

LE MODÈLE D'HABITAT ET DE SOINS 2030 DE CURAVIVA SUISSE

LE FUTUR DES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES



Mai 2016

1. Introduction

Evolution des soins aux personnes âgées

L'évolution des institutions de soins pour personnes âgées peut être divisée schématiquement en cinq étapes ¹:

- **Type 1** (1900 à 1950/60):
Asiles de vieillards, dans lesquels des personnes âgées, souvent seules et pauvres (« les pensionnaires ») étaient prises en charge dans des chambres à plusieurs lits (jusqu'à huit dans un dortoir).
- **Type 2** (jusqu'en 1980 env.):
Référence croissante à l'hôpital, le « pensionnaire » devient un « patient » qui doit être soigné et guéri. Le problème de santé qui doit être traité est au centre.
- **Type 3** (depuis 1980 env.):
Sur le plan architectural, ces institutions se basent sur le concept du logement. Les concepts de soins et d'accompagnement s'inspirent du modèle des compétences (renforcement des ressources et compétences présentes). La notion d'« habitation » est alors aussi importante que celle de « soins ».
- **Type 4** (depuis 1995 env.):
Modèle de la communauté d'habitation avec accès individuel: tous les résidents ont leur propre chambre; le grand espace séjour-cuisine est central. On vit selon le principe de la « normalité du quotidien ». L'accompagnement est au centre des préoccupations. Les prestations de soins sont « achetées » (soins « à domicile » internes ou externes à l'institution). Cette évolution repose principalement sur l'importance accrue, resp. la reconnaissance des notions d'**individualité**², d'**autonomie**³ et d'**autodétermination**⁴ des personnes âgées dépendantes.
- **Type 5** (depuis 2000 env.):
L'autonomie, l'auto-détermination et la normalité du quotidien figurent au premier plan – malgré les besoins en soins et en accompagnement. La qualité de vie individuelle dans le logement usuel ou dans le nouveau contexte d'habitation librement choisi est centrale.

Cette cinquième génération des soins aux personnes âgées se fonde sur quatre piliers:

- **Vivre dans le respect de la sphère privée:** habiter dans son propre appartement (de dimensions variables) avec un accompagnement en fonction des besoins et selon des souhaits personnels (service à la carte). Les prestations de soins sont fournies par du personnel « externe » (soins à domicile internes ou externes à l'institution).
- **Vivre selon ses standards usuels:** les personnes âgées dépendantes souhaitent, dans la mesure du possible, conserver leurs habitudes de vie.
- **Vivre en communauté:** en complément à « l'habitat privé », des espaces et des offres de vie communautaire sont prévus (lieux de séjour et activités communes) qui répondent aux divers besoins.
- **Vivre dans l'espace public:** l'institution est ouverte sur le quartier et vice-versa. La participation à la vie sociale est assurée. Le quartier d'habitation est un espace de vie (les gens du quartier viennent dans l'institution – l'institution participe à la vie de quartier).

¹ Cette typologie a été mise au point par le Kuratorium Deutsche Altershilfe à Cologne (www.kda.de).

² **Individualité:** somme des qualités, des caractéristiques faisant la particularité d'une personne; la personnalité dans son unicité.

³ **Autonomie:** indépendance, responsabilité personnelle, émancipation, liberté, autogestion, souveraineté, affranchissement.

⁴ **Auto-détermination:** affranchissement par rapport aux décisions de tiers (contraintes sociales, paternalisme médical, directives institutionnelles)

Evolution des soins aux personnes âgées dans le futur

En raison du vieillissement de la population, le nombre de personnes âgées dépendantes augmentera de 45% d'ici 2030. Aujourd'hui, les personnes âgées et dépendantes entrent toujours plus tard en EMS en raison de l'amélioration constante des soins ambulatoires. Lors de leur admission, elles sont par conséquent plus âgées, mais nécessitent également davantage de soins. Cette tendance va augmenter dans le futur et contribuera à l'intensification des soins dans les institutions. Dans un proche avenir, les baby-boomers seront à leur tour des personnes âgées – qui auront besoin de soins à un moment donné. Cette génération souhaite pouvoir continuer à vivre de manière autonome malgré la dépendance. A l'heure actuelle, les résidents demandent déjà davantage de prestations et de services centralisés. Comment les institutions de soins doivent-elles s'adapter afin de répondre aux besoins d'un nombre croissant de personnes dépendantes et à ceux de la génération des baby-boomers?

Aujourd'hui, les résidents et leurs proches sont déjà bien plus impliqués dans les décisions que ce n'était le cas par le passé. Les personnes dépendantes ne sont plus prises en charge dans des institutions hospitalières, mais ont le choix entre un large éventail de formes d'habitat et de prise en soins: habitat protégé, communautés d'habitation, soins stationnaires dans des résidences médicalisées etc. Un centre, qui offre tout ce dont les personnes âgées ont besoin et où coexistent des soins ambulatoires et stationnaires orientés selon le contexte social. Les habitats protégés tendent de plus en plus à supprimer la distinction entre ambulatoire et stationnaire. Par conséquent, un nombre croissant de prestataires des secteurs ambulatoire et stationnaire collaboreront plus étroitement. La notion de soins intégrés désigne des regroupements entre institutions de soins, services de soins à domicile, logements pour personnes âgées avec prestations de service etc. Ceux-ci se fondent sur l'idée d'offrir des prestations globales et d'utiliser des synergies de manière ciblée.

Le système de santé helvétique est en pleine mutation. Des changements en profondeur requièrent de nouvelles solutions.

2. Le modèle d'habitat et de soins 2030 de CURAVIVA Suisse

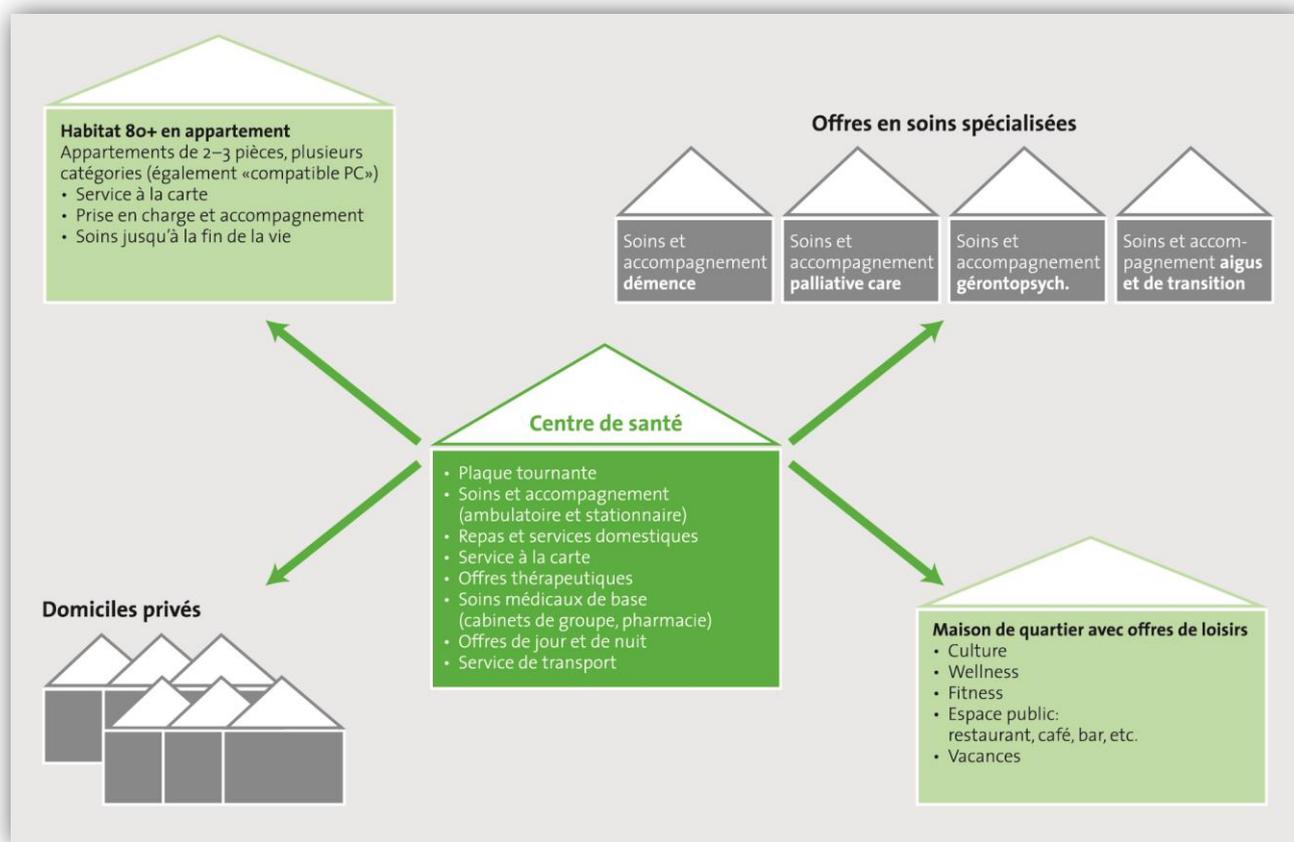
Sur cette base et dans la perspective de l'évolution démographique, de l'arrivée de la génération des baby-boomers ainsi que de l'évolution des coûts, CURAVIVA Suisse met en discussion le modèle d'habitat et de soins 2030 pour les personnes âgées (80+) – une vision orientée vers le futur.

Dans le modèle d'habitat et de soins 2030, les institutions pour personnes âgées ne sont plus conçues comme un « grand bâtiment », mais comme des entreprises de services destinées à permettre aux personnes âgées et dépendantes de mener une vie autonome dans l'environnement de leur choix. L'infrastructure n'est plus nécessairement centralisée et de grande taille, mais plutôt petite et décentralisée (orientée selon le contexte social). La collaboration avec les fournisseurs de soins médicaux de base (dans le modèle présenté en page 4, le « Centre de santé ») et le quartier sont plus importants que par le passé. L'environnement occupe une place déterminante. La discussion autour de l'« ambulatoire avant le stationnaire » est trop restrictive, l'accent étant constamment placé sur le maintien à domicile, sans prendre suffisamment en compte le contexte de vie. A quoi sert aux personnes âgées le plus beau des domiciles, si l'environnement n'est pas assez attrayant, autrement dit conçu pour des personnes âgées ayant besoin de soins? Le concept gérontologique de « l'adéquation entre personne et environnement » revendique depuis longtemps que les soins et l'accompagnement s'adaptent à la personne âgée, et surtout très âgée – et non l'inverse. Même si des offres de soins spécialisées pour la démence, les soins palliatifs ou encore la gérontopsychiatrie seront nécessaires, le modèle proposé par CURAVIVA Suisse accorde encore davantage d'importance au contexte de vie et social des personnes âgées. La personne âgée doit pouvoir poursuivre sa vie avec l'ensemble de son réseau relationnel et bénéficier des prestations nécessaires en fonction de ses besoins. Il s'agit de prendre davantage en considération les revendications croissantes concernant l'autodétermination et l'autonomie des personnes âgées.

Les tâches des institutions pour personnes âgées seront par conséquent plus globales à l’avenir et porteront principalement sur les domaines suivants:

- Soins, accompagnement et intendance dans des domiciles privés.
- Soins, accompagnement et intendance dans des appartements pour seniors.
- Offres de soins et d’accompagnement spécialisées (p.ex. démence, soins palliatifs, gérontopsychiatrie etc.)
- L’institution de soins classique se mue en Centre de santé et en maison de quartier, dans le contexte de vie habituel de la personne âgée.

Le graphique ci-dessous montre les éléments et offres de prestations prévus par le modèle d’habitat et de soins 2030:



Le modèle d’habitat et de soins 2030 (© CURAVIVA Suisse)

3. Revendications de CURAVIVA Suisse

Avec le vieillissement de la génération des baby-boomers, les besoins et défis auxquels sera confronté le système de santé vont subir d’importantes modifications. Il faut partir du principe que les générations nées après 1945 auront des exigences totalement différentes. Pour la première fois de l’Histoire, le passage à la nouvelle génération va tout bousculer, provoquant un changement radical. Ce constat à lui seul remet en cause le maintien du système qui prévaut actuellement dans les soins de longue durée. Des approches nouvelles et innovantes dans le domaine des prestations destinées aux personnes âgées sont nécessaires. Avec le modèle d’habitat et de soins 2030, CURAVIVA Suisse formule les propositions suivantes:

- **Revendication 1: le principe « ambulatoire avant stationnaire » n'est pas orienté vers le futur et donc faux. A l'avenir il faudra dire: « ambulatoire ET stationnaire ».**

La formulation « ambulatoire avant stationnaire » met l'accent sur ce qui sépare et non sur ce qui est commun, ce qui ressort également des différents systèmes de financement des secteurs ambulatoire et stationnaire. Cette démarche dépassée atteint aujourd'hui ses limites, parce que cette séparation n'est guère utile et complique une approche nouvelle des soins de longue durée. Un accompagnement et une prise en charge des personnes âgées en fonction de leurs besoins ne doit pas se fonder d'abord sur des logiques de financement, mais doit donner la priorité aux besoins de la personne âgée. Et ce besoin diffère d'un individu à un autre. Dans la pratique, les transferts entre les différentes prestations d'accompagnement et de soins seront fluides, ainsi que le propose le modèle de CURAVIVA Suisse présenté ici.

- **Revendication 2: La planification des lits médicalisés telle que pratiquée jusqu'ici est dépassée. Le besoin en prestations de soins doit être planifié de manière plus globale à l'avenir.**

Jusqu'ici, la planification du nombre de lits médicalisés dans les cantons était faite sur la base d'un simple calcul statistique. La plupart du temps, 17 à 23% des personnes de plus de 80 ans sont pris en compte pour le calcul du nombre de lits nécessaires. Ces modèles de calculs en pourcentages ne sont pas en mesure de représenter clairement la diversité et la complexité des situations des personnes âgées. Le nombre de personnes âgées dépendantes va croître, de même que leurs besoins individuels, c'est pourquoi le besoin en prestations de soins doit être planifié de manière plus globale, à l'instar de ce que propose le modèle d'habitat et de soins 2030 de CURAVIVA Suisse.

- **Revendication 3: Une simplification du système de financement s'impose**

Dans le domaine des soins de longue durée, on compte aujourd'hui plusieurs prestataires, à savoir les hôpitaux, les médecins, les institutions de soins, les services de soins à domicile etc. Les différents mécanismes de financement entre ces systèmes et entre les cantons sont difficilement compréhensibles pour les personnes vieillissantes et manquent de transparence. Pour des raisons de politique financière, la LAMal fait la distinction entre soins et accompagnement. Par conséquent, les prestations de soins sont financées par trois partenaires – assureurs maladie, collectivités publiques et résidents des institutions de soins, alors que les prestations d'accompagnement incombent uniquement aux résidents. Cela pose des problèmes à la branche, une personne ne pouvant être divisée en « soins » et en « accompagnement ». Pour CURAVIVA Suisse, il est important que les soins et l'accompagnement des personnes âgées se fondent sur une approche holistique de l'être humain. Elle s'engage par conséquent pour un financement global, basé sur l'idée de réunir et non de séparer. Le système de financement actuel doit donc être simplifié et amélioré, afin que le financement de l'ensemble des prestations – en tenant compte de l'hétérogénéité des besoins ainsi que de l'ensemble de la chaîne des soins – soit assuré de la même façon. Remarque: CURAVIVA Suisse examinera plus en détail l'aspect du financement de son modèle d'habitat et de soins 2030 dans le cadre d'un projet spécifique.

- **Revendication 4: Approches uniformes pour l'attribution des prestations complémentaires**

La réglementation actuelle sur les prestations complémentaires est un obstacle à la réalisation d'offres flexibles – c'est-à-dire répondant aux besoins. C'est pourquoi les prestations complémentaires pour les nouvelles offres – par exemple, services dans des appartements adaptés ou logement personnel – doivent être accordées selon des approches comparables à celles en vigueur pour les institutions de soins. Le calcul des prestations complémentaires devrait être entièrement revu dans le cadre du Modèle d'habitat et de soins 2030 de CURAVIVA Suisse. La faïtière élaborera également des propositions d'optimisation à cet effet dans le cadre du projet spécifique mentionné sous la revendication 3.

Informations complém. concernant le modèle d'habitat et de soins 2030 de CURAVIVA Suisse:

Monsieur Camille Angelo Aglione, Responsable adjoint & Secrétaire romand du Domaine spécialisé Personnes âgées de CURAVIVA Suisse. 079 444 59 97 / ca.aglione@curaviva.ch