

Logements avec services

Conditions cadres – politique de financement

Argumentaire portant sur le développement des logements avec services

CURAVIVA, l'association de branche d'ARTISET, a pour objectif de permettre à toutes les personnes âgées vulnérables, indépendamment de leurs besoins individuels en prestations, de leur lieu de résidence et du mode d'habitation librement choisi, de participer à la vie de leur espace social sans restrictions financières, de leur lieu de résidence et de séjour et de leur mode d'habitation librement choisis (modèle d'habitat et de soins 2030 dans le cadre de la vision Habitat Seniors de CURAVIVA)

En tant qu'association de branche représentant les intérêts d'organisations livrant des soins à des personnes âgées, notamment dans les segments des soins stationnaires et des structures intermédiaires, CURAVIVA contribue par le présent document à informer au sujet de la politique actuelle de financement en lien avec la forme de logements avec services la plus traitée, à savoir les appartements protégés, et identifie les enjeux à venir y relatifs.

Table des matières

1.	Introduction	2
1.1	Soins intégrés	2
1.2	Logements avec services	3
2.	CURAVIVA	5
2.1	Perspective CURAVIVA	5
2.2	Nouveau positionnement	5
3.	Considérations de base	6
3.1	Offre de logements avec services	7
3.2	Financement	11
4.	Recommandations	15
4.1	Favoriser la mise sur pied d'études nationales	15
4.2	Diversifier et accroître l'offre des logements avec services	16
4.3	Garantir une couverture des coûts	16
5.	Sources et bibliographie complémentaire	19

1. Introduction

Le comité de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales (CDAS) a adopté une vision pour le logement autonome de personnes âgées et handicapées en date du 22 janvier 2021 et se fixe notamment l'objectif suivant:

«D'ici 2030, les personnes âgées et les personnes handicapées en Suisse choisissent librement et en toute autonomie leur lieu de domicile et le type de logement souhaité, comme les personnes sans handicap. Elles ont les mêmes libertés de choix que les personnes sans besoin d'encadrement.»

Une démarche visant à promouvoir les soins intégrés et, par conséquent, à améliorer la coordination des soins de santé (Stremlow et al (2018) - Gestaltung kommunaler Alterspolitik in der Schweiz, Hochschule Luzern - Städte auf dem Weg zu mehr Altersfreundlichkeit) est nécessaire afin d'abattre les frontières qui séparent le choix d'une vie à domicile de celui d'une vie en milieu institutionnel.

Un déploiement de structures intermédiaires et notamment de logements avec services (respectivement Habitat protégé) doit être favorisé et le financement des prestations assuré afin de ne pas conditionner le choix de personnes âgées et/ou avec un handicap sur leur mode de vie.

CURAVIVA s'engage beaucoup en ce qui concerne les conditions-cadres relatives au financement des prestations dans les EMS et il s'agit ici de traiter les conditions-cadres relatives au financement des prestations délivrées dans les structures intermédiaires, notamment dans les logements avec services. Aujourd'hui déjà, une grande partie des EMS membres de CURAVIVA confirment compléter leur offre d'EMS avec des logements avec services.

Dans le cadre de cet argumentaire, les aspects qui du point de vue de la politique de la santé ont une incidence sur le financement des prestations dispensées dans le domaine de l'Habitat protégé sont mis à lumière, à savoir la forme de logements avec services la plus traitée au niveau politique, et identifier les principaux enjeux à venir dans ce domaine.

1.1 Soins intégrés

En Suisse, les soins intégrés peuvent s'exprimer de différentes manières:

- Une formalisation des principes d'intégration, (ex. contrat formalisé entre deux [ou plus] structures/organisations/description du projet, business plan)
- Intégration d'au moins deux niveaux de services de santé (ex. Services de santé communautaire: promotion de la santé, prévention de maladies, services sociaux, etc.)
- Participation d'au moins deux groupes différents de professionnelles et de professionnels de santé, (p. ex.: podologues et infirmières vs infirmiers) (OBSAN, 2017, p. 11)

Les conditions nécessaires au déploiement des soins intégrés sont par exemple:

- Le domicile devient de plus en plus un véritable lieu de soins, grâce à l'accroissement des services mobiles et grâce aux outils numériques tels que les applications;
- Les cantons coordonnent d'avantage les directions de santé et celles des affaires sociales;

- Les communes misent sur un déploiement des soins de santé primaires de qualité. (CDS, 2019, p. 28).

Historiquement, c'est dans les années 1990 que les premiers cabinets de médecins de groupe (HMO) travaillant selon le principe du gate keeping ont vu le jour en Suisse. Cela a eu pour conséquence d'améliorer la coordination entre professionnels de santé et favorisé le déploiement du travail en réseau dans d'autres domaines de soins. C'est en ce sens que des modèles d'assurance-maladie alternatifs ont pu voir le jour de telle manière qu'en 2017, près de 52% des médecins exerçant en ambulatoire étaient affiliés à un réseau, ce qui a également amené des réflexions de fond sur le financement des prestations médicales.

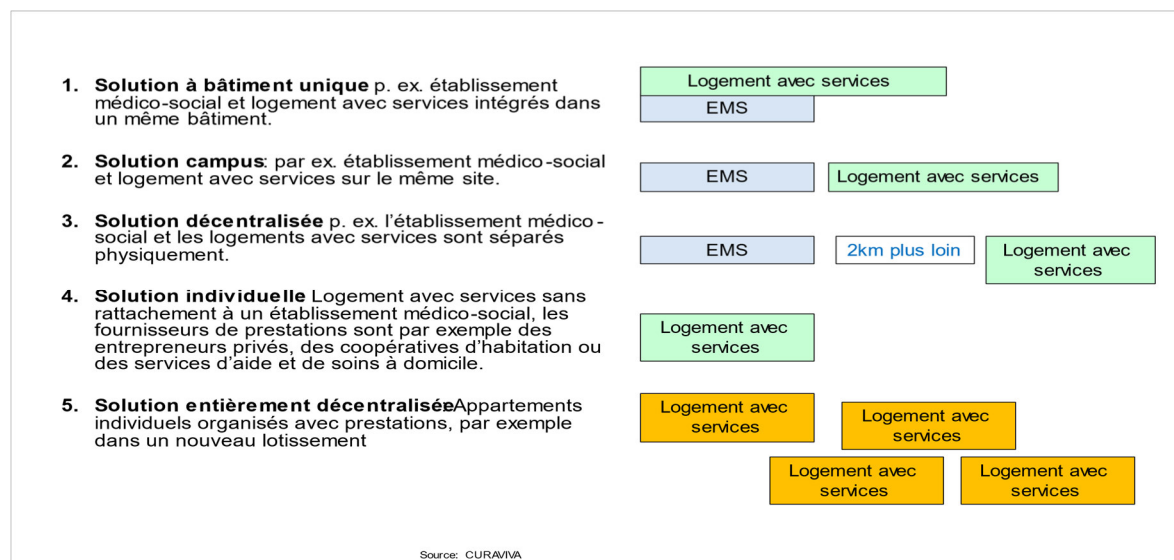
Au niveau international, l'OMS a par exemple défini le vieillissement en bonne santé comme «le processus de développement et de maintien de la capacité fonctionnelle qui permet le bien-être à un âge avancé». La capacité fonctionnelle est constituée de la capacité intrinsèque de l'individu, des caractéristiques environnementales pertinentes et de leur interaction. Parmi les quatre domaines d'action identifiés par l'OMS pour la décennie 2020-2030 figure le fait de fournir des soins intégrés centrés sur la personne et des services de santé primaires qui répondent aux besoins des personnes âgées. (OMS, 2019, p.7)

1.2 Logements avec services

Les logements avec services (dits adaptés ou protégés) ne font pas l'objet d'une définition légale nationale (Bureau BASS, 2016). L'OFAS fait toutefois élaborer une définition. Celle-ci actualise et complète les résultats d'une étude préliminaire (Bannwart/Künzi 2018) en posant des questions sur quatre principaux niveaux:

- Définition logement protégé / logement avec services
- Conditions d'éligibilité pour les résidents
- Questions sur le montant des dépenses reconnues en ce qui concerne l'obtention d'une prestation PC
- Pilotage de l'offre de logements protégés par les cantons

Du point de vue de la pratique, CURAVIVA identifie le déploiement des logements avec services de la manière suivante:



Il existe deux types de logements avec services sous la dénomination «Logements pour personnes âgées» (OBSAN, 2021, p.15)

- Appartements protégés: divers services d'aide, de soins et de soins infirmiers sont également proposés ou coordonnés pour les résident·es;
- Appartements adaptés: peu ou pas de services de soutien, de soins et de soins infirmiers sont proposés ou coordonnés pour les résident·es.

Vie à domicile	Structures intermédiaires		Résidence permanente
	Appartements pour personnes âgées	Appartements protégés	EMS
Structures de jour et de nuit			
Séjours de courte durée en EMS			
Ambulatoire			Stationnaire
Source: représentation ECOPLAN 2021			

Ces deux types d'offre de prestations sont classés sous la notion de «structures intermédiaires» qui elles sont définies comme «des installations fixes locales qui représentent une forme intermédiaire entre le domicile traditionnel et une institution socio-médicale – ceci par opposition aux services intermédiaires ou ambulatoires qui ne sont pas liés à un lieu fixe».

Un travail de CURAVIVA intitulé «Catégorisation des formes d'habitat adapté aux besoins» (CURAVIVA, 2022) déjà publié a également été mis sur pied afin de démontrer les formes ambulatoires d'habitat dites «intermédiaires», c'est-à-dire entre le logement privé classique (appartement ou maison) et les formes stationnaires (EMS, institution sociale). Cette catégorisation est basée sur le modèle de «l'Habitat protégé en Suisse» et s'inscrit dans la perspective de l'espace social (CURAVIVA, 2021).

- Habitat communautaire
- Unités de vie décentralisées avec un degré élevé de soins et d'accompagnement
- Logement avec services/encadrement

La nature ainsi que le degré de l'aide nécessaire induisent une différenciation de l'offre. Ceci explique notamment les raisons menant à trouver différents types d'organisations sous la dénomination «logement avec services/encadrement»:

- Le logement avec une personne de contact sur place (service social, concierge)
- Le logement avec une offre spécifique de soins et d'accompagnement
- Le logement directement relié à une institution

Selon le modèle théorique d'Imhof, Mahrer-Imhof (2020), les prestations possibles sont réparties en quatre catégories (A à D), qui se différencient par le degré de l'aide fournie:

Pas/peu de services (p. ex. uniquement système d'appel d'urgence)	Logement adapté aux seniors
Assistance uniquement (p. ex. services ménagers, gardien(ne) sur place pendant la journée)	Logement protégé cat. D
Encadrement et soins + sécurité assurée par un spécialiste externe	Logement protégé cat. C
Encadrement et soins + sécurité assurée par un professionnel de la maison 24h/24	Logement protégé cat. B
Encadrement et soins + sécurité assurée par un professionnel de la maison 24h/24 + soins spécialisés dans les situations palliatives et en cas de démence	Logement accompagné cat. A

2. CURAVIVA

2.1 Perspective CURAVIVA

L'évolution des membres de CURAVIVA mène celle-ci à se réorganiser et à réorienter ses activités en prenant position dans des domaines toujours plus variés. C'est à ce titre qu'en 2014 déjà, dans le cadre d'une consultation portant sur un projet fédéral, CURAVIVA relevait que devaient être considérées comme des formes d'habitat adaptées aux personnes âgées ou handicapées toute offre de logement encadré pour les personnes âgées ou pour les personnes avec handicap, qui garantit les services suivants de manière cumulative:

- Constructions adaptées aux personnes avec handicap;
- Service d'urgence 24h/24 disposant d'un personnel qualifié et d'un délai d'intervention maximal de 15 minutes
- Service de soins intégrés avec possibilité d'être admis à tout moment dans une unité de soins stationnaires.

2.2 Nouveau positionnement

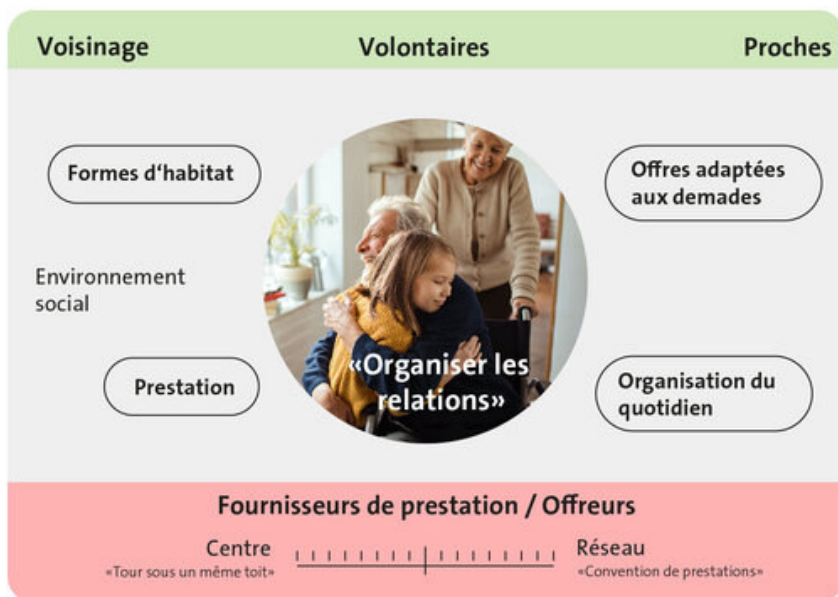
L'isolement social et le fait que les personnes âgées n'aient pas d'autre choix que d'être institutionnalisés peuvent également être considérés comme des facteurs favorisant leur vulnérabilité. La garantie du libre choix du type de logements apparaît donc à ce titre comme indispensable.

Considérant que le système de santé suisse est en pleine mutation et que des changements profonds exigent de nouvelles solutions, CURAVIVA a développé le modèle d'habitat et de soins 2030 pour les personnes âgées (80+) dans le cadre de sa vision Habitat Seniors. Celui-ci place le patient et son libre choix au centre des préoccupations car aujourd'hui déjà;

- Les résident·es et leurs familles sont beaucoup plus impliqués dans la prise de décision que par le passé;
- Les proches ne sont plus seulement pris en charge dans les maisons de retraite et de soins classiques, mais ont le choix entre une multitude de formes d'habitat et de soins;

- Les lieux de vie protégés tendent de plus en plus à abolir la distinction entre ambulatoire et stationnaire.

En conséquence, de plus en plus de prestataires de soins ambulatoires et hospitaliers collaboreront plus étroitement et la notion même de soins intégrés dans ce contexte plaide pour des regroupements entre établissements de soins, services de soins à domicile, résidences pour personnes âgées avec services, etc. L'idée d'offrir des services complets et d'utiliser les synergies de manière ciblée devient une réalité.



Ainsi, dans la vision Habitats Seniors, les institutions pour personnes âgées ne sont plus conçues comme de «grands bâtiments», mais comme des entreprises de services qui doivent permettre aux personnes âgées et dépendantes de mener une vie indépendante dans l'environnement de leur choix. L'infrastructure n'est plus nécessairement centrale et grande, mais petite et décentralisée (orientée vers le l'environnement social).

3. Considérations de base

CURAVIVA s'est initialement intéressée à la thématique des logements avec services car ses membres ont souhaité étendre la palette de leur offre de longs séjours. La défense des intérêts des EMS s'est ainsi progressivement étendue à la défense des intérêts des logements avec services.

Les établissements médico-sociaux sont responsables d'au moins 16% des logements pour personnes âgées. (OBSAN, 2021, p. 21) La prise de responsabilité par l'association CURAVIVA dans ce domaine s'est traduite notamment par:

- La négociation entre CURAVIVA et les différents groupes d'assureurs-maladie de conventions administratives LAMal innovantes, rendant possible pour un EMS la facturation de soins ambulatoires dispensés dans des appartements avec services.

- La mise sur pied d'un projet réunissant différentes associations (CURAVIVA, senesuisse, Pro Senectute Suisse, Aide et soins à domicile Suisse) ayant mené à la création de deux rapports. Le premier intitulé «Habitat protégé en Suisse – Les fondements d'un modèle» présente un modèle «d'habitat protégé» qui se définit à travers l'offre d'installations sans obstacles et dont la distinction se fait au niveau des prestations d'aide, selon trois critères:
 - 1) Les possibilités de contact et la disponibilité des professionnels comme critère principal pour les résident·es
 - 2) La qualification professionnelle des prestataires
 - 3) La planification, la documentation et l'évaluation des prestations
- Le deuxième rapport intitulé «Étude complémentaire sur l'habitat protégé – Coût de l'habitat protégé dans le modèle à quatre niveaux selon Imhof et Mahrer Imhof» se concentre sur le relevé de l'ampleur des coûts de l'habitat protégé puis d'une explication sur le financement par les:
 - 1) Résident·es
 - 2) Assurances sociales (assurance-maladie, rentes de vieillesse, prestations complémentaires, etc.)
 - 3) Contributions publiques (coûts restants)
- Le débat politique misant sur les prises en charges ambulatoires avant les soins stationnaires étant trop restrictif de par le fait que l'accent est mis sur les soins à domicile, sans tenir suffisamment compte du contexte de vie des personnes âgées ou avec handicap, a mené CURAVIVA à prendre des engagements politiques, notamment en défendant la motion intitulée «Prestations complémentaires pour les personnes âgées en logement protégé» (18.3716). Cette motion favorise le fait que les prestations complémentaires puissent être conçues de manière à ce qu'elles puissent rémunérer les formes d'habitats flexibles. Que ce soit à domicile, dans un logement accompagné ou dans une institution et indépendamment de l'état de santé des personnes (personnes âgées ou handicapées).
- Outre les engagements précités, CURAVIVA accompagne et intègre de manière active les groupes de travail nationaux.

3.1 Offre de logements avec services

(1) Nombre de logements

Le dernier recensement national de structures intermédiaires, basé sur les données SOMED 2019 pour l'analyse des EMS et sur une enquête menée auprès des 26 cantons, recense 1'056 «structures» Appartements pour personnes âgées (y.c. logements protégés), dont 932 ont enregistré 31'849 logements pour personnes âgées avec les sous-catégories «logements pour personnes âgées purs» et «logements protégés». (OBSAN, 2021, P. 18)

Abbildung 3-1: Anzahl gemeldete Einrichtungen und Alterswohnungen

Anzahl erfasste Einrichtungen mit Alterswohnungen (Daten aus 26 Kantonen):	1'056
Anzahl Alterswohnungen in 932 Einrichtungen (Daten aus 26 Kantonen):	31'849
Ø Anzahl Alterswohnungen / 1'000 Personen über 65 (K=9)	19
Ø Anzahl Alterswohnungen / 1'000 Personen über 80 (K=9)	64

Quelle: Ecoplan – Kantonsbefragung Intermediäre Strukturen 2021; BFS – STATPOP 2019.

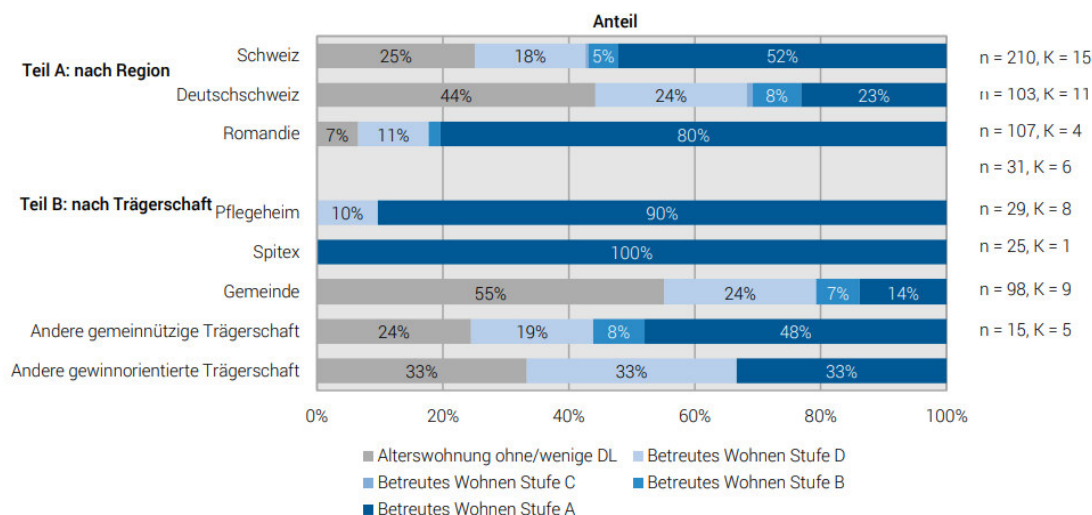
Legende: K = Anzahl Kantone, gemäss deren Angabe der Datensatz (fast) vollständig ist und bei denen für mindestens 90% der Einrichtungen Angaben vorliegen.

La couverture de ce type d'offre s'exprime de la manière suivante:

- Pour 1000 personnes de plus de 65 ans, il y a en moyenne 19 appartements.
- Pour 1000 personnes de plus de 80 ans, il y a en moyenne 64 appartements.

(2) Positionnements

Sur la base d'un classement effectué sur un échantillon de 2021 institutions, respectant le modèle théorique du logement accompagné Mahrer-Imhof (2020), il apparaît que c'est le niveau A qui est le plus représenté et qui représente plus de la moitié des organisations au niveau national. Viennent ensuite les simples logements pour personnes âgées sans offre de services dont les organismes responsables sont principalement les communes. (OBSAN, 2021, p.20)



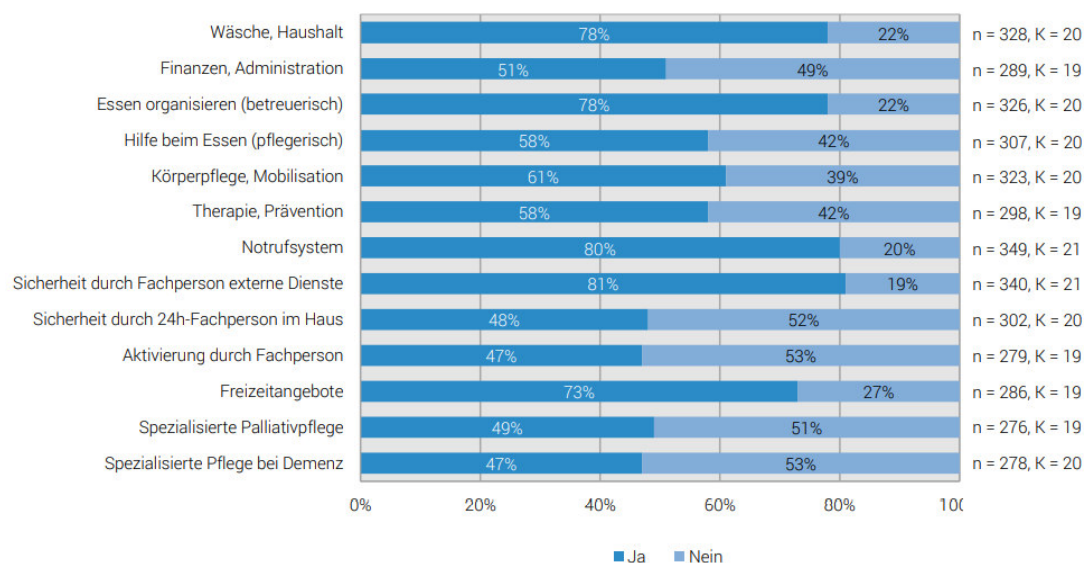
Avec 90 respectivement 100% dans le niveau A, les logements portés par des prestataires de soins professionnels tels que les EMS et les services d'aide et de soins à domicile proposent une offre dans un segment d'appartements protégés demandant beaucoup de prestations de soins et accompagnement.

Alors que dans les cantons de Suisse alémanique, ce sont les appartements pour personnes âgées qui sont les plus représentés (44%), en Suisse romande, ce sont les logements protégés de catégorie A qui représentent la majorité (80%) selon le rapport. (OBSAN, 2021, p. 20)

La représentativité du niveau A peut vraisemblablement également expliquer la possibilité offerte aux clients de recourir aux soins palliatifs spécialisés et à des soins spécialisés en cas de démence par un professionnel. (OBSAN, 2021, p. 20)

(3) Prestations offertes

Les organisations responsables des offres de logements avec services s'organisent de manière à pouvoir soit proposer elles-mêmes certaines prestations, soit les coordonner.



En moyenne, le système d'appel d'urgence, la sécurité assurée par des services externes ainsi que l'aide à la lessive, au ménage et à l'organisation des repas sont les services les plus souvent demandés, et ces prestations font généralement partie de l'offre de base des organisations.

Les services de soins tels que l'aide aux repas, les soins corporels ou la thérapie et la prévention sont proposés et coordonnés par environ 60% des structures. (OBSAN, 2021, p. 19)

(4) Évolution de la demande

Les besoins en soins de longue durée vont augmenter de (+56%) d'ici 2040 en raison du vieillissement de la population. (OBSAN, 2022, p. 90)

- À défaut d'un changement significatif de politique de santé, les EMS connaîtront l'augmentation des besoins la plus marquée (+69%). Cela signifierait devoir créer 54'335 places de longue durée supplémentaires (soit 900 EMS de plus) jusqu'en 2040. Des pistes émanant du rapport sont cependant identifiées, et afin de maintenir une sécurité des soins, il est notamment question d'adapter les infrastructures en veillant à diversifier l'offre et la rendre perméable aux soins intégrés.
- Par exemple, dans le canton de Soleure, les services d'aide et de soins à domicile et les établissements médico-sociaux sont regroupés dans un centre de compétences qui permet aux personnes âgées de bénéficier d'une prise en charge plus rapide et plus efficace. Cela permet aux personnes un passage plus flexible des prestations ambulatoires aux prestations stationnaires (et

inversement). En conséquence, un EMS ne représente plus ici la dernière étape de la chaîne de soins, mais est de plus en plus souvent utilisé pour des séjours temporaires de courte durée. (OBSAN, 2022, p. 98)

- Un autre exemple dans le canton de Vaud: une fondation réunit sous un même toit, pour ses locataires, une maison de soins, des appartements et une organisation de soins à domicile. Cette offre favorise les synergies entre les secteurs ambulatoire et résidentiel stationnaires et garantit leur perméabilité. (Seifert, 2018)

Les projections pour tous les domaines de soins à l'horizon 2040 sont les suivantes:

Soins ambulatoires	Structures intermédiaires			Soins stationnaires
Soins à domicile	Structures de répit temporaires		Résidence permanente	Établissements médico-sociaux
	Structures de jour et de nuit ¹	Courts séjours en EMS ²	Habitat protégé ³	
Les soins à domicile devraient compter +101'921 clients supplémentaires (+52%) jusqu'en 2040.	Les structures de jour et de nuit n'ont pas pu être intégrées en raison de données incomplètes.	Selon le rapport, on peut s'attendre dans le domaine des courts-séjours à tendre dans ce domaine à 3221 clients en 2040, correspondant à +1'242 lits de court séjour supplémentaires (+63%).	Augmentation attendue de +14'154 personnes (+43%) à l'horizon 2040	Les EMS présentent la plus forte croissance des besoins (+69%). Une politique de prise en charge inchangée nécessiterait +54'335 lits de long séjour supplémentaires d'ici 2040.

Source de ce résumé: (OBSAN, 2022)

Le besoin dans les logements avec services est le plus faible comparativement aux autres domaines. Cela s'explique de part le fait qu'environ une moitié (49%) des résident-es sont âgés de 65 à 79 ans. La clientèle de ce domaine est décrite par l'OBSAN comme «comparativement la plus jeune» des différents domaines. Étant donné qu'un logement est occupé par plus d'une personne dans environ un cas sur dix, cela correspond à +13'353 nouveaux logements pour personnes âgées (logements protégés y c.). Il pourrait cependant en être autrement si des mesures politiques étaient prises en vue d'éviter le placement de patient ayant un besoin de soins léger en EMS. En effet, substituer l'EMS par les logements avec services pour des patients qui ont des besoins en soins jusqu'à 60 minutes par jour pourrait représenter non pas un besoin de développement de l'offre de 43% mais de 72% (8'778 logements en plus des 13'353) jusqu'en 2040.

¹ Offres qui s'adressent aux personnes âgées et qui servent à soulager les proches soignants. Pendant le séjour, l'encadrement, la restauration et la mobilisation ainsi que, dans certains cas, les soins sont assurés. Après le séjour, les personnes retournent à leur domicile. (Werner et al. 2016, 2021)

² Est considéré comme un séjour de courte durée dans un établissement médico-social, lorsque l'hébergement est temporaire (d'une durée minimale d'au moins une nuit) et un lit est attribué à la personne (OFS, 2020d). Les séjours de courte durée servent en premier lieu à soulager temporairement les proches soignants. (Werner et al., 2021) Dans certains cantons, les séjours de courte durée prennent un rôle dans la réadaptation après un séjour hospitalier.

³ Des appartements spécifiquement adaptés aux besoins des personnes âgées et proposés/promus spécialement pour cette clientèle. Pour une partie des appartements, il existe en outre la possibilité, par l'intermédiaire du fournisseur, de proposer des services spéciaux de réserver des services tels que l'encadrement, les soins, la blanchisserie ou le service de repas en cas de besoin. (Werner et al. 2016, 2021)

3.2 Financement

(1) Situation

En vertu de l'article 41 de la Constitution fédérale, la Confédération et les cantons s'engagent, en complément de la responsabilité individuelle et de l'initiative privée;

- à ce que toute personne bénéficie des soins nécessaires à sa santé.
- à ce que toute personne soit assurée contre les conséquences économiques de l'âge, de l'invalidité, de la maladie, de l'accident, du chômage, de la maternité, de la condition d'orphelin et du veuvage.

L'offre de prestations allouées aux personnes nécessitant de vivre dans les logements protégés est cadrée par la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), le soutien financier ou le droit à l'assistance à l'allocation pour impotent dans l'assurance vieillesse et survivants (LAVS) et les possibilités de prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI dans la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (LPC).

Les résident·es d'un logement protégé subviennent aux coûts de la location, de l'aide à la vie quotidienne et des prestations d'intendance et d'accompagnement fournies par des tiers. Les prestations de soins fournies par les organisations d'aide et soins à domicile ou par des infirmières ou infirmiers reconnus sont, elles, cofinancées par la caisse-maladie. En cas d'infirmité congénitale reconnue par l'AI, c'est cette dernière qui prend en charge les soins fournis par des organisations d'aide et soins à domicile ou par des infirmières ou infirmiers reconnus en lieu et place de la LAMal.

Ci-dessous figure un exemple de répartition de l'éventuelle prise en charge des prestations dispensées dans un logement protégé en fonction du type de prestations.

	Assureurs-maladie		Bénéficiaire	Financement résiduel (canton)	Prestations complémentaires
	Base	complémentaire			
Économie domestique avec ordonnance médicale		x	x		x
Économie domestique sans ordonnance médicale			x		
Soins et assistance avec ordonnance médicale	x		x	x	x
Soins et assistance sans ordonnance médicale			x		
Services de soutien individuel			x		
Activités socio-culturelles			x		

(2) Assureurs-maladie

Les assureurs-maladie de base prennent en charge les coûts des soins ambulatoires selon l'art. 7 al. 2 et l'art. 1 OPAS qui sont dispensés sur la base de l'évaluation des besoins, sur prescription médicale ou sur mandat médical par des organisations de soins et d'aide à domicile qui remplissent les conditions de l'art. 51 OAMal.

L'assurance-maladie prend en charge les montants suivants, par heure, sur les coûts des prestations définies à l'art. 7, al. 2:

CHF 76.90/heure	a. Prestations en lien avec l'évaluation, les conseils et la coordination
CHF 63.00/heure	b. Prestations en lien avec les examens et les traitements
CHF 52.60/heure	c. Prestations liées aux soins de base

Les jurisprudences en vigueur permettent aux assureurs de limiter le nombre de minutes dispensés par jour en lien avec ce type de prises en charges.

(3) Prestations complémentaires

Les prestations complémentaires prévues pour assurer le minimum vital lorsque les rentes AVS pour personnes âgées et la rente AI pour personnes en situation de handicap et autres revenus ne le permettent pas sont analogues entre les personnes vivant dans un habitat protégé ou à domicile. Les prestations complémentaires se composent de:

Prestation complémentaire annuelle (périodique) pour couvrir les besoins vitaux	Pour les personnes seules: CHF 19'610 Pour couples: CHF 29'415			
Les frais de loyer reconnus à partir du 1.1.2021	Taille déterminante du foyer	Région I	Région II	Région III4
	Personne seule	CHF 16'440	CHF 15'900	CHF 14'520
	2 personnes	CHF 19'440	CHF 18'900	CHF 17'520
	3 personnes	CHF 21'600	CHF 20'700	CHF 19'320
	Dès 4 personnes	CHF 23'520	CHF 22'500	CHF 20'880
	Personne seule dans une communauté de vie	CHF 9'720	CHF 9'450	CHF 8'760
supplément fauteuil roulant	CHF 6'000	CHF 6'000	CHF 6'000	
Le remboursement des frais	Dans le domaine des soins et de l'accompagnement ambulatoire dont relève l'habitat protégé, le remboursement des frais de maladie et d'invalidité pouvant être			

⁴ Région I = les cinq grands centres Berne, Zurich, Bâle, Genève et Lausanne / Région II = urbaine / intermédiaire / Région III = rurale

de maladie et d'invalidité	<p>alloué en plus des prestations complémentaires périodiques contribue à couvrir une partie des frais de maladie et d'invalidité s'ils ne sont pas couverts par une autre assurance (maladie, accident, RC, AI).</p> <p>Les cantons doivent désigner les frais qu'ils prennent en charge en lien avec: traitement dentaires/aide, soins et assistance à domicile / dans des structures ambulatoires / cures balnéaires et séjours de convalescence prescrits par un médecin / régime alimentaire particulier / moyens auxiliaires / franchise quote-part / séjours provisoires dans un home ou à l'hôpital pour une durée maximale de trois mois.</p> <p>Les montants maximaux sont:</p> <p>CHF 25'000 pour les personnes seules ou les personnes dont le conjoint vit dans un home CHF 50'000 pour les couples (tous deux à domicile) CHF 6'000 pour personnes vivant dans un home</p>
----------------------------	--

(4) Contributions résident-es

Les coûts pris en charge par les bénéficiaires dans le cadre des logements protégés sont de trois natures:

Part du coût des soins à la charge du ou de la résident-e	Art. 25a al 5 LAMal – les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales peuvent être répercutés sur l'assuré à hauteur de 20% au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral.
Les dépassements des temps de soins prescrits par le médecin	Coûts des soins dépassant les heures de soins prescrites dans le mandat d'Aide et soins à domicile et reconnues par les caisses-maladie (et non supportés par une assurance complémentaire privée)
Coûts non OPAS	Rattachés à des prestations de soins et accompagnement ne figurant pas sur la liste des prestations LAMal

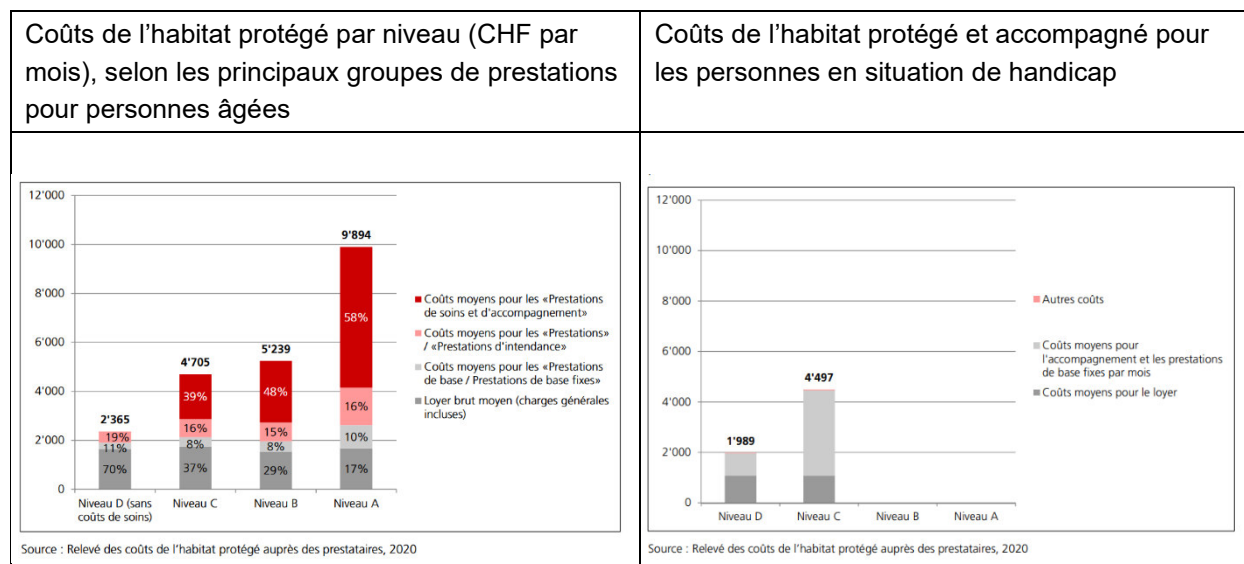
(5) Financement résiduel des cantons

Les cantons règlent le financement résiduel. Le canton de domicile de l'assuré est compétent pour fixer et verser le financement résiduel. Dans le domaine des soins ambulatoires, le financement résiduel est régi par les règles du canton où se situe le fournisseur de prestations. Le séjour dans un établissement médico-social ne fonde aucune nouvelle compétence. Si, au moment de l'admission, aucune place ne peut être mise à disposition de l'assuré dans un établissement médico-social de son canton de domicile qui soit situé à proximité, le canton de domicile prend en charge le financement résiduel selon les règles du canton où se situe le fournisseur de prestations. Ce financement résiduel et le droit de l'assuré à séjourner dans l'établissement médico-social en question sont garantis pour une durée indéterminée.

(6) Coûts

Selon l'étude mandatée par les organisations partenaires CURAVIVA, senesuisse, Aide et soins à domicile Suisse, Association Spitex privée Suisse ASPS intitulée «étude complémentaire sur l'habitat protégé

– coût de l’habitat protégé dans le modèle à quatre niveaux selon Imhof et Mahrer Imhof» (2018) les coûts moyens mensuels par résident inhérents aux différents segments de l’habitat protégé peuvent s’exprimer de la manière suivante:



Le niveau A comportant un coût mensuel de 9'894 francs, à savoir le plus présent sur le marché des logements protégés pour personnes âgées selon l’étude de l’OBSAN précitée, comporte les coûts les plus élevés. Ceux-ci qui sont quasi identiques à ceux d’un EMS, et les prestations qui pèsent le plus sont rattachées aux éléments suivants:

<p>Soins Accompagnement</p>	<p>Ces centres de coûts représentent selon l’étude CHF 6’159.– (~60% des coûts).</p>
<p>A titre de comparaison le loyer représente un coût moindre.</p>	<p>Ce centre de coûts représente selon l’étude CHF 1’792 (~20% des coûts).</p>

Les coûts inhérents à l’habitat protégé et accompagné pour les personnes en situation de handicap des niveaux D et C sont identiques à ceux du domaine des personnes âgées. Cependant, ceux-ci sont essentiellement dus;

- au loyer et
- aux prestations d’accompagnement psychosocial

Dans le cadre de cette étude, contrairement au domaine personnes âgées, dans le domaine des personnes en situation de handicap, les caisses-maladies ne participent pas au financement.

Les centres de coûts «soins/accompagnement» intègrent notamment des coûts rattachés aux prestations soins selon l’article 7OPAS:

- évaluation, conseil et coordination
- examen et de traitement
- soins de base

Ceux-ci représentent environ 78% des coûts totaux rattachés aux soins et accompagnement (CHF 6'159) (BASS, 2018, p. 23)

L'accompagnement représente environ 20% des coûts totaux en lien avec les soins et l'accompagnement (CHF 6'159) Deux catégories d'accompagnement ont été comptabilisées dans le rapport. Une première catégorie correspond aux prestations d'aide simples avec un caractère d'accompagnement et la deuxième catégorie correspond aux aides spécialisées avec un caractère d'accompagnement (p. ex. évaluations/coordination dans le domaine accompagnement/intendance). (BASS, 2018, p. 23)

Le niveau de prestations non OPAS rattaché au niveau A en lien avec les soins et l'accompagnement et devant être assumé par le ou la résident·e se monte selon l'étude pour le domaine personnes âgées à 986 francs (~16%). Ce résultat doit cependant être interprété avec prudence selon le rapport.

Au total, sur les 6'159 francs de coûts mensuels pour les soins et l'accompagnement en lien avec le niveau A, le résident assume 66% (CHF 4'048) afin de couvrir;

- la participation des patient·es aux coûts de soins complets (différente selon les cantons)
- les coûts des soins dépassant les heures de soins prescrites dans le mandat des prestations ambulatoires reconnues par les caisses-maladie (et non supportés par une assurance complémentaire privée)
- les coûts des prestations de soins et d'accompagnement ne relevant pas de l'OPAS

4. Recommandations

L'évolution démographique place les soins et l'accompagnement de longue durée devant de grands défis et exige maintenant des solutions pour garantir les soins à moyen terme. L'association CURAVIVA et la fédération ARTISET s'engagent résolument pour la sécurité de l'approvisionnement dans les soins de longue durée.

Il est important de considérer le système de santé dans son ensemble. L'utilisation des ressources en fonction des besoins signifie qu'il ne faut ni sur ni sous-approvisionner, tant dans les soins et l'accompagnement que dans les soins aigus, mais savoir faire face aux enjeux à venir.

Voici les améliorations identifiées en lien avec les logements avec services:

4.1 Favoriser la mise sur pied d'études nationales

La qualité de l'information à disposition apparaît dans le cadre des différentes études consultées comme lacunaire. En attendant que des mesures puissent être prises sur la qualité de l'information, il convient de favoriser la création d'études au niveau national qui ciblent dans le cas présent les problèmes soulevés dans les structures intermédiaires.

La situation en lien avec les logements avec services évoquant des scénarios de besoins de création d'une nouvelle offre jusqu'en 2040 varie entre 43% et 73% selon les mesures politiques prises (OBSAN, 2022) et révèle un besoin d'études comparatives, voire complémentaires, en continue, qui permettent

d'une part de croiser les résultats et d'autres part d'observer l'amélioration de la qualité des données à disposition.

Il convient en premier lieux de mobiliser de l'énergie à motiver sous toutes les formes possibles la création d'espaces de vie flexibles et respectueux des différentes formes de vie des futurs clients, qu'ils soient jeunes avec handicap ou âgés.

4.2 Diversifier et accroître l'offre des logements avec services

De nouvelles approches dans les soins et l'accompagnement sont nécessaires. Les structures intermédiaires représentent un potentiel d'optimisation au sein de la palette d'offres. Il convient d'exploiter de manière conséquente cet élargissement de l'offre.

Favoriser le développement d'une offre suffisante sur le marché des logements avec services qui respecte les tendances de l'évolution démographiques et qui favorise la création d'une offre variée, garante d'une liberté de choix entre différentes catégories d'offre de logements avec services.

L'objectif des 43% de développement de l'offre des logements avec services (OBSAN, 2022) semble être un minimum requis si l'on prend en considération la forte probabilité que des mesures politiques soient prises dans les années à venir pour empêcher les personnes avec des besoins en soins légers d'entrer en EMS.

Afin de pallier ce risque consistant à rendre les EMS moins admissibles pour des personnes pourvus de besoins en soins dans les niveaux 2 et 3 de l'OPAS, il convient conformément au comparatif des temps de soins figurant ci-après de favoriser le développement de logements avec services des niveaux B et C selon le model Imhof et Mahrer Imhof 2018.

Temps de soins <u>OPAS</u> par niveau	Temps de soins par niveau selon le model Imhof et Mahrer Imhof 2018 (<u>BASS, 2018, p. 37</u>)
Niveau 2: 21 à 40 minutes de soins requis par jour	Niveau C → env. 30 minutes par jour
Niveau 3: 41 à 60 minutes de soins requis par jour	Niveau B → env. 60 minutes par jour

Par ailleurs, en développant le niveau B, cela contribue également à maximiser le développement d'une offre pouvant également être compatible dans le domaine du handicap.

4.3 Garantir une couverture des coûts

Le 13 juin 2008, le Parlement a adopté la loi sur le nouveau régime de financement des soins avec une entrée en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2011. Le message relatif à ce nouveau régime de financement des soins LAMal plaidait pour l'amélioration de la situation sociale difficile de certains groupes de personnes nécessitant de soins, mais cet objectif peine avec temps et les enjeux qui viennent s'ajouter, toujours plus à être atteint.

Le mode de financement est considéré par le terrain comme complexe et compliqué. Les sources du financement des prestations sont diverses:

- les assureurs-maladie
- les client-es
- le canton à travers le financement résiduel des soins
- et les prestations complémentaires

Des conseils sont souvent nécessaires pour appréhender le financement.

Outre sa complexité, le financement est par ailleurs insuffisant. Des tarifs couvrant les coûts effectifs sont nécessaires dans les soins et l'accompagnement de longue durée. L'étude ([BASS, 2018, p. 23](#)) démontre que sur les 6'159 francs de coûts mensuels pour les soins et l'accompagnement en lien avec le niveau A des logements avec services, le ou la résident-e en assume 66% (CHF 4'048). C'est une charge financière conséquente pour le ou la résident-e et cela peut représenter un risque financier important pour le prestataire à défaut de paiement.

La LAMal exige que les prestations de soins se distinguent des prestations d'assistance qui font partie des soins professionnels mais ne sont pas remboursables par l'AOS. Des études ont été menées afin d'identifier différents modèles de financement disponibles pour financer à l'avenir l'accompagnement des personnes âgées (cf. [BSS, 2021](#), [Paul Schiller Stiftung, 2021](#)):

- remboursement via les prestations complémentaires
- versements d'indemnités
- allocations en lien avec les frais
- financement incitatif

Demander un remboursement, cela nécessite de pouvoir légitimer les prestations administrées à l'aide d'une évaluation analogue à celle des soins. Ainsi, les différents champs inhérents aux prestations d'accompagnement (ex. soins personnels/soins/participation sociale/activités quotidiennes) pourraient être clairement identifiés et à terme faire l'objet d'évaluations par des outils d'évaluation des soins qui deviendraient également des outils d'évaluations de l'accompagnement. À défaut de cela et d'autres mesures contribuant à éliminer les lacunes de financement, la liberté de choix du modèle d'habitat et de soins des client-es (personnes âgées vulnérables) ne peut pas être garantie.

L'article 32 al. 1 de la LAMal plaide pour une prise en charge des coûts des prestations LAMal uniquement si elles sont «efficaces, appropriées et économiques». Or, lorsqu'il existe plusieurs alternatives de diagnostic ou thérapeutiques pour un cas spécifique du point de vue de l'économicité, c'est l'alternative de prise en charge qui présente le meilleur ratio coût-bénéfice qui va être favorisée. Ainsi, étant donné que le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS, [financement uniforme](#)) n'a pas encore été implémenté, dans l'éventualité où l'assuré-e choisit la solution la plus chère, il-elle n'aura alors pas droit à un remboursement de la prestation.

Les réglementations inhérentes aux prestations complémentaires ainsi que les allocations pour impotents impactent elles aussi le choix du mode d'habitat. Comme il a été démontré, le niveau de loyer pris en charge par les prestations complémentaires n'est pas suffisant pour une personne seule pour couvrir les loyers du marché. Par ailleurs, les prestations prises en charge sous l'allocation pour impotent diffèrent selon qu'elles sont dispensées en ambulatoire ou en milieu institutionnel. À cet effet, il convient non seulement de créer les bases permettant de prendre en compte les prestations complémentaires dans le financement des logements protégés, mais aussi de concevoir des modèles permettant d'utiliser les ressources en personnel inutilisées sur une base volontaire (Community Care).

La pandémie de COVID-19 a pu jouer un rôle dans le sentiment d'isolement des personnes âgées en provoquant chez certaines un syndrome de glissement, une pathologie qui les pousse à se laisser mourir par désespoir. Des prestations d'accompagnement pourraient jouer un rôle bien plus important que celui qui lui est octroyé actuellement et il est important qu'un financement puisse être assuré afin qu'une vie dans des logements avec services soit possible le plus longtemps possible. Il s'agit également de garantir le financement des prestations de soins palliatifs et en cas de démence, et de faire avancer avec détermination une offensive au niveau de la formation. Des soins et un accompagnement de longue durée de qualité réduisent également les admissions à l'hôpital et ont ainsi un effet de décharge sur la médecine aiguë.

5. Sources et bibliographie complémentaire

- Étude de BSS Bâle (2021): Kosten und Finanzierung der Betreuung im Alter. Étude réalisée sur mandat de la Fondation Paul Schiller.
- Bureau BASS (2016). Kantonale Rechtsgrundlagen und Regelungen für betreutes Wohnen. Étude réalisée sur mandat de la Fondation Âge en coopération avec CURAVIVA Suisse.
- CURAVIVA Suisse (2020). Fiche d'information: Vision Habitat Seniors de CURAVIVA Suisse. Éditeur CURAVIVA Suisse, Domaine spécialisé personnes âgées. En ligne: CURAVIVA.ch.
- CURAVIVA Suisse (2021a). Prestations centrées sur la personne pour les personnes âgées. Arguments et instruments pour le développement et l'intégration dans le contexte ambulatoire et institutionnel.
- CURAVIVA Suisse (2021b). Koordinationsansätze für personenzentrierte Dienstleistungen – eine terminologische Klärung mit ausgewählten Praxisbeispielen.
- Imhof, L. & Mahrer Imhof, R. (2019). Habitat protégé en Suisse. Les fondements d'un modèle. Étude réalisée sur mandat de CURAVIVA Suisse, senesuisse, Pro Senectute Suisse, Spitex Suisse.
- Obsan (2021). Structures intermédiaires pour personnes âgées en Suisse 2021. Actualisation d'une enquête auprès des cantons et d'une analyse statistique. Obsan Rapport 05/2021.
- Obsan (2022). Besoins en soins de longue durée en Suisse. Projections à l'horizon 2040. Obsan Rapport 03/2022. Observatoire suisse de la santé.
- CDAS (2021). Vision de la CDAS pour le logement autonome des personnes handicapées et des personnes âgées.
- CURAVIVA (2021). Personenzentrierte Dienstleistungen für Menschen im Alter. Le document élaboré par CURAVIVA présente les principaux arguments et la valeur ajoutée des approches centrées sur la personne et sur l'espace social dans les institutions, les communes et les réseaux. Il contient des bases et des définitions pour une compréhension commune, des arguments sur l'importance stratégique et l'utilité ainsi que des approches pour le développement d'une attitude et d'une culture centrées sur la personne. En ligne: CURAVIVA.ch
- Etude de BSS Bâle (2021): Kosten und Finanzierung für eine gute Betreuung im Alter in der Schweiz. Étude réalisée sur mandat de la Fondation Paul Schiller. Online: gutaltern.ch

Éditeur

CURAVIVA

Zieglerstrasse 53, 3007 Berne

Règle de citation

CURAVIVA (2022), Argumentaire: Logements avec services: Conditions-cadres – politique de financement logements avec services. Éd.: CURAVIVA

Online: curaviva.ch

Contact/informations

info@curaviva.ch

© CURAVIVA, 2022