

## **L'intensité des prestations aux client·es des services d'aide et de soins à domicile et leur représentation dans le système de rémunération**

### **Rapport final**

Institut d'économie de la santé de Winterthur

### **Récapitulatif**

#### **Situation initiale et intérêt pour la recherche**

Depuis plusieurs années, le recours aux services d'aide et de soins à domicile est en augmentation en Suisse. Cela s'explique notamment par des sorties d'hôpital plus précoces et des entrées plus tardives en établissement médico-social (EMS), mais aussi par le souhait largement répandu de vieillir chez soi. L'Aide et soins à domicile Suisse (ASD) observe que cette ambulantisantisation a augmenté la complexité de la fourniture de prestations pour les organisations d'aide et de soins à domicile. De plus, Aide et soins à domicile Suisse soupçonne que cette complexité ne se reflète pas de manière adéquate dans le système de rémunération. Afin de pouvoir procéder à une première évaluation des facteurs de complexité pertinents par rapport à la rémunération, la présente étude examine quels facteurs de complexité ont un lien avec l'intensité des prestations (quantité de prestations fournies) aux client·es de l'ASD. En outre, la question de savoir combien de ces clients à forte demande de prestations sont pris en charge par les organisations ASD étudiées est clarifiée.

#### **Procédure**

Une étude d'observation longitudinale multicentrique a été menée dans 8 organisations d'aide et de soins à domicile des trois régions linguistiques. Tous les clients et toutes les clientes ayant fait l'objet d'une évaluation ou d'une réévaluation de routine à l'aide du questionnaire d'évaluation interRAI-Home Care-Suisse (ci-après interRAI-HC) pendant la phase d'inclusion ont été inclus dans l'étude. Cela correspondait à 1079 client·es. Un questionnaire supplémentaire a également permis d'évaluer des facteurs de complexité qui ne sont pas saisis dans le formulaire interRAI-HC. Par ailleurs, des données administratives relatives aux minutes des soins dispensés (selon l'OPAS) et au nombre d'interventions par jour sur trois mois ont été intégrées dans l'étude au niveau des client·es. Sur la base de ces minutes de prestations, les contributions des assureurs-maladie ont été calculées pour chaque client·e.

Dans une étude préliminaire, un modèle de complexité (chapitre 2.1) a été élaboré dans le cadre de quatre ateliers d'expert·es. Pour tous les facteurs de complexité de ce modèle, nous avons évalué l'influence sur six résultats d'intensité des prestations. Les six résultats portaient sur les prestations de type 'a', 'b' et 'c', la somme de toutes les prestations de l'assurance des soins (ci-après prestations OPAS), les contributions des assureurs maladie et les interventions par mois. Nous avons calculé respectivement la moyenne générale de l'échantillon, les moyennes et les différences de moyennes au sein des groupes de facteurs ainsi que les intervalles de

confiance à 95% sur la base d'estimations de régression linéaire.

Sur la base des conclusions des ateliers d'expert-e-s, selon lesquelles, pour les cas complexes, ce sont essentiellement les cas de prestations OPAS élevées et les cas avec des prestations élevées de type 'a' qui sont pertinents en termes de remboursement, le rapport met l'accent sur ces deux résultats. Afin de rendre la quantité de données et d'analyses plus tangible, des hypothèses ont été formulées concernant les limites de l'intensité des prestations et les différences entre les sous-groupes (chapitre 3.6).

## Résultats

Les facteurs de complexité liés à des prestations OPAS très élevées (à partir de 1000 minutes par mois) étaient principalement des facteurs de besoins tels que des limitations dans les activités de base de la vie quotidienne (BADL), des restrictions de mobilité, un diagnostic de démence ou d'incontinence. Toutefois, les personnes présentant des facteurs d'instabilité, des troubles du comportement, de la fatigue ou des conflits entre client·es et proches présentaient également une intensité de prestations OPAS très élevée. En termes de fréquence, les limitations de l'autonomie dans la prise de bains/douches, les limitations dans la préparation des repas et les limitations de la mobilité étaient les plus importantes.

Les facteurs de complexité liés à une intensité élevée de prestations de type 'a' (à partir de 70 minutes de prestations de type 'a' par mois) étaient également pertinents, tout comme les facteurs de besoins et d'instabilité, tels que la mobilité réduite dans le lit, les situations de soins palliatifs, l'état de santé variable ou les proches surchargé·es, mais aussi des facteurs tels que les conflits entre le client ou la cliente et ses proches. Les trois facteurs de complexité les plus fréquents avec des prestations élevées de type 'a' appartenaient tous au domaine de l'instabilité: changements importants dans les BADL au cours des 90 derniers jours, changements importants dans les activités instrumentales (IADL) au cours des 90 derniers jours et proches surchargé·es.

En ce qui concerne les facteurs de santé psychique, notre étude ne peut faire que des déclarations limitées, car nous n'avons inclus dans l'étude que des client·es qui avaient été évalués à l'aide du formulaire interRAI-Home-Care. Les personnes ayant fait l'objet d'une évaluation à l'aide du questionnaire interRAI-Community-Mental-Health n'ont pas été prises en compte, ce qui explique l'absence dans l'étude d'une grande partie des client·es présentant principalement des facteurs de santé psychique.

## Conclusions

La présente étude est, à notre connaissance, la première à avoir examiné de manière plus approfondie, pour la Suisse, quels sont les facteurs de complexité liés à une intensité élevée des prestations d'aide et de soins à domicile et à quelle celles-ci interviennent. Il serait possible, à l'aide de nos résultats, d'examiner pour l'avenir, mais aussi rétrospectivement, comment les facteurs de complexité pertinents évoluent au fil du temps.

Notre étude montre qu'aujourd'hui déjà, de nombreux client·es des services d'aide et de soins à domicile – 21% dans notre échantillon – ont une intensité de prestations supérieure à 60 heures par trimestre, ce qui correspond au maximum du niveau de soins 2 en EMS. Dans la loi suisse, «on estime qu'il ne faut pas plus de 60 heures de soins par trimestre [dans les soins à domicile]». (Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2018). Des études montrent toutefois que, tant du point de vue de la qualité des soins que du point de vue économique, les soins à domicile sont possibles et judicieux même pour des niveaux de soins plus élevés – jusqu'au niveau de soins 5 ou 6. Au vu de ces bases scientifiques, de la démographie, des souhaits des personnes concernées et des coûts économiques plus élevés d'une prise en charge en EMS, nous pensons qu'il faudrait reconsidérer cette hypothèse de l'OPAS, selon laquelle il ne faut pas plus de 60 heures de soins à domicile par trimestre. En particulier si l'on veut continuer à encourager ou à ne pas entraver le transfert des soins du stationnaire vers l'ambulatoire.

Le 22 décembre 2023, le Parlement a décidé que les soins infirmiers devaient être pris en

compte dans le cadre de la mise en œuvre du «financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires» (EFAS). C'est dans ce contexte que l'ASD Suisse a développé un benchmark permettant de comparer les organisations d'aide et de soins à domicile en termes de coûts.

Toutefois, ce benchmark ne prend pas encore en compte les variables de santé. Notre étude donne les premières indications sur les facteurs qui seraient pertinents si l'on voulait inclure les facteurs de santé des client·es dans le benchmark. En outre, un lien systématique entre les informations relatives aux patient·es et les données des prestations permettrait de savoir dans quelle mesure les coûts générés dans les organisations sont couverts par le financement des soins. Il serait également possible, sur cette base, de satisfaire à la condition posée par le Parlement, à savoir des tarifs couvrant les coûts pour une intégration des soins infirmiers dans l'EFAS, ainsi que de prendre d'autres décisions dans le domaine des soins ambulatoires ou de leur financement, ou encore d'élaborer des données scientifiques plus approfondies dans le domaine des soins ambulatoires.

Certains des facteurs de complexité que nous avons étudiés étaient liés à un niveau élevé de recours aux prestations de type 'a'. Ni la LAMal ni l'OPAS ne fixent de limite au volume de prestations de type 'a' par cas. Par conséquent, les facteurs de complexité uniquement liés à des prestations élevées de type 'a' ne devraient pas poser de problèmes en termes de financement. Cette constatation contraste toutefois avec diverses déclarations faites lors des ateliers d'expert·e-s, dans lesquels il a été souligné à plusieurs reprises que les prestations de type 'a' posaient surtout un problème dans le domaine de la «coordination». Nous recommandons donc que cet écart entre les prescriptions de la loi et l'expérience des infirmier·ères soit examiné de plus près.

18% des facteurs d'influence que nous avons étudiés ne sont pas liés à une augmentation de l'intensité des prestations. Sur la base de la littérature existante et des travaux des ateliers d'expert·es, nous concluons que la notion de «complexité» pour les infirmier·ères couvre non seulement l'aspect de l'intensité des prestations, mais aussi les aspects de l'organisation, de la gestion des collaborateurs·trices ainsi que les caractéristiques du personnel infirmier en tant que tel – par ex. formation, expérience et routine. Toutefois, l'éclairage de ces autres aspects de la complexité va au-delà des limites de la présente étude, car ils ne jouent qu'un rôle secondaire dans le cadre de la rémunération et de la tarification. Néanmoins, nous souhaiterions qu'il soit possible de clarifier davantage quelles définitions et quels cadres de complexité devraient être utilisés à l'avenir dans les soins infirmiers, pour quels objectifs et avec quels instruments de mesure.