

PCS Suisse

TUTORIAL

Balance of care (BoC)

11 juin 2009 - 14h à 17h

Prof. Brigitte Santos-Eggimann, médecin-adjoint, Responsable de l'Unité des services de santé, IUMSP – Lausanne,

Mme Geneviève Stucki, Cheffe de division, SSP – Lausanne,

M. Maxime Cauterman, Directeur, Antares consulting – Paris,

M. Marc Serin, Consultant senior, Antares consulting.

Déroulement

		Responsable
A	Introduction –principes du modèle	G. Stucki, SSP
B	Prévalence et profils de dépendance	B. Santos-Eggimann, IUMSP
C	Modèles de prise en charge	B. Santos-Eggimann, IUMSP
D	L'outil d'orientation Opars	B. Santos-Eggimann, IUMSP
E	Vaud - principaux résultats	G. Stucki, SSP
	Pause – 15h20 à 15h40	
F	Démonstration Logiciel de 15h40 à 17h00	MM. M. Cauterman et M. Serin, Antares Consulting

Art. 39 LAMal : Hôpitaux et autres institutions

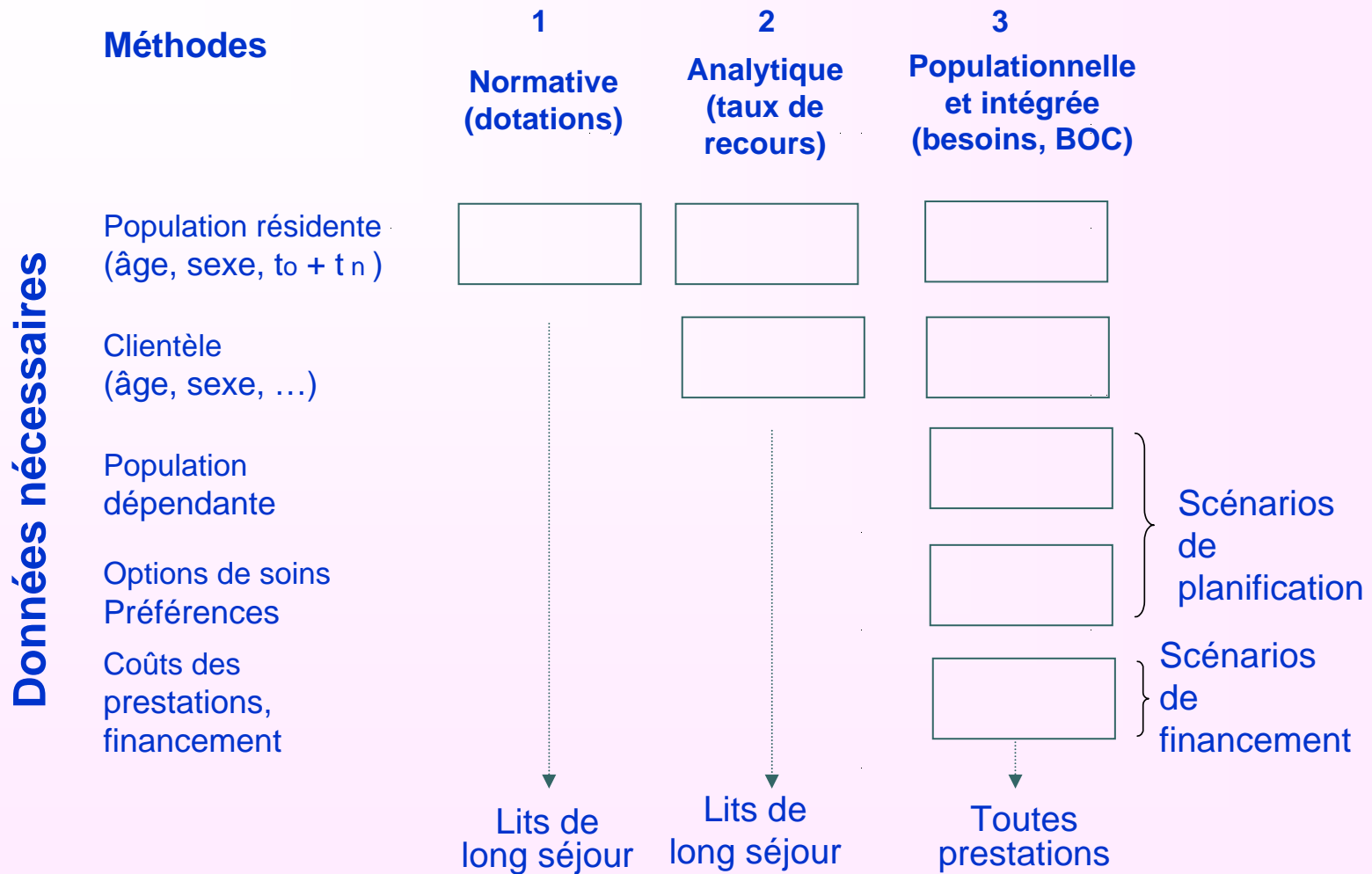
- 1 Les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis s'ils :
 - a) garantissent une assistance médicale suffisante ;
 - b) disposent du personnel qualifié nécessaire ;
 - c) disposent d'équipements médicaux adéquats et garantissent la fourniture adéquate de médicaments ;
 - d) correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate ;**
 - e) figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats.

Art. 39 LAMal : Hôpitaux et autres institutions

(suite)

- 2 Les conditions fixées au 1er alinéa, lettres a à c, s'appliquent par analogie aux établissements, aux institutions et à leurs divisions qui prodiguent des soins semi-hospitaliers.
- 3 Les conditions fixées au 1er alinéa s'appliquent par analogie aux établissements, aux institutions et à leurs divisions qui prodiguent des soins, une assistance médicale ainsi que des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée (**établissements médico-sociaux**).

Estimation de l'offre nécessaire



Estimation de l'offre nécessaire

1. Méthode normative

Référence à une densité de l'offre observée dans une région dont la couverture sanitaire est réputée appropriée. En général :

- Densité normative de référence.
- Prise en compte de facteurs déterminants (évolution démographique, import-export, autres particularités).
- Dotation-cible pour un horizon temporel donné.

Estimation de l'offre nécessaire

2. Méthode analytique (recours observé) :

- Taux d'hébergement constants par âge atteint
- Entrées aux mêmes âges
- Séjours plus longs (espérance de vie en augmentation)
- VD 2005-2015 : + 1'500 lits
- Taux d'hébergement constants par durée moyenne qui reste à vivre
- Entrées plus tardives
- Séjours de même durée
- VD 2005-2015 : + 630 lits

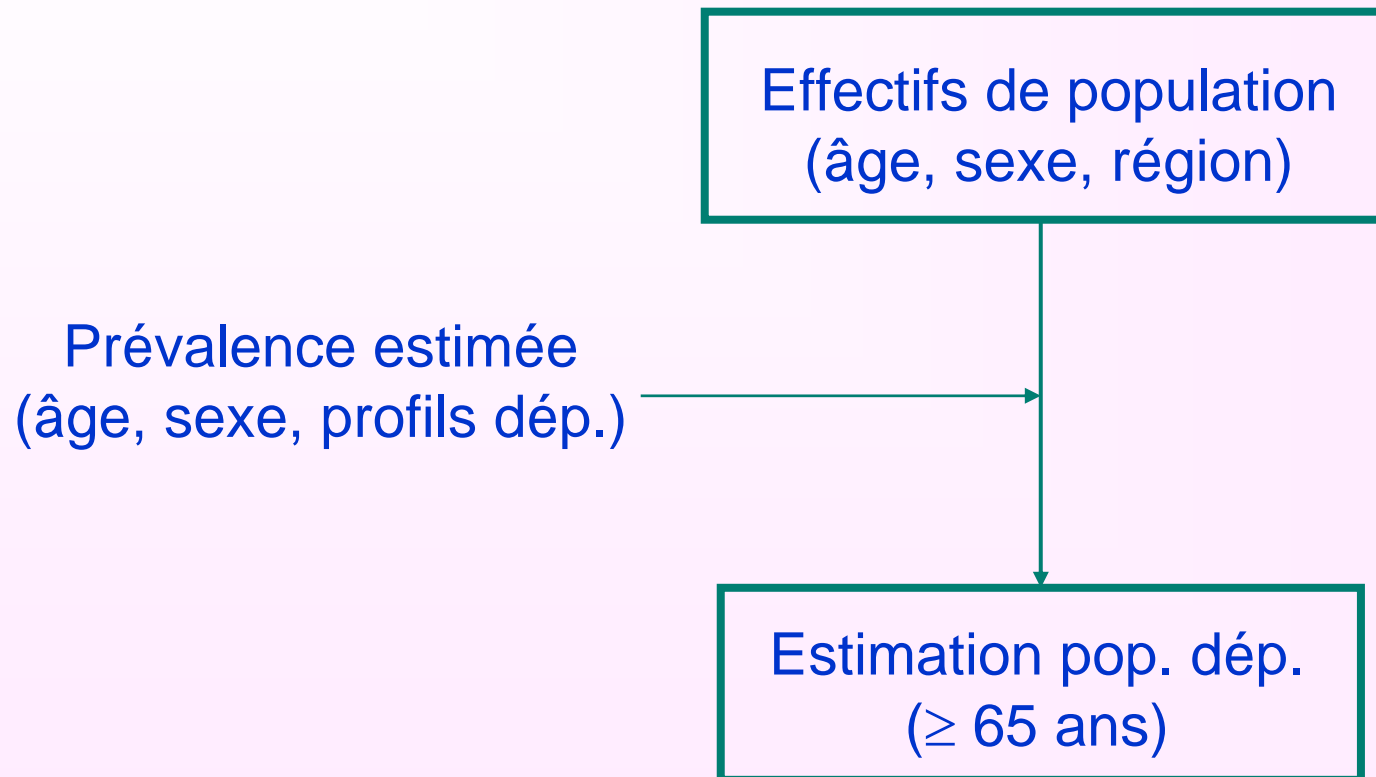
Estimation de l'offre nécessaire

3. Méthode intégrée : « Balance of care » (BoC)

- Un modèle dynamique d'aide à la décision pour une planification médico-sociale intégrée
- Population de plus de 65 ans concernée par la dépendance chronique
- Aide et soins médico-sociaux de longue durée

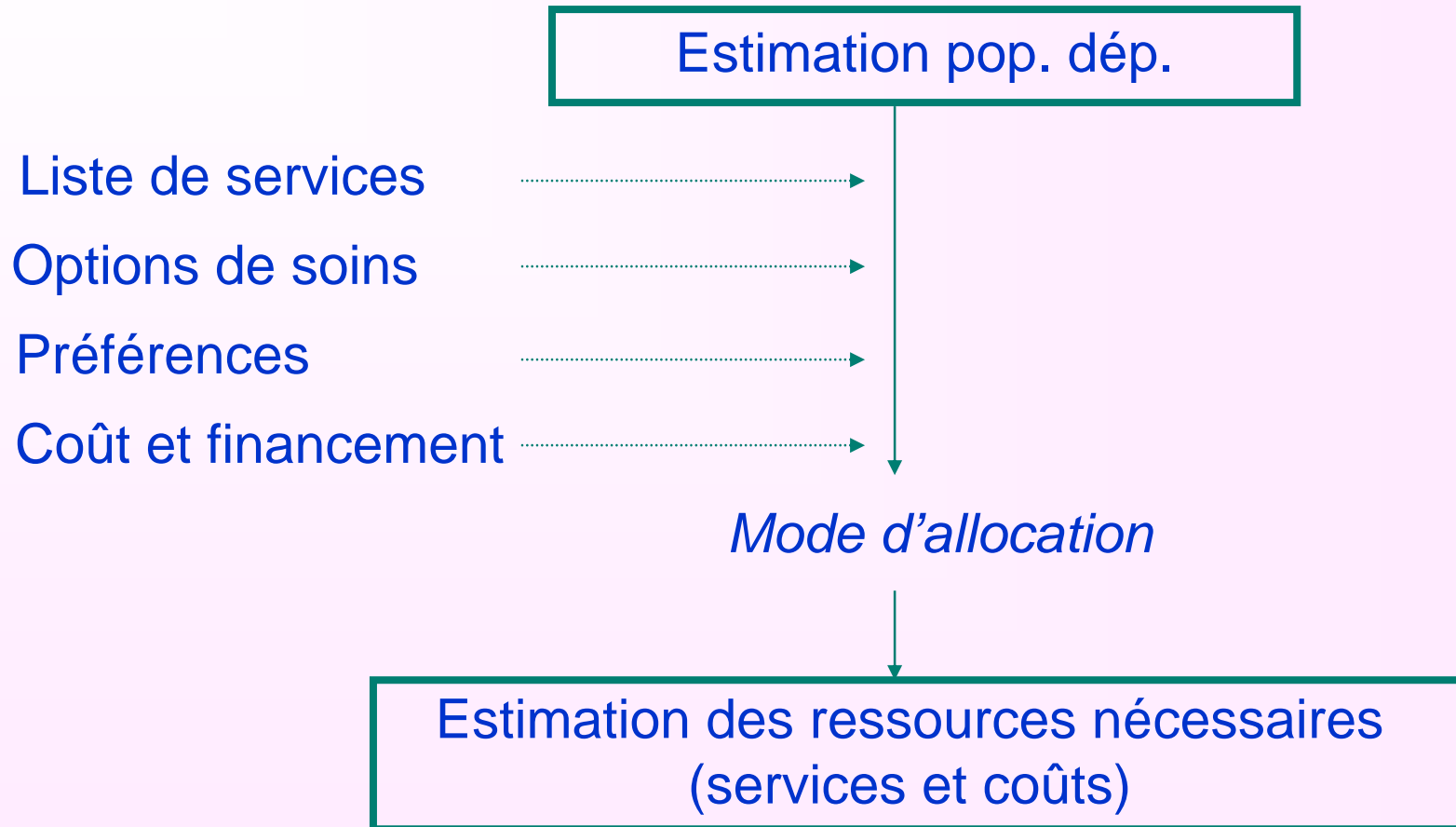
« Balance of Care » (BoC)

1) Module population :



« Balance of Care » (BoC)

2) Module options de soins :



Adaptation du système BoC 1993-1996

- **Origine:**
Modèle « Balance of Care » T. Bowen, P. Forte (GB),
planification intégrée au niveau des Health Authorities
- **Contexte:**
FNSRS - Programme National de Recherche 32
Projet de recherche de l'IUMSP, Lausanne
- **Objectifs:**
 - a) Modèle d'évaluation des politiques médico-sociales cantonales : écart besoins – dotations ?
 - b) Instrument de planification médico-sociale
 - c) Utilisation de données existantes; plusieurs cantons

I – Profils de dépendance et prévalence

- Principe:
l'âge et le genre sont insuffisants pour apprécier les besoins médico-sociaux à 65+ ans
- Objectif:
passage d'une connaissance
« âge x genre » → « profils de dépendance »
- Méthode générale:
 - Définir une série de profils de dépendance
 - Estimer leur prévalence dans la population générale 65+, dans chaque catégorie d'âge quinquennale x genre

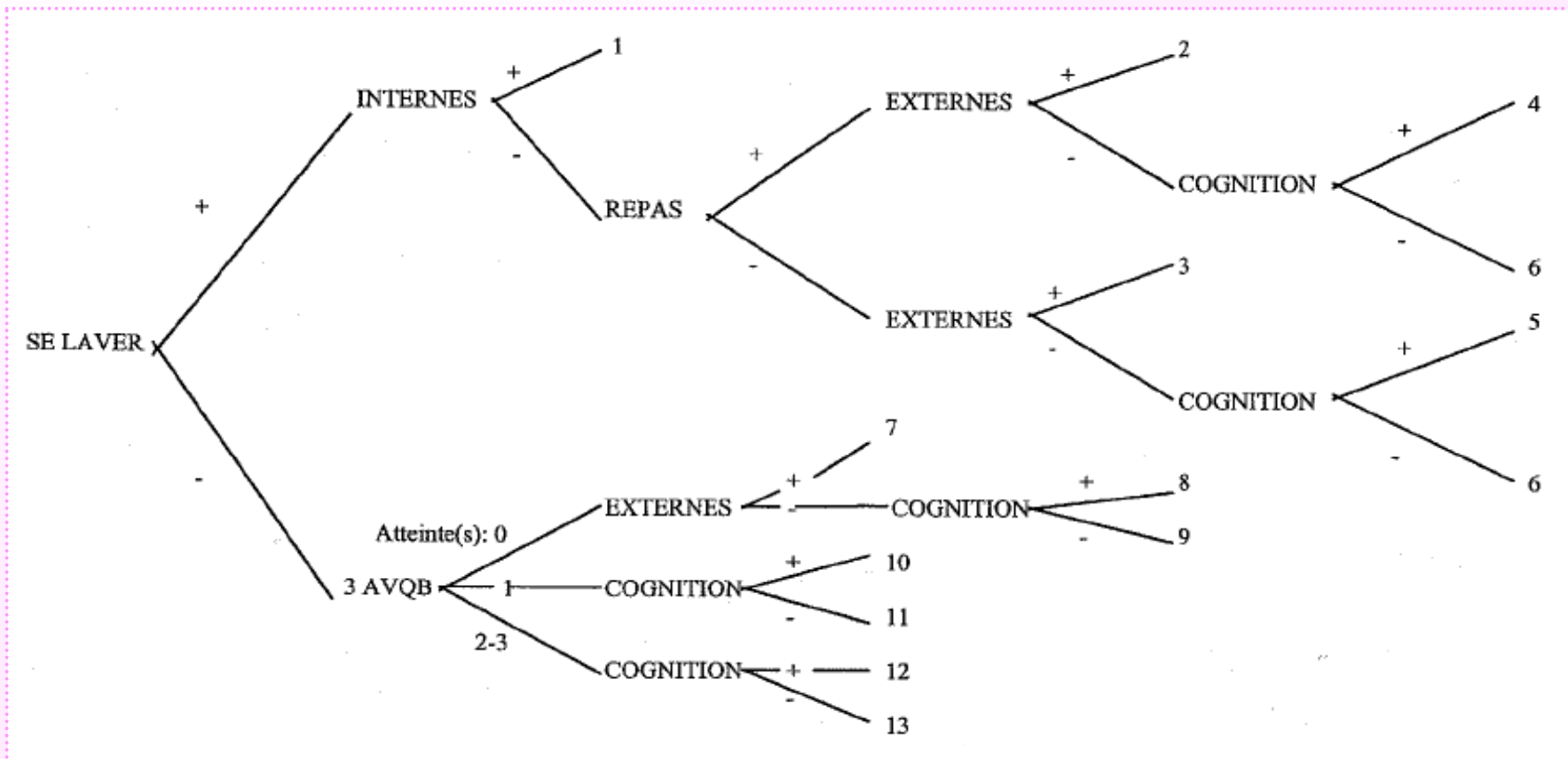
Profils de dépendance: contraintes

- Mutuellement exclusifs
- En nombre limité
- Suffisamment détaillés
- Contenu défini en sorte de pouvoir estimer la prévalence de chaque profil à partir de données disponibles

Profils de dépendance: méthodes

- Enquête auprès d'un échantillon représentatif d'utilisateurs du programme vaudois de maintien à domicile (printemps 1996)
- Éléments:
 - *AVQI externes (achats, transports)*
 - *AVQI internes (repas, lessive, ménage)*
 - *AVQB (se laver, s'habiller, se transférer, manger)*
 - *Troubles cognitifs*
- Résultat: classification en 13 profils de dépendance

Classification en 13 profils de la population 65+ chroniquement dépendante



Profils de dépendance: exemple

Ex. profil 3 - Personnes indépendantes pour se laver, s'habiller, se transférer et manger, mais nécessitant de l'aide pour le ménage, la lessive et le repassage, ainsi que pour préparer les repas. Elles sont cependant capables de prendre un taxi sans accompagnement et d'effectuer leurs achats courants.

Les personnes appartenant à ce groupe ne présentent en général pas de troubles cognitifs.

- A) Personne vivant en ménage**
- B) Personne vivant seule avec aide informelle externe**
- C) Personne vivant seule sans aide informelle**

→ 39 PROFILS DE DÉPENDANCE

Prévalence: méthodes

- À estimer dans chaque cellule définie par Age x Sexe
- Source: Enquête suisse sur la santé 1992-93
- Extrapolations nécessaires
(capacité à se laver, troubles cognitifs)
- Ajout: prise en charge formelle (MAD ou EMS)

II - Options de soins et préférences

- Principe:
Chaque profil de dépendance, bien qu'hétérogène, permet de quantifier les besoins en matière de soins médico-sociaux professionnels pour un groupe de personnes présentant ce profil
- Objectifs:
 1. pour chaque profil, définir une à cinq « options de soins »
 2. classer ces options de soins par ordre de préférence
- Méthode générale:
 - Consultation de professionnels dans 5 cantons (options de soins, préférences)
 - Consultation de personnes âgées (préférences)

a) Quels sont les services médico-sociaux disponibles,
à un niveau cantonal ou régional?

- Questionnaire de diffusion limitée dans 5 cantons (BE, GE, VD, VS, ZH): liste des services et définition
- Définition des éléments de construction et uniformisation des termes utilisés

b) Quelles sont, pour chacun des 39 profils de dépendance, les propositions d'options de soins « moyennes » adaptées à un groupe de personnes ?

- Questionnaire à 79 professionnels de 5 cantons
Données: profils de dépendance, éléments de construction
 - Réponse de 62 personnes ou équipes
 - Combinaison (statistique) des réponses
- 1 à 5 options de soins pour chaque profil de dépendance

Structure des options de soins

- **Lieu de vie:** *domicile, appartement adapté, appartement protégé, long séjour G/PG, pension*
- **Court séjour médico-social:** *G/PG*
- **Accueil de jour:** *G/PG*
- **Soins à domicile:** *infirmiers, ergothérapie, soins de base, pédicure*
- **Aide à domicile:** *ménage, lessive, repas*
- **Encadrement:** *aide sociale, télécontact, transports*
- **Administration**

*Ex. profil 9C AVQB:L+0 AVQlint.:- AVQlex.:- Cogn:-
Vit seul, 0 aide*

- Hébergement psychogériatrique: 52 semaines/an
- Appartement protégé, + par semaine: 3/4h. soins infirmiers,
5h. soins de base,
1/4h. pédicure,
4h1/2 ménage,
1 lot 3/4 lessive,
7 repas,
1h. aide sociale,
1/2h. administration,
télécontact,
transports

CAVE

- Options de soins = paquets de soins « moyens »
- Options de soins \neq normes de prise en charge applicables à toutes les personnes d'un profil donné

Préférences: professionnels

- Retour dans les 5 cantons, questionnaires à 79 professionnels (réponse de 61 personnes ou équipes)
- Analyse par canton
- Pondération par secteur d'activité

Préférences: personnes âgées

- Non-représentatives: capacité à participer
 - Accessibilité pour présentation de la démarche
 - Intérêt pour la question
 - Capacité d'abstraction
 - Faculté de concentration
 - Fonctions cognitives et sensorielles
 - Capacité à exprimer ses préférences
- ...mais diverses (associations culturelles, loisirs, maladies)
- Vote de 123 personnes âgées (20 associations, 5 cantons)

III - BoC et l'outil d'orientation Opars

GB: Système « Balance of Care »



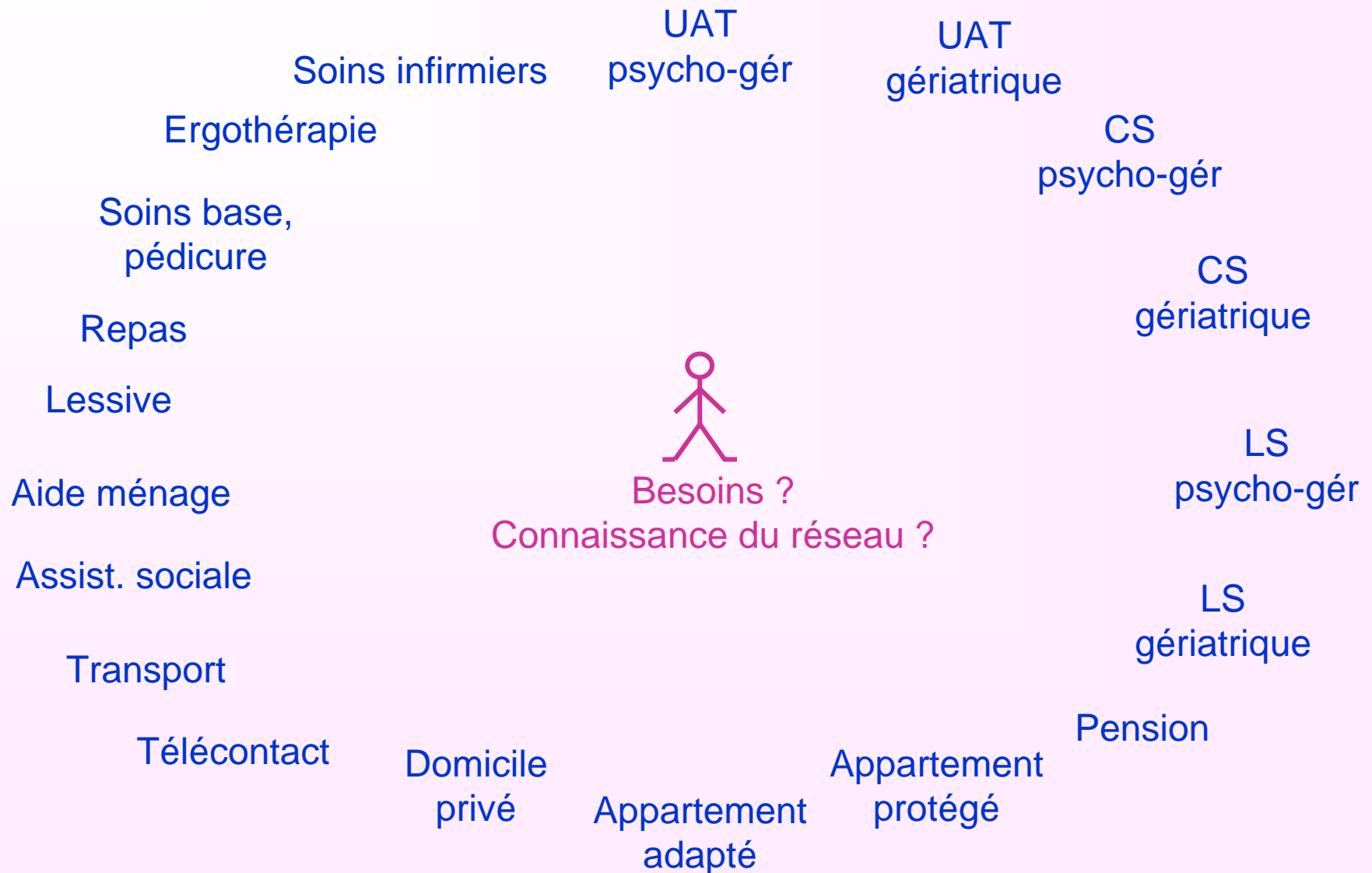
CH: adaptation et développement, PNR32 / IUMSP



VD: application SSP pour la planification



? Matériel utile pour l'orientation médico-sociale
des personnes âgées dans le cadre des BRIOs ?

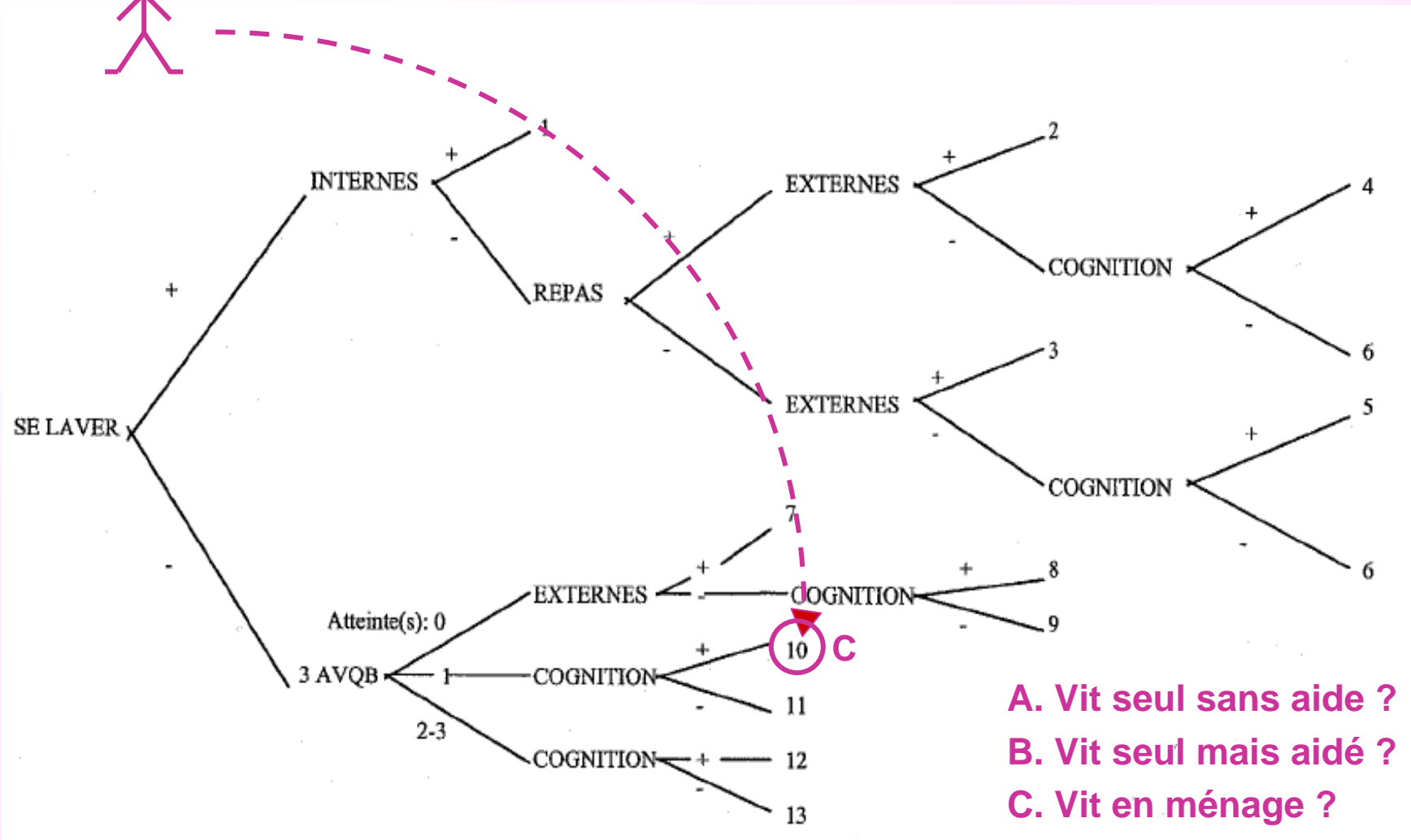


L'outil d'orientation Opars : buts

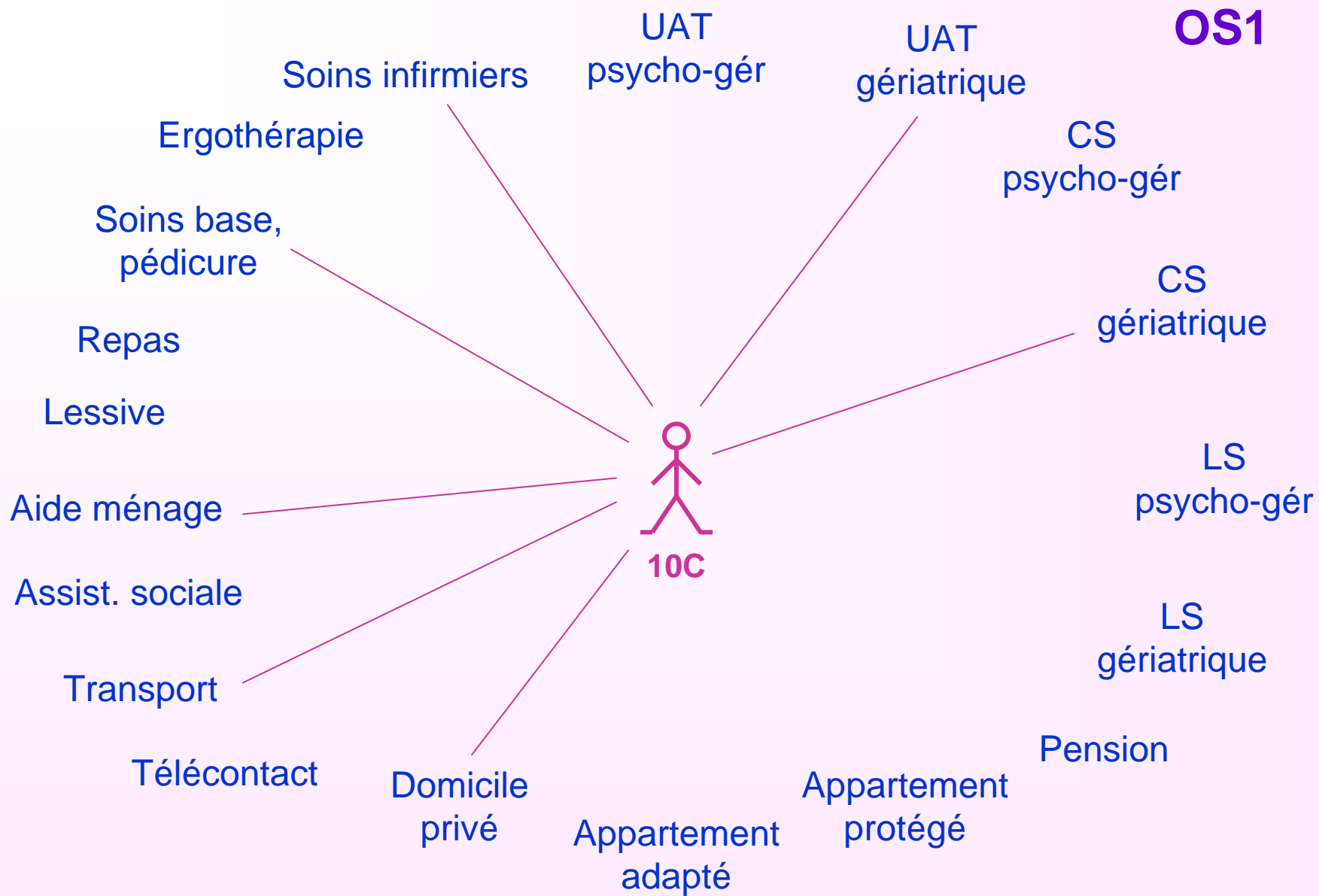
- 1) Faciliter l'appréciation et l'**explicitation des besoins**
- 2) Favoriser la **concertation** pour l'élaboration d'une prise en charge adaptée aux besoins de la personne âgée et de ses proches
- 3) Documenter les **carences** du réseau médico-social

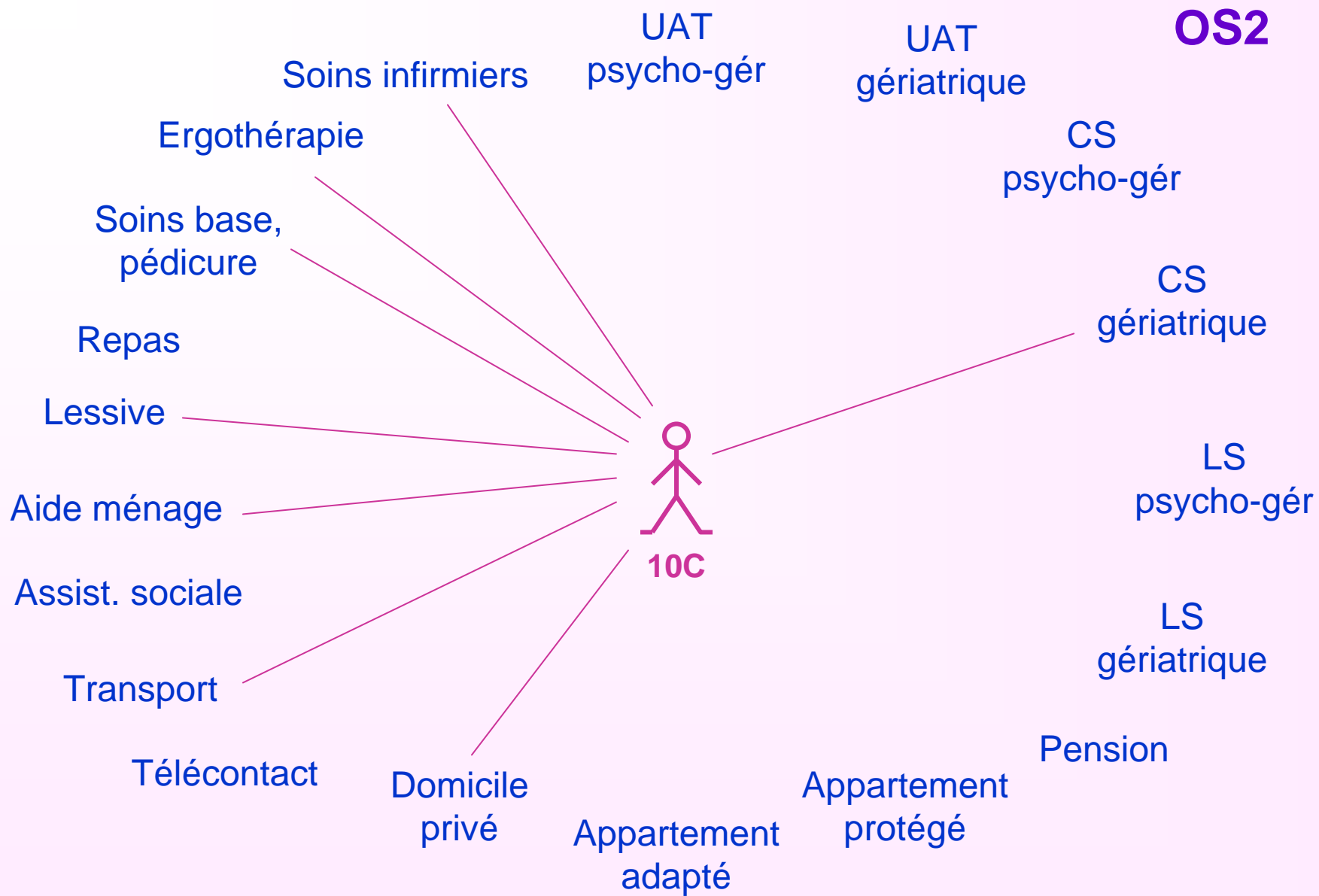
→ **OPARS = 3 VOILETS ARTICULÉS**

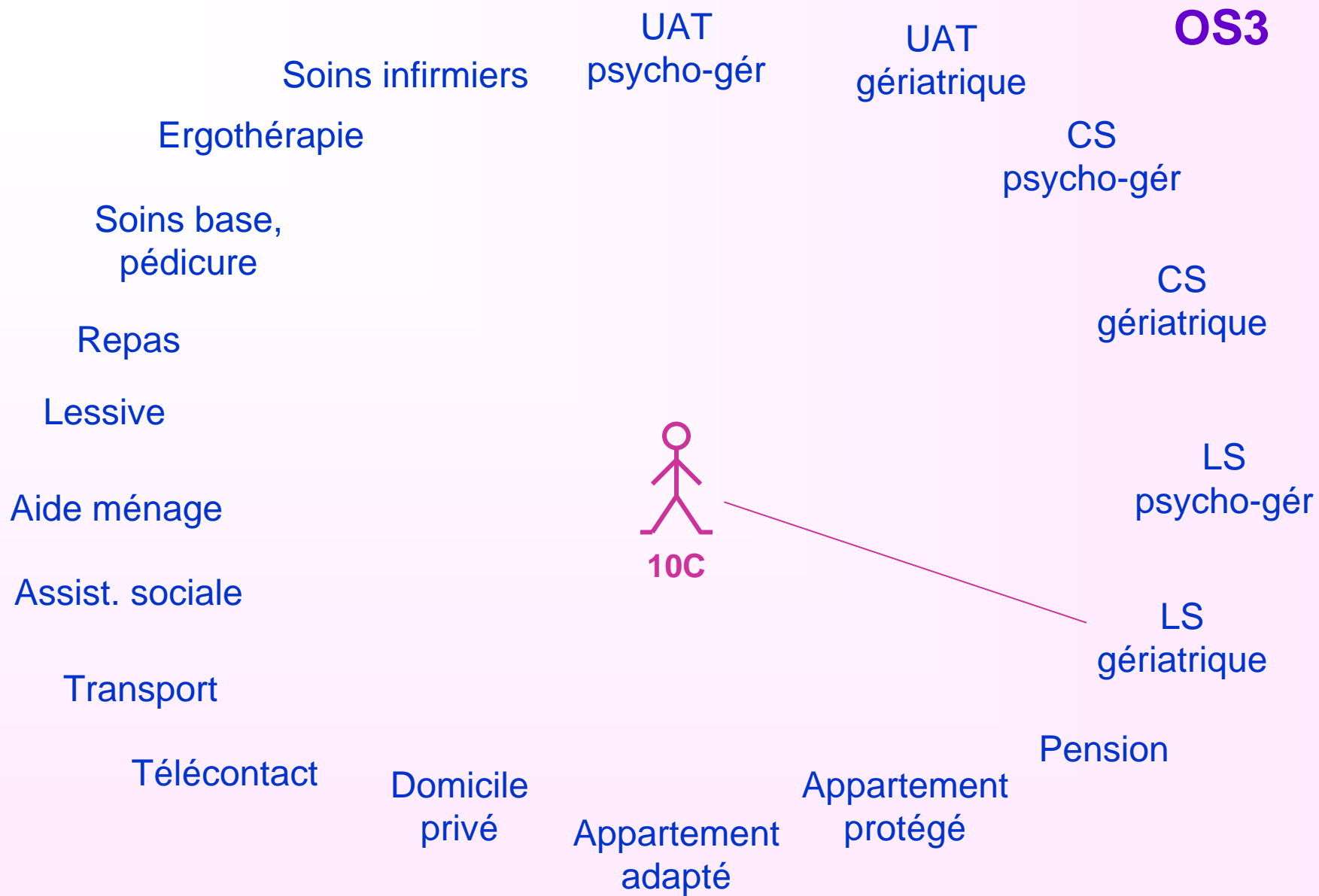
Opars: Explicitation des besoins



- A. Vit seul sans aide ?
- B. Vit seul mais aidé ?
- C. Vit en ménage ?







Opars : Concertation

Base: Options de soins pour profil 10C

LIEU DE VIE :	Domicile privé	Domicile privé	Appartement protégé	EMS Gériatrique
Court séjour (gériatrique)	+	+	+	
Accueil de jour (gériatrique)	+		+	
Soins infirmiers	+	+	+	
Ergothérapie		+	+	
Soins de base/pédicure	+	+	+	
Aide au ménage	+	+	+	
Lessive		+	+	
Télécontact			+	
Transports	+	+	+	
OPTION	I	II	III	IV

- *Profils hétérogènes*
- *Disponibilité réelle de l'entourage*
- *Préférences*
- *Possibilités réelles du réseau*

Élaboration d'une prise en charge adaptée à la personne

Documentation des

carences du réseau

L'outil d'orientation Opars: limites

- Éléments non inclus dans les profils de dépendance
ex. troubles du comportement, de l'humeur, incontinence
- Options de soins exclusivement médico-sociales
ex. non inclus: prestations strictement médicales ou sociales, de prévention, de réadaptation
- OPARS ≠ instrument de mesure des soins requis
- Options de soins ≠ normes de prise en charge
visé à ouvrir la perspective, non à la fermer
- Usage itératif nécessaire dans les situations instables

L'outil d'orientation Opars : test et perspectives

Testé dans une région (zone VI)

utilité et freins, volet « documentation des carences » négligé

→ Évolution/enrichissement des profils de dépendance

éloignement des « profils BoC »

e.g. intégration de facteurs conduisant à l'institutionnalisation

→ Problème des options de soins localement irréalisables

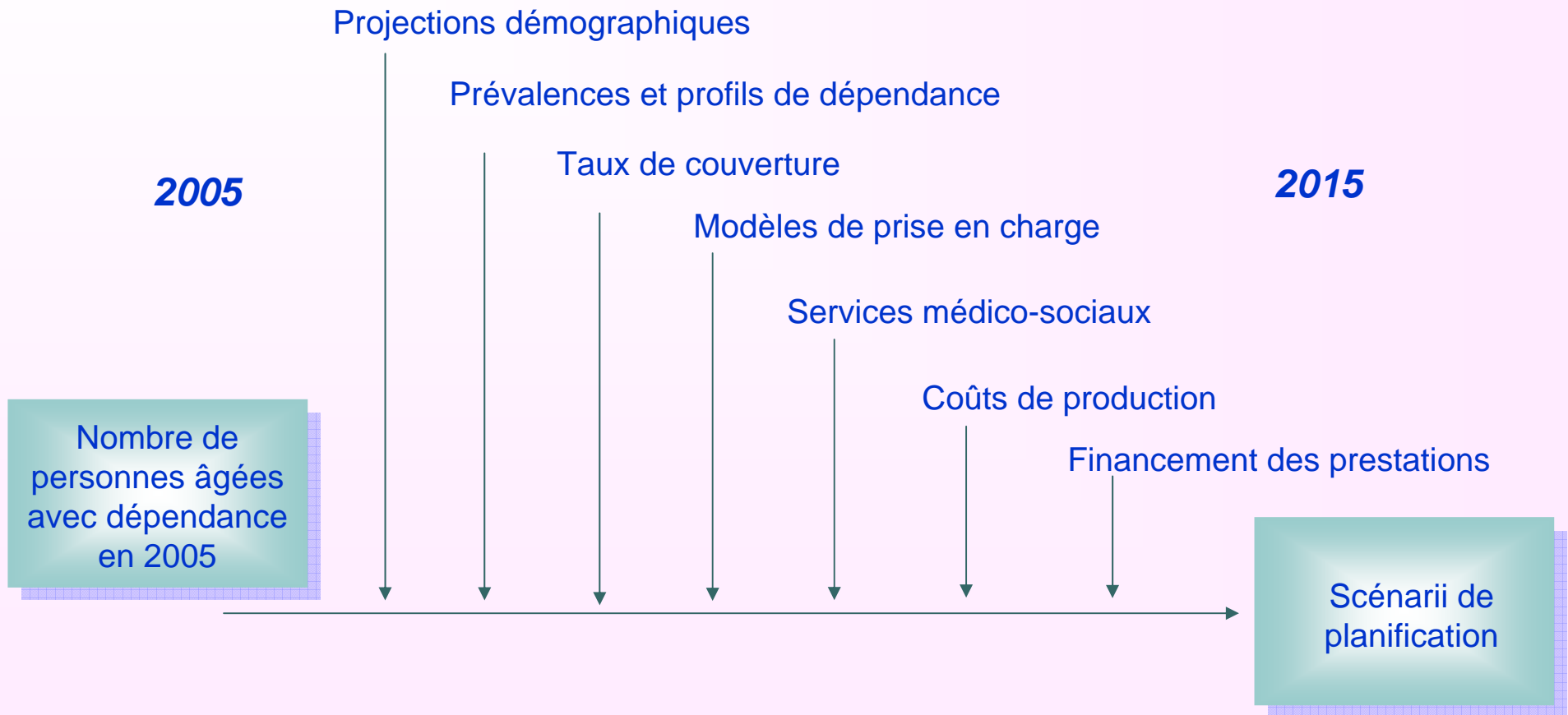
*développement du feed-back au réseau, listes d'attente ?
abandon ?*

→ Implantation dans la pratique, diffusion

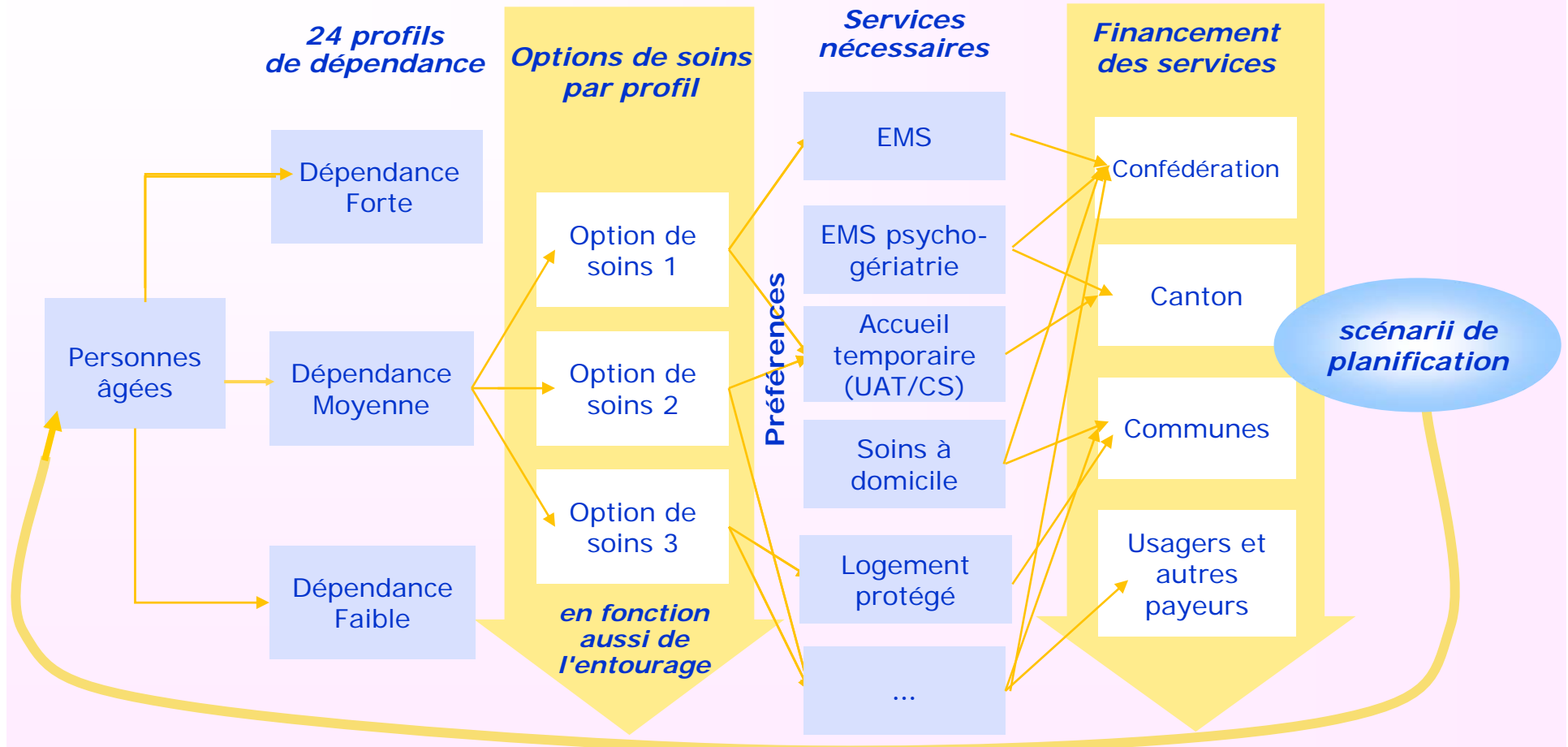
encadrement

reconnaissance explicite des limites de l'instrument

« Balance of Care » (BoC)



« Balance of Care » (BoC)



Test 2005 GRSP

- Atelier de réflexion en novembre 2004 pour examiner les pistes de collaborations intercantionales
- Test du logiciel PODA en 2005 par les cantons de FR, JU, NE, TI, VS, VD
- Utilisation de la méthode dès 2006 par les cantons de GE, JU, VD, TI

Test 2005 GRSP

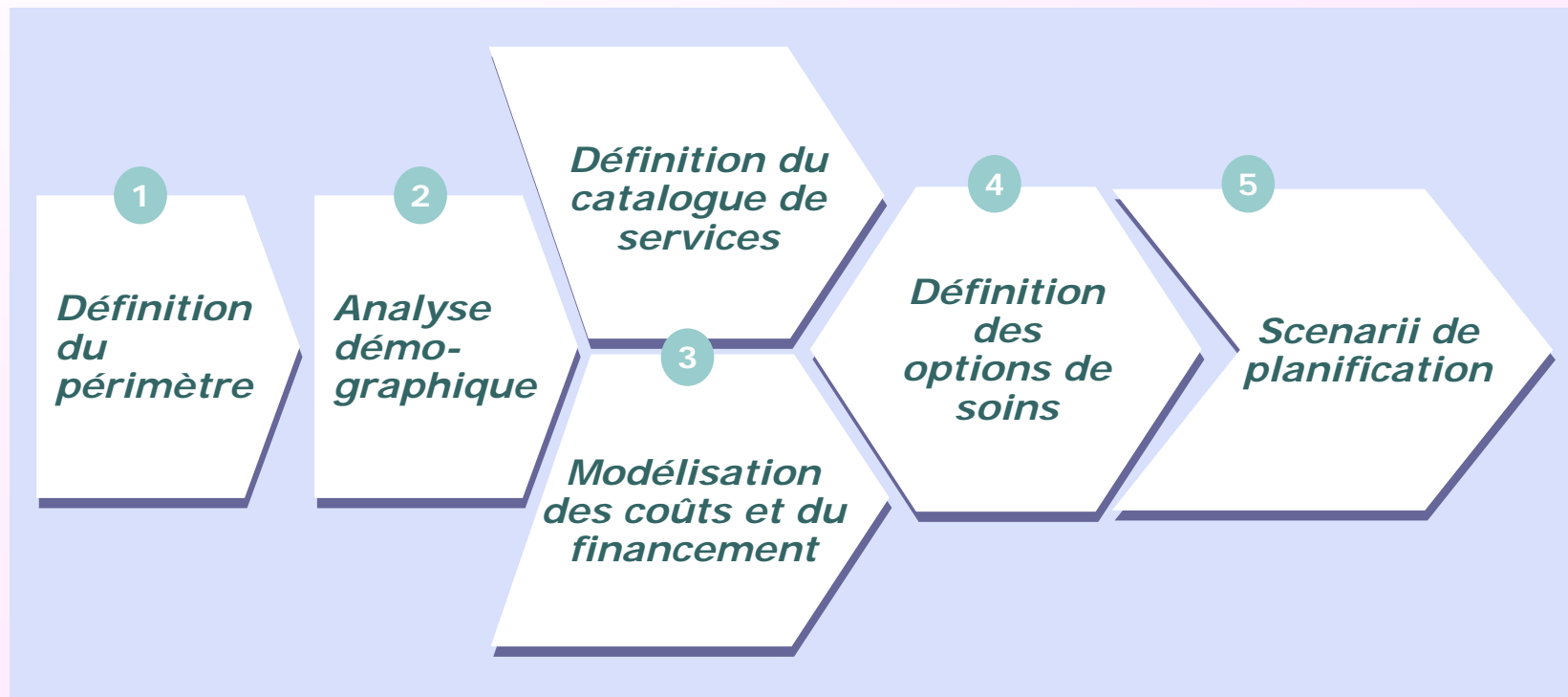
Objectif du test

- Evaluer le fonctionnement, les potentialités, l'applicabilité et l'utilité du système BoC ainsi que du logiciel PODA.

Constats du GT

- L'utilisation du système n'est pas lourde.
- L'outil de planification est plus perfectionné et pertinent que les méthodes traditionnelles.
- Pour améliorer la fiabilité des résultats, la qualité des données de base mérite d'être améliorée (données de prévalence, profils de dépendance, options de soins).

Vaud 2006 : principaux résultats



Deux groupes de travail

Groupe technique

- Participation à la définition des orientations et des priorités
- Recueil des données

- **José Rohrer** (OMSV. Responsable des finances)
- **Jean Yves Blanc** (OMSV. Service des prestations et du système d'information)
- **Vincent Fracheboud** (Service des assurances sociales et de l'hébergement)
- **Michel Harvey** (Service des assurances sociales et de l'hébergement)
- **Jean-Pierre Grolimund** (SSP. Chef de projet de la cellule système d'information)
- **Henri Briant** (Service de la Santé Publique. Cellule système d'information)
- **Marcel Hofer** (Service de la Santé Publique, Adjoint)
- **Giampiero Trezzini** (Service de la Santé Publique. Chef de projet)
- **Geneviève Stucki** (SSP. Cheffe de la division des Services Médico-sociaux et des Réseaux de soins)

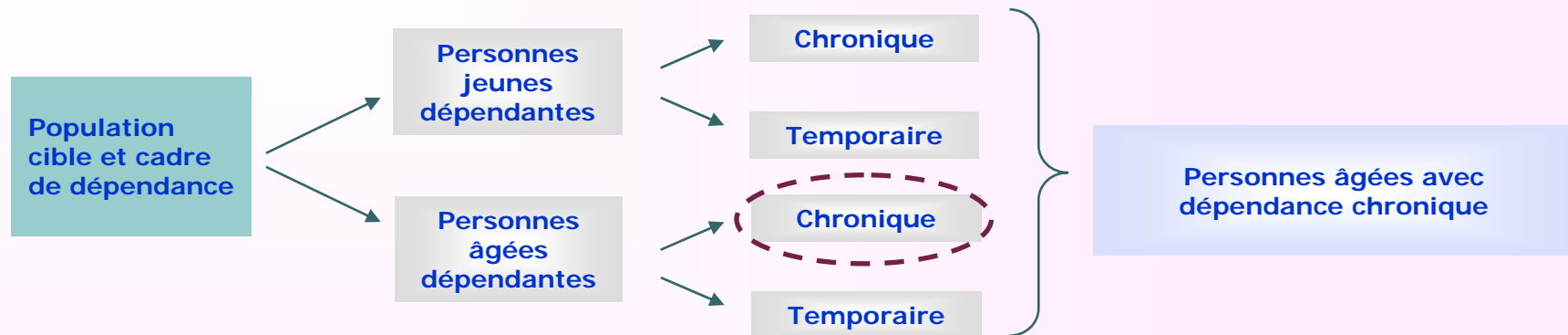
Groupe d'expert

- Définition des options de soins relatives à chaque profil de dépendance et formulation des préférences

- **Professionnels ASAD**
 - Béatrice Rappange
 - Sylvia Roa
 - Alexandra Mauron
 - Marie-Jeanne Müller
 - Caroline Gilgen
 - Ludmilla Traelnes
- **Professionnels de l'hébergement**
 - Claire Perrenoud
 - Patricia Villiger
 - Nicole Friedel
 - Carol Gay
 - Christian Weiler

- **Professionnels du BRIO**
 - Brigitte Barussaud
 - Corinne Defago
 - Pierrette Favez
 - Frédérique Gauthier
 - Mme Fellay
- **Associations d'aînés – usagers**
 - Suzanne Sisto-Zoller (AVIVO)
 - Marie Guignard (Résid'EMS)
 - Madeleine Schilt (Alter Ego)
 - Rémy Addor (G. retraités Poste)
 - René Goy (Pro Senectute VD)
 - Monique Richoz (Pro Infirmis)

1. Périmètre : personnes âgées de 65 ans et + présentant une dépendance chronique



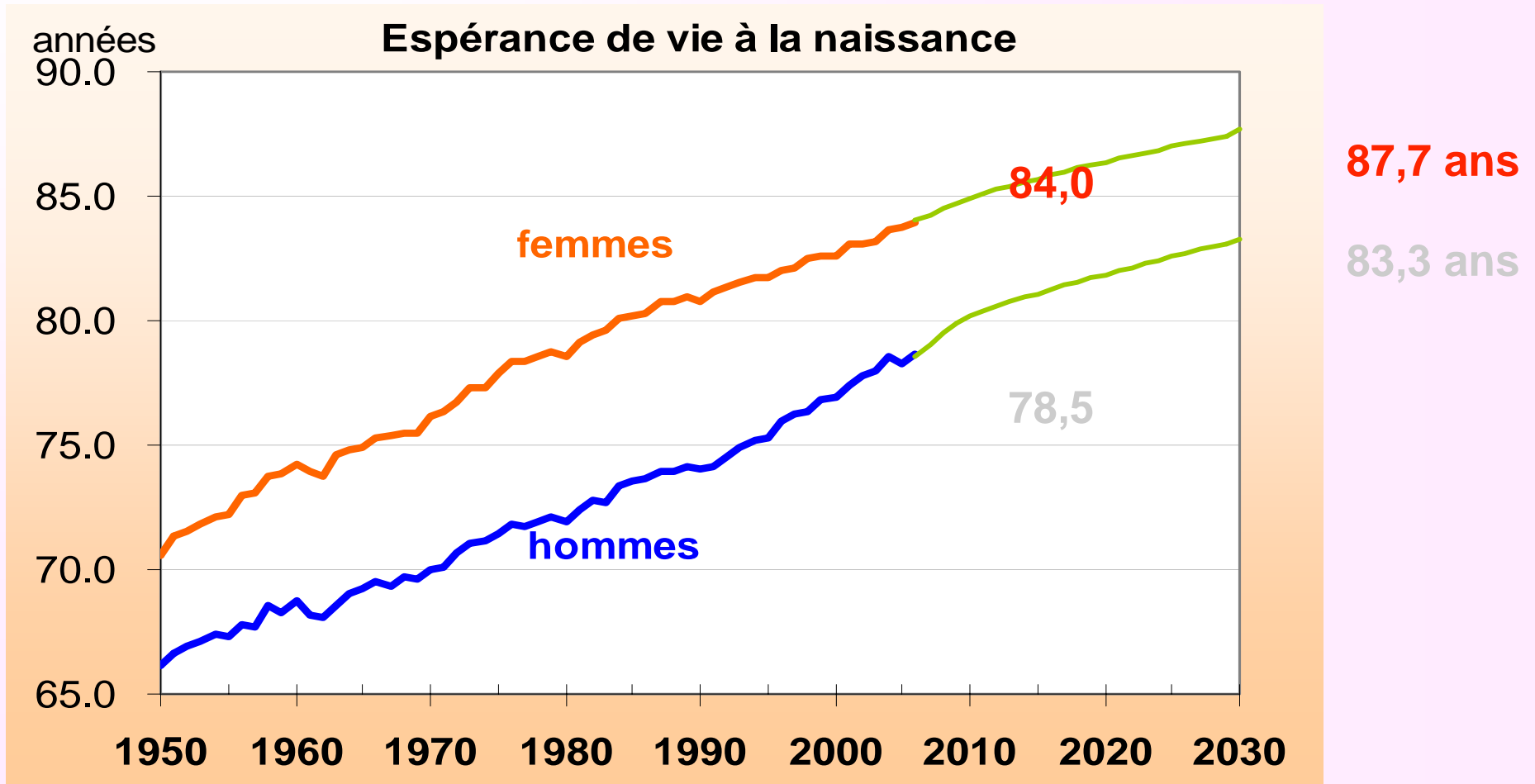
Horizon temporel	Unité temporelle de planification 2015
Cadre géographique	La planification médico-sociale considère l'ensemble du Canton de Vaud, une segmentation par territoire géographique plus restreint n'a pas pu être considérée en raison du manque de certaines données à ce niveau
Outils de classification des besoins	C'est la classification issue de l'IUMSP qui a été retenue : <ul style="list-style-type: none">• Car elle est basée sur l'étude des dépendances de la population suisse• Car les prévalences par profils de dépendance sont disponibles• Car c'est la méthode adoptée dans les autres cantons romands (comparabilité)

2. Analyse démographique

SCRIS, Canton de Vaud - M. J. Menthonnex, démographe

- Hypothèses
 - la fécondité
 - la mortalité
 - les migrations
- Les principaux résultats

Hypothèses : la mortalité

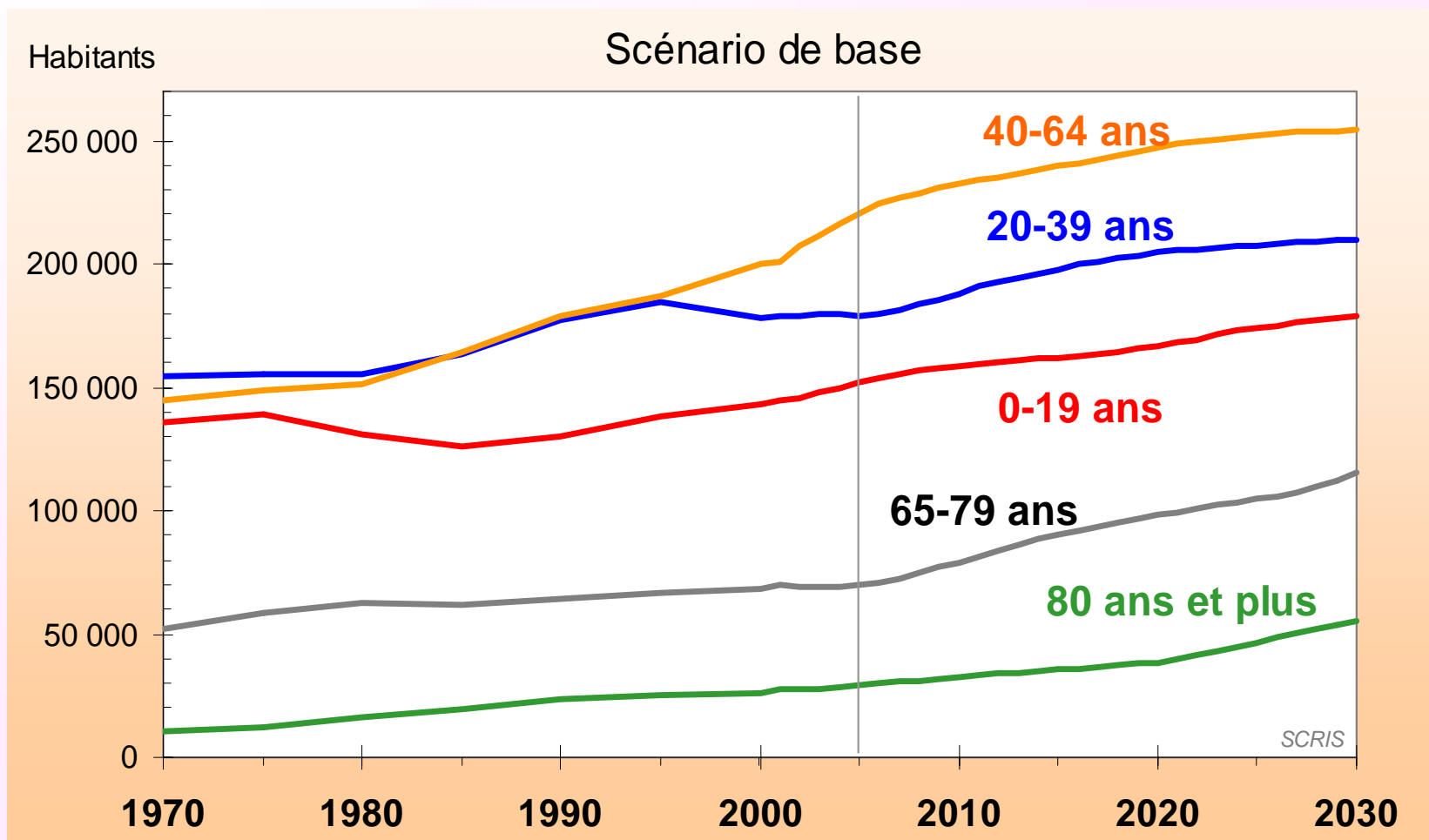


Évolution de la mortalité en Suisse

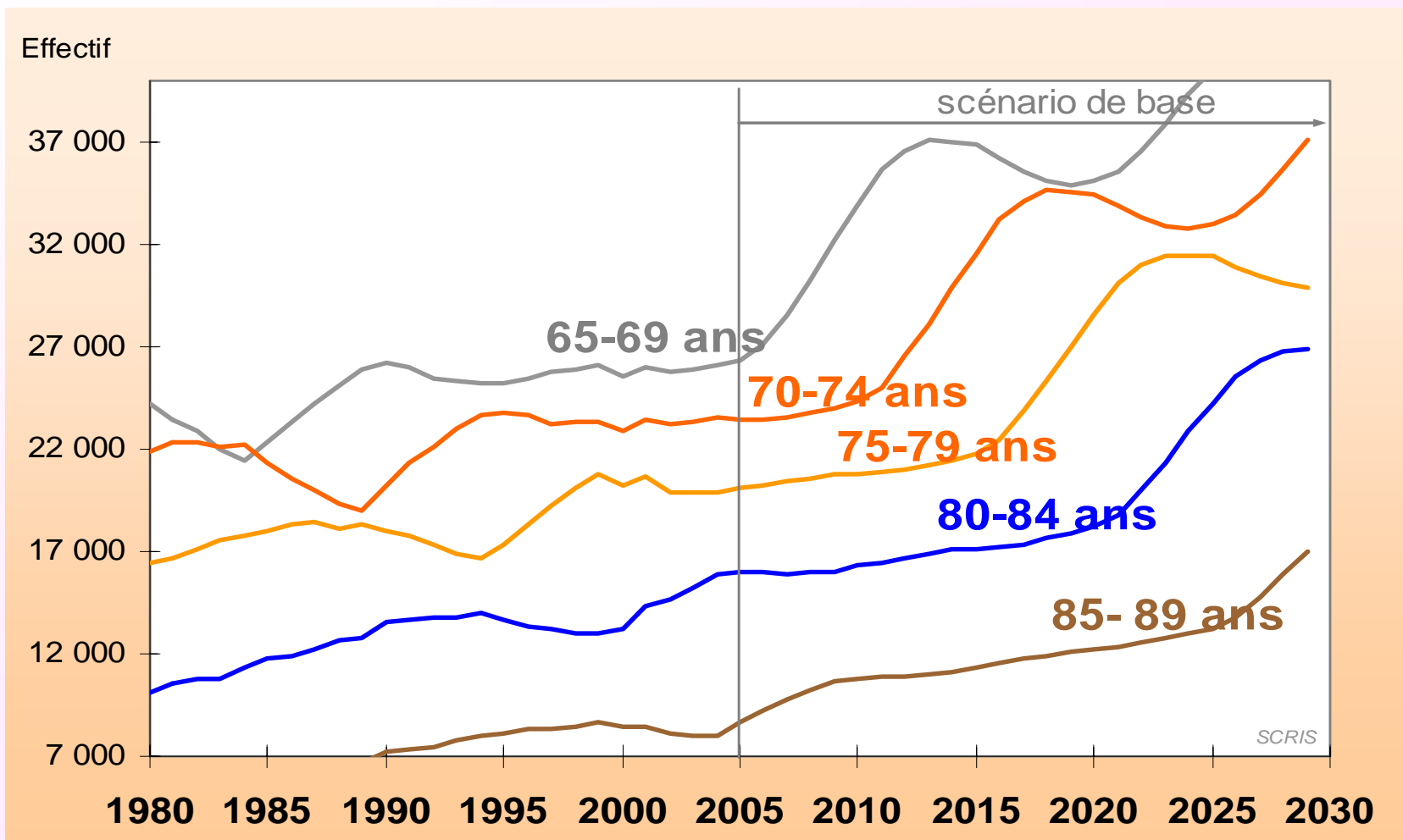
Espérance de vie à la naissance (E0) et à 65 ans (E65)						
	2000	2006	2010	2020	2030	2006-30
E0	79.9	81.3	82.6	84.1	85.5	+ 2.9
E65	19.2	19.8	20.7	21.8	22.8	+ 2.0

*Moyenne hommes et femmes, selon les conditions de mortalité du moment
Scénario de base*

Population par grands groupes d'âges, Vaud



Les plus de 65 ans



3.1 Catalogue de services

Services/Prestations		
Domicile Privé		semaines/an
Lit C de long séjour gériatrique	Lit	semaines/an
Lit C de long séjour psycho gériatrique	Lit	semaines/an
Appartement Adapté	App	semaines/an
Appartement Protégé	App	semaines/an
Lit C court séjour gériatrique	Lit	semaines/an
Lit C de court séjour psycho gériatrique	Lit	semaines/an
Accueil de jour gériatrique (UAT)	Place	jours/semaine
Accueil de nuit gériatrique/psycho	Lit	nuits/semaine
Accueil de jour psycho gériatrique	Place	jours/semaine
Soins de Base	EPT	heures/semaine
Instructions et conseils	EPT	heures/semaine
Évaluation	EPT	heures/mois
Aide à domicile	EPT	heures/semaine
Repas	Repas	Repas/sem
Conseil nutritionnel	EPT	heures/an
Traitement d'ergothérapie	EPT	heures/an
Physiothérapie	EPT	heures/an
Pédicure	EPT	heures/an
Moyens auxiliaires	EPT	heures/an
Veilles et présence	EPT	heures/semaine
Bio-télévidilance	Abonnement	
Présence complémentaire: bénévole...	EPT	heures/semaine
Transport	Abonnement	
Démarches administratives	EPT	heures/an
Accompagnement psychosocial	EPT	heures/an
Coordination	EPT	heures/an
Évaluation et orientation MS (BRIO)	EPT	heures/an
Évaluation psychiatrique de l'âge avancé	EPT	heures/an

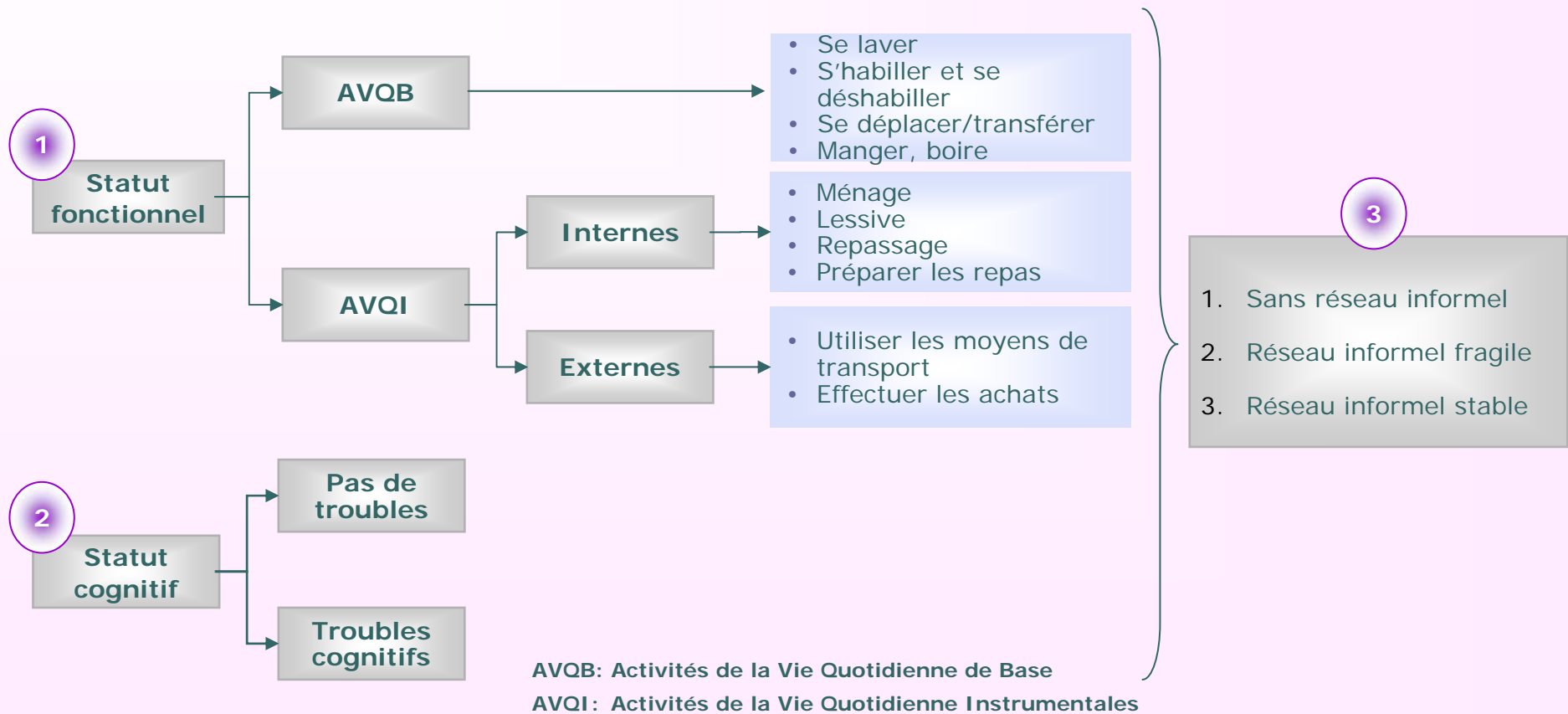
Exemple

3.2 Offre, coût et financement

Service / prestation	Ressources			Activité			Financement			
	Unité	Nombre	Tx occ.	Unité	Nombre	CHF	Canton	Ass. Mal.	Usagers	Communes
Domicile Privé		-	-	Journées	-	-	-	-	-	-
Lit C de long séjour gériatrique > 65 ans	Lit	3'936	99,23%	Journées	1'425'491	245,30	30,8 %	27,6%	14,5%	27,1%
Lit C de LS psycho gériatrique > 65 ans	Lit	1'102	99,37%	Journées	399'863	245,30	30,8 %	27,6%	14,5%	27,1%
Appartement Protégé	Appart.	1'341	99,40%	Place	1'836	2'860			100%	
Lit de court séjour	Lit	229	79,66%	Journées	66 688	254,40	27,9%	24,5%	23,2 %	24,4 %
Accueil de jour	Place	296	63,78%	Journées	68 992	111,02				
Accueil de nuit	Lit	-	-	Nuit	-	-				
Soins de Base	EPT	435,3	61,00%	Heures	505'590	116,48				
Instructions et conseils, évaluation	EPT	19,0	51,00%	Heures	n.d.	154,44				
Aide à domicile	EPT	140,9	75,00%	Heures	199'291	79,32				
Repas	Repas	0,1	46,00%	Repas	733'340	15,00				
Transport	Abonn.	-	-	Abonn.	n.d.	200,00				

Exemple

4.1 Profils de dépendance : 3 critères



4.2 Options de soins et préférences

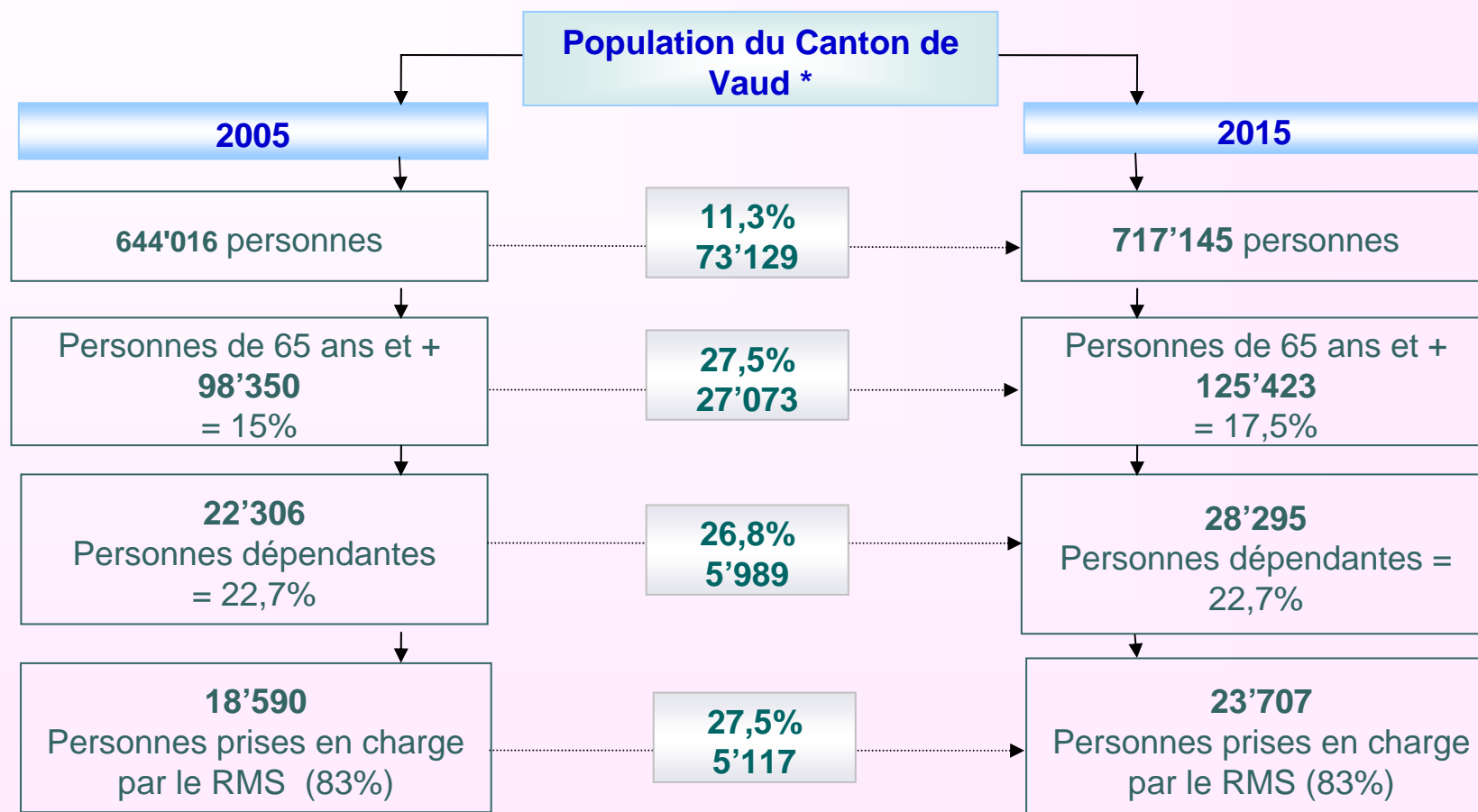
Profil de dépendance P6

Services/Prestations			Sans réseau				Réseau fragile					Réseau stable		
			1	2	3	4	1	2	3	6	7	1	2	3
Domicile Privé		semaines/an	48	52			48					46	46	46
Lit C de long séjour gériatrique	Lit	semaines/an												
Lit C de long séjour psycho gériatrique	Lit	semaines/an												
Appartement Adapté	App	semaines/an												
Appartement Protégé	App	semaines/an			52	52				52	52			
Lit C court séjour gériatrique	Lit	semaines/an												
Lit C de court séjour psycho gériatrique	Lit	semaines/an	4				4	5				6	6	6
Accueil de jour gériatrique (UAT)	Place	jours/semaine												
Accueil de nuit gériatrique/psycho	Lit	nuits/semaine												
Accueil de jour psycho gériatrique	Place	jours/semaine	4	2			4	2				4	1,5	5
Soins de Base	EPT	heures/semaine	6	6	2	5	6	6		5	2	5	4	3
Instructions et conseils	EPT	heures/semaine	0,25	0,25			0,25	0,25				0,25	0,08	0,25
Évaluation	EPT	heures/mois	1	1	1	1	1	1		1	1	1	0,33	1
Aide à domicile	EPT	heures/semaine	4	5			4	4				2	2	2
Repas	Repas	Repas/sem	3	4			3	4						
Conseil nutritionnel	EPT	heures/an	4	1	2	2	4	4		2	2			
Traitement d'ergothérapie	EPT	heures/an	24	24	6	24	24	24		24	6	24	24	6
Physiothérapie	EPT	heures/an	24	52	6	24	24	24		24	6	24	52	6
Pédicure	EPT	heures/an	12	12	3	12	12	12		12	3	12	4	3
Moyens auxiliaires	EPT	heures/an	4	4	4	4	4	4		4	4	4	4	4
Veilles et présence	EPT	heures/semaine												
Bio-télévidance	Abonnement		1	1			1	1						
Présence complémentaire: bénévole...	EPT	heures/semaine	3	7			3	3					4	
Transport	Abonnement		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1
Démarches administratives	EPT	heures/an	48		12	48	48	48		48	12			
Accompagnement psychosocial	EPT	heures/an	12		12	12	12	12		12	12	12		12
Coordination	EPT	heures/an	24	12			24	24				6		6
Évaluation et orientation MS (BRIO)	EPT	heures/an	2		1	1	2	2		1	1	2		2
Évaluation psychiatrique de l'âge avancé	EPT	heures/an	2		2	2	2			2	2	2		2
Préférences			OMSV			OMSV	OMSV			OMSV		OMSV		
						BRIO		BRIO						BRIO
					CMIN						CMIN		CMIN	

Illustratif

5. Vaud - Principaux résultats

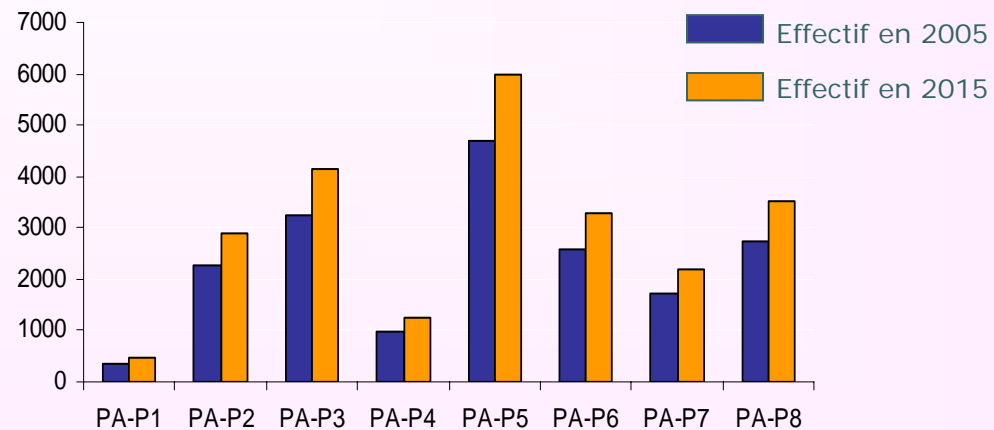
Estimation de la population dépendante



* SCRIS, sc. de base 2003

Population par degré de dépendance

Effectif de personnes âgées présentant une dépendance chronique en 2005 et en 2015 selon les profils de dépendance



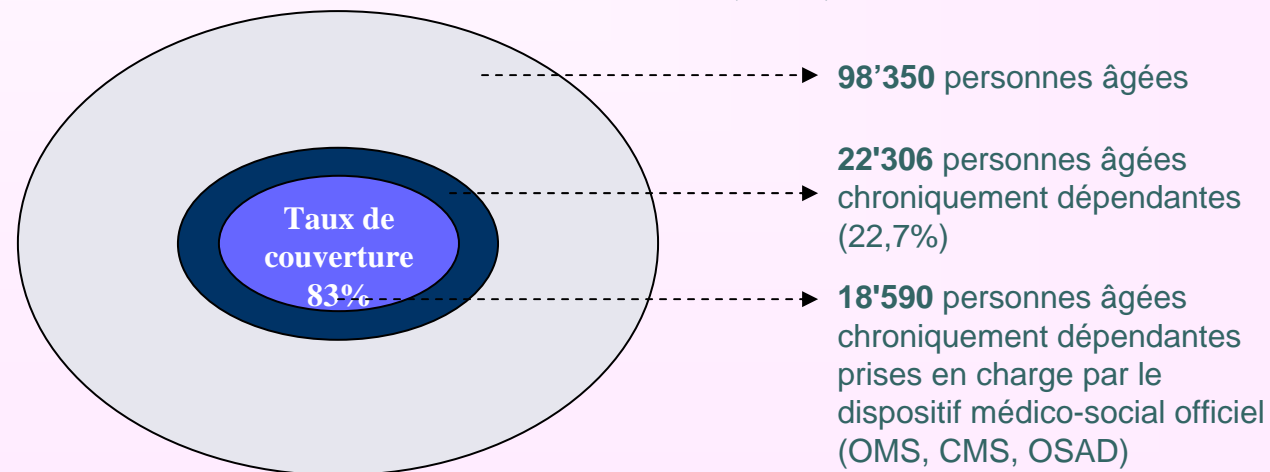
60%

Dépendance chronique moyenne à sévère

Taux de couverture - estimation

- Au niveau du Canton de Vaud, 83% des personnes dépendantes bénéficient d'une prise en charge médico-sociale (estimation).
- Pour les 17% restant : réseau social informel ou prise en charge médico-sociale privée.

Illustration du niveau de couverture médico-sociale au niveau du Canton de Vaud (2005)



Trois scénarii de base

1. Préférences des groupes de professionnels experts

E1

Scénario « Experts ASAD » (maintien à domicile)

E2

Scénario « Experts BRIO » (orientation)

2. Variable de coût

E3

Scénario «coût minimal»

Ce scénario considère les coûts de production. Nous avons retenu, pour chaque profil de dépendance, l'option de soins la moins coûteuse, sans tenir compte de la répartition des financements.

Hypothèses

- Prévalences de dépendance constantes
- Taux de couverture constant
- Données offre, coûts, fin. : selon estimations du groupe technique
- Prestations, options de soins, préférences : selon groupe d'experts
- Coûts pris en considération
 - Domicile : pas de coût de loyer
 - LP : coûts liés à l'adaptation architecturale et surveillance (sans loyer de base)
 - ASAD : coûts d'exploitation (sans loyers, sans siège OMSV)
 - EMS : coûts d'exploitation, investissement non compris

Vaud 2015 : Résultats globaux des trois scénarios

<i>Ressources requises par scénario en 2015</i>	Périmètre PODA/Total	Offre 2005	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		1'836	1'274	789	4'963	4'963
Aide et soins à domicile (EPT)	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)		595	1'029	985	773	749

Prestations non listées :

Bio-télévigilance (abst SECUTEL)

Evaluation psychiatrique de l'âge avancé

Résultats des scenarii

(suite)

	Périmètre PODA/Total	Offre 2005	Scénarii 2015			
			E1 ASAD	E2 BRIO	E3 Coût minimal	E4 C min. adapté
Coûts globaux en millions		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%

Détail Aide et soins à domicile

EPT ASAD :

- soins de base
- aide à domicile
- accompagnement psychosocial
- démarches administratives
- coordination
- évaluation
- instructions et conseils
- conseil nutritionnel
- BRIO
- moyens auxiliaires

EPT Service thérapie :

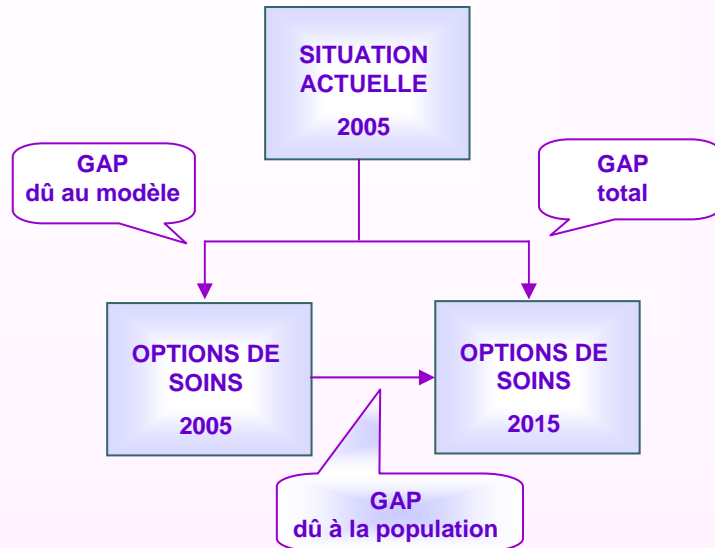
- physiothérapie
- ergothérapie
- pédicure

Résultats par profils 2015

Personnes >65 ans concernées par la dépendance chronique

Profil	Nom	Nombre de personnes (N=23'707)	Coût moyen 2015		
			E1 ASAD	E2 BRIO	E3 CMIN
1	Indépendant	454	1'093	1'093	1'093
2	Dépendance émergente	2 893	2'524	2'524	2'524
3	Dépendance fonctionnelle légère	4 146	7'066	7'066	7'066
4	DFL avec troubles cognitifs	1 249	12'550	13'292	13'292
5	Dépendance fonctionnelle modéré	5 999	42'940	42'749	22'177
6	DFM avec troubles cognitifs	3 279	46'371	47'189	23'843
7	Dépendance fonctionnelle sévère	2 177	110'591	94'939	89'289
8	DFS avec troubles cognitifs	3 510	92'902	89'289	89'289
Coût moyen par profil 2015			43'418	41'549	32'596
Coût total scénario (millions CHF)			1'029	985	773

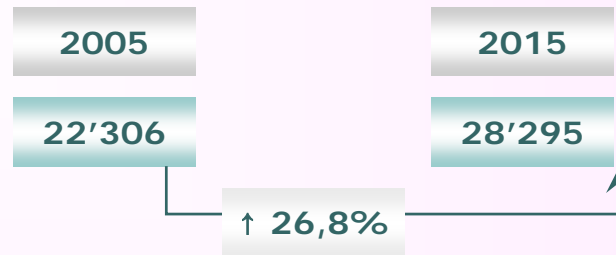
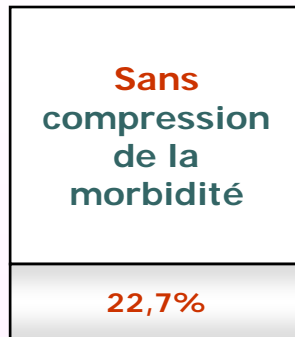
Effet des modèles de prise en charge



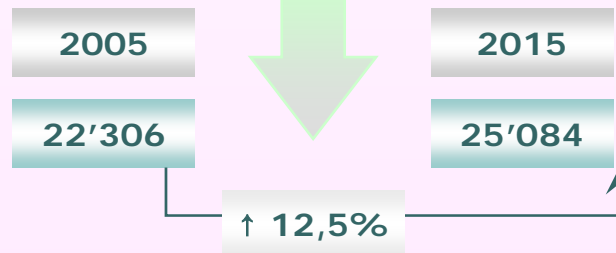
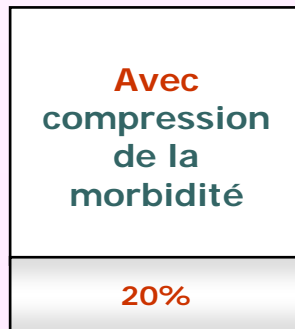
L'écart 2005-2015 résulte de deux facteurs : l'effet démographique et l'effet lié au modèle de prise en charge.

Coûts (en mios de CHF)	ASAD	BRIO	CMIN	CMIN A
Effet population (2005 prévu– 2015 prévu)	222	213	167	162
Effet modèle prise en charge (2005 réel-2005 prévu)	212	177	11	- 8
Ecart total (2005 réel et 2015 prévu)	434	390	178	154

Une éventuelle compression de la morbidité aurait un impact non négligeable



La compression de la morbidité aurait pour effet d'atténuer de manière significative l'augmentation de la prévalence de la dépendance chez les personnes âgées.



Vaud - Impacts sur la politique médico-sociale

1. Mise à disposition d'environ 100 lits supplémentaires de long séjour de gériatrie et de psychogériatrie par année entre 2005 et 2015.
2. Développement important des capacités de court séjour et d'accueil temporaire, et diversification de leurs missions.
3. Soutien de l'Etat au développement, par le secteur privé, de logements protégés correspondant au concept publié en février 2007.

Vaud - Impacts sur la politique médico-sociale

4. Adaptation des moyens de l'aide et des soins à domicile pour suivre l'évolution de la demande et pour absorber les effets du vieillissement démographique.
5. Soutien à l'aide informelle et bénévole.
6. Mesures pour maintenir l'autonomie des personnes vieillissantes.

Politique médico-sociale : quatre piliers

