

Synthèse technique des travaux effectués pour la planification médico-sociale 2015 -2020

1. Préambule

La présente note de synthèse résume les éléments essentiels de la mise à jour 2006-2007 de la planification médico-sociale de 2001¹. Les travaux effectués comportent deux volets :

- A. L'estimation des besoins en lits d'hébergement médico-social de long séjour, selon différentes hypothèses, réalisée par J. Menthonnex (SCRIS).

www.scris.vd.ch (publications, autres études)

- B. L'évaluation des besoins médico-sociaux dans leur ensemble, sur la base du modèle « Balance of Care » et du logiciel PODA.

www.santepublique.vd.ch

L'horizon temporel de référence est l'année 2015. Une estimation de l'évolution prévisible des besoins en lits de long séjour jusqu'en 2020 est également disponible.

2. Perspectives démographiques 2015-2020

Les perspectives démographiques utilisées sont celles élaborées en 2004 pour le canton de Vaud par le SCRIS, ajustées en fonction des nouvelles tables de mortalité publiées par l'OFS.

En juin 2007, le SCRIS a publié de nouvelles perspectives démographiques, qui présentent peu de différences avec celles utilisées et ne modifient donc pas les estimations effectuées concernant l'offre médico-sociale nécessaire.

Le tableau 1 ci-dessous résume les perspectives démographiques vaudoises à l'horizon 2020 pour la population âgée de 65 ans et plus.

Tableau 1 : Perspectives démographiques – Vaud 2005 – 2020, SCRIS

(Scénario de base 2004 réajusté au nouveau modèle de mortalité)

	2005	2010	2015	2020
65 – 79 ans	70'181	80'114	92'191	100'813
80 – 89 ans	24'570	27'060	28'535	30'826
90 ans et +	4'911	5'619	7'214	8'249
Total	99'662	112'793	127'940	139'887
	+ 13'131 (+ 13%)	+ 15'147 (+ 13%)	+ 11'947 (+ 9%)	

¹ « Besoins en lits d'hébergement dans le canton de Vaud à l'horizon 2010 », Rapport technique, SCRIS-SSP, Jacques Menthonnex, Septembre 2001.

3. Principaux résultats

A. Besoins en lits d'hébergement médico-social de long séjour (SCRIS)

Le premier volet intègre tous les besoins d'hébergement médico-social de long séjour, toutes catégories d'âge confondues, indépendamment du statut du lit (C ou D) et quel que soit le type d'institution (EMS, division C d'hôpital ou de centre de traitement et de réadaptation). Le collectif des courts séjours n'est pas pris en compte.

Deux approches ont été utilisées :

- La première approche, classique, consiste à maintenir stables, par hypothèse, les taux d'hébergement observés et à les appliquer aux perspectives démographiques établies. Cette approche suppose que les personnes entrent en EMS à la même fréquence et au même âge que leurs prédécesseurs et, compte tenu de l'augmentation de l'espérance de vie, que ce sont les « mauvaises années de vie » (avec une dépendance requérant une institutionnalisation) qui augmentent.
- La deuxième approche consiste à considérer les taux d'hébergement par durée qui reste à vivre. Elle permet d'intégrer l'évolution de l'espérance de vie et de différer l'entrée en EMS au fur et à mesure que la durée de vie s'accroît. Ce sont ainsi, en tout ou partie, les « bonnes années », sans nécessité d'hébergement, qui augmentent.

Les besoins en lits d'hébergement de long séjour de type psychiatrique, qui concernent prioritairement une population d'adultes, ont été estimés sur la base de la première approche seulement. L'évolution des effectifs de ce groupe est en effet difficile à prévoir, avec des séjours souvent répétés, dont la fréquence et la durée restent difficiles à estimer sur le plan statistique.

S'agissant des besoins d'hébergement de long séjour en gériatrie et en psychogériatrie, différents scénarii ont été élaborés. Après examen des tendances les plus plausibles, le groupe de travail recommande le scénario de compromis 0.20, qui consiste à considérer que le 80% des années de vies gagnées sont des années de vie « en bonne santé », soit sans besoin d'institutionnalisation.

Le tableau 2 ci-dessous présente les perspectives d'évolution des pensionnaires en long séjour à l'horizon 2015-2020.

**Tableau 2 : Projections de personnes hébergées en long séjour - Vaud 2010-2020
(Scénario de compromis 0.20)**

	PENSIONNAIRES DE LONG SÉJOUR ⁽¹⁾ (TOUTES CATÉGORIES)			
	2010 actualisé		2015	2020
GPG ⁽²⁾	5671		6'115	6'571
PSY ⁽²⁾	516		546	577
TOTAL	6'187		6'661	7'148
ECARTS ⁽³⁾		474		487

- (1) Pour fixer des cibles en lits, il faut encore tenir compte, a) du taux d'occupation 98% - b) des lits de court séjour
 (2) GPG : gériatrie et psychogériatrie. PSY : psychiatrie
 (3) Ecarts périodes 2010-2015 / 2015-2020

Les résultats de l'étude technique effectuée par le SSP en 2002² ont par ailleurs montré qu'il était nécessaire de spécialiser en psychogériatrie au minimum 60% des lits supplémentaires à l'horizon 2010. Cette approximation reste valable à l'horizon 2015, avec environ 80% des nouveaux lits de gériatrie/psychogériatrie qu'il s'agira de spécialiser en psychogériatrie (voir tableau 5).

B. Résultats de l'approche « Balance of care » (logiciel PODA)

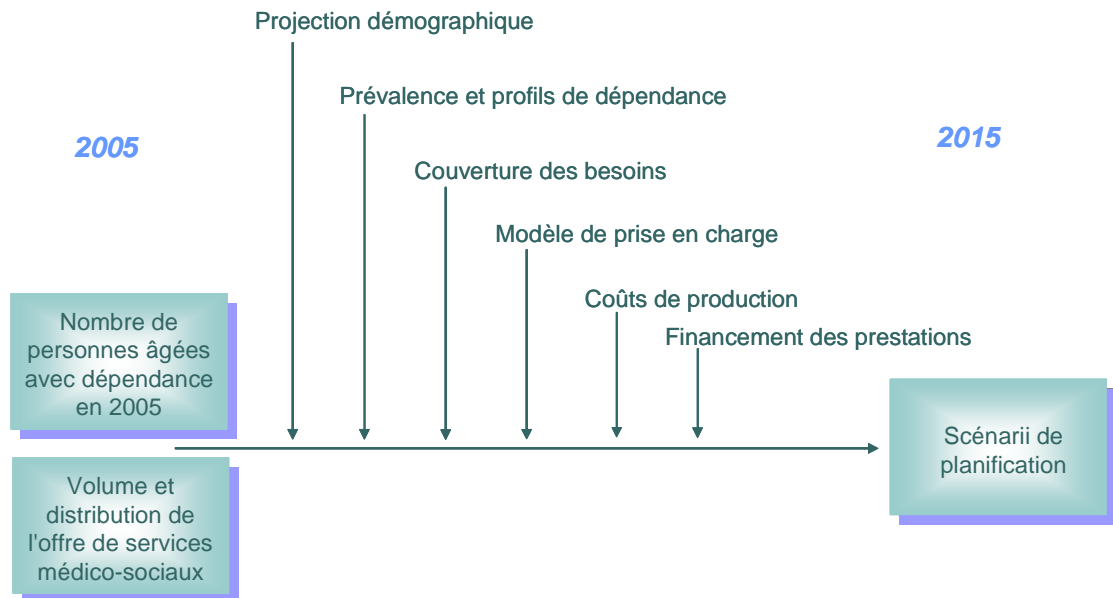
Le modèle « Balance of care » (logiciel PODA) est un outil dynamique de planification médico-sociale fondée sur l'analyse des besoins. Il permet d'estimer l'ensemble des besoins médico-sociaux de la population âgée de 65 ans et plus concernée par la dépendance chronique, en tenant compte, des alternatives possibles de prise en charge en fonction des caractéristiques de la dépendance.

Seuls les besoins en aide et soins médico-sociaux sont considérés. Les soins exclusivement médicaux ou les aides exclusivement sociales, de même que les services de soins aigus, subaigus ou de réadaptation, ne sont pas pris en considération.

Le modèle permet d'estimer différents scénarii, soit différentes « balances de services » pour couvrir les besoins de la population dépendante estimée. Les scénarii peuvent être valorisés en termes de coûts et de financement, pour autant que les données utiles puissent être fournies et soient de qualité suffisante.

² « Besoins en lits d'hébergement de type psychogériatrique à l'horizon 2010 dans le canton de Vaud », Rapport technique, SSP, M. Montavon, Décembre 2002.

Figure 1 : Eléments essentiels du modèle

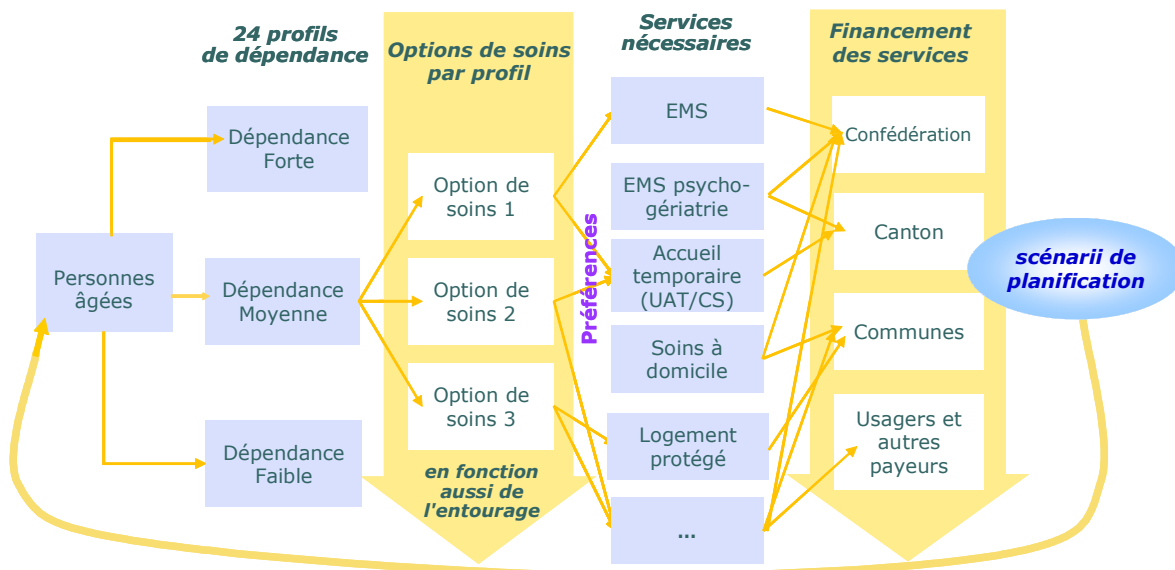


Le travail d'alimentation du modèle par les données vaudoises nécessaires a été réalisé par un groupe de travail technique, qui a récolté les données et fait les principaux choix. Certaines données résultent d'estimations lorsque les données nécessaires n'étaient pas disponibles. La documentation détaillée est disponible dans le rapport technique et autres documents de travail établis.

La démarche, de nature participative, a également associé un ensemble d'experts du domaine médico-social, qui ont défini, pour chacune des catégories de dépendance considérées, les options de soins possibles. Les experts ont été ensuite sollicités pour exprimer leurs préférences par rapport aux différentes possibilités de prise en charge.

Compte tenu de l'horizon temporel de confiance par rapport aux prévalences de dépendance disponibles, les résultats sont présentés à l'horizon 2015. Une mise à jour des données relatives à la dépendance est prévue dès 2009 sur la base de l'Enquête suisse sur la santé 2007 et de son complément d'enquête en milieu institutionnel.

Figure 2 : Eléments du modèle (suite)



Estimation de la population dépendante

La proportion de personnes âgées présentant une dépendance chronique est estimée à 22,7% de la population âgée de 65 ans et plus. A prévalences stables, la population dépendante estimée à prendre en charge par le réseau médico-social s'élève à 23'700 personnes en 2015, soit une augmentation d'environ 5'100 personnes par rapport à 2005. Environ 60% de ces personnes présentent une dépendance chronique moyenne à sévère. Selon les estimations effectuées, le 83% des personnes dépendantes bénéficient d'une prise en charge médico-sociale par le système public ; les 17% restants recourent à leur réseau social informel ou à une prise en charge médico-sociale privée.

Afin d'évaluer la sensibilité du modèle, une hypothèse relative à une éventuelle compression de la morbidité, avec une population dépendante qui passerait de 22,7% à 20%, a été testée. Une telle baisse aurait pour effet une réduction conséquente du nombre de personnes dépendantes à prendre en charge en 2015 (environ 20'800 au lieu de 23'700). Un impact de cette nature justifie un intérêt particulier face aux mesures et stratégies susceptibles de maintenir la meilleure autonomie et indépendance possible des personnes âgées de ce canton.

Estimation de l'offre nécessaire

Les résultats en terme d'offre sont présentés dans le tableau 3 ci-dessous. La première colonne présente une estimation de la proportion que représente le **périmètre** « Balance of care » (population de 65 ans et plus concernée par la dépendance chronique) par rapport au total de l'activité : pour les lits d'hébergement, cette proportion est de 90% ; pour l'aide et les soins à domicile, elle est de 60%.

Après diverses analyses, trois scénarii principaux sont présentés, correspondant respectivement :

- aux préférences des professionnels de l'aide et des soins à domicile (E1 ASAD),
- aux préférences des professionnels travaillant dans les BRIOs (E2 BRIO);
- aux options de soins les moins coûteuses (E3 Coût minimal).

Un quatrième scénario (E4 CMin adapté) a également été élaboré, de manière à présenter une cible plus réaliste en ce qui concerne le nombre de places d'accueil temporaire. A cette fin, le profil de dépendance n° 5 a été corrigé sur la base du volume de prestations UAT préconisé par le groupe de professionnels sollicité par l'IUMSP dans le cadre de la première utilisation du modèle "Balance of care".³

Les trois premiers scénarios présentent des balances de services très contrastées, toutes compatibles avec une couverture adéquate des besoins médico-sociaux de la population vaudoise tels que définis par les experts sollicités dans le cadre de cette approche.

Le premier scénario (E1 ASAD) suppose un bouleversement considérable de la structure actuelle de l'offre : il s'agirait de fermer quelque 2'900 lits de long séjour, d'en réaffecter 1'300 à du court séjour, tout en multipliant par 4,5 l'effectif de l'aide et des soins à domicile. De tels changements sont peu réalistes à l'horizon temporel considéré.

Le deuxième scénario (E2 BRIO) prévoit des changements moins drastiques, mais néanmoins importants : il s'agirait de réduire les lits de long séjour de 250 unités, d'augmenter de 900 lits les possibilités de court séjour, tout en multipliant par un facteur de 2,6 les capacités de l'aide et des soins à domicile.

Le troisième scénario (E3 CMIN) présente l'avantage de minimiser le coût global, tout en exigeant un effort équilibré d'adaptation de chacun des secteurs de l'offre médico-sociale, à l'exception toutefois des places UAT dont l'augmentation semble excessive.

Le quatrième scénario (E4 CMin adapté) fait référence à l'horizon 2015. La balance de services ainsi prévue, pour le périmètre du modèle, comporte une augmentation des lits de long séjour d'environ 700 unités, un doublement des capacités de court séjour et de l'accueil temporaire ainsi qu'un accroissement de la capacité de l'aide et des soins à domicile d'environ 200 équivalents plein temps (+26%).

³ B. Santos-Eggimann, N. Chavaz, A. Clerc Berod, P. Laurence, F. Zobel (1998). Modèle d'évaluation des politiques cantonales de prise en charge médico-sociale des personnes âgées chroniquement dépendantes et place du maintien à domicile, requête n°4032-35702, Lausanne : Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive (Rapport final).

Tableau 3 : Scénarios à l'horizon 2015 – Principaux résultats

	Périmètre PODA/ Total	Offre 2005 PODA	Scénarii 2015			
			E1 ASAD	E2 BRIO	E3 Coût minimal	E4 C min. adapté
Lits Longs séjours		5'038	2'111	4'784	5'729	5'729
Lits courts séjours		241	1'531	1'118	474	474
Sous-total lits	90%	5'279	3'642	5'902	6'203	6'203
Accueil temporaire (UAT)	90%	366	5'886	5'917	2'717	847
Logements protégés	100%*	1'836	1'274	789	4'963	4'963
Aide et soins à domicile (EPT) (1)	60%	817	3'641	2'152	965	1'031
Repas (en millions)		0,73	2,11	1,59	0,81	0,81
Transports (abts)		-	20'311	17'655	14'933	14'933
Service de thérapie (EPT)		-	271	203	89	95
Veille et présence (EPT)		3	128	35	35	35
Bénévolat (EPT)		-	621	336	235	235
Coûts globaux en millions (2005)	80%	595	1'029	985	773	749
Financement :						
% Canton (après RPT 1.1.08)			26%	28%	29%	28%
% Communes (après RPT 1.1.08)			25%	26%	26%	25%
% Assureurs maladie			31%	28%	27%	28%
% Usagers			18%	18%	18%	19%
Personnes dép. prises en charge		18'590	23'707			
Lieu de vie :						
% domicile privé		63%	86%	77%	55%	55%
% logements protégés		10%	5%	3%	21%	21%
% EMS		27%	9%	20%	24%	24%

- (1) Les prestations regroupées sous « Aide et soins à domicile » comprennent les prestations suivantes : soins de base, aide à domicile, accompagnement psychosocial, démarches administratives, coordination, évaluation, instructions et conseils, conseil nutritionnel, prestations des BRIO, moyens auxiliaires.

Il est intéressant de noter encore que tous les scénarios prévoient :

- une augmentation des prestations de thérapie (ergothérapie, physiothérapie, pédicure), ce qui traduit l'importance accordée à ces prestations pour prévenir les pertes d'autonomie ;
- une place importante du bénévolat ainsi que des veilles et présences qui jouent un rôle important dans la prise en charge médico-sociale.

4. Comparaison des deux approches

Pour établir des recommandations relatives à l'offre médico-sociale à l'horizon 2015, il convient de comparer les résultats des deux volets, en effectuant les corrections de périmètre nécessaires⁴.

S'agissant des lits de long séjour, le scénario de l'approche « Balance of care » le plus proche du scénario recommandé du SCRIS (scénario 0.20) est le scénario en coût minimum.

Le tableau ci-dessous présente les résultats et recommandations à l'horizon 2015-2020 concernant la capacité d'hébergement.

Tableau 5 : Capacité d'hébergement — Recommandations à l'horizon 2015-2020
Ensemble des pensionnaires, tous âges, C et D (tx o : 98%)

	1 Offre 2007 (30.09.07)	2 PIMEMS 2010 (lots 1, 2, 3)	3 (1+2) Offre prévue 2010	Horizon 2015			7 (6-3) Ecart 2010-2015	8 Horizon 2020 SCRIS Sc. 0.20
				4 SCRIS Sc. 0.20	5 PODA Sc. CMIN adapté	6 Cible proposée		
Lits LS G/PG	5'288	480	5'768	6'240	6'134	6'240	+ 472	6'705
> dont PG	1'125	363	1'488		1'859	1'860	+ 372	À définir
Lits LS psy	467	40	507	557	--	560	+ 53	589
Lits CS G/PG	241	--	241	--	486	490	+ 249	À définir
Total	5'996	520	6'516	--	--	7'290	+ 774	--
Places UAT G/PG	400	83	483	--	847	850	+ 367	À définir

⁴ Pour assurer la comparabilité des deux approches en ce qui concerne la capacité d'hébergement, il faut : **1)** transformer les résultats en pensionnaires de long séjour (**tous âges, C et D**) de la première approche (SCRIS) en lits de long séjour, par l'application du taux d'occupation standard de 98%; **2)** appliquer deux facteurs de correction aux résultats PODA **a)** pour obtenir les besoins totaux toutes catégories d'âge confondues (y compris les moins de 65 ans) **b)** pour intégrer les lits D, non considérés dans la définition de la dépendance chronique retenue par le modèle PODA.

5. Cibles en lits par régions

Afin d'être en mesure de réviser le programme d'investissement actuel, et d'émettre des propositions d'implantation de nouveaux EMS sur le territoire vaudois, des cibles par grandes régions (secteurs psychiatriques de référence en 2007) ont été définies. Les projections par régions ont été effectuées en tenant compte des prévisions démographiques de chaque secteur, ainsi que des taux d'hébergement établis au niveau cantonal correspondant au scénario de compromis SCRIS 0.20 décrit plus haut.

Le tableau ci-dessous présente les projections établies, pour les lits de long séjour de gériatrie et de psychogériatrie.

Tableau 6 : Projections par régions géographiques 2015-2020
Lits de long séjour de gériatrie et psychogériatrie

Régions : secteurs psychia- triques 2007	OFFRE DÉJÀ PRÉVUE (situation au 15.02.08)					6 Cible 2015 (SCRIS, sc. 020)	7 Cible 2020 (SCRIS, sc. 020)	ECARTS	
	1 Offre 2007 (30.09.07)	2 PIMEMS 2010 (lots 1, 2, 3)	3 Projets hors PIMEMS 2007-2012 (probable)*	4 PIMEMS 2e série (prévu) H 2015	5 (1+2+3+4) TOTAL PRÉVU			8 (6-5) Offre prévue - Cible 2015	9 (7-5) Offre prévue - Cible 2020
Centre	1'743	302	41	0	2'086	2'042	2'143	- 44	+ 57
Est	1'693	0	44	0	1'737	1'771	1'856	+ 34	+ 119
Ouest	856	61	0	150	1'067	1'215	1'427	+ 148	+ 360
Nord	996	117	8	68	1'189	1'212	1'279	+ 23	+ 90
Total	5'288	480	93	218	6'079	6'240	6'705	+ 161	+ 626

* Non compris :
 • Structure provisoire La Paix du Soir (30 lits attente de placement)
 • Littoral Parc (72 lits, non RIP)

6. Conclusions

Sur la base des travaux réalisés, des orientations sont proposées pour la politique médico-sociale à l'horizon 2015-2020. Elles reposent sur un choix essentiel, qui consiste à privilégier une politique équilibrée reposant sur les trois piliers complémentaires que sont l'hébergement de long séjour, les services d'aide et d'appui au maintien à domicile, et les logements protégés, avec :

- la mise à disposition d'environ 100 lits supplémentaires de long séjour de gériatrie et de psychogériatrie entre 2005 et 2015 ;
- un développement important des capacités de court séjour et d'accueil temporaire ;
- l'adaptation des moyens de l'aide et des soins à domicile pour suivre la demande découlant du vieillissement démographique ;
- le soutien de l'Etat au développement, par le secteur privé, de logements protégés correspondant au concept publié en février 2007⁵.

Les tendances communes aux différents scénarios reflètent également la nécessité de développer des stratégies d'appui pour préserver l'autonomie par des services de thérapie appropriés, pour soutenir l'entourage fournissant des soins informels et pour développer le bénévolat et la vie associative.

Les estimations retenues sur la base des travaux réalisés devront bien entendu faire l'objet de mises à jour ultérieures, pour tenir compte des évolutions démographiques et de l'état de santé de la population âgée.

* * *

Lausanne, le 25 février 2008

Note rédigée par :
Geneviève Stucki
Service de la santé publique
Cheffe de la division Services médico-sociaux et réseaux
Rue Cité-Devant 11 - 1014 Lausanne
mailto : genevieve.stucki@vd.ch

⁵ "Le logement protégé" - SSP/SASH/SELT