

PCS Suisse - 12 juin 2009

Balance of care (BoC) : un modèle dynamique d'aide à la décision pour une planification médico-sociale intégrée

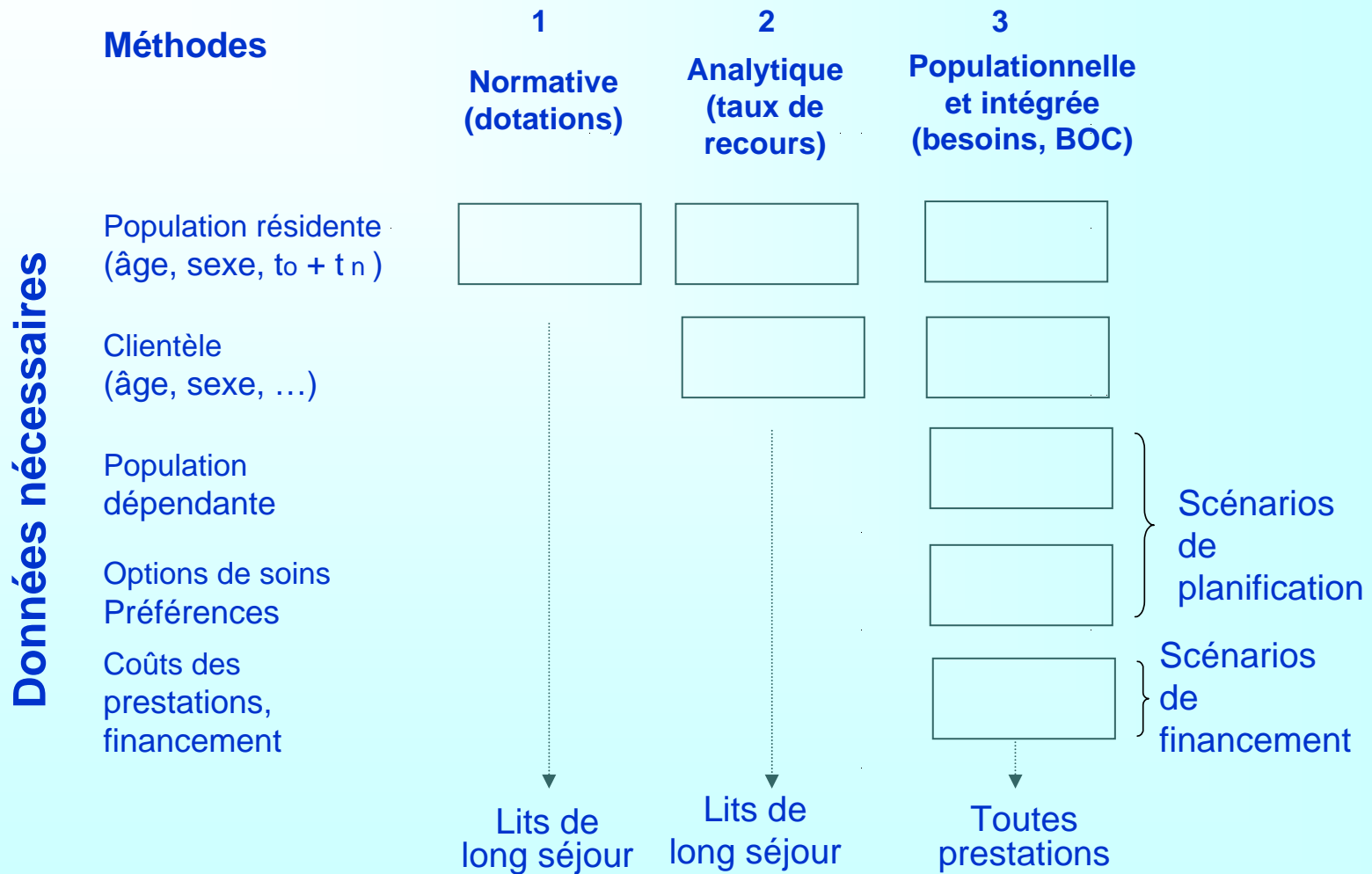
Prof. Brigitte Santos-Eggimann, médecin-adjoint, Responsable de l'Unité des services de santé, IUMSP – Lausanne,

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

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.

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)

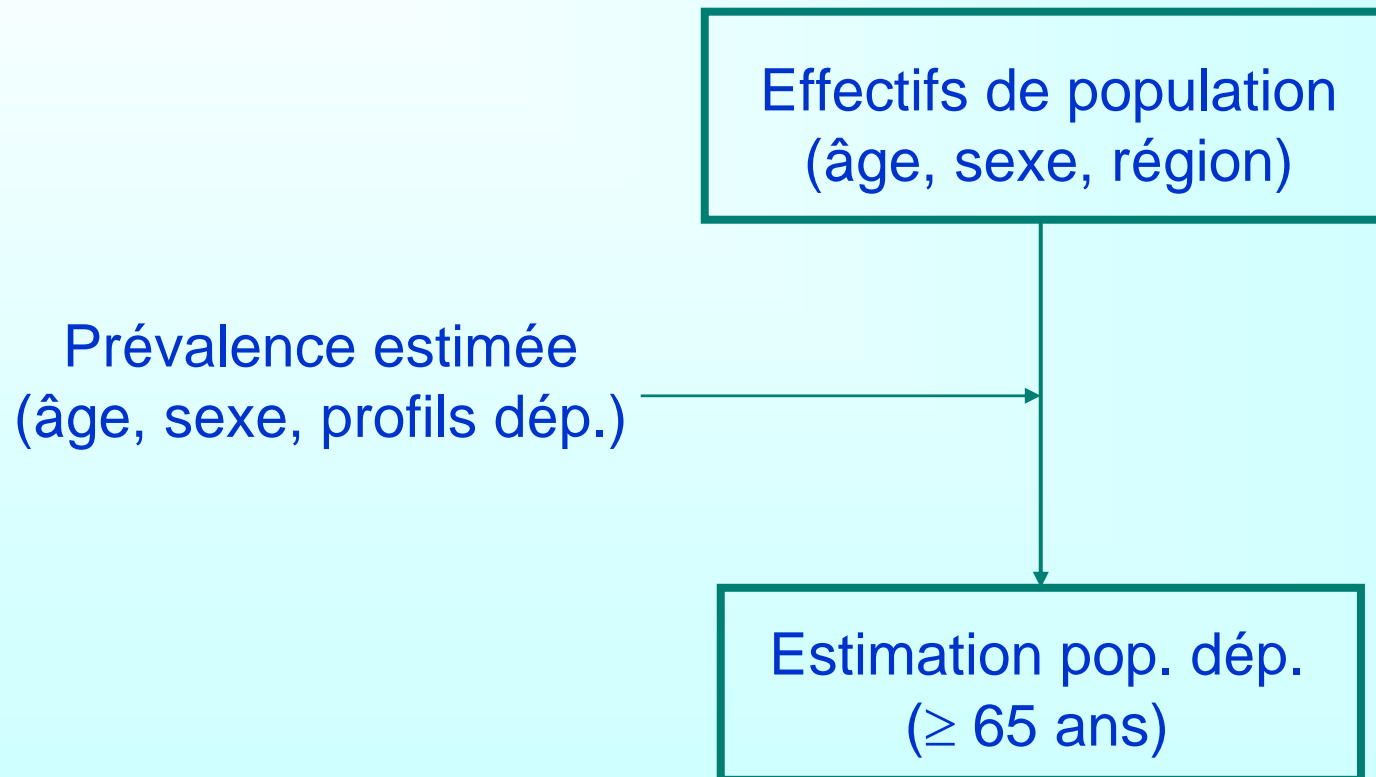
- Un modèle dynamique d'aide à la décision pour une planification médico-sociale intégrée
- Population de plus de 65 ans concernée par la dépendance chronique
- Aide et soins médico-sociaux de longue durée

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

« Balance of Care » (BoC)

1) Module population :



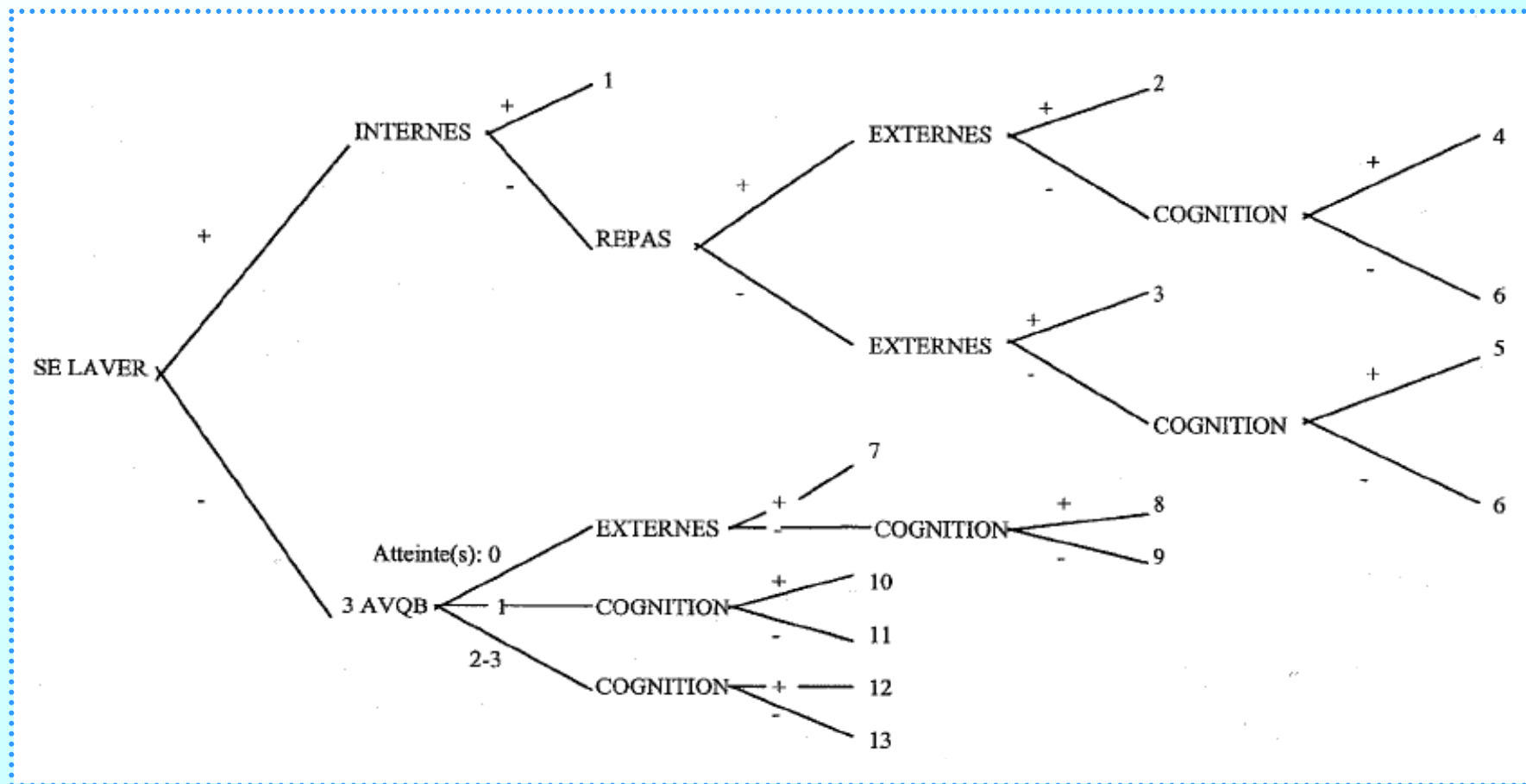
Profils de dépendance: contraintes

- 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'usagers du programme vaudois de maintien à domicile (printemps 1996)
- Eléments:
 - *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**

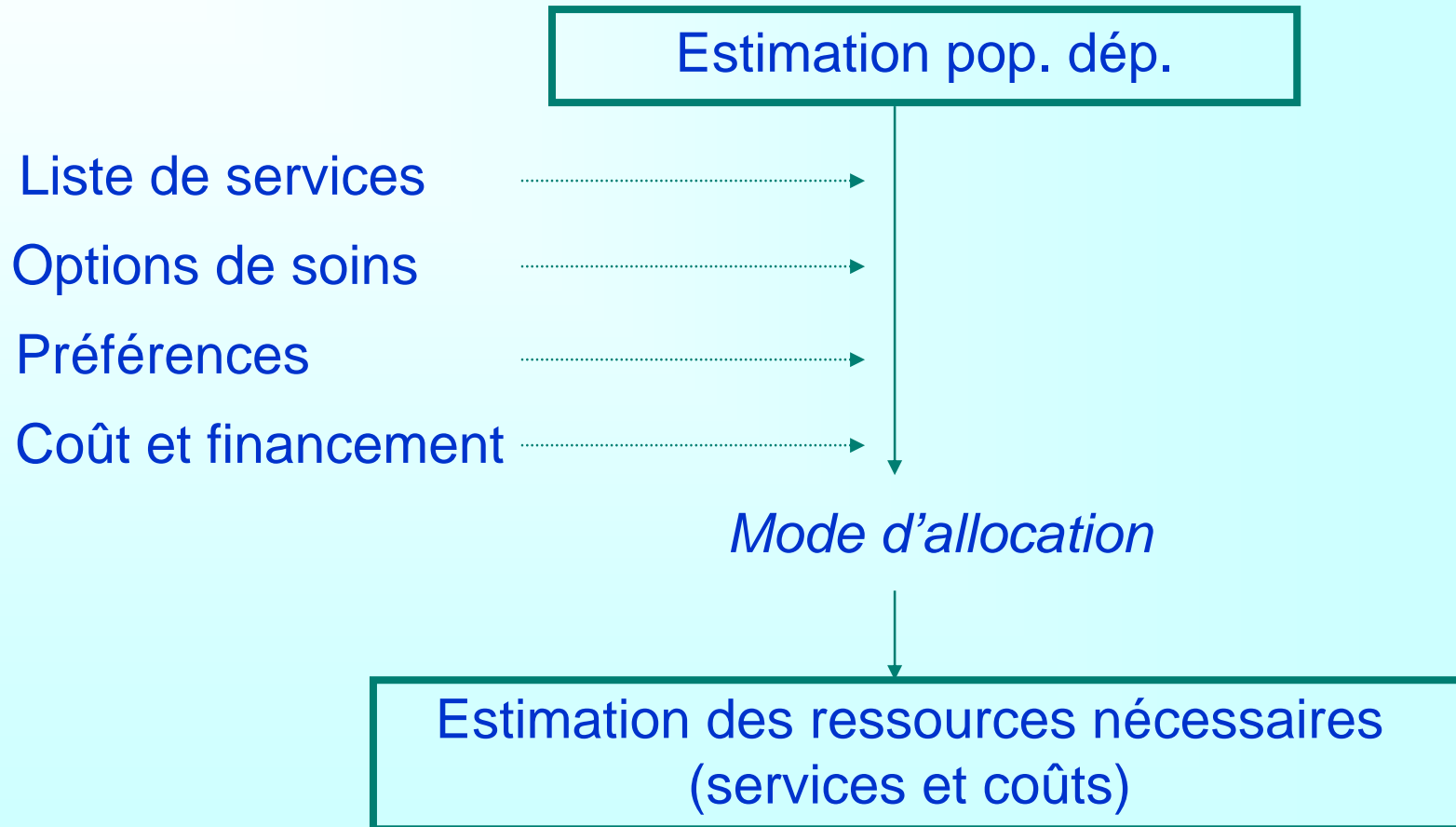
→ 39 PROFILS DE DÉPENDANCE

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)

« Balance of Care » (BoC)

2) Module options de soins :



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.: - AVQlext.: - 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)

Suite ?

GB: Système « Balance of Care »

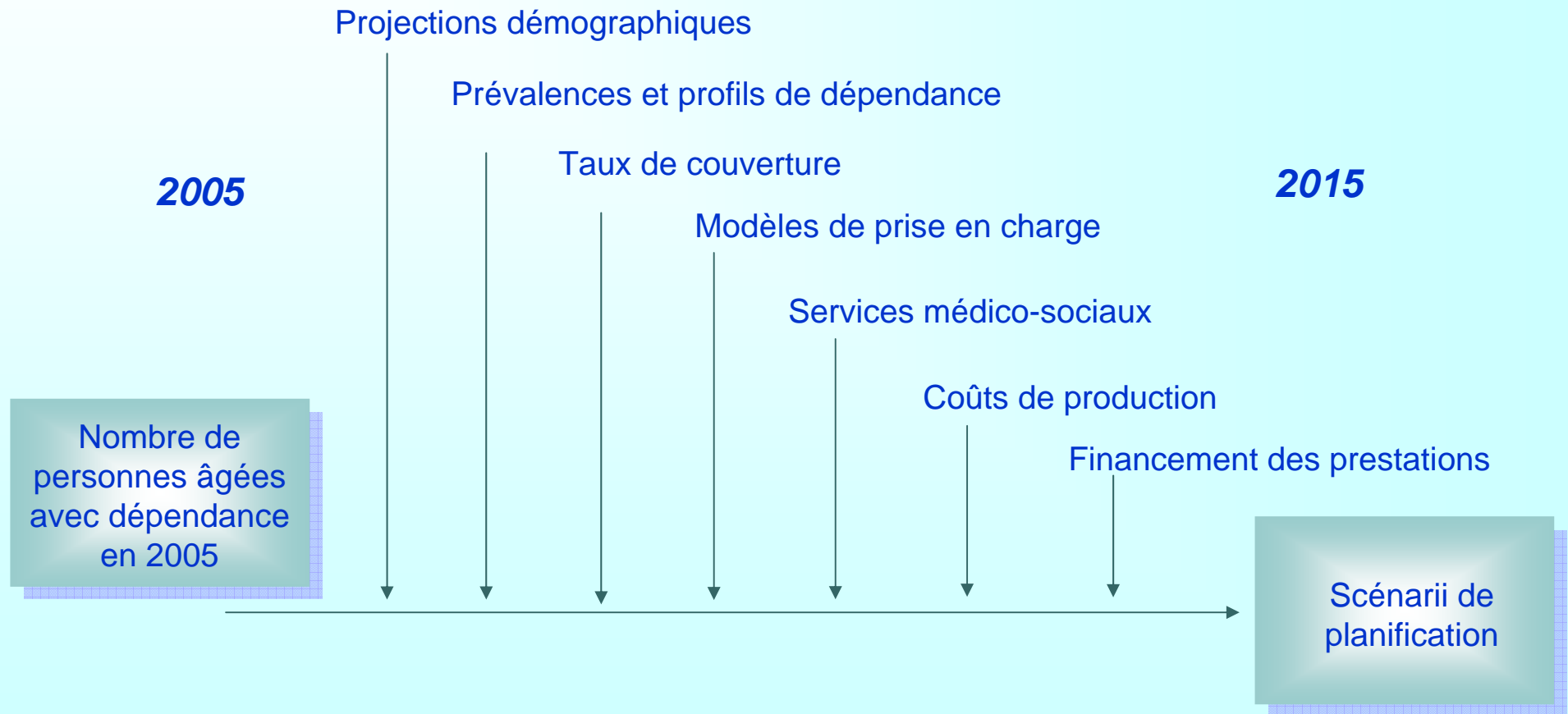


CH: adaptation et développement, PNR32 / IUMSP

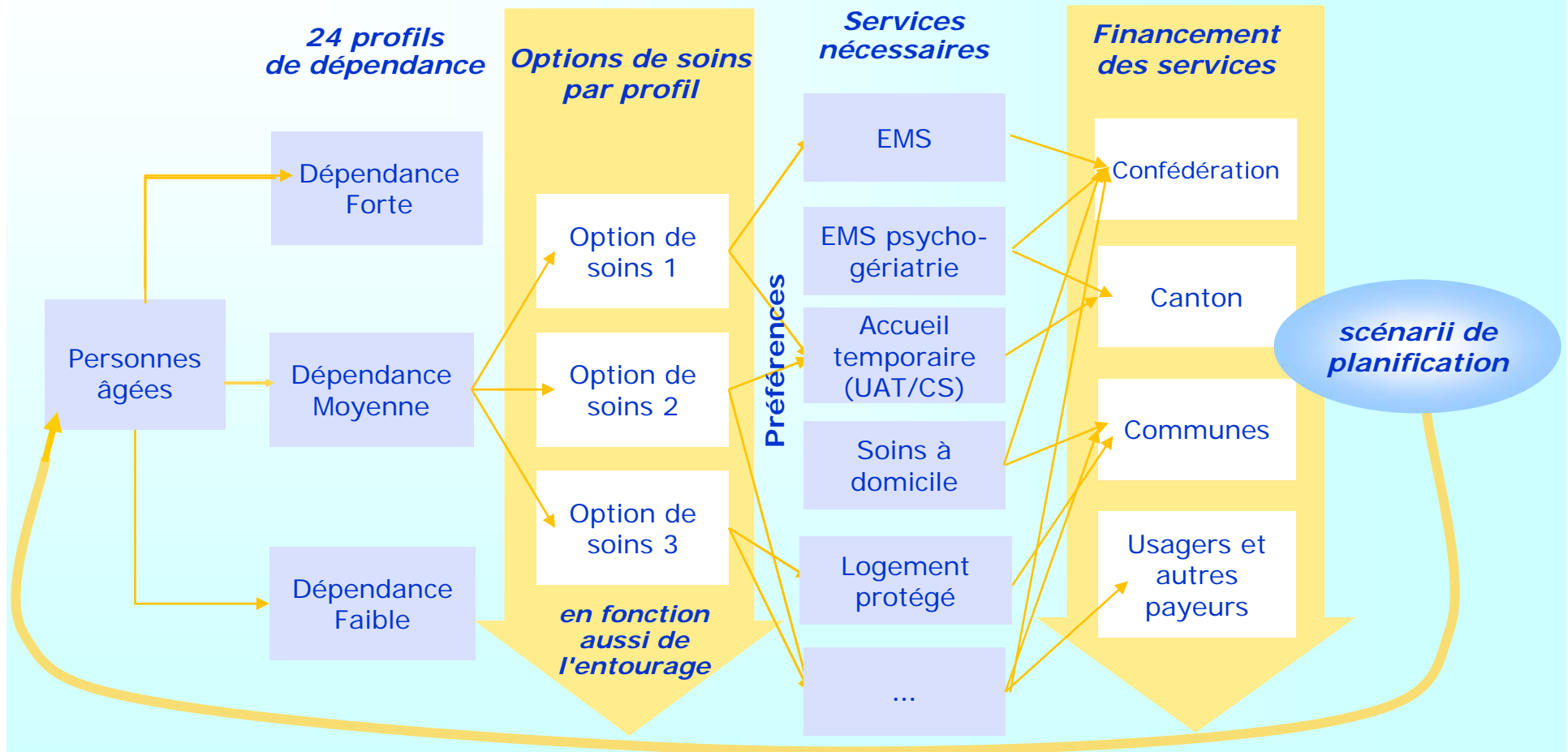


VD: application SSP pour la planification

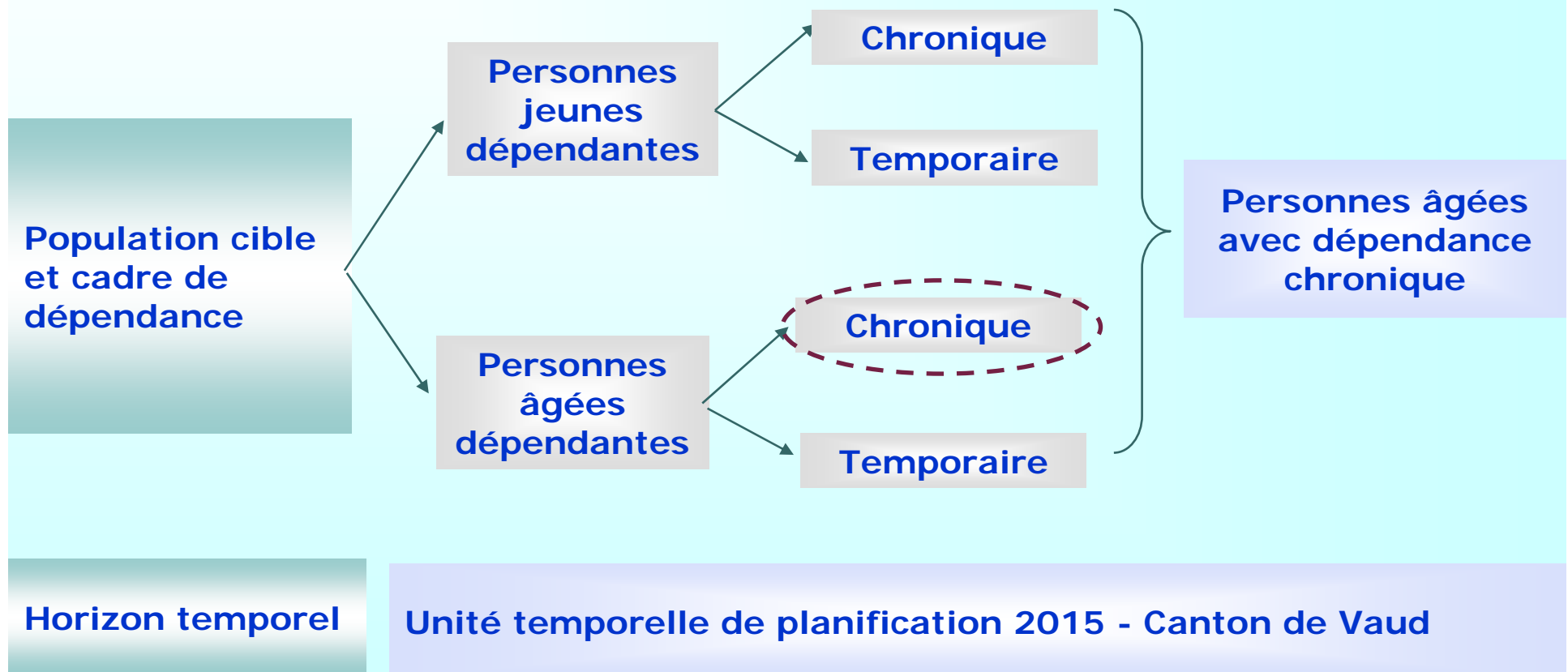
« Balance of Care » (BoC)



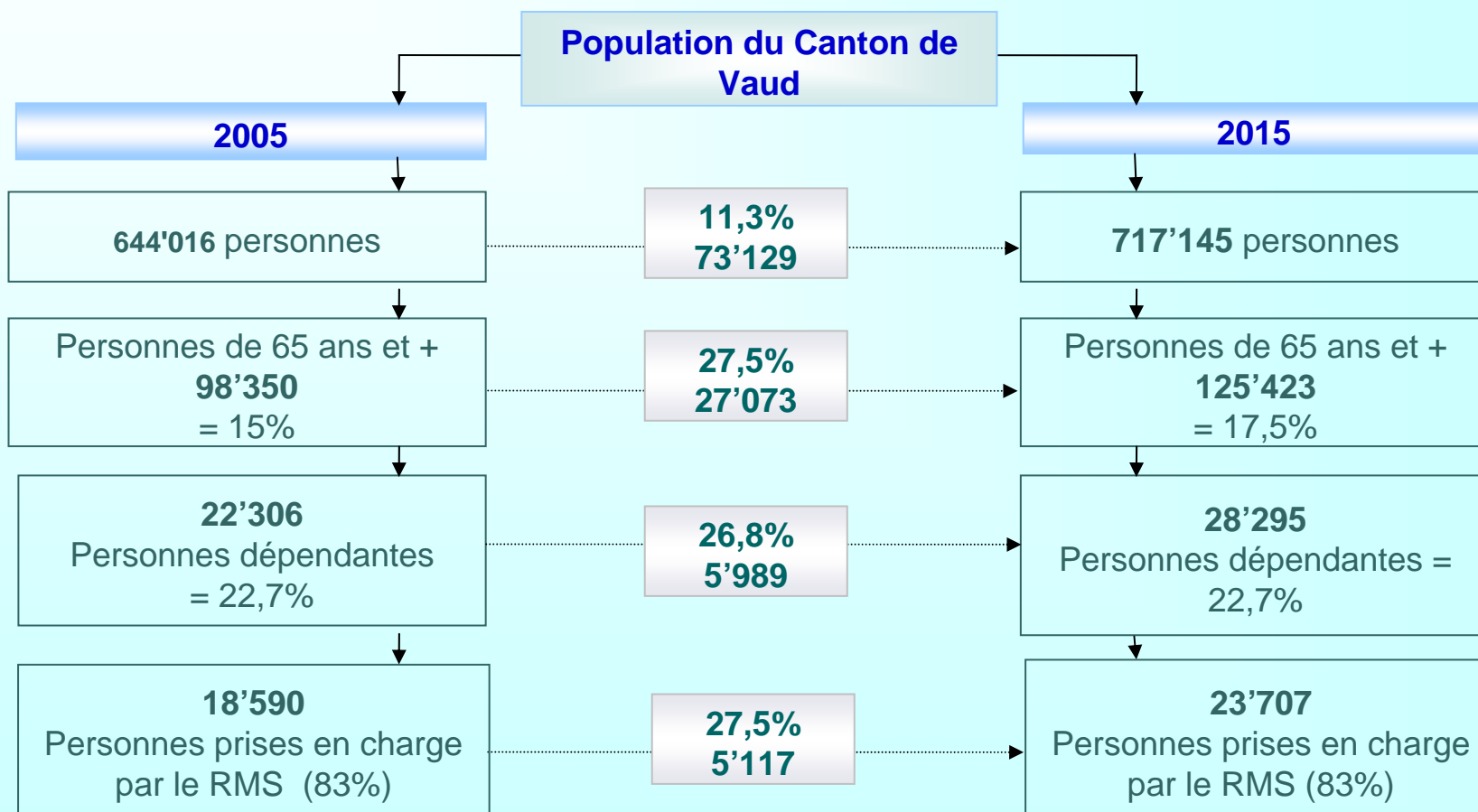
« Balance of Care » (BoC)



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



Estimation de la population dépendante



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

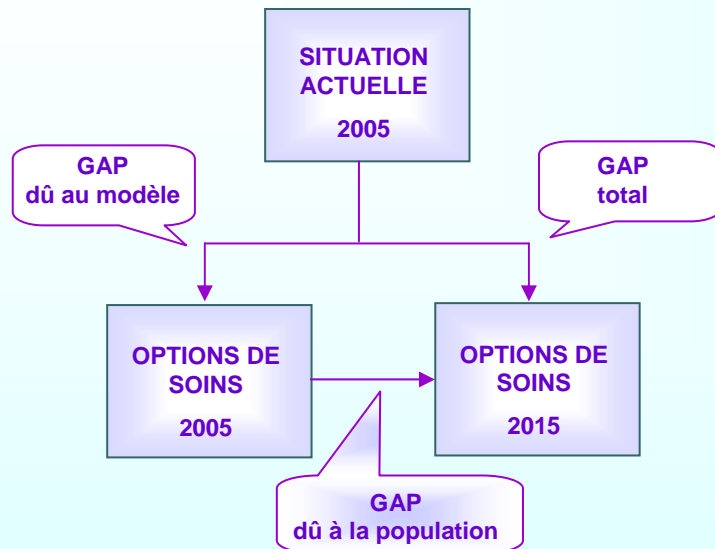
Vaud 2015 : Résultats globaux des trois scénarios

<i>Ressources requises par scénario en 2015</i>	Périmètre PODA/Total	Offre 2005	Scénarios 2015		
			E1 ASAD	E2 BRIO	E4 C min. A
Lits Longs séjours		5'038	2'111	4'784	5'729
Lits courts séjours		241	1'531	1'118	474
Sous-total lits	90%	5'279	3'642	5'902	6'203
Accueil temporaire (UAT)	90%	366	5'886	5'917	847
Logements protégés		1'836	1'274	789	4'963
Aide et soins à domicile (EPT)	60%	817	3'641	2'152	1'031
Repas (en millions)		0,73	2,11	1,59	0,81
Service de thérapie (EPT)		-	271	203	95
Veille et présence (EPT)		3	128	35	35
Bénévolat (EPT)		-	621	336	235
Coûts globaux en millions (2005)		595	1'029	985	749

Prestations non listées :

- Bio-télévigilance (abst SECUTEL)
- Evaluation psychiatrique de l'âge avancé
- Transports

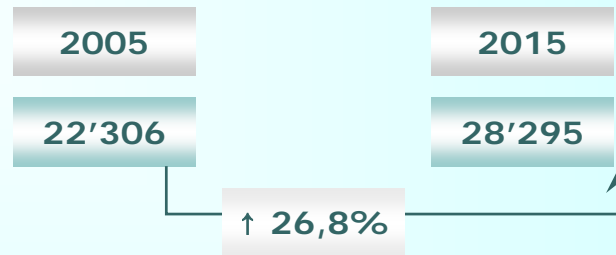
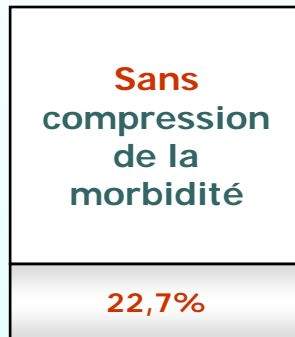
Effet des modèles de prise en charge



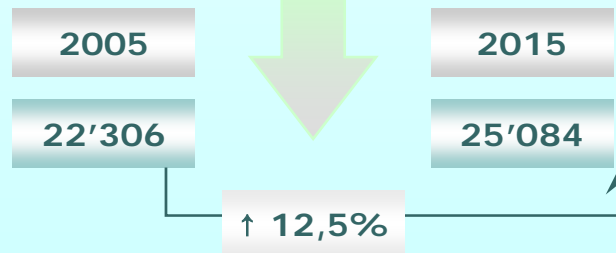
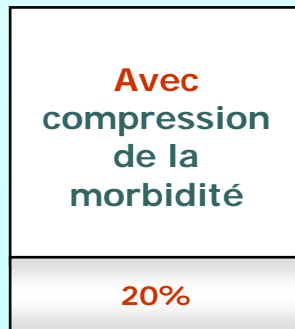
L'écart 2005-2015 résulte de deux facteurs : l'effet démographique et l'effet lié au modèle de prise en charge.

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

