaft. Weshalb nicht die Zunahme älterer Menschen, sondern falsche Anreize das Gesundheitswesen unter Druck setzen, Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung
- Wächter Matthias (2004): Für eine solidarische Gesundheitspolitik. Der Reformprozess des schweizerischen Gesundheitswesens aus sozialpolitischer Sicht, Publikation der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Sozialpolitik, Bern: SAS

Soins ambulatoires et stationnaires, managed care

- Andreae Andreas (2006): «Integrierte psychiatrische Versorgung: von der Stammklinik zur Netzwerkklinik», *Managed Care*, 4/2006, 18-20
- Berchtold Peter (2006): «Die Bedeutung von Nahtstellen zwischen ambulant und stationär», *Managed Care*, 4/2006, 9f
- Berchtold Peter und Kurt Hess (2006): «Leer- oder Baustelle? Die wissenschaftliche Basis für Managed Care», *Managed Care*, 1/2007, 7-9
- BFS Bundesamt für Statistik, Hrsg. (2007a): «Statistiken der stationären Gesundheitsversorgung 2005: Spitalaufenthalte werden kürzer und kostenintensiver», Medienmitteilung vom 19. März 2007, Neuchâtel: BFS
- Boos Leo und Werner Widmer (2006): «Spitäler im lokalen Gesundheitsnetz», *Managed Care*, 4/2006, 15-17
- Buillard Nicole (2006): «Betagtenbetreuung: Zukunftsweisende Projekte in Freiburg», *infosantésuisse*, Nr. 10, Oktober 2006, 8f
- Huber Felix (2006): «Vernetzte Betreuung im Alter», *Managed Care*, 4/2006, 11-13
- Jaccard Ruedin Hélène, Alexander Weber, Sonia Pellegrini et Claude Jeanrenaud (2006): Comparaison intercantonale du recours aux soins de longue durée en Suisse, Document de travail 17, Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel: Obsan
- Kägi Wolfram, Stefan Siegrist und Martin Schläfli (2004): Einfluss des KVG auf die Verschiebungen zwischen stationärer und ambulanter Medizin, Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 2/2004, Bern: BBL
- Kocher Gerhard und Willy Oggier (2004): Gesundheitswesen Schweiz. 2004-2006. Eine aktuelle Übersicht, 2. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, Bern: Huber
- Kocher Gerhard und Willy Oggier (2007): Gesundheitswesen Schweiz. 2007-2009. Eine aktuelle Übersicht, 3. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, Bern: Huber
- Kocher Gerhard, Paul Camenzind, Isabelle Sturny und Carine Weiss (2006): Verlagerung zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Überprüfung von Hypothesen und ihrer Auswirkungen, Neuchâtel: Obsan
- Landolt Hardy (2002): Das soziale Pflegesicherungssystem. Eine Darstellung der sozialen Pflegeleistungen des Bundes und der Kantone unter besonderer Berücksichtigung der Spital-, Heim- und Hauspflegeleistungen, Bern: Stampfli
- Leuzinger Andres (2002): «Unter einem Dach: Unsere Heime – in Zukunft soziale Dienstleistungszentren», in: *Fachzeitschrift Heim*, 2002, Nr. 2 (Februar), 97f

3 LISTE DES PUBLICATIONS

- Mazenauer Beatrice (2002): «Wenn Schnittstellen zu Nachtstellen werden. Das Palliative-Care-Programm von Edmonton – ein Vorbild für die Schweiz», *Managed Care*, 7/2002, 18-20
- OECD Organisation for Economic Cooperation and Development (2006): OECD Reviews of Health Systems Switzerland, Paris: OECD/WHO (Originalausgabe)
- OECD Organisation for Economic Cooperation and Development (2006): OECD-Berichte über Gesundheitssysteme. Schweiz, Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG (deutsche Ausgabe)
- Pellegrini Sonia, Hélène Jaccard Ruedin et Claude Jeanrenaud (2006): Coûts des établissements médico-sociaux et des services d'aide et de soins à domicile. Prévisions à l'horizon 2030, Document de travail 18, Observation suisse de la santé, Neuchâtel: Obsan
- Rüesch Peter (2006): Gesundheitsversorgung von Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen oder Behinderung in der Schweiz. Eine Analyse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002, Management Summary, Arbeitsdokument 14, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel: Obsan
- Spycher Stefan (2004): Prognose und Planung in der ambulanten Gesundheitsversorgung. Literaturanalyse und Expertengespräche zur Prognose und Planung des ambulanten medizinischen Personals in der Schweiz, Neuchâtel: Obsan
- Sturny Isabelle (2004): 5-Jahres-Vergleich 1999-2003 der Kosten der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung in der Schweiz. Analyse der Ausgaben der Krankenversicherer OKP mit dem Datenpool von santésuisse, Arbeitsdokument 10, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel: Obsan
- Wylér Stephanie (2002): Vergleich der Gesundheitssysteme der Niederlande und der Schweiz bezüglich Kriterien für die Aufhebung des Vertragszwangs im ambulanten Pflegebereich, Diplomarbeit an der Fachhochschule Aargau, Onlinepublikation unter www.santesuisse.ch

Innovations médico-techniques

- Arnet Beat (2007): eHealth, in: Gerhard Kocher und Willy Oggier (Hrsg.): Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009, Bern: Huber, 37-45
- Tschanz Adrian, Anthony Dyson und Serge Reichlin (2004): «Telemedizinisches Disease Management: Welche Technologien sind vorhanden, um Patienten mobil zu betreuen?», *Swiss Medical Informatics*, SMI 2004, N° 53, 4-10
- Burger Peter C. und Stefan Osswald (2003): «Das EKG in der Telemedizin. Hilfe für wen? Patienten oder Provider?», *Schweiz Med Forum*, Nr. 27 2. Juli 2003, 641-643

Services d'aide et de soins à domicile d'intérêt public et privés

- Bieri Hanna (2001): Evaluationsbericht des Pilotprojekts Kinder-Spitex Bern, Dissertation Universität Bern, [S.I.]: [s.n.]
- BSV Bundesamt für Sozialversicherungen (2006a): Spitex-Statistik 2005, Bern: BSV
- BSV Bundesamt für Sozialversicherungen (2006b): Spitex-Statistik 2005 - Tabellenteil, Bern: BSV
- Casanova Brigitte (2002): «Freie Wahl im Spitex-Bereich: das Experiment Assistenzdienst», *Managed Care*, 7/2002, 30-32
- Fortin Iwan (2003): Im Mittelpunkt stehen unsere Klientinnen und Klienten, in: Spitex Verband Schweiz, (Hrsg.), Spitex – Am Puls der Zeit. CD zum 4. Nationalen Spitex-Kongress 2003, Kongresshaus Biel
- Gmür Rahel und Marcel Rüfenacht (2007): Spitex, in: Gerhard Kocher und Willy Oggier (Hrsg.): Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009, Bern: Huber, 353-364

Mazenauer Beatrice und Mireille Dubois (2004): Spitex, in: Gerhard Kocher und Willy Oggier (Hrsg.): Gesundheitswesen Schweiz 2004-2006, Bern: Huber, 282-289

Oggier Willy (2002): «Spitex: Ruhe vor dem Sturm?», *Managed Care*, 7/2002, 6-8

Peter Trautmann (2002): «Die Rolle der Gesundheitsschwester in den HMO-Zentren der SanaCare», *Managed Care*, 7/2002, 26-28

Schwarzmann Ueli (2004): Spitex: ein taugliches Instrument in der Gesundheitspolitik. Wirkungsanalyse der Krankenpflege zu Hause als Teilaspekt des Krankenversicherungs-Gesetzes (KVG) untersucht am Beispiel von vier Gemeinden des Kt. Zürichs, Cahiers d'IDHEAP No. 220, Lausanne: IDHEAP

Spitex Verband Schweiz, Hrsg. (1998): Spitex im Trend – Trends für Spitex. Aide et soins à domicile – Profils d'avenir, Bern: Huber

Spitex Verband Schweiz, Hrsg. (2003): Spitex – Am Puls der Zeit. CD zum 4. Nationalen Spitex-Kongress 2003, Kongresshaus Biel

Personnel soignant

«Gibt es bald eine Spitex-Lehre?» Interview mit Veronika Niederhauser, Leiterin des Projekts AKO (Ausbildungskoordination Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen Graubünden) des Bündner Erziehungs-, Kultur- und Umweltschutzdepartementes, *Managed Care* 7/2002, 9-12

«Von der Schwester zur Gesundheitsberaterin», Artikel im «Tages-Anzeiger» vom 12. Januar 2007, 17

«Wie viel ist uns die Altenpflege wert? Langzeitpflegerinnen – wenig Prestige, tiefer Lohn», Artikel in der «Neuen Zürcher Zeitung» vom 9. Februar 2005, 63

Portenier, Alexander Bischoff und Rebecca Spirig (2007): Pflege, in Gerhard Kocher und Willy Oggier (Hrsg.): Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009, Bern: Huber, 229-244

Prey Hedwig, Martin Schmid, Marco Storni und Sibylle Mühleisen (2004): Zur Situation des Personals in der schweizerischen Langzeitpflege, Zürich/Chur: Rüeegg

Stiftung Careum, Hrsg. (2007): Grenzen aufheben – Thesen zur Zukunft der Ausbildung für Gesundheitsberufe, Zürich: Stiftung Careum

Stocker Guggisberg Rita (2001): Motiviert für die Langzeitpflege? Eine empirische Untersuchung zur Motivation junger Absolventinnen der Pflegeausbildung Diplommiveau II für die Langzeitpflege, Diplomarbeit SAG, Zürich: SAG

Weyermann Urs und Monika Brechbühler (2004): Pflege, in Gerhard Kocher und Willy Oggier (Hrsg.): Gesundheitswesen Schweiz 2004-2006, Bern: Huber, 214-225

Clientèle des services d'aide et de soins à domicile

BAG Bundesamt für Gesundheit (2002): Migration und Gesundheit. Strategische Ausrichtung des Bundes 2002-2006, Bern: BAG

Bischoff Alexander und Louis Loutan (2000). Mit anderen Worten. Dolmetschen in Behandlung, Beratung und Pflege, Bern und Genf: BAG und HUG

Bolzmann Claudio; Rosita Fibbi Rosita und Marie Vial (1996): La population âgée immigrée face à la retraite: problème social et problématiques de recherche, in: Hans-Rudolf Wicker, Jean-Luc Alber, Claudio Bolzman, Rosita Fibbi, Kurt Imhof, Andreas Wimmer (Hrsg.), Das Fremde in der Gesellschaft: Migration, Ethnizität und Staat, Zürich: Seismo, 123-142

Domenig Dagmar Hrsg. (2001). Professionelle transkulturelle Pflege. Praxishandbuch für Pflegenden und Hebammen, Bern: Huber

- Eberhard Daniel, Angela Kobel, Peter M. Leuenberger (2003): Migration & Alter: ein exemplarischer Leitfaden für Alters- und Pflegeheime, 3 Bände, Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz
- Höpflinger François (1998): Zukünftige Spitex-KundInnen: Betagte der Zukunft – eine stille Revolution?, in: Spitex Verband Schweiz, (Hrsg.): Spitex im Trend – Trends für Spitex. Aide et soins à domicile – Profils d’avenir, Bern: Huber, 44-48
- Jacobs Schmid Inge (2001): Migration und Spitex Basel, Publikation der Hochschule für Pädagogik und Soziale Arbeit beider Basel, Nr. 17, Basel: HPSABB
- Lüthi Regula, Elisabeth Oeschger und Rejko Jankovic (2003): Ambulante Psychiatriepflege in der Spitex: Professionelle Versorgung, in: Spitex Verband Schweiz (Hrsg.), Spitex – Am Puls der Zeit, CD zum 4. Nationalen Spitex-Kongress 2003, Kongresshaus Biel
- Neuenschwander Hans (2003): Palliative Care – Das Tessiner Modell, in: Spitex Verband Schweiz (Hrsg.), Spitex – Am Puls der Zeit, CD zum 4. Nationalen Spitex-Kongress 2003, Kongresshaus Biel
- Pestalozzi-Seger Georges (2003): Zur Finanzierung von Assistenz: Welche Mittel stehen den Betroffenen zu, in: Spitex Verband Schweiz (Hrsg.), Spitex – Am Puls der Zeit, CD zum 4. Nationalen Spitex-Kongress 2003, Kongresshaus Biel
- Saladin Peter, Hrsg. (2006): Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen, Bern: BAG Bundesamt für Gesundheit/H+ Die Spitäler der Schweiz
- Sophie Rais Pugin und Monique Richoz (2003): Des services d’assistance spécifiques? Expérience PACHa dans le canton de Vaud, in: Spitex Verband Schweiz (Hrsg.), Spitex – Am Puls der Zeit, CD zum 4. Nationalen Spitex-Kongress 2003, Kongresshaus Biel
- SRK Schweizerisches Rotes Kreuz, Departement Migration (2004): Migration: eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen, Zürich: Seismo
- Steiner Andreas (2003): Persönliche Assistenz und Spitex, in: Spitex Verband Schweiz (Hrsg.), Spitex – Am Puls der Zeit, CD zum 4. Nationalen Spitex-Kongress 2003, Kongresshaus Biel
- Strasser Florian (2003): Palliative Care – Das Modell St. Gallen, in: Spitex Verband Schweiz (Hrsg.), Spitex – Am Puls der Zeit, CD zum 4. Nationalen Spitex-Kongress 2003, Kongresshaus Biel

4 Tableaux en annexe

Tableau 9 : tableau des classes d'âge des personnes atteignant le seuil des 65 ans (de 2005 à 2050)

Age	65 ans	70 ans	75 ans	80 ans	85 ans	90 ans
Année						
2005	1940	1935	1930	1925	1920	1915
2010	1945	1940	1935	1930	1925	1920
2015	1950	1945	1940	1935	1930	1925
2020	1955	1950	1945	1940	1935	1930
2025	1960	1955	1950	1945	1940	1935
2030	1965	1960	1955	1950	1945	1940
2035	1970	1965	1960	1955	1950	1945
2040	1975	1970	1965	1960	1955	1950
2045	1980	1975	1970	1965	1960	1955
2050	1985	1980	1975	1970	1965	1960

Source : propre composition des données

Tableau 10 : effectif de la population permanente selon l'âge et le sexe de 2005 à 2015, selon un scénario moyen ; milliers de personnes, part de la population en %

Age	Total			Hommes			Femmes		
	2005	2010	2015	2005	2010	2015	2005	2010	2015
Total	7'465	7'692	7'883	3'656	3'778	3'878	3'809	3'915	4'005
0-19 ans	1'636	1'594	1'546	841	820	797	796	774	749
20-64 ans	4'636	4'765	4'848	2'320	2'386	2'429	2'317	2'379	2'420
65 ans et plus	1'193	1'333	1'488	496	571	652	697	762	836
65-79 ans	855	952	1'068	382	438	499	473	514	569
80 ans et plus	338	381	420	114	133	153	224	248	268
Total				49%	49%	49%	51%	51%	51%
0-19 ans				51%	51%	52%	49%	49%	48%
20-64 ans				50%	50%	50%	50%	50%	50%
65 ans et plus				42%	43%	44%	58%	57%	56%
65-79 ans				45%	46%	47%	55%	54%	53%
80 ans et plus				34%	35%	36%	66%	65%	64%

Source : OFS/SCENARIO, propres calculs

Tableau 11 : effectif de la population permanente selon l'âge et le sexe de 2005 à 2015, selon un scénario moyen ; milliers de personnes, part de la population en %

Age	Total			Nationalité suisse			Nationalité étrangère		
	2005	2010	2015	2005	2010	2015	2005	2010	2015
Total	7'465	7'692	7'883	5'919	6'058	6'174	1'546	1'635	1'709
0-19 ans	1'636	1'594	1'546	1'270	1'233	1'186	366	361	360
20-64 ans	4'636	4'765	4'848	3'564	3'624	3'653	1'072	1'141	1'195
65 ans et plus	1'193	1'333	1'488	1'084	1'200	1'334	108	133	154
65-79 ans	855	952	1'068	762	841	943	92	111	125
80 ans et plus	338	381	420	322	359	391	16	22	30
Total				79%	79%	78%	21%	21%	22%
0-19 ans				78%	77%	77%	22%	23%	23%
20-64 ans				77%	76%	75%	23%	24%	25%
65 ans et plus				91%	90%	90%	9%	10%	10%
65-79 ans				89%	88%	88%	11%	12%	12%
80 ans et plus				95%	94%	93%	5%	6%	7%

Source : OFS/SCENARIO, propres calculs

Tableau 12 : effectif de la population permanente par canton de 2005 à 2015, selon un scénario moyen ; part de la population en %, croissance relative et absolue

	65-79 ans				80 ans et plus			
	Part de la population		Augmentation		Part de la population		Augmentation	
	2005	2015	Facteur	Personnes	2005	2015	Facteur	Personnes
Suisse	11.4	13.5	1.25	213'196	4.5	5.3	1.24	82'498
Zurich	11.4	12.9	1.22	31'875	4.4	5.1	1.27	15'152
Berne	12.3	15.0	1.25	29'930	5.4	6.2	1.17	8'681
Lucerne	11.2	12.6	1.19	7'446	4.1	4.9	1.27	3'852
Uri	11.5	13.9	1.23	911	5.1	5.8	1.17	295
Schwyz	10.4	13.0	1.34	4'850	3.5	4.9	1.48	2'324
Obwald	10.3	13.2	1.27	933	4.2	5.0	1.18	252
Nidwald	10.4	14.4	1.52	2'177	3.6	4.7	1.43	622
Glaris	11.7	14.0	1.15	661	5.1	5.5	1.03	58
Zoug	10.1	12.0	1.34	3'628	3.2	4.0	1.40	1'388
Fribourg	9.5	12.2	1.45	10'742	3.6	3.9	1.21	1'908
Soleure	12.0	14.1	1.21	6'288	4.6	5.6	1.24	2'774
Bâle-Ville	14.0	14.1	0.98	-645	6.7	7.7	1.12	1'448
Bâle-Campagne	13.1	15.7	1.22	7'811	4.3	5.9	1.42	4'739
Schaffhouse	13.1	15.6	1.19	1'857	5.7	7.2	1.26	1'104
Appenzell Rh.Ext.	11.7	15.6	1.34	2'080	5.4	6.2	1.16	464
Appenzell Rh.Int.	11.9	13.1	1.26	463	4.3	5.5	1.47	302
Saint-Gall	10.8	13.4	1.28	13'756	4.3	4.9	1.16	3'280
Grisons	11.7	14.3	1.22	4'869	4.7	5.7	1.21	1'818
Argovie	10.6	13.3	1.34	20'279	3.6	4.6	1.35	7'230
Thurgovie	10.3	12.7	1.31	7'615	4.3	5.2	1.29	2'937
Tessin	13.6	15.5	1.21	9'250	5.4	6.5	1.30	5'148
Vaud	10.7	12.4	1.28	19'478	4.5	4.9	1.20	5'829
Valais	11.6	14.4	1.36	12'238	4.1	5.1	1.37	4'473
Neuchâtel	11.9	13.6	1.18	3'579	5.4	6.1	1.17	1'548
Genève	10.8	12.3	1.20	9'279	4.2	4.9	1.25	4'409
Jura	12.1	14.5	1.22	1'846	4.9	5.5	1.14	463

Source : OFS/SCENARIO, propres calculs

Tableau 13 : offre de prestations des services d'aide et de soins à domicile 2005, personnes et parts

	Personnes		Heures	
	Nombre	Part	Nombre	Part
Prestations, total	273'048	100%	11'519'507	100%
Prestations de soins	147'238	54%	6'647'723	58%
Prestations écon. Domestique	113'366	42%	4'812'943	42%
Autres	12'444	5%	58'840	1%

Source : Statistique des services d'aide et de soins à domicile 2005, propre sélection des données