

Projet « Erweiterte Tagesstrukturen »

Les structures et prestations ambulatoires/intermédiaires développées par les EMS pour le maintien à domicile des personnes âgées

Auteurs :

Valérie Wilhelm et Emmanuel Michielan

AFIPA-VFA - Association fribourgeoise des institutions pour personnes âgées

sur un mandat de :

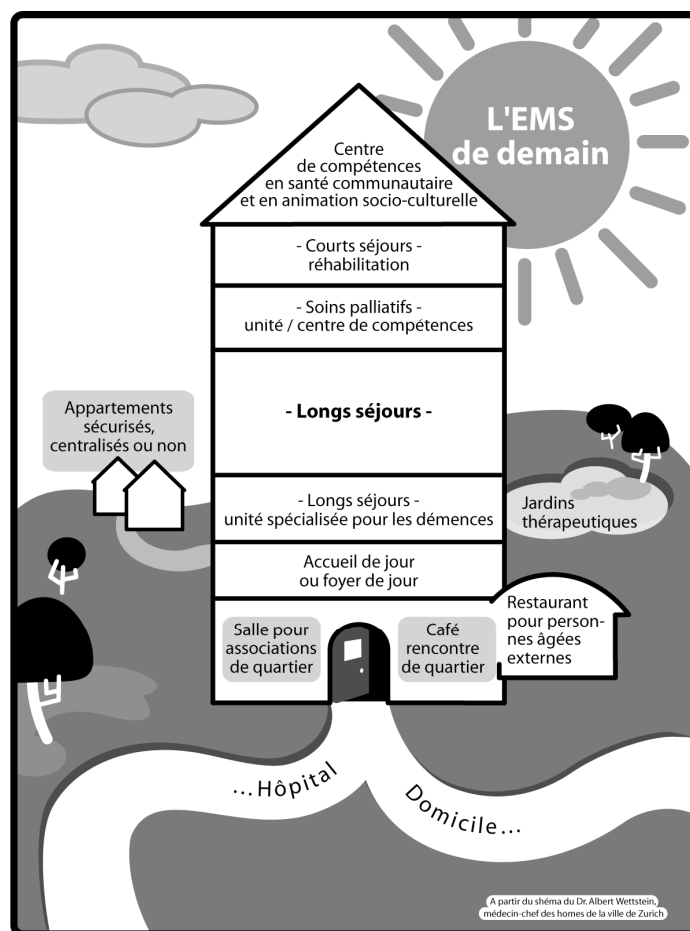
CURAVIVA Conférence spécialisée personnes âgées
et de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS)

Version de mars 2011

Version finale approuvée par le Comité exécutif du 15.02.2011

Les structures et prestations ambulatoires/intermédiaires développées par les EMS pour le maintien à domicile des personnes âgées

Projet « *Erweiterte Tagesstrukturen* »



Auteurs :

Valérie Wilhelm et Emmanuel Michielan,
AFIPA-VFA - Association fribourgeoise des institutions pour personnes âgées

Mandat 2009 de CURAVIVA Conférence spécialisée personnes âgées
et de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS)

Version de mars 2011

Table des matières

0.	Synthèse du rapport	3
1.	Introduction : contexte, objectifs du rapport, organisation du projet.....	4
2.	Identification des besoins de la personne âgée en termes de structures et de prestations ambulatoires/intermédiaires.....	7
3.	Tentative de définition des structures ou prestations ambulatoires/intermédiaires des EMS.....	9
4.	Etat des lieux des structures et prestations ambulatoires existantes développées par les EMS : statistiques et échantillonnage de cantons.....	12
5.	Définitions et contenus des principales structures et prestations existantes des EMS.....	25
6.	Effets de la (nouvelle réglementation) de la LAMal sur les structures et prestations ambulatoires/intermédiaires développées par les EMS.....	30
7.	Conclusions et position de CURAVIVA sur ces questions.....	33
8.	<i>Sources et abréviations</i>	35

0. Synthèse du rapport

Ce rapport aborde, de façon pragmatique et du point de vue des praticiens en EMS, la question des prestations ou structures ambulatoires/intermédiaires développées par les EMS, en Suisse, dans un but de maintien des personnes âgées dans leur domicile.

Dans un premier temps, il rappelle sommairement, les besoins actuels des personnes âgées et les possibilités de les accompagner. Ensuite, les définitions et délimitations actuelles de ce type de prestations ou structures étant floues et différentes selon les cantons, le rapport se concentre essentiellement sur les trois types de prestations ou structures ambulatoires/intermédiaires les plus fréquents : les foyers de jour (ou accueils à la journée) en EMS, les courts séjours en EMS et les prestations dans les appartements protégés à partir des EMS. Le rapport se focalise, en effet, sur les prestations ou structures en lien avec les EMS. Le rapport constate que les statistiques fédérales sur le sujet sont lacunaires et qu'elles relèvent une grande disparité (inégalité ?) entre régions. De là, sont retenues à titre d'exemple dans un échantillon de sept cantons, les prestations de ce type qui existent, leurs contenus généraux et leur mode de financement. Une définition des contenus de ces trois types de prestations (foyer de jour, court séjour, prestations dans les appartements protégés) est ensuite proposée, afin de faciliter le rapprochement de ces missions et de favoriser la promotion de ces structures. Enfin, ce rapport met en lien ces prestations avec le financement apporté par l'assurance obligatoire des soins au niveau national, et notamment avec les effets du nouveau financement des soins et sa volonté d'uniformiser les tarifs dans le secteur des EMS dès 2011. Le rapport soulève à ce propos une série de risques et d'opportunités en lien avec les questions financières et d'organisations nationales.

En conclusion, le rapport plaide pour un plus grand développement de ces prestations ambulatoires/intermédiaires par les EMS, afin de faire face à l'augmentation des besoins de soutien des personnes âgées à domicile, et, surtout, de leur entourage. Il plaide pour l'ouverture et l'utilisation rationnelle des compétences et des services communautaires des EMS afin de développer le soutien des proches à domicile. Cette nouvelle mission « communautaire » de l'EMS est parallèle et complémentaire à sa mission traditionnelle qui est d'offrir du séjour de longue durée. Le rapport demande que CURAVIVA Suisse et les organisations d'EMS s'engagent pour assurer une meilleure diffusion des informations et expériences sur ce sujet, et pour garantir des conditions cadres favorables à ce développement, tant au niveau national (via le financement de la LAMal) qu'au niveau cantonal.

1. Introduction

Contexte : raisons et limites de ce rapport

A la demande de l'AFIPA-VFA, l'Association fribourgeoise des institutions pour personnes âgées, le Comité exécutif (CE) de la Conférence spécialisée personnes âgées de CURAVIVA a inscrit dans ses objectifs 2009 la réalisation d'un travail de recherche et de compilation sur les *structures et prestations ambulatoires/intermédiaires développées par les établissements médico-sociaux pour personnes âgées*. Le nom officiel du projet est : « *Erweiterte Tagesstrukturen* ».

Ce projet a pour but de donner un aperçu des structures et prestations ambulatoires/intermédiaires développées par les établissements médico-sociaux (EMS) au service de la personne âgée à domicile. A partir d'un échantillonnage de pratiques cantonales, ce projet énonce la palette des prestations types les plus fréquentes qui existent aujourd'hui en Suisse, et développe sommairement leur mode de financement et leurs perspectives d'évolution.

Alors que les statistiques démographiques annoncent un nombre toujours plus important de personnes âgées de 80 ans et plus (le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans aura doublé d'ici à 2040¹), et à l'heure où la hausse des primes d'assurances maladie est devenue préoccupante (notamment dans le discours politique), une réflexion sur les structures et prestations *ambulatoires/intermédiaires* entre le domicile et l'institution s'impose. Quelles sont les perspectives à venir ? Comment l'EMS peut-il s'inscrire dans une politique de maîtrise des coûts, tout en continuant à offrir des prestations adaptées à la personne âgée et à son entourage ? Quelles sont les prestations nécessaires pour répondre aux besoins des personnes vieillissantes, atteintes de polypathologies (dont les démences), qui continuent de vivre à domicile, ainsi qu'aux besoins des proches qui s'en occupent et qui s'épuisent ?

Ce travail prend également en compte l'actualité, soit les effets de la *nouvelle loi fédérale sur le régime de financement des soins*² entrée en vigueur, dans tous les cantons, le 1^{er} janvier 2011. Il s'agit d'identifier les prestations qui pourraient être proposées par les EMS et financées, en partie, par l'assurance obligatoire des soins. En effet, ce nouveau droit introduit des tarifs uniformes en Suisse, financés par les caisses maladie pour le secteur des soins de longue durée. Afin de satisfaire à la volonté des financeurs fédéraux (les assureurs maladie et l'OFSP) d'uniformité dans le financement et dans les pratiques, il convient de préciser les définitions et contenus des prestations *ambulatoires/intermédiaires* des institutions médico-sociales.

Au demeurant, ce rapport n'entre pas en matière sur tous les aspects philosophiques et sociologiques du vieillissement de la population et de la fin de vie, notamment de la question du lieu de vie idéal de la personne âgée fragilisée dans notre société actuelle³.

Dernière remarque introductive importante : ce rapport est un premier panorama suisse des structures et prestations *ambulatoires/intermédiaires* qui sont développées par et à partir des institutions. Il n'a pas la volonté d'être exhaustif et se focalise sur les prestations des institutions. Ce rapport n'est pas non plus un travail universitaire avec la rigueur scientifique

¹ Rapport de l'Association Alzheimer Suisse « Prestations de base pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer », février 2002.

² Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins du 13 juin 2008, avec ses ordonnances du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS) du 24 juin 2009 et du 4 décembre 2009 (entrée en vigueur).

³ Pour une bonne analyse de cette problématique, nous vous renvoyons à l'exposé du Prof. Michel Loriaux, in « Quels lieux de vie pour les personnes âgées », Actes de la journée d'étude de la FEGEMS, 2004.

propre aux universités ou aux hautes-écoles. Ce rapport devra pouvoir être complété et actualisé régulièrement, avec toutes les nouvelles pratiques et initiatives développées pour couvrir, d'une manière flexible, les besoins des personnes âgées fragilisées. Enfin, ce rapport ne traite pas des nombreuses structures ou prestations *ambulatoires/intermédiaires* qui ne sont pas le fait des EMS (mais d'un hôpital par exemple ou d'un centre de quartier, etc.).

Objectifs du rapport

Le rapport se fixe les buts suivants :

- Identifier les besoins de la personne âgée en termes de structures et de prestations ambulatoires/intermédiaires en complément aux prestations existantes des services d'aide et de soins à domicile.
- Définir les principales structures et prestations existantes développées dans ce sens autour et par les EMS.
- Faire un état des lieux national des structures et prestations existantes développées autour et par des EMS dans un échantillonnage de cantons *modèles*.
- Connaître les principes de financement actuels de ces structures et prestations.
- Anticiper les conséquences/effets sur ces structures et prestations de la nouvelle réglementation sur le financement des soins (entrée en vigueur en 2011).
- Aider à définir uniformément les prestations *ambulatoires/intermédiaires* des EMS qui seront financées, en partie, par les caisses maladie dès 2011.
- Permettre à CURAVIVA de développer une vision nationale sur ces questions, soit de développer le rôle des EMS comme soutien aux personnes âgées vivant à domicile.
- Enfin, diffuser ces connaissances et cette vision au sein des sections de l'association CURAVIVA afin de faire fructifier le débat et de compléter ensuite le rapport.

Organisation du projet

Le projet a été initié sur demande du secrétaire général de l'AFIPA-VFA, Emmanuel Michielan. En séance de comité du printemps 2008, le Comité exécutif (CE) de la Conférence spécialisée personnes âgées a approuvé la mise sur pied d'un projet pour 2009, sous réserve d'un financement complémentaire apporté par l'Office fédéral des assurances sociales. Le projet a pris le nom officiel de « *Erweiterte Tagesstrukturen* » ; Markus Leser, directeur de la Conférence spécialisée personnes âgées, en devient le responsable. En novembre 2008, l'OFAS a confirmé son soutien financier partiel pour 2009. En mai 2009, la recherche et la compilation d'informations sont confiées à Valérie Wilhelm sous forme d'un mandat externe, avec la participation de l'AFIPA-VFA pour la rédaction du rapport final. Valérie Wilhelm est au bénéfice d'un brevet fédéral de spécialiste en gestion hospitalière. Elle a dirigé durant sept ans un EMS fribourgeois. Infirmière et enseignante, elle connaît bien le fonctionnement des institutions médico-sociales. En qualité d'infirmière, elle a travaillé dans le milieu hospitalier et dans les soins à domicile, dans le canton de Vaud. Elle est actuellement cheffe de projet et enseignante dans une école professionnelle.

Le 27 mai 2008, les trois participants (Mme Wilhelm et MM. Leser et Michielan) s'entendent sur les détails de la recherche, le rôle de chacun, le calendrier et les questions financières. Valérie Wilhelm récolte des données durant l'été et l'automne 2008. Elle rencontre à deux reprises Emmanuel Michielan pour cadrer le projet. A fin 2009, un premier rapport (intermédiaire) est transmis à l'OFAS, selon l'accord convenu. En mars 2010, un deuxième rapport est transmis pour traitement par le Comité exécutif dans sa séance du 7 avril. Des questions complémentaires sont encore traitées par Emmanuel Michielan et le département Droit et économie de CURAVIVA Suisse (Daniel Domeisen et Djordje Ney) durant l'automne et l'hiver 2010. En janvier 2011, Emmanuel Michielan finalise le rapport, qui sera

ensuite traduit en allemand et transmis aux membres du CE. Le CE du 15 février 2011 prend acte du rapport final et valide la suite à donner. En mars 2011, Emmanuel Michielan intègre encore les conclusions du CE et quelques données du canton de Zurich.

Remerciements

Les auteurs du rapport remercient les organisations cantonales d'EMS contactées et leur secrétariat général pour leur disponibilité et leur collaboration, ainsi que les membres de la Plateforme romande de CURAVIVA, qui ont également contribué à enrichir ce rapport de leurs interventions. Les remerciements d'adressent aussi à Markus Leser et au département Droit et Economie du Domaine spécialisé personnes âgées, pour la mise à disposition des données relatives au nouveau financement des soins.

2. Identification des besoins de la personne âgée en termes de structures et de prestations ambulatoires/intermédiaires

Le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans va doubler d'ici à 2040. Parmi ces personnes âgées, nombreuses sont celles qui développeront une démence (de type Alzheimer ou autre)⁴. En effet, en se basant sur un taux d'incidence estimé de 1.5% au sein de la population de plus de 65 ans, on estime à 15'000 le nombre de nouveaux cas de maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démences en Suisse par année. Plus d'un quart des personnes âgées de plus de 65 ans développeront une maladie d'Alzheimer ou une autre forme de démence dans la suite de leur existence.

La maladie d'Alzheimer et les autres formes de démences sont, de loin, la principale raison d'admission en institution. Dans le canton de Vaud par exemple, on sait qu'en 1993 près de 45% des résidents d'EMS et de maisons de retraites souffraient de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre forme de démence⁵.

La démence prive progressivement l'individu de ses capacités à vivre de façon autonome à domicile⁶. Plus les troubles cognitifs progressent, plus la dépendance à l'égard des tiers aidants est marquée. Les troubles cognitifs sont sources de nombreuses difficultés pour ceux qui accompagnent au quotidien. Pourtant, si les motifs d'entrée en institution sont essentiellement liés à la démence, l'épuisement, l'usure physique et psychologique de l'aidant, du fait de la durée de la prise en charge, de l'absence de répit, de l'intensité et de la longueur du travail de la journée, sont souvent des facteurs déclenchant une institutionnalisation de la personne démente.

Le réseau informel cède alors la place au réseau formel. Si les structures *intermédiaires* (comme l'accueil de jour) permettent de pallier efficacement les besoins de prise en charge de la personne âgée à domicile, démente ou non, le placement en institution peut alors être fortement retardé, voire inutile. Bien souvent cependant, retarder l'entrée en institution est un vœu pieux, tant les structures *intermédiaires* font défaut d'une manière générale. En 2007, l'Association Alzheimer annonçait que les places disponibles en accueil de jour ne couvraient que le 12% des besoins⁷.

Le développement de structures ou prestations *ambulatoires/intermédiaires* est primordial, en complémentarité des soutiens qui existent déjà (aide et soins à domicile, accompagnement bénévole, hôpitaux, médecins et autres spécialistes). Sur le long terme, les proches peuvent soigner un parent âgé atteint de démence à la seule condition qu'ils puissent compter sur une offre adéquate et substantielle en matière d'information, de conseil, de soutien et de prise en charge professionnels, à des tarifs accessibles aussi aux personnes les moins fortunées. Font partie de cette offre, les possibilités de décharge à la journée, pour plusieurs jours, voire plusieurs semaines, ou l'intégration dans un environnement ou un domicile sécurisé avec un accompagnement régulier. Souvent, une combinaison de plusieurs offres et prestations permet à des proches d'organiser le maintien à domicile d'une manière durable. A ce sujet, il convient de constater que l'opposition entre maintien à domicile et institutionnalisation est aujourd'hui dépassée ; *le concept dominant est la reconnaissance de la diversité des situations et des besoins, et donc de la nécessité d'accepter une offre de services aussi large que possible*⁸.

⁴ Rapport de l'Association Alzheimer Suisse « Prestations de base pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer », février 2002.

⁵ Geneviève Stucki, Hébergement de type psychogériatrique pour la population de plus de 65 ans : besoins en lits à l'horizon 2000-2005 ; 1995.

⁶ Philippe Thomas, Entrée en institutions des déments, Etude Pixel, 2002.

⁷ Enquête complète dans le Journal Alzheimer INFO, N. 47, de 2007, sur les centres de jour.

⁸ Michel Loriaux, in « Quels lieux de vie pour les personnes âgées », Actes de la journée d'étude de la FEGEMS, 2004.

Le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de personnes âgées souffrant de démences doivent nous faire prendre conscience que nous n'avons pas affaire à un phénomène marginal mais bien à un problème de société qui doit être traité et appréhendé dans sa globalité.

Une réflexion doit être menée, avec une planification cohérente, afin que l'organisation et le financement des soins et de l'accompagnement dans ce domaine soient reconnus et approchés comme une problématique en soi.

3. Tentative de définition des structures et prestations ambulatoires/intermédiaires des EMS

En réunissant les adjectifs **ambulatoires** et **intermédiaires**, l'accent est mis tant sur le système national de la LAMal que sur les volontés locales et cantonales de développer d'autres solutions que les institutions actuelles. En réunissant les termes **structures** et **prestations**, l'accent est mis aussi bien sur l'EMS organisateur, comme lieu de vie qui propose une offre en soins et en accompagnement, que sur le résultat : les prestations aux clients.

Explications et raisons de ces quatre notions :

Ambulatoire

La notion d'« **ambulatoire** » est liée à la LAMal et au financement de tout ou partie de ces prestations par l'assurance obligatoire des soins. Dans le système de la LAMal, on définit les « *prestations ambulatoires* »⁹ par opposition aux « *traitements hospitaliers* ». Ces derniers doivent durer au moins 24 heures, ou, si moins de 24 heures, un lit doit être occupé durant une nuit¹⁰. L'OCP précise que les séjours répétés dans des cliniques de jour ou de nuit sont réputés encore comme des traitements ambulatoires. Par « *traitement de longue durée* », on entend des séjours à l'hôpital ou dans un EMS ne nécessitant pas un traitement ou des soins de réadaptation. L'art. 50 de la LAMal explique qu'en cas de séjour dans un EMS, l'assureur prend en charge les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire ou les soins à domicile, à moins de convenir d'un forfait. Finalement, la section 3 de l'OPAS parle de « *soins à domicile, ambulatoires ou dispensés dans un établissement médico-social* », en séparant ainsi l'EMS de l'ambulatoire. On le voit, la définition de l'ambulatoire n'est pas fixée dans la LAMal, contrairement à la littérature, où l'on parle toujours de l'aide et des soins *ambulatoires* professionnels, en évoquant les services d'aide et de soins à domicile¹¹.

Dans l'ambulatoire, le patient vit toujours à son domicile, mais se déplace temporairement pour un traitement à l'hôpital (par exemple), ou reçoit un service à son domicile. En utilisant, dans le présent rapport, le terme « *ambulatoire* », nous souhaitons faire une distinction entre :

- les prestations *stationnaires* ou *semi-stationnaires* des EMS (pour une longue durée), qui tombent sous le coup du forfait journalier ;
- et les prestations *ambulatoires*, « à l'acte », dispensées en EMS, dans un but différent (le retour à domicile) et facturables, en principe, selon une méthode différente.

Car, même si l'EMS ne pourrait pas, en tant que tel et selon la LAMal, facturer des prestations *ambulatoires*, un certain nombre de prestations, par leur contenu et leur durée limitée, s'apparentent à une forme ambulatoire¹². D'ailleurs, ces prestations sont en partie financées par les assureurs maladie (court séjour ou accueil de jour). Et même si elles ne le sont pas encore (par exemple pour un simple accueil à la journée), il y a un fond de dépendance à l'aide et/ou aux soins ; il y a une dépendance à un service de la collectivité. Il y

⁹ Également appelées « prestations dispensées sous forme ambulatoire » selon LAMal, art. 25 al. 2 lit. A, ou encore, « traitements ambulatoires », selon l'Ordonnance sur le calcul des coûts (OCP), art. 5.

¹⁰ Pour être complet, on y englobe également les transferts hospitaliers, les séjours dans des maisons de naissance et les cas de décès.

¹¹ Voir par exemple, Höpflinger-Hügentobler, p. 6 du Résumé.

¹² Nous renvoyons ici à la position controversée de santéuisse, en 2010, qui considère que l'EMS doit être au bénéfice d'une reconnaissance cantonale comme service d'aide et de soins à domicile pour facturer des prestations ambulatoires de jour ou de nuit. santéuisse déduit son interprétation de l'art. 7, al.2 ter de l'Ordonnance du DFI du 24 juin 2009 (« *Les prestations peuvent être fournies de manière ambulatoire ou dans un EMS.* »), même si les tarifs sont les mêmes que pour le long séjour.

a une intervention sanitaire et sociale (accompagnement) de la collectivité, qui tomberait donc également sous le coup de la LAMal.

Intermédiaire

En ce qui concerne les prestations ou structures **intermédiaires**, nous nous distinguons du système de la LAMal pour prendre en considération des éléments de politique sociale ou médico-sociale. Cette notion n'existe d'ailleurs pas, à notre connaissance¹³, dans la littérature, même si on la retrouve dans le discours public, voire même dans certains concepts cantonaux¹⁴. A noter qu'une *motion Rossini* vient d'être déposée au Parlement fédéral afin de soutenir la création de telles structures¹⁵. Les contours de cette notion de *structures intermédiaires* sont bien différents selon les cantons, voire les pays. Au demeurant, nous nous facilitons ce travail de définition en ne retenant, dans ce rapport, que les structures ou prestations intermédiaires proposées par les EMS.

« *Intermédiaire* » signifie entre deux choses fixes, entre le domicile et l'institution. Il y a un élément de « durée », de courte durée pour les foyers de jour et les courts séjours. La durée des soins est également moindre dans une structure intermédiaire. Il s'agit de solutions intermédiaires entre le lieu de vie et les autres structures existantes pour une population vieillissante. Ces structures intermédiaires sont le signe d'une volonté de changement d'une génération par rapport aux modèles apportés jusqu'à aujourd'hui ; il convient de trouver de nouvelles solutions (intermédiaires) face à une augmentation importante des besoins de la population.

Comme l'indique le rapport genevois précité :

- « *Les structures intermédiaires s'inscrivent en complément des autres services et prestations médico-sociales et de l'aide informelle (ne visent pas à la substituer) ;*
- *Elles font l'articulation entre le réseau formel (les services professionnels) et le réseau informel (la famille, les proches), participant ainsi au maintien à domicile de personnes âgées en perte d'autonomie ;*
- *Elles visent à favoriser le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie et à retarder leur entrée en EMS, ou le favoriser le cas échéant ».*

Prestations

Les **prestations** ou services d'un EMS sont nombreuses. Nous les décomposons en deux grandes catégories : les prestations de soins et d'accompagnement, et les prestations socio-hôtelières. Les frontières entre ces deux catégories ne sont pas fixes (voir notamment la question de l'animation socioculturelle). En ce qui concerne la palette plus précise des prestations possibles, nous vous renvoyons au récent rapport sur les « *Verbundlösungen* » (i.e. les coopérations entre partenaires sur plusieurs champs de prestations) dans le domaine médico-social pour les personnes âgées¹⁶. Ce rapport énumère l'ensemble des prestations constatées dans un échantillon relativement important d'EMS alémaniques.

¹³ Appréciation partagée par la Bibliothèque de Pro Senectute Suisse, autant pour le terme français que pour un terme allemand (« Zwischenstrukturen »).

¹⁴ Voir notamment le Rapport final du GT sur les structures intermédiaires de l'Etat de Genève, de 2007.

¹⁵ Voir le site du Parlement fédéral :

http://www.parlament.ch/f/suche/pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20104090

¹⁶ Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, Rapport complet «Verbundlösungen für die Pflege und Betreuung im Altersbereich », Mandat Age Stiftung et Curaviva, avec la collaboration de Spitex-CH, juin 2010 (rapport complet et projet de recherche).

Structures

Le terme de **structure**, qui vient préciser celui de « prestations », permet de mettre en évidence l'idée qu'il y a une structure, une organisation spécifique, un lieu précis, par opposition à des prestations intermédiaires ou ambulatoires qui ne seraient pas rattachées à un lieu fixe et précis¹⁷.

¹⁷ Nous vous renvoyons au rapport de l'Etat de Genève, mentionné ci-dessus, et à la classification élaborée (12 types de structures intermédiaires).

4. Etat des lieux des structures et prestations ambulatoires existantes développées par les EMS : statistiques et échantillonnage de cantons

Des statistiques nationales complètes sur les structures et prestations ambulatoires/intermédiaires développées par les EMS n'existent pas en tant que telles. En l'absence de définition uniforme de ces structures ou prestations, il ne saurait en être autrement. La statistique SOMED nous fournit toutefois des indications sur le nombre d'accueils à la journée en EMS, ainsi que sur les courts séjours en EMS, signalés par les institutions elles-mêmes (cf. tableau ci-dessous). Il faut prendre ces chiffres avec retenue dans la mesure où nous savons que les contenus et prestations sont très différents entre les cantons (notamment quant à la durée d'un court séjour ou aux prestations d'un accueil à la journée). Des accueils à la journée ne sont également pas relevés par SOMED, si ceux-ci ne sont pas organisés par les EMS (ex. Genève).

Canton	Journées hébergement long séjour	Durée moyenne de séjour (long séj.) en jours	Journées hébergement court séjour	Durée moyenne de séjour (court séj.) en jours	Journées de prise en charge
ZH	5 658 036	990	109 952	51	17 560
BE	4 922 851	1 030	120 821	28	4 591
LU	1 641 492	1 000	20 683	35	886
UR	218 106	607	1 234	33	1
SZ	518 746	1 001	8 079	36	647
OW	139 551	1 160	2 288	52	670
NW	135 388	1 244	1 519	20	364
GL	124 404	1 023	1 340	26	
ZG	366 400	1 136	5 590	35	2 587
FR	868 596	1 068	8 175	35	7 248
SO	939 550	948	5 971	29	41
BS	981 672	1 055	15 352	56	8 944
BL	905 237	993	5 520	29	3 528
SH	446 278	1 331	2 411	36	18
AR	276 107	1 247	4 229	43	819
AI	15 851	496	79	125	
SG	2 050 043	1 079	20 305	33	1 130
GR	831 019	798	12 894	38	312
AG	2 038 688	770	26 434	36	430
TG	949 771	1 009	19 236	38	2 691
TI	1 414 285	1 055	31 419	26	2 183
VD	2 121 107	757	62 447	19	119 138
VS	963 882	1 012	4 398	28	2 242
NE	820 584	802	16 104	59	6 309
GE	1 245 407	1 156	4 503	22	
JU	264 924	1 012	5 615	33	288
CH	30 857 975	992	516 598	38	182 627

SOMED, chiffres 2009 provisoires, selon l'état des données au 29.11.2010

Pour ces raisons, les auteurs du rapport ont rencontré les associations d'EMS des cantons qui apparaissent comme les plus actifs dans le secteur des prestations ambulatoires/intermédiaires (notamment en ce qui concerne les structures de jour)¹⁸. Compte tenu des éléments statistiques ci-dessus et des connaissances des participants de CURAVIVA au projet, le choix s'est surtout porté sur les cantons romands et sur les grands cantons-villes alémaniques (Bâle, Berne, Zurich).

La liste ci-après n'est donc pas du tout exhaustive ; elle sera sans doute complétée, suite à la parution et à la diffusion du rapport, par d'autres expériences cantonales. A noter toutefois que l'originalité de ce rapport naît, justement, de cette récolte de données du terrain des EMS.

Canton	Bâle-Ville	
Nombre d'établissements ¹⁹	34	
Nombre de places	2'677 lits	
Accueil de jour ou Tagespflegeheim	<u>Objectifs</u>	Les foyers de jour sont une offre complémentaire dans la prise en charge de la personne âgée dans le canton. La politique de la personne âgée dans le canton de Bâle-Ville vise à maintenir le plus longtemps possible la personne âgée à son domicile. L'entrée en institution ne doit se faire que lorsque les ressources des soins à domicile et autres structures intermédiaires sont épuisées. Les foyers de jour sont un bon intermédiaire entre le domicile et l'EMS. La prise en charge en foyer de jour vise à retarder l'entrée en institution long séjour.
	<u>Mission</u>	Différentes activités sont organisées dans les foyers de jour visant à maintenir les capacités tant psychiques que physiques, de l'esprit et du corps, ainsi que les contacts sociaux. Les repas peuvent être pris sur place. Les transports peuvent être organisés par l'institution si la personne âgée ou ses proches ne peuvent le faire eux-mêmes. L'accueil de nuit peut être fait de manière ponctuelle.
	<u>Financement</u>	Le financement des structures varie d'un établissement à l'autre, allant de 53.50 à 96.80 CHF par jour. Les assureurs maladie contribuent avec un forfait de 22 CHF par jour (en 2010). Le canton finance 30 CHF par jour
Court séjour	16'373 journées en 2008	

¹⁸ Sources : sites internet des associations cantonales, sites internet des cantons cités, contacts personnels avec les secrétaires généraux des associations cantonales.

¹⁹ CURAVIVA, statistiques des établissements médico-sociaux, édition 2008.

Canton	Berne		
Nombre d'établissements	288		
Nombre de places	13'981 lits		
Accueil de jour	<i>Appelé Foyer de jour ou Tagesheim</i>	<u>Objectifs</u>	Aider les personnes accueillies à mener aussi longtemps que possible une existence autonome dans leur environnement habituel et améliorer leur qualité de vie en leur assurant une prise en charge pendant la journée tout en soulageant les proches aidants. Fournir aux familles un soutien physique et moral et leur permettre de s'accorder un peu de répit pour rester aptes et prêtes à s'occuper des leurs. Contribuer à empêcher ou du moins à retarder l'admission des personnes âgées dans un établissement résidentiel en offrant un appui aux familles et, partant, économiser sur les coûts de la santé.
		<u>Public cible</u>	Les foyers de jour sont destinés aux personnes âgées tributaires d'une prise en charge psychogériatrique, qui vivent chez elles dans une cellule familiale intacte, mais dont les proches ont besoin d'être déchargés temporairement. Il n'est pas question pour les foyers de jour d'accueillir des personnes âgées autonomes qui recherchent simplement la compagnie des autres. Les personnes âgées lourdement dépendantes de soins, en particulier celles qui ne peuvent quitter le lit, se passer d'une prise en charge intensive et individualisée ou s'intégrer à la vie sociale en raison de leur état de dépendance, n'ont pas non plus leur place dans les foyers de jour.
		<u>Prestations</u>	Les soins sont dispensés par des « services de soins à domicile » (les EMS ont cette compétence). La prise en charge effectuée par le personnel du foyer de jour est constituée d'entretiens, de discussions, d'échanges, d'informations, d'exercices physiques et de sport, de jeux et de divertissements, d'activités, d'occupations, de sorties en plein air, d'ateliers de développement et de maintien de l'autonomie.
		<u>Financement</u>	Contribution publique du canton : 80 CHF Convention négociée entre les EMS et santésuisse pour les prestations ambulatoires (jusqu'à fin 2010). Solde à la charge du client.
Court séjour	92'319 journées en 2008		
	<i>Appelé Court séjour</i>	<u>Définition</u>	Le court séjour offre la possibilité à une personne âgée de passer un temps déterminé dans un établissement, médicalisé ou non.
		<u>Objectifs</u>	Permettre une transition entre l'hospitalisation et le retour à domicile ; soulager l'entourage en vue du maintien à domicile

		<u>Financement</u>	Participation cantonale de 20 CHF par jour pour les journées en court séjour. Sinon, le court séjour est financé selon les mêmes modalités que le long séjour.
Appartements protégés	Nombre inconnu d'appartements avec prestations reliés à des EMS		
		<u>Notion</u>	Appelés « Wohnen mit Dienstleistungen » - « Appartements avec prestations » ou anciennement « logements avec encadrement ». Les EMS peuvent dispenser des soins dans ces appartements.
		<u>Financement</u>	Les soins sont facturés selon la méthode et les tarifs des services d'aide et de soins à domicile. Le canton garantit la part résiduelle du financement des soins à l'EMS. Jusqu'à fin 2010, un contrat spécifique liait santésuisse et l'association cantonale des EMS, avec des tarifs spécifiques pour la facturation de ces services par les EMS. Si les structures sont reconnues par le canton, un calcul différent des prestations complémentaires est possible (montant maximal de 115 CHF par jour par personne, y compris les repas). Pour plus d'informations : www.vbb-abems.ch

Canton	Fribourg		
Nombre d'établissements	48		
Nombre de places	2'319 lits en homes médicalisés ; 181 lits en homes simples		
Accueil de jour	<i>Appelé Foyer de jour</i>	<u>Journées</u>	8'412 journées en 2008
		<u>Définition</u>	Le foyer de jour est un lieu de vie qui accueille pendant la journée des personnes âgées fragilisées nécessitant des soins et un accompagnement particulier. Cette offre s'inscrit dans les services du maintien à domicile de la personne âgée. Le foyer de jour offre des espaces sécurisés pour permettre aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés de se déplacer librement et sans danger, à l'intérieur ainsi qu'à l'extérieur.
		<u>Objectifs</u>	L'objectif premier du foyer de jour est de favoriser le maintien de l'autonomie de la personne accueillie afin qu'elle puisse poursuivre son existence à domicile. En même temps, le foyer de jour soutien et soulage l'entourage de la personne âgée. En permettant de rompre l'isolement à domicile et de favoriser l'intégration sociale, le foyer de jour contribue à éviter ou retarder l'entrée de la personne en EMS.
		<u>Financement</u>	L'hôte paie 50 CHF par jour pour couvrir les frais hôteliers. Le prix de transport n'est pas inclus. Les assureurs maladie versent une contribution pour les coûts à la journée directement au foyer de jour.

			<p>Le forfait est négocié entre les fournisseurs de prestations et santésuisse.</p> <p>Les bénéficiaires des prestations complémentaires à l'AVS peuvent obtenir un remboursement de leurs frais, y compris les frais de transport.</p> <p>Le canton peut apporter une aide financière au foyer de jour, sous la forme d'un forfait qui se compose d'un montant fixe de 30 CHF par jour et par personne, ainsi que d'un montant proportionnel qui ne peut dépasser 30% du budget du foyer de jour.</p>
Court séjour	<i>Appelé Court séjour</i>		65 places (dont 21 en homes non médicalisés) réparties sur 21 établissements reconnus par la DSAS.
		<u>Définition</u>	Le court séjour offre la possibilité à une personne âgée de passer un temps déterminé (max. 3 mois) dans un établissement, médicalisé ou non.
		<u>Objectifs</u>	Permettre une transition entre une hospitalisation et un retour à domicile ; soulager l'entourage en vue d'un maintien à domicile.
		<u>Financement</u>	Le court séjour est financé selon les mêmes modalités que le long séjour.

Canton	Genève		
Nombre d'établissements	50 EMS reconnus au sens de la LAMal		
Nombre de places	3'225 lits en EMS ; 20 lits en homes simples		
Accueil de jour	<i>Appelé Foyer de jour</i>	<u>Journées</u>	7 foyers de jour mis en place par des organisations genevoises dans le cadre du maintien à domicile, <u>mais hors des EMS</u> . Un de ces foyers de jour propose un accueil de nuit.
		<u>Définition</u>	Lieu de vie sécurisant qui accueille des personnes âgées vivant chez elles seules ou avec leur entourage. Son but : maintenir ou développer l'indépendance dans la vie quotidienne, mais aussi rompre l'isolement, retarder l'entrée en EMS, mais aussi préparer la personne âgée à la vie communautaire si un placement s'avère nécessaire à moyen terme.
		<u>Association</u>	AGFJ (association genevoise des foyers de jour)
		<u>Financement (en 2009)</u>	<p>Pour les six foyers généralistes : 45 CHF la journée, transport à 3 CHF la course, par personne.</p> <p>Pour le relais Dumas : 50 CHF la journée, transport à 5 CHF la course, par personne.</p> <p>Pour le Pavillon de la Rive : 50 CHF la journée, 12 CHF le matin, 28 CHF le soir, 50 CHF la nuit, transport à 5 CHF la course, par personne.</p> <p>Si la personne âgée est bénéficiaire des prestations complémentaires à l'AVS, le SPC la remboursera partiellement. Par contre, les assurances maladie ne prennent pas ces frais en charge.</p>

Court séjour	9'205 journées en 2008		
	<i>Appelé Court séjour</i>	<u>Définition</u>	Structure intermédiaire s'inscrivant dans une politique de maintien à domicile. 2 types d'UAT : <ul style="list-style-type: none"> • UATR (unité d'accueil temporaire de répit), visant à accueillir et prendre en charge pour les actes de la vie quotidienne et pour les soins de base des personnes en âge AVS atteintes de troubles physiques, psychiques/et ou cognitifs. • UATM (unité d'accueil temporaire médicalisé), visant à accueillir des personnes âgées en âge AVS présentant des pathologies principalement liées au vieillissement.
		<u>Durée du séjour</u>	UATR : minimum 5 jours et maximum 45 jours par année. Dérogations exceptionnelles possibles. UATM : maximum 5 jours, peut être suivi d'un séjour en UATR si nécessaire.
		<u>Perspectives à moyen terme</u>	Création de 4 centres de maintien à domicile (CMD) dépendants de la FSASD. Outil d'évaluation SMAF®. Le SMAF est un outil qui permet d'évaluer les cinq grandes dimensions de l'autonomie, dont celles des fonctions mentales, à l'aide de 29 items. Le SMAF est validé à la fois scientifiquement et sur le terrain. Ce concept vise à supprimer les lits UAT dans les EMS et à les localiser dans le canton dans quelques immeubles avec encadrement social de la Fondation René et Kate Bloch (FRKB). Les lits UATM seront confiés aux cliniques de Joli-Mont et de Montana en raison d'une présence médicale permanente. La responsabilité et la gestion du financement de ces lits sera confiée à la Fondation des services d'aide et de soins à domicile (FSASD). Volonté de regrouper les structures intermédiaires sous la responsabilité des soins à domicile. Projet étoile, visant à regrouper les bases de données de l'ensemble des personnes âgées de Genève.
Appartements protégés	<u>Gestion</u>	Par la Fondation René et Kate Bloch	
	<u>Financement</u>	Pas de financement de l'Etat. Prestations de soins facturées sur le modèle des soins à domicile.	

Canton	Neuchâtel		
Nombre d'établissements	62 institutions		
Nombre de places	2'307 lits		
Accueil de jour	<i>Foyer de jour</i>	<u>Journées</u>	5 établissements ont développé les foyers de jour (structures de 3 à 10 places)
		<u>Définition</u>	Accueil à la journée pour des prestations d'animation, prise de repas
		<u>Financement</u>	Soins : facturation Tarmed ??? Personnel employé des homes attendant ; comptabilité

		à part. Convention entre le home et le DSP Déficit couvert par l'Etat Prix par journée : 35 CHF; transport 10 CHF	
	<u>Foyer de nuit</u>	Depuis quelques mois un home semi-médicalisé a ouvert une structure de nuit pour répondre à une demande particulière. Convention signée avec le DSP. Couverture du déficit reconnue.	
Court séjour	13'795 journées en 2008		
	<i>Appelé Accueil temporaire</i>	<u>Définition</u>	Séjour de 1 à 3 semaines, planifiées.
		<u>Concept</u>	1 seule institution fonctionne comme accueil temporaire (et foyer de jour) depuis environ 40 ans : il s'agit de « Temps présent », à la Chaux de Fonds. Cette institution ne propose pas de longs séjours.
		<u>Prestations</u>	Un encadrement infirmier et un accompagnement médico-social (service hôtelier, animation, physiothérapie, coiffure, pédicure, aumônerie, ...), dans la perspective de favoriser le retour à domicile ou de préparer un placement dans un home.
<u>Financement</u>			
Appartements protégés	<u>Définition</u>	Appartement adapté à des personnes âgées	
	<u>Structure</u>	100% privée, aucun financement de l'Etat (Fondation La Résidence, Le Locle).	

Canton	Valais		
Nombre d'établissements	42 établissements reconnus d'intérêt public et financés par l'Etat		
Nombre de places	2'487 lits		
Accueil de jour	<i>Appelé Foyer de jour</i>	<u>Objectif</u>	Les foyers de jour accueillent les personnes âgées pendant la journée en leur proposant des soins et des activités récréatives
		<u>Financement</u>	Forfait journalier étatique de 45 CHF (depuis la nouvelle RPT de 2008). Le forfait est entièrement pris en charge par le canton (63%) et les communes (37%) (modification de l'art. 35 de la loi cantonale sur l'intégration et l'aide sociale du 29 mars 1996)
Court séjour	1'210 journées en 2008		
	<i>Appelé UAT (Unité d'accueil temporaire)</i>	<u>Définition</u>	L'UAT est composée de plusieurs lits de court séjour ; elle permet l'accueil passager pendant une période maximale de 4 semaines.
		<u>Objectif</u>	Permettre de placer une personne âgée en EMS pour une durée déterminée, par exemple à la sortie de l'hôpital, pour soulager provisoirement ses proches. Peut aussi servir à l'accueil temporaire maximal de 4 semaines d'une personne vivant à domicile en vue de décharger la famille qui s'en occupe.
<u>Financement</u>		Les lits UAT sont subventionnés par le canton	

			<p>(décision du Conseil d'Etat du 01.09.2003), à l'investissement et à l'exploitation, soit 30% des dépenses retenues, pour autant que soit respectée la planification sanitaire fixée par le canton.</p> <p>Afin d'encourager la création de lits UAT, la subvention cantonale à l'exploitation est calculée sous forme d'un forfait équivalent à la subvention cantonale moyenne attribuée à un lit en EMS en Valais, et ce indépendamment du taux d'occupation de l'UAT. Cela permet de compenser le manque à gagner lié aux périodes durant lesquelles ces lits pourraient être vides.</p>
		<p><u>Soins</u></p>	<p>Fournis par l'EMS attendant ; financés par la convention passée entre l'AVALEMS et les assureurs maladie.</p>
<p>Appartements protégés</p>	<p><i>Type DOMINO</i></p>	<p><u>Définition</u></p>	<p>Appartements intégrés à encadrement médico-social gérés par les soins à domicile (<u>hors EMS</u>). Les appartements sont situés dans les immeubles d'un quartier, d'un village. Les aînés vivent en colocation. Ces appartements réunissent sous le même toit 4 à 6 personnes âgées en respectant l'intimité et l'indépendance de chacun. Les colocataires possèdent un lieu de vie privé et partagent les locaux communs.</p>
		<p><u>Objectif</u></p>	<p>Offrir une alternative à un placement en EMS tout en garantissant une structure sécurisée ; privilégier l'autonomie de la personne âgée et les liens sociaux nécessaires tout en respectant l'intimité et l'indépendance.</p>
		<p><u>Financement</u></p>	<p>Loyer et frais inhérents à la charge du locataire (entre 550 et 1100 CHF)</p>
		<p><u>Soins</u></p>	<p>Fournis par les soins à domicile. Frais à la charge des bénéficiaires.</p> <p>Les CMS gèrent les foyers de jour et les appartements protégés conformément au concept de prise en charge des personnes âgées élaboré par le Conseil d'Etat en 2005.</p>

Canton	Vaud		
Nombre d'établissements	126		
Nombre de places	5'327 lits en EMS; 68 lits en homes simples		
Accueil de jour	<i>Appelé UAT (Unité d'accueil temporaire)</i>	<u>Définition</u>	<p>Affilié à l'ES, l'UAT offre la possibilité à une personne qui vit encore à son domicile d'être accueillie en journée dans l'établissement, selon une fréquence adaptée à ses besoins.</p> <p>Il existe trois types d'unités d'accueil temporaire:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unité intégrée à la vie et aux locaux de l'institution d'accueil • Unité semi-intégrée où les bénéficiaires de l'accueil temporaire ont des locaux spécifiques dans les murs de l'institution qui les accueille • Unité extra muros, installée à l'extérieur des murs d'une institution, dans un lieu qui lui est propre.
		<u>Objectifs</u>	<p>Pour le bénéficiaire: la personne qui fréquente l'UAT peut profiter des services d'un EMS sans y résider de façon permanente. Elle vient à l'EMS selon ses besoins, pour un repas, une demi-journée ou une journée entière, éventuellement pour la nuit. Elle peut donc prendre ses repas à l'EMS, y recevoir des soins réguliers et un suivi médico-social; elle peut encore participer aux activités d'animation proposées.</p> <p>Pour la politique médico-sociale: l'UAT contribue à la diversification des structures médico-sociales de manière à pouvoir offrir des modalités de prise en charge souples, adaptées à la gravité des situations et à la variété des handicaps rencontrés.</p> <p>Pour les institutions: permet aux établissements de diversifier leurs missions à partir des activités destinées à la population vivant à l'extérieur de l'établissement. Les possibilités d'échange entre les personnes venant en UAT et les résidents de l'institution sont une source de stimulation pour ces derniers.</p>
		<u>Durée/fréquence</u>	L'accueil temporaire est limité à 48 heures Certaines personnes viennent en UAT 5/7, évitant ainsi un placement définitif.
		<u>Public cible</u>	L'UAT permet une prolongation de la vie à domicile en soutenant les personnes qui vivent chez elles avec difficulté mais qui n'envisagent pas pour autant de résider de façon permanente en EMS. L'UAT permet aussi aux personnes âgées de se familiariser avec la vie en EMS, diminuant ainsi le stress si un long séjour doit être envisagé.
		<u>Financement</u>	3 sources de financement:

			<ol style="list-style-type: none"> 1. Bénéficiaire: participation forfaitaire aux prestations hôtelières, sociales et récréatives, participation aux frais de transport si organisé par l'institution 2. Etat : subvention de 60 CHF par journée entière. Montant revu chaque année. 3. Assurances maladie: prennent en charge les soins dispensés dans le cadre de l'UAT, sur la base d'une facturation par ¼ d'heure selon des tarifs négociés annuellement. Les soins doivent être prescrits par un médecin
	67'985 journées en 2008		
Court séjour	Appelé court séjour	<u>Définition</u>	<p>Séjour temporaire dans un EMS ou la division C d'un hôpital reconnu d'intérêt public</p> <p>Le court séjour est planifié s'il est anticipé d'au moins une semaine avant l'entrée</p> <p>Le court séjour est dit d'urgence s'il répond à une situation de crise et peut être organisé dans un délai de 24/48 heures (par les CMS/BRIO)</p>
		<u>Objectifs</u>	<p>CS planifié: Favoriser et prolonger le maintien dans leur milieu de vie des personnes dépendantes, momentanément affaiblies; leur offrir la possibilité d'une prise en charge de quelques semaines en EMS, afin de décharger l'entourage du patient ou permettre à ce dernier de récupérer après une maladie ou un séjour hospitalier. Ces objectifs s'intègrent tous dans la perspective du retour à domicile du bénéficiaire et la mise en place des structures d'aide à son maintien à la maison.</p> <p>CS d'urgence: Répond à une situation imprévue; le choix de l'EMS ne peut être garanti; il vise à éviter une entrée inutile à l'hôpital, se substitue à une défaillance de l'entourage, et décharge une personne dans l'incapacité passagère d'effectuer les tâches de la vie quotidienne.</p>
		<u>Durée</u>	En principe le CS est limité à 30 jours par année
		<u>Public cible</u>	Toute personne domiciliée dans le canton; un certificat médical d'admission est nécessaire; le CS n'est praticable que dans un établissement vaudois reconnu d'utilité publique.
		<u>Financement (jusqu'à fin 2010)</u>	<p>La participation du résident à son CS est de 60 CHF par jour quel que soit l'établissement, si sa fortune réalisable dépasse 100'000 CHF (40 CHF par jour si sa fortune est inférieure à 100'000 CHF). Si le client est bénéficiaire des prestations complémentaires à l'AVS, il peut adresser la facture à l'organe PC concerné. Le patient peut alors se faire rembourser 20 CHF par jour.</p> <p>Les assurances maladie paient directement à l'EMS un forfait journalier de soins (62.30 CHF,</p>

			convention « soins 2004 » valable à ce jour). L'Etat prend en charge le solde du coût (en moyenne 152.10 CHF pour 2009).
Appartements protégés		<u>Définition</u>	Le logement protégé constitue, à côté des EMS et des soins à domicile, le 3 ^{ème} pilier de la politique médico-sociale vaudoise en faveur des aînés. Il satisfait ainsi au désir des personnes âgées de conserver leur « chez soi », leur garantit un cadre sécurisant et favorise les liens sociaux. En règle générale, il comprend 2 voire 3 pièces. D'autres modèles, comme les logements communautaires, sont aussi possibles. La proximité d'un EMS, d'un CMS ou d'un hôpital est un avantage pour des raisons de synergies.
		<u>Mission</u>	Architecture adaptée permettant l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite ou handicapées. Système d'alarme et encadrement approprié pour répondre aux appels. Mise à disposition dans l'immeuble ou à proximité de celui-ci, d'espaces communautaires permettant des échanges, des animations et des manifestations diverses.
		<u>Soins</u>	Sont assurés par le centre médico-social ou une autre organisation de soins à domicile (délivrée à un EMS par exemple).
		<u>Financement</u>	Investisseurs privés pour le financement des constructions, la couverture des charges étant assurée par les loyers. L'Etat peut apporter une aide financière à l'investissement de la LL (loi sur le logement), qui prévoit un système de prêt sans intérêt, remboursable, à concurrence de 20% de l'investissement. Sous certaines conditions, une aide individuelle pour financer les prestations spécifiques aux logements protégés peut être octroyée par le SASH (service des assurances sociales et de l'hébergement) au titre de la loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale. La LAPRAMS (loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale) introduit le principe d'une aide financière individuelle aux personnes vivant à domicile ou locataire d'un logement privé. Le loyer, l'aide à domicile (repas, ménage, ...) et les prestations spécifiques à ce type de logement (encadrement sécuritaire, animation) sont facturés directement aux résidents, le cas échéant aux régimes sociaux pour autant que l'organisation qui les fournit ait passé une convention avec le SASH.

Canton	Zurich	
Nombre d'établissements²⁰	244	
Nombre de places	16'360 lits de long séjour	
Accueil de jour ou Tagesheim	<u>Objectifs</u>	Les foyers de jour sont une offre complémentaire dans la prise en charge de la personne âgée dans le canton. La politique n'est néanmoins pas uniforme dans le canton; les communes (grandes communes notamment) diversifient leurs offres et prestations à l'envi. Parfois trois heures seulement sont possibles (PZZ ²¹).
	<u>Financement</u>	Le financement des structures varie d'un établissement à l'autre; pour les personnes, il en coûte, en principe, 44 CHF pour le socio-hôtelier et 40 CHF pour l'accompagnement. A Zurich, la personne paie au moins 20 CHF par jour. Les assureurs maladie contribuent par un forfait journalier (45 CHF en 2010).
Court séjour ou Regelmässiger/Teilzeit-Aufenthalt	365 lits 109'952 journées en 2009	
	<u>Définition</u>	Il n'y a pas de définition uniforme du court séjour dans le canton. A Zurich, par exemple, il est possible de faire du séjour temporaire régulier dans un EMS de 2 à 5 jours par semaine.
	<u>Types</u>	Il existe des séjours de vacances, des séjours d'urgence, des séjours de quelques jours mais réguliers. Pour les personnes souffrant de démence, certaines institutions spécialisées offrent un soutien le jour et la nuit.
	<u>Durée</u>	Pas de limite générale
	<u>Financement (jusqu'à fin 2010)</u>	Les institutions distinguent souvent entre le coût hôtelier et le coût pour l'accompagnement. Les tarifs sont si différents qu'il n'est pas possible d'élaborer de règles cantonales.
Autres types d'accueil	<u>Accueil de nuit ou d'urgence</u>	Accueil possible de 19h à 9h, dans les PZZ de la Ville de Zurich ; il en coûte 45 CHF pour le socio-hôtelier et 30 CHF pour l'accompagnement, pour la personne et par nuit. Dans l'EMS Sonnweid de Wetzikon, il est également possible de rester jusqu'à 84 heures de suite. Dans le canton, plusieurs offres sont accessibles pour les situations de crise, sans passer par l'hôpital (Alertagesklinik, Tag-/Nachtstation für Demenz, Siesta)
	<u>Séjours de vacances</u>	Séjours d'au moins une semaine, qui coûtent entre 181 et 246 CHF par jour.

²⁰ OFS, statistiques des établissements médico-sociaux, édition 2009,

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.html?publicationID=4313>

²¹ PZZ pour *Pflegezentren der Stadt Zurich*, le plus gros fournisseur de soins aux personnes âgées :

<http://www.stadt-zuerich.ch/pflegezentren/>. A ne pas confondre avec les *Altersheime der Stadt Zurich*, les maisons de retraite de la Ville : <http://www.stadt-zuerich.ch/altersheime>

Structures et prestations ambulatoires/intermédiaires des EMS

	<u>Maisons d'hôtes</u>	Séjours de 2 semaines à 6 mois dans un « Altersheim », avec des coûts de pension de 150 à 170 CHF par jour, et d'accompagnement de 135 à 155 CHF par jour
	<u>Service « Wohnen im Alter »</u>	De plus en plus, les <i>Altersheime</i> proposent une palette de prestations à leurs locataires, avec une indépendance. La différence entre « appartements protégés » et « <i>Altersheime mit Service</i> » en devient presque invisible.

5. Définitions et contenus des principales structures et prestations ambulatoires/intermédiaires développées par les EMS

Généralités

Après analyse des prestations et structures existantes dans quelques cantons, il apparaît que trois domaines de prestations ambulatoires/intermédiaires développées notamment par les EMS en faveur du maintien à domicile se distinguent en priorité :

a. Le court séjour

b. L'accueil de jour

c. Les prestations de l'EMS dans des appartements protégés à proximité

Nous choisissons de traiter le court séjour dans ce rapport, même si, souvent, le financement et le fonctionnement du court séjour en EMS sont similaires au long séjour. D'ailleurs, les assureurs maladie financent généralement ces séjours de la même manière et avec les mêmes outils d'évaluation. C'est le critère de la *prestation intermédiaire*, en vue du retour à domicile, qui nous autorise le traitement de ce sujet. De plus, les conditions de fonctionnement et les sources de financement du court séjour sont si variées d'un canton à l'autre qu'une information plus complète dans ce rapport s'impose.

Nous avons volontairement renoncé à définir et à inclure les soins aigus et de transition dans ce rapport, dans la mesure où aucun canton n'a encore réalisé les nouvelles dispositions du financement fédéral des soins qui prévoit cette possibilité également pour le secteur des EMS.

D'autres prestations, comme les services de repas à domicile, les services de nettoyage ou quelques services d'animation, sont plus marginales. Elles ne sont pas développées dans cette étude, dans la mesure où elles ne concernent pas directement la LAMal.

En ce qui concerne les définitions de ces notions, quelques tentatives d'unification ont été réalisées au niveau fédéral.

L'OFAS, qui finançait l'accueil de jour jusqu'en 2008, en a donné les définitions suivantes²² :

- **Tagesheime (foyers de jour).** Tagesheime nehmen betagte Personen von etwa 9 Uhr morgens bis 16 Uhr abends auf. In der Regel besteht ein Transportdienst. Die BesucherInnen werden betreut und es wird für sie geschaut. Es handelt sich um Betagte, die von Angehörigen betreut werden, oder die für sich zu Hause leben und Kontakte/Abwechslung brauchen. Es bestehen verschiedene Diagnosen. Darunter fallen auch Demenzerkrankungen. Tagesheime haben eine eigene Struktur oder sind einem Heim angegliedert. In wenigen Fällen ist eine anschliessende Übernachtung möglich. Dies würde durchaus einem Bedürfnis entsprechen, da die betreuende Person einmal einen Abend für sich haben kann oder eine ruhige Nacht verbringen kann.
- **Nachtheime (foyers de nuit).** Es handelt sich um Orte, in denen die Nacht in einem geschützten und betreuten Rahmen verbracht werden kann (z.B. Nachtschicht von Angehörigen, Entlastung der Angehörigen nachts, tagsüber „obdachlos“ usw.). Solche

²² Réponse élaborée par M. François Huber, de l'OFAS, responsable de l'octroi des subventions AVS aux foyers de jour, sur la base de son expérience de plus de 20 ans. Réponse à une demande de M. Michielan formulée le 22 juin 2006.

Angebote gibt es in Städten. Auch Kliniken und Heime können eine solche Möglichkeit anbieten. Gesamthaft gesehen wohl ein Nischenangebot.

- **Tagesaufenthalte in Alters- und Pflegeheimen (*accueil de jour dans des maisons de retraite ou des EMS*)** Alters- und Pflegeheime bieten ebenfalls Tagesaufenthalte auf. In der Regel für Betagte, die keine besondere Betreuung brauchen und die aber von den Angehörigen nicht gerne allein zu Hause gelassen werden. Eventuell Aufnahme betreuungsbedürftiger Personen auf einer Abteilung.
- **Kurzaufenthalte in Alters- und Pflegeheimen (*courts séjours dans des maisons de retraite ou des EMS*)** Eine Reihe von Heimen stellt Ferienzimmer zur Verfügung. Es kann um einen Aufenthalt von wenigen Tagen oder einigen Wochen dauern.
- **Übergangsaufenthalte (*séjours de convalescence ou de réhabilitation*)**. Hier handelt es sich um einen Aufenthalt nach einem Spitalaustritt, wenn keine Spitalstruktur mehr benötigt wird und ein nach Hause gehen verfrüht ist. Es kann um einige Tage oder einige Wochen gehen. Vielleicht geht es darum zu sehen, ob ein Heimeintritt in Erwägung zu ziehen ist.

Propositions de définition du contenu de ces trois types de prestations/structures

Les définitions/délimitations proposées ci-dessous permettent d'avoir une idée des offres développées par chacune de ces structures/prestations intermédiaires. Elles contiennent une brève description de la mission, des objectifs, du type de prestations octroyées et du financement.

a. Le court séjour en EMS

Le court séjour permet l'accueil temporaire d'une personne âgée dans une institution de type EMS. Il n'y a pas de définition uniforme et nationale du contenu des courts séjours.

L'**objectif** principal du court séjour est de recevoir, dans une structure sécurisée et pour une durée déterminée, une personne âgée vivant à domicile afin de lui permettre de préserver ou maintenir son autonomie de façon à ce qu'elle puisse continuer à vivre chez elle après le court séjour. Le court séjour permet aussi de soulager les proches dont dépend le maintien à domicile de la personne âgée. Le court séjour peut être l'occasion de (ré)évaluer avec les soins à domicile l'aide dont la personne âgée a besoin à son domicile.

La **durée** du court séjour est, dans certains cantons, limitée à 4 à 6 semaines, afin de garantir l'objectif de retour à domicile ; dans d'autres cantons, cette durée est étendue à maximum 3 mois par an.

Les lits du court séjour ne sont en principe pas utilisés dans le but d'une attente de placement. Il existe deux types de court séjour : le court séjour planifié (objectif : soulager l'entourage avec une perspective de retour à domicile) et le court-séjour d'urgence (faire face à une situation imprévue et éviter par là une hospitalisation inappropriée), avec objectif de retour à domicile.

Les courts séjours sont idéalement intégrés dans des EMS, mais dans une unité à part, avec du personnel attribué spécifiquement à l'objectif du court séjour. Les projets de vie sont donc adaptés aux missions de maintien de l'autonomie en vue d'un retour à domicile.

Le court séjour permet à la personne âgée de se familiariser avec la vie en communauté en EMS, préparant ainsi, si nécessaire, une entrée future dans un établissement.

Le **financement** du court séjour varie selon les cantons : certains cantons, comme le canton de Vaud, prennent en charge une grande partie du financement (après déduction de la part prise en charge par les assurances maladie), laissant un forfait quotidien de 40 à 60 CHF à la charge de la personne âgée (les personnes au bénéfice des prestations complémentaires à

l'AVS peuvent bénéficier d'un remboursement de 20 CHF par jour). Cette pratique a pour avantage de faciliter l'accès au court séjour pour la personne âgée ou son entourage. D'autres cantons financent les courts séjours comme les longs séjours, ce qui peut avoir de lourdes conséquences financières pour la personne âgée, la poussant à renoncer à la solution du court séjour ou à privilégier une hospitalisation.

b. L'accueil de jour dans un EMS

L'accueil de jour offre la possibilité à une personne âgée vivant à domicile de passer une ou plusieurs journées par semaine (selon une fréquence adaptée à ses besoins) dans une structure sécurisée. Nous proposons de garder la notion, au niveau fédéral, d'« accueil de jour » afin d'éviter la confusion avec les unités d'accueil temporaire (qui sont parfois du court séjour), avec la notion parfois controversée de « foyer » de jour (qui n'est pas un prestataire de soins au sens de la LAMal), de même qu'avec d'autres types de « foyer de jour » qui n'ont pas une orientation prioritairement médicale ou soignante.

L'objectif de l'accueil de jour en EMS est de faire profiter la personne âgée des services d'un EMS ou d'une autre institution de soins sans qu'elle ait à y résider de façon permanente. Elle peut ainsi rompre son isolement, maintenir ou développer son autonomie ; cela lui permet aussi de s'habituer progressivement à la vie communautaire si un placement s'avérait nécessaire. L'accueil de jour sert aussi à soulager au quotidien les proches sans qui le maintien à domicile ne serait plus possible. Enfin, l'accueil de jour retarde de manière significative l'admission en EMS.

Le **public cible** de l'accueil de jour est la personne âgée fortement dépendante vivant à domicile. Elle peut être atteinte ou non de troubles psychogériatriques. L'accueil de jour ne s'adresse pas à la personne âgée simplement en recherche de contacts sociaux ou d'activités récréatives.

Les soins sont prodigués par les soins à domicile. La prise en charge en journée (animation, repas, mobilisation, activités sociales, ...) est assurée par du personnel qualifié affecté à l'unité d'accueil de jour.

L'accueil de nuit existe dans certaines structures mais reste encore marginal et dépend de la volonté de l'institution (et souvent des demandes des familles). Toutefois, cette offre de prise en charge est plus en plus demandée dans une perspective de recul de l'entrée en EMS.

Le financement de l'accueil de jour varie beaucoup d'un canton à l'autre. Les principales sources de financement sont les forfaits facturés au bénéficiaire, une participation du canton et le forfait négocié entre les fournisseurs de prestations et santésuisse. Toutefois, de manière générale, le financement de ces structures ne permet pas de couvrir les charges assumées par l'institution d'accueil.

A noter enfin que l'accueil de jour en EMS peut se faire dans une structure séparée ou intégrée **architecturalement** à l'institution. Même s'il est recommandé de disposer de locaux séparés et de personnel uniquement dévolu à cette mission, il ne faut pas écarter des solutions et des synergies possibles avec l'institution de long séjour. Le concept d'accompagnement et de prise en charge doit, toutefois, être distinct et la structure doit disposer d'une dotation en personnel spécifique.

c. Les prestations ambulatoires dans des appartements protégés en lien/à proximité de l'EMS

L'appartement protégé²³ est un appartement indépendant dans lequel vivent une ou plusieurs personnes âgées qui seraient en difficulté (ou en voie de fragilisation) si elles restaient seules dans un appartement traditionnel, pour des raisons de sécurité (barrières architecturales, isolement, ...). L'appartement protégé réunit des critères de sécurité et des interventions soignantes assurées 24 heures sur 24. Ce socle « sécurité » distingue les appartements protégés, au sens de ce rapport, des appartements adaptés ou autres appartements. Il est clair que les structures d'appartements protégés existent sans être nécessairement en lien avec un EMS²⁴ ; néanmoins, il ressort de ce rapport que des synergies évidentes sont possibles, certes au niveau des prestations socio-hôtelières, mais également en termes de soins et d'accompagnement, réguliers ou d'urgence.

On distingue entre :

- **l'appartement protégé « standard »** qui peut être ou non lié à une institution et dont le fonctionnement est, de fait, indépendant de l'EMS ;
- **l'appartement de soins (ou Pflegewohnung)** qui nécessite une organisation soignante et qui est destiné à des personnes dépendantes (par exemple les personnes souffrant de démence) ; il s'agit plutôt d'une autre forme de prise en charge des personnes dépendantes. Ce type d'appartements existe notamment dans les Pflegezentren (PZZ) de la Ville de Zurich ou dans la ville de Bienne²⁵.

L'objectif des **appartements protégés « standards »** est d'offrir une alternative à un placement en EMS tout en garantissant une structure sécurisée et en proposant parfois certaines prestations de l'EMS (repas, animation, ...). Au besoin, les soins sont assurés par les organisations de soins à domicile, même si elles sont constituées pro forma avec le support juridique de l'EMS, uniquement pour offrir des soins ambulatoires dans ces appartements (voir les exemples vaudois ou bernois). Pour les habitants de ces appartements, la proximité de l'EMS permet de leur offrir une continuité dans leur lieu de vie, si leur état de santé s'aggrave. La construction et la gestion des appartements protégés restent une initiative privée partiellement soutenue par l'Etat.

Notons que la frontière entre une structure d'appartements protégés et un **home simple** (ou Altersheim) pour personnes âgées qui privilégierait également l'autonomie et le respect de la sphère privée de la personne âgée n'est pas très évidente. Les *Altersheime* de la Ville de Zurich ont, par exemple, le même type de prestations que des appartements protégés : grandes chambres, voire studios, indépendance architecturale, salles à manger et animations communes sur demande, buanderie particulière²⁶.

Quant aux **appartements de soins** qui dépendent des EMS (par ex. PZZ de la Ville de Zurich) ou des structures de soins à domicile (DOMINO Valais), ils réunissent, sous le même toit, plusieurs personnes âgées qui ont chacune un espace privé (chambre) et se partagent les locaux communs (WC, cuisine, salon, ...).

²³ En l'absence de définitions uniformes dans la littérature – et sans parler des traductions français/allemand –, nous avons renoncé, ici, à faire la distinction entre toutes les formes possibles d'appartements « protégés » ou « adaptés ». Le rapport se focalise sur les prestations du point de vue de l'EMS. Il retient la seule notion d'appartements « protégés » afin de faciliter la lecture.

²⁴ Voir notamment Age Report 2009, par François Höpflinger.

²⁵ Nous renvoyons à l'association des appartements de soins qui s'est créée sous la protection de la Société Suisse de gérontologie : www.sgg-ssg.ch.

²⁶ Voir la notion de *Service Wohnen* ou « Habitat à la carte » dans les *Altersheime* de la Ville de Zurich.

Le financement de ces structures est assuré par le loyer payé par les locataires, comprenant un forfait pour le financement des prestations comprises dans l'appartement (repas, animation, gardien, téléphone type Sécutel, ...). Dans quelques cantons (notamment Berne), le calcul pour le droit aux prestations complémentaires prend en compte des charges supplémentaires en plus du simple loyer, ce qui permet à toute personne d'habiter ces appartements. Les soins sont (en principe) facturés comme pour les services d'aide et de soins à domicile. Les EMS qui dispensent ces soins doivent donc se conformer aux exigences du financement fédéral. Est pendante toutefois toute la question de la part résiduelle du financement des soins par les cantons, qui sera éclaircie quelque peu dans le courant de l'année 2011...

6. Effets de la (nouvelle) réglementation de la LAMal sur les prestations et structures ambulatoires développées par des EMS

Bases légales

A. Le nouveau financement des soins

Le Conseil fédéral a décidé de l'introduction du nouveau régime de financement des soins au 1^{er} janvier 2011. Le nouveau texte précise²⁷:

« L'assurance obligatoire des soins fournit une contribution aux soins qui sont dispensés sur la base d'une prescription médicale et d'un besoin en soins avéré, sous forme ambulatoire, notamment dans des structures de soins de jour et de nuit, ou dans des établissements médico-sociaux. Le Conseil fédéral désigne les soins, fixe la procédure d'évaluation des soins requis. Le Conseil fédéral fixe le montant des contributions en francs en fonction des besoins en soins. Le coût des soins fournis avec la qualité requise et de manière efficace et avantageuse en fonction du besoin est déterminant. Les soins sont soumis à un contrôle de qualité. Le Conseil fédéral fixe les modalités ».

L'assurance maladie obligatoire ne verse donc plus qu'une contribution fixe et échelonnée en fonction du temps sur les prestations de soins dans le domaine ambulatoire (Spitex) ou en EMS. Le Département de l'intérieur définit ces contributions dans une ordonnance²⁸. La nouvelle réglementation doit être neutre en termes de coûts pour les assureurs. Outre le changement de système, les cantons (et les contribuables) devront faire face à une forte augmentation des coûts. De nombreux cantons doivent changer leurs lois, raison pour laquelle le Conseil fédéral a repoussé l'entrée en application de ces nouveautés au 1^{er} janvier 2011.

Dans la **nouvelle ordonnance**, on relève les dispositions suivantes qui ont un effet sur notre propos:

Les prestations peuvent être fournies de manière ambulatoire ou dans un établissement médico-social. Elles peuvent également être fournies exclusivement pendant le jour ou la nuit²⁹.

Pour les structures de soins de jour ou de nuit selon l'art. 7, al. 2ter, l'assurance prend en charge les montants selon l'al. 3, par jour ou par nuit, sur les coûts des prestations définies à l'art. 7, al. 2³⁰, soit :

<i>a. jusqu'à 20 minutes de soins requis:</i>	<i>9 francs;</i>
<i>b. de 21 à 40 minutes de soins requis:</i>	<i>18 francs;</i>
<i>c. de 41 à 60 minutes de soins requis:</i>	<i>27 francs;</i>
<i>d. de 61 à 80 minutes de soins requis:</i>	<i>36 francs;</i>
<i>e. de 81 à 100 minutes de soins requis:</i>	<i>45 francs;</i>
<i>f. de 101 à 120 minutes de soins requis:</i>	<i>54 francs;</i>
<i>g. de 121 à 140 minutes de soins requis:</i>	<i>63 francs;</i>
<i>h. de 141 à 160 minutes de soins requis:</i>	<i>72 francs;</i>
<i>i. de 161 à 180 minutes de soins requis:</i>	<i>81 francs;</i>
<i>j. de 181 à 200 minutes de soins requis:</i>	<i>90 francs;</i>
<i>k. de 201 à 220 minutes de soins requis:</i>	<i>99 francs;</i>
<i>l. plus de 220 minutes de soins requis:</i>	<i>108 francs.</i>

²⁷ Cf. le nouvel art. 25 al. 1,3 et 4 LAMal (Contribution aux prestations de soins).

²⁸ Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS, 24 juin 2009) : <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/02874/04308/index.html?lang=fr>.

²⁹ Art. 7 al. 2ter de l'OPAS (nouveau)

³⁰ Art. 7a al. 4 de l'OPAS (nouveau)

B. L'application de l'OPAS

Quant à l'OPAS, de nombreuses prestations indiquées à l'art. 7 sont également, de fait, déjà fournies dans les structures ou prestations ambulatoires développées par les EMS, notamment

- a. L'évaluation et les conseils
- b. Les examens et les traitements³¹
- c. Les soins de base³²

A noter toutefois qu'il appartient, en principe, à une infirmière pouvant justifier d'une expérience professionnelle de deux ans dans le domaine psychiatrique d'évaluer si des mesures d'ordre psychique doivent être prises.

En relation avec l'art. 8 OPAS - *Prescription ou mandat médical et évaluation des soins requis* -, il convient de relever que la prescription ou le mandat médical détermine, sur la base de l'évaluation des soins requis et de la planification commune, les prestations à effectuer par les infirmiers ou par les organisations d'aide et de soins à domicile. Sont compris dans l'évaluation des soins requis, l'appréciation de l'état général du patient, l'évaluation de son environnement ainsi que celle des soins et de l'aide dont il a besoin. L'évaluation des soins requis se fonde sur des critères uniformes. Les résultats sont inscrits sur un formulaire. Celui-ci indiquera notamment le temps nécessaire prévu. Les partenaires tarifaires établissent un formulaire uniforme.

Participation 2011 des caisses maladie à ce type de prestations des EMS

Quelques cantons ont négocié et obtenu un financement partiel de la part de santésuisse sur les prestations/structures suivantes. Etat des lieux au 1^{er} janvier 2011 :

Types prestations	Tarifs et conditions applicables selon la convention entre santésuisse et les associations cantonales	Cantons concernés
Accueil de jour	<p>Nouveaux forfaits 12 niveaux selon Art. 7a OPAS comme pour les EMS, 9 CHF par niveau, 12 niveaux</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grille santésuisse pour les cantons de Suisse centrale et Soleure (Valais en attente) - Grille ad hoc pour Berne - Grille BESA pour les Grisons - Grille ad hoc pour Vaud (ancien système facturation à l'heure) 	BE, LU, OW, NW, SZ, UR, ZG, SO, VS, VD, GR
	<p>Forfait unique de 24 CHF par jour, sans degré, grille fribourgeoise</p> <p>Forfait unique de 45 CHF par jour/par nuit, sans degré (recours pendant devant le TFA)</p>	FR ZH

³¹ Notamment : Administration de médicaments, en particulier par injection ou perfusion; administration entérale ou parentérale de solutions nutritives; soins en cas de troubles de l'évacuation urinaire ou intestinale, y compris la rééducation en cas d'incontinence; soins destinés à la mise en œuvre au quotidien de la thérapie du médecin, tels que l'exercice de stratégies permettant de gérer la maladie et l'instruction pour la gestion des agressions, des angoisses et des idées paranoïaques; soutien apporté aux malades psychiques dans des situations de crise, en particulier pour éviter les situations aiguës de mise en danger de soi-même ou d'autrui.

³² Soins de base généraux pour les patients dépendants, tels que: lui faire faire des exercices, le mobiliser, prévenir les escarres, prévenir et soigner les lésions de la peau consécutives à un traitement; aider aux soins d'hygiène corporelle et de la bouche; aider le patient à s'habiller et à se dévêtir, ainsi qu'à s'alimenter; mesures destinées à surveiller et à soutenir les malades psychiques pour accomplir les actes ordinaires de la vie, telles que la planification et la structuration de leurs journées de manière appropriée, l'établissement et la promotion des contacts sociaux par un entraînement ciblé et le soutien lors de l'utilisation d'aides à l'orientation et du recours à des mesures de sécurité.

Court séjour	Les mêmes conditions que pour les longs séjours en EMS, sauf pour les cantons PLAISIR (VD, GE, NE, JU). Par exemple, VD facture un forfait journalier de 62.50 CHF.	Tous
Appartements protégés et prestations de soins depuis les EMS ³³	En principe, les EMS n'ont pas de contrat spécifique avec les assureurs, sauf pour BE et VD. Certains EMS ont des autorisations de pratiquer des soins à domicile à l'externe et facturent de la même manière (notamment ZH, FR, BE) BE : Tarifs spécifiques pour les appartements avec prestations, liés ou non à des EMS (jusqu'à fin 2010) VD : Tarifs spécifiques pour les prestations	BE VD

Risques et opportunités du nouveau financement des soins sur ces structures et prestations

Concernant l'**accueil de jour**, tous les cantons entreront, en 2011 ou 2012, dans le nouveau système de financement des soins de jour ou de nuit, et adopteront 12 tarifs en fonction de 12 niveaux de soins. Les grilles d'évaluation des besoins en soins proposées par santéuisse et acceptées par plusieurs cantons poseront sans doute des problèmes d'appréciation. Notamment, tous les soins considérés comme « psychogériatriques » (orientation, accompagnement) devraient ne pas y être inclus. En novembre 2010, les cantons romands membres de la Plateforme romande de CURAVIVA Suisse ont d'ailleurs préféré rejeter une telle grille et négocier des solutions particulières pour 2011, avant de négocier peut-être une solution uniforme pour 2012.

Il y a donc également une envie et une opportunité, au niveau régional ou national³⁴, de trouver un financement identique pour la part des soins LAMal dans ces structures intermédiaires, ce qui permettrait à tous les EMS proposant, de fait et déjà aujourd'hui, ces prestations aux personnes âgées d'obtenir un financement adéquat et durable.

Concernant le **court séjour**, l'uniformisation des tarifs au niveau Suisse devrait induire une définition de plus en plus uniforme de court séjour en EMS en Suisse. Notamment l'apparition progressive des soins aigus et de transition devrait permettre de mieux cerner la mission et les moyens à donner pour les courts séjours.

Concernant les **soins dans les appartements protégés**, les expériences récentes nous indiquent que le système de financement de l'aide et des soins à domicile est le plus adéquat. Les clients ont ainsi droit aux mêmes prestations et aides qu'à domicile. La possibilité de prendre en charge des coûts plus importants dans le calcul des prestations complémentaires ouvrirait, quant à lui, des perspectives intéressantes et solidaires pour les personnes âgées avec peu de moyens.

³³ Les négociations 2011 ne sont pas encore terminées entre les assureurs maladie et les associations cantonales d'EMS concernées (VD, BE, ZH). Les assureurs souhaitent l'introduction d'un forfait pour les soins donnés, alors que les prestataires souhaitent continuer à facturer à l'acte selon les tarifs Spitex.

³⁴ Voir la récente motion ROSSINI Stéphane.

7. Conclusions et position de CURAVIVA sur ces questions

Il est important qu'à l'avenir les EMS puissent proposer des structures ou prestations ambulatoires/intermédiaires aux personnes âgées pour leur permettre de se maintenir dans leur domicile habituel. L'augmentation des besoins en soins de la population est telle que toute la palette des prestations doit être développée. La société doit profiter d'une plus grande ouverture et d'une utilisation rationnelle des compétences et des services communautaires des EMS afin de développer le soutien de l'entourage à domicile. Cette nouvelle mission « communautaire » de l'EMS est parallèle et complémentaire à sa mission originale d'accueil pour des séjours de longue durée.

Au demeurant, il convient de constater que l'opposition entre le maintien à domicile et l'institutionnalisation est aujourd'hui dépassée ; *le concept dominant est la reconnaissance de la diversité des situations et des besoins, et donc de la nécessité d'accepter une offre de services aussi large que possible*³⁵. Comme le constate la récente publication sur les « Verbundlösungen » (i.e. les coopérations entre partenaires sur plusieurs champs de prestations) dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées³⁶, le système médico-social, avec ses délimitations naturelles (ambulatoire vs hospitalier, soins à domicile vs institutionnalisation) est en pleine mutation.

Pour toutes ces raisons, il importe que CURAVIVA et les organisations d'EMS s'engagent pour assurer une meilleure diffusion des informations et des bonnes pratiques sur ce sujet, et pour garantir des conditions cadres favorables à ce développement, tant au niveau national (via le financement de la LAMal) que cantonal.

Plus concrètement, le CE de la Conférence spécialisée personnes âgées a décidé de mettre en œuvre les mesures suivantes :

1. Inscription du « *développement des structures ou prestations ambulatoires/intermédiaires des EMS en vue du maintien à domicile des personnes âgées* » dans les priorités stratégiques de la Conférence spécialisée personnes âgées.
2. Coordination des solutions tarifaires cantonales sur ces sujets dans le cadre des négociations avec les partenaires tarifaires au niveau Suisse ou avec les cantons suisses. Notamment, adoption d'un système d'évaluation uniforme et juste des besoins en soins qui tienne compte de la chronicité et des éléments psychogériatriques.
3. Mise à disposition de rapports et d'autres données ou expériences sur le site internet de CURAVIVA, dans la rubrique Dossiers. Présentation des pratiques modèles.
4. Publication d'un numéro de la Revue de CURAVIVA au printemps-été 2011 sur le sujet avec présentation de trois ou quatre modèles concrets.

³⁵ Michel Loriaux, in « Quels lieux de vie pour les personnes âgées », Actes de la journée d'étude de la FEGEMS, 2004.

³⁶ Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, Rapport complet « Verbundlösungen für die Pflege und Betreuung im Altersbereich », Mandat Age Stiftung et CURAVIVA, avec la collaboration de Spitex-CH, juin 2010 (rapport complet et Forschungsprojekt).

5. Affectation des tâches de coordinateur des structures/prestations intermédiaire/ambulatoires à un poste déjà existant auprès de CURAVIVA Suisse. Obtention de moyens supplémentaires de l'OFAS pour mieux développer ces questions (recherche, récolte de données, mise en réseau, adoption de définitions uniformes).
6. En termes de marketing, diffusion du message de l'EMS comme milieu ou centre de soins ouvert aux besoins des personnes âgées à domicile (outils et moyens à déterminer).
7. Participation active à la Journée romande de CURAVIVA du 22 septembre 2011, à Beaulieu, Lausanne, avec présentation de cette journée dans la Revue CURAVIVA / Publication des actes de la journée
8. Intégration du contenu et des pistes de réflexion de ce rapport dans le projet « Verbundlösungen für die Pflege und Betreuung im Altersbereich », lancé par CURAVIVA et qui se poursuit jusqu'en décembre 2011. Décision sur la suite commune à ces deux projets.

8. Sources

- **Aargauer Zeitung**, 08.07.09, Artikel « Angehörige bezahlen weniger ».
- **AFIPA**, Schéma l'EMS de demain, version présentée lors de la Journée « EMS de demain », septembre 2010.
- **Ardellier Dominique et Froidevaux Dominique**, Foyer de jour : un espace pour vivre sa vieillesse, recherche-action avec Soubeyran, 1997.
- **Association Alzheimer Suisse/Pro Senectute Suisse**, Rapport « Prestations de base pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer », février 2002.
- **Association Alzheimer Suisse**, Journal INFO, N. 47, printemps 2007, dossier sur les centres de jour.
- **Association AVRIL**, Conseil et gestion en habitats adaptés, www.association-avril.ch.
- **AVDEMS**, Actes de la journée de réflexion sur les foyers de jour: « 20 ans d'UAT, comment poursuivre ? », du vendredi 5 septembre 2008.
- **Basler Zeitung**, 16.07.09, Artikel « Mehr Freiheit für Senioren », de Michael Rockenbach.
- **CURAVIVA**, Statistiques des établissements médico-sociaux, édition 2009.
- **CURAVIVA**, Markus Leser, « Trends im Heimbereich », 2007.
- **CURAVIVA-Zeitung, 11-2007**, Artikel « Wer in der Romandie wohnt, ist im Vorteil », par Mathias Müller.
- **CURAVIVA-Zeitung, 12-2006**, Artikel « Ein letztes Daheim in der Hausgemeinschaft », par Barbara Steiner.
- **CURAVIVA-Zeitung, 7/8-2006**, Dossier « Wohnen im Alter », par Barbara Steiner et Elisabeth Rizzi.
- **Département de la Justice, de la santé et de la sécurité du canton de Neuchâtel**, extrait des rapports de la Commission de gériatrie au Conseil de santé neuchâtelois, 1^{er} juillet 1998.
- **Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie du canton de Valais**, rapport « Politique cantonale de la prise en charge des personnes âgées », avril 2008.
- **Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie du canton de Valais**, directives concernant les foyers de jour pour personnes âgées, décembre 2005.
- **Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne**, rapport « Foyers de jour pour personnes âgées – Modèle de financement et pilotage des prestations semi-résidentielles dès 2008 ».
- **Direction de la santé et des affaires sociales du canton de Fribourg**, directives pour les foyers de jour, juillet 2009.
- **Etat de Genève**, rapport sur les structures intermédiaires genevoises, novembre 2007.
- **Etat de Genève**, rapport de l'étude relative aux structures intermédiaires subventionnées offrant des prestations de jour, 2004.
- **Etat de Vaud**, brochure « Le logement protégé : pour vivre chez soi malgré l'âge et le handicap », 1^{ère} édition, février 2007.
- **FEGEMS**, publication « Quels lieux de vie pour les personnes âgées ? Vers de nouveaux modèles d'habitat et d'accompagnement », 2004.
- **Foyer de jour municipal de Bienne**, plaquette des 10 ans, 1988-1998.
- **Fontaine Danièle**, « Les dispositifs de prise en charge et d'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer », in *Gérontologie et société* N. 128/129, juin 2009, p. 225 et ss.
- **Fragnière Jean-Pierre et Roger Girod**, Dictionnaire suisse de la politique sociale, 2^{ème} édition 2002, Réalités sociales.
- **Grundangebot und Basisqualität in Alters-und Pflegeheimen**, Bericht Steuerungsgruppe BL/BS/SO
- **Guisan Isabelle**, « JF centenaire cherche colocation », Fondation Mont-Calme, 2010.

- **Habitation**, revue spécialisée, N. 1, mars 2010, Dossier sur « Vieillir en ville ».
- **Höpflinger François**, Age Report 2009, «Einblicke und Ausblicke zum Wohnen im Alter», 2009.
- **Höpflinger François et Valérie Hugentobler**, «Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse», Observations et perspectives, OBSAN, 2005.
- **Huber François**, « Begriffe Begegnungsstätten, Tagesheime, Nachtheime, Kurzheimaufenthalte », réponse élaborée par François Huber, de l'OFAS, responsable de l'octroi des subventions AVS aux foyers de jour, sur la base de son expérience de plus de 20 ans, suite à une demande d'Emmanuel Michielan formulée le 22 juin 2006.
- **Journal de Morges**, 19.6.09, article « Logements protégés : le grand boom », par Pierre Masson.
- **La Liberté**, 09.03.10, article « Les enjeux des EMS de demain », par Stéphane Gobbo.
- **Le Temps**, 08.01.07, article « Des garderies pour les aînés », par Ludovic Hirtzmann.
- **Maggiori Christian** et Michaël Reicherts, rapport de l'Université de Fribourg, section de psychologie sur : « Foyers de jour du canton de Fribourg : qualité de vie et de bien-être des hôtes et de leur entourage proximal », sur mandat de l'AFIPA, 2008.
- **Mont d'Or**, « Vivre à la Maison Mivelaz, les logements protégés du quartier du Mont d'Or », DVD de présentation, 2009.
- **Ploton Louis**, « Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer », Chronique sociale, 2009.
- **Rossini Stéphane**, Motion 10.4090 du 16.12.2010 sur la promotion des structures intermédiaires.
- **Stucki Geneviève**, « Hébergement de type psychogériatrique pour la population de plus de 65 ans : besoins en lits à l'horizon 2000-2005 », Service de la santé publique du canton de Vaud, 1995.
- **Tagespflege in NRW**, « Situation und Perspektiven », von der Kuratorium Deutsche Altershilfe, 1997.
- **Thomas Philippe**, « Entrée en institutions des déments », Etude Pixel, 2002, Service universitaire de psychogériatrie Esquirol, Limoges, France.
- **Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie**, Rapport complet « Verbundlösungen für die Pflege und Betreuung im Altersbereich », Mandat Age Stiftung et CURAVIVA, avec la collaboration de Spitex-CH, juin 2010 (rapport complet et projet de recherche).

Abréviations

AFIPA/VFA	Association fribourgeoise des institutions pour personnes âgées – Vereinigung Freiburger Alterseinrichtungen
AOS	Assurance obligatoire des soins
AVDEMS	Association vaudoise des établissements médico-sociaux
CE	Comité exécutif (Exekutiv-Komitee) de la Conférence spécialisée personnes âgées de CURAVIVA Suisse
EMS	Etablissement médico-social
FEGEMS	Fédération genevoise des établissements médico-sociaux
LAMal	Loi sur l'assurance maladie
OBSAN	Observatoire suisse de la santé
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OPAS	Ordonnance sur les prestations dans l'AOS
SOMED	Statistique de santé nationale de l'OFS (dont les EMS)

UAT Unité d'accueil temporaire ; dans le canton de Vaud, c'est une place d'accueil à la journée, dans le canton de Genève, un lit pour un court séjour en EMS.