

*Commission technique  
intercantonale*  
**PLAISIR**

**ANALYSE LONGITUDINALE DES  
DONNEES  
PLAISIR**

**Commentaires concernant les années  
1999 à 2006**

---

*Pour adresse :*

*Institut de santé et d'économie (ISE)  
Chemin du Croset 7 - 1024 Ecublens  
Tél.: +41 641 05 80 · Fax: +41 641 05 81  
E-mail: [info@isesuisse.ch](mailto:info@isesuisse.ch)  
Web: <http://www.isesuisse.ch>*

---

## Table des matières

1. Préambule .....	4
2. Remarques méthodologiques .....	4
2.1. Matériel .....	4
2.2. Missions des établissements .....	4
2.3. Homogénéisation de la population.....	4
2.4. Technique statistique : les percentiles .....	4
2.5. Changement du mode de calcul de l'âge des résidants.....	5
3. Commentaires concernant les années 1999-2000.....	5
4. Evolution des indicateurs (mobilité physique, orientation, autonomie, 8 classes PLAISIR®) .....	5
4.1. Evolution des indicateurs selon les missions .....	6
4.2. Evolution de l'âge et de l'âge à l'entrée.....	6
4.3. Soins OPAS .....	6
4.4. Total des minutes de soins requis .....	7
4.5. Répartition des établissements en fonction du nombre de lits .....	7
5. Analyse longitudinale octobre 2001.....	7
5.1. Évolution des indicateurs (mobilité physique, orientation, autonomie et les 8 classes PLAISIR©) .....	7
5.1.1. Mobilité physique (L1) .....	7
5.1.2. Orientation (L2) .....	7
5.1.3. Autonomie (L3) .....	8
5.1.4. Classes PLAISIR© (L4) .....	8
5.2. Évolution des indicateurs selon les missions .....	8
5.2.1. Mobilité (L5).....	8
5.2.2. Orientation (L6).....	8
5.2.3. Autonomie (L7) .....	9
5.2.4. Classes PLAISIR© (L8) .....	9
5.3. Évolution de l'âge et de l'âge à l'entrée (L9).....	9
5.4. Soins OPAS (L10) .....	9
5.5. Total des minutes de soins par jour (L11) .....	9
5.6. Conclusion .....	9
6. Analyse longitudinale octobre 2002.....	10
6.1. Évolution des indicateurs (mobilité physique, orientation, autonomie et les 8 classes PLAISIR©) .....	10
6.1.1. Mobilité physique (L1) .....	10

6.1.2.	Orientation (L2).....	10
6.1.3.	Autonomie (L3) .....	10
6.1.4.	Classes PLAISIR© (L4).....	10
6.2.	Évolution des indicateurs selon les missions.....	10
6.2.1.	Mobilité (L5).....	10
6.2.2.	Orientation (L6).....	10
6.2.3.	Autonomie (L7) .....	11
6.2.4.	Classes PLAISIR© (L8).....	11
6.3.	Évolution de l'âge et de l'âge à l'entrée (L9).....	11
6.4.	Total des minutes de soins par jour (L11) .....	11
7.	Analyse longitudinale octobre 2003.....	11
7.1.	Répartition des résidents.....	11
7.2.	Évolution de la clientèle.....	11
7.3.	Remarque .....	12
8.	Analyse longitudinale octobre 2004.....	12
8.1.	Evolution des bases de données.....	12
8.2.	Evolution de la clientèle.....	12
9.	Analyse longitudinale octobre 2005.....	13
10.	Analyse longitudinale octobre 2006 .....	13

## 1. Préambule

En 2000, une première analyse des données fournies par PLAISIR® a été effectuée à titre exploratoire. Sur cette base, la Commission technique (CT) a retenu un certain nombre de tableaux particulièrement intéressants, en vue d'une exploitation régulière, transversale (deux fois par année : fin mai, fin octobre) et longitudinale (données d'octobre).

## 2. Remarques méthodologiques

### 2.1. *Matériel*

Les bases de données sont fournies par l'EROS, sous forme informatique. Elles sont de très bonne qualité et n'ont posé aucun problème de préparation.

Le traitement des données a été effectué au moyen des logiciels Microsoft ACCESS et SPSS.

### 2.2. *Missions des établissements*

La mission des établissements est une variable supplémentaire introduite par l'ISE, sur la base des informations fournies par les cantons, car elle n'est pas récoltée dans le cadre de l'évaluation PLAISIR®. Toutes les missions des établissements ont été revues dans le courant du printemps 2001, de manière à ce qu'elles correspondent exactement aux codes annoncés à l'Office fédéral de la statistique. La table définissant ces missions peut être consultée sur le site de la CT [www.isesuisse.ch/ct-plaisir](http://www.isesuisse.ch/ct-plaisir), sous la rubrique « Rapports ». C'est la principale raison des différences relativement importantes existant entre les résultats de mai 1999 et les suivants. Par la suite, les modifications proviennent des changements de missions décidés par les autorités cantonales. Dans les analyses par mission, lorsqu'un tableau est vide, cela signifie que la population correspondante n'est plus présente dans la base de données PLAISIR®.

### 2.3. *Homogénéisation de la population*

Les premières analyses ont montré que deux populations de résidants se comportaient différemment des autres, en particulier sur le plan de l'âge, puisqu'il s'agissait en majorité de populations jeunes, à savoir : les résidants des EMS de psychiatrie chronique et les résidants des maisons pour handicapés. De plus, ces deux populations sont inégalement réparties dans les différents cantons utilisateurs de PLAISIR®.

Afin d'avoir une image plus homogène de la population PLAISIR® au niveau intercantonal et de pouvoir faire des comparaisons, les analyses ont donc été faites en incluant puis en supprimant ces deux populations de l'échantillon. En revanche, dès 2000, contrairement à ce qui avait été fait en mai 1999, les résidants des maisons pour personnes âgées n'ont pas été exclus.

### 2.4. *Technique statistique : les percentiles*

Les techniques statistiques descriptives (moyenne, médiane, percentiles, etc.) dépendent du type de distribution à analyser. Les distributions résultant des données PLAISIR ne sont généralement pas normales, mais sont plutôt des distributions orientées à droite (OPAS B, OPAS D, pour en citer quelques exemples) ou des distributions bimodales<sup>1</sup> (OPAS A, OPAS C, Total des minutes de soins, etc.). Ces distributions sont souvent très influencées par les cas extrêmes et par des facteurs tels que la bimodalité. Pour cette raison, la technique utilisée dans les calculs n'est parfois pas la moyenne mais les percentiles, qui, au contraire de la moyenne, sont moins susceptibles d'être influencés par des distributions non normales. En effet, alors que la moyenne calcule la moyenne des valeurs, le percentile permet la mesure de la distribution relative des données : il indique quel pourcentage des

---

<sup>1</sup> Distribution qui a deux modes (mode : valeur de la variable qui correspond au plus grand effectif ou à la plus grande fréquence relative)

valeurs est égal ou inférieur à un seuil donné (ainsi 5 % de la population se trouve dans le percentile 5, 10 % dans le percentile 10, 50 % à la médiane et ainsi de suite).

### **2.5.                    *Changement du mode de calcul de l'âge des résidants***

Lors du traitements de données d'octobre 2005, il a été constaté que l'analyse de l'âge des résidants, à partir de l'âge contenu dans la base de données n'était pas exacte. En effet, l'âge mentionné dans la base de données est l'âge « lors de l'évaluation ». Cela avait pour conséquence que les résidants non réévalués étaient en quelque sorte « rajeunis ».

Pour l'analyse longitudinale, tous les âges ont été systématiquement recalculés, dans certains cas seulement depuis l'année 2002<sup>2</sup>, à la date du traitement des données, respectivement au 31 mai et au 31 octobre. Ce changement de mode de calcul a un impact sur les tableaux L9 et se traduit, par un léger vieillissement de la population en général.

## **3.                    Commentaires concernant les années 1999-2000**

Les dates de référence sont octobre 1999 et octobre 2000. La période est courte et les variations ne peuvent pas être vraiment encore considérées comme des tendances. Il sera intéressant de confronter ces résultats avec ceux d'octobre 2001.

## **4.                    Evolution des indicateurs (mobilité physique, orientation, autonomie, 8 classes PLAISIR®)**

D'une manière générale, on assiste à une augmentation de la complexité des cas : les catégories les plus « légères » se vident au profit des catégories « complexes ». Il est très frappant d'observer ce phénomène en particulier pour le canton Genève, dont les effectifs ont sensiblement augmenté dans les catégories très complexes de mobilité physique et d'orientation.

L'analyse de l'échelle de la mobilité physique montre que jusqu'à la catégorie 3 « mobilité déficiente» les effectifs sont presque nuls. La catégorie suivante 4, «mobilité réduite », force un premier groupe d'individus à entrer dans un établissement de soins.

L'analyse longitudinale permet de constater que cette dernière catégorie et la suivante 5, « mobilité restreinte au voisinage de l'établissement », ont diminué leurs effectifs en octobre 2000 (diminution très frappante pour le canton Genève). Les effectifs relatifs (%) de la catégorie 6 « mobilité restreinte à l'établissement » les restent stables pour l'ensemble de la population PLAISIR et pour tous les cantons considérés individuellement. Les politiques cantonales de maintien à domicile et le nouveau financement LAMal commencent donc à monter leurs premiers effets. Sur le plan de la mobilité physique le point charnière se trouve entre la catégorie 4 « mobilité réduite » et la catégorie 5 « mobilité restreinte au voisinage ». A vérifier dans les analyses ultérieures.

Pour l'échelle d'orientation, dans les trois premières catégories (jusqu'à la catégorie 3 « perturbations intermittentes de l'orientation »), les effectifs sont faibles. Dès la catégorie 4 « perturbations partiellement compensées de l'orientation », les effectifs se font plus conséquents.

Dans le temps, et d'une manière générale, cette dernière catégorie voit une diminution de ses effectifs, alors que pour la catégorie suivante 5 « perturbations modérées de l'orientation », les effectifs ont augmenté entre octobre 1999 et octobre 2000. Cela nous amène à poser l'hypothèse, comme pour la mobilité, que cette catégorie marque le point charnière entre un maintien à domicile et une entrée en institution. A vérifier dans les analyses ultérieures.

Particulièrement significatifs sont les résultats obtenus par les cantons de Genève et de Vaud qui ont diminué leurs effectifs en catégorie 4 « perturbations partiellement compensées de l'orientation », respectivement de - 10 % (GE) et de - 5 % (VD). Cela a rendu la structure de leurs cas plus complexe en regard de celle des autres cantons. Il se peut donc que ce phénomène soit à monitorer

---

<sup>2</sup> Pour des raisons pratiques, l'investissement en temps nécessaire étant important, du fait d'une structure différente des bases de données.

dans le futur, au cas où cette catégorie serait le critère limite pour une politique de maintien à domicile.

#### **4.1. Evolution des indicateurs selon les missions**

On constate une certaine continuité dans les résultats, malgré l'alourdissement progressif relevé au paragraphe précédent, lequel se manifeste surtout dans les maisons pour personnes âgées et les établissements médico-sociaux. Toutefois ces derniers gardent leur clientèle moins complexe par rapport aux autres missions.

Lorsqu'on prend en compte une prise en charge plus spécialisée (unité de psychogériatrie d'un hôpital général ou home médicalisé spécialisé en gériopsychiatrie), on constate de légères diminutions des classes les moins complexes. Cette variation se manifeste aussi dans la psychiatrie jeune.

#### **4.2. Evolution de l'âge et de l'âge à l'entrée**

Sur le plan longitudinal, on constate un léger vieillissement de la population entre octobre 1999 et octobre 2000. En effet, moins d'individus se situent dans l'intervalle entre 83 et 87 ans, alors que les effectifs les plus âgés (intervalle 90-99 ans) augmentent. Les comparaisons par cantons montrent que c'est surtout dans les cantons de Neuchâtel et Genève que ces classes ont évolué (pour le canton du Jura, le vieillissement se fait plus précocement, classe 85-89 ans).

Le canton de Genève possède toujours une population en établissement de soins PLAISIR plus âgée que celle des autres cantons.

Pour ce qui concerne l'âge à l'entrée dans le programme, on constate également des entrées dans des classes plus âgées (en particulier entre les classes d'âge 88-89 jusqu'à la classe 94-95 ans).

#### **4.3. Soins OPAS**

Les graphes montrent le nombre de résidents nécessitant un certain intervalle de temps de soins requis selon les 4 catégories de soins OPAS. Cette manière de faire permet d'appliquer la technique des percentiles afin de caractériser la distribution ainsi obtenue. Pour un certain nombre de variables, la population psychiatrique a été isolée afin d'en appréhender les éventuelles particularités.

Pour les soins de type OPAS a) « instructions et conseils », il n'y a pas de différence dans le temps au niveau pour la population sans les cas de psychiatrie jeune et sans les handicapés. Par contre, pour les seuls cas de psychiatrie, le temps de soins requis en minutes augmente sensiblement dès le percentile 25. Les cas les plus complexes, ceux qui nécessitent plus de soins de type OPAS a), consomment plus qu'en octobre 1999.

Pour les soins de type OPAS b) « traitements », on note une très légère augmentation. Il n'est pas encore possible de parler de tendance et les travaux futurs devront montrer si cette augmentation des temps dans chaque tranche de percentile n'est pas due au simple hasard.

Pour les soins de type OPAS c) « soins de base », les résultats sont bien plus clairs. En effet, on note une forte baisse de consommation pour les premiers 50 % de la population d'octobre 2000, alors que la consommation conserve les niveaux d'octobre 1999 pour le reste de cette population.

Il a donc été décidé d'isoler les nouveaux arrivés (entrées dans l'année) du programme d'octobre 1999 et ceux d'octobre 2000, afin de vérifier si ces derniers entrent dans les établissements en nécessitant un temps de soins plus élevé que les entrées d'octobre 1999. Les résultats montrent que les entrées d'octobre 2000 nécessitent effectivement plus de soins que les entrées d'octobre 1999. Curiosité à suivre : la comparaison des cas les plus extrêmes (outliers) et aussi les plus légers des deux groupes, montrent que les cas 2000 entrent dans le programme avec des temps de soins plus élevés.

Graphiquement, on assiste à un déplacement du début de la courbe vers la droite alors que la limite droite de la courbe reste inchangée : statistiquement on peut parler d'une densification ou d'une concentration des données. Ce phénomène est visible aussi en observant la variable « Total des minutes de soins ».

Pour les soins OPAS d), la situation entre octobre 1999 et octobre 2000 n'a pas changé, ni au niveau de la population totale sans les cas de psychiatrie et handicapés, ni en analysant seuls les cas de psychiatrie et les personnes handicapées.

#### **4.4. Total des minutes de soins requis**

Les observations et la méthodologie utilisées pour la variable OPAS c) valent aussi pour la variable « Total des minutes ». On assiste donc à un déplacement de la partie gauche de la courbe vers la droite, sans pour autant que la partie droite se déplace elle-même vers la droite. Les résidents entrants nécessitent plus de soins, alors les cas les plus complexes demandent en gros le même temps. Cette tendance est valable pour tous les cantons pris individuellement.

L'analyse de détail permet aussi de mettre en relief, d'une part, l'évolution du canton Genève, caractérisée par un alourdissement marqué des cas (il faut cependant remarquer qu'il est parti d'un seuil de lourdeur des cas moins élevé que les autres cantons) et, d'autre part, la condensation de cas très lourds dans la population vaudoise.

Pour l'analyse du seul secteur psychiatrique pris globalement, on constate un alourdissement généralisé des cas. Toutefois, l'analyse individuelle des secteurs psychiatriques des deux cantons nous montre que cette dernière considération n'est valable que pour le canton Vaud. Dans ce canton les cas psychiatriques s'alourdissent, alors que pour le canton Neuchâtel l'effet est inverse (incidence de l'ouverture d'une nouvelle institution). Les distributions des deux secteurs psychiatriques auraient tendance à se rapprocher, malgré le fait que psychiatrie neuchâteloise requiert plus de temps: la raison en serait-elle qu'il s'agit d'une psychiatrie pratiquée en milieu hospitalier ?

#### **4.5. Répartition des établissements en fonction du nombre de lits**

Ce tableau met en évidence deux groupes de cantons. Les cantons de Neuchâtel et Vaud ont plutôt des EMS de petite taille (Neuchâtel : 59% des établissements ont moins de 30 lits – Vaud : 51 %). Toutefois, dans la présente analyse, les EMS du canton de Vaud ont été comptés au niveau de la maison et non pas de la fondation. Certaines fondations regroupent plusieurs « petites » maisons, géographiquement plus ou moins éloignées et chargées des missions différentes.

Les cantons de Genève et du Jura ont moins de petits établissements et proportionnellement plus de grands (Genève a seulement 28% de ses établissements qui ont moins de 30 lits et a trois établissements de plus de 190 lits).

## **5. Analyse longitudinale octobre 2001**

### **5.1. Évolution des indicateurs (mobilité physique, orientation, autonomie et les 8 classes PLAISIR®)**

#### **5.1.1. Mobilité physique (L1)**

Une légère tendance à l'alourdissement s'observe, dans tous les cantons, le canton de Genève étant celui pour lequel elle est la plus marquée. La répartition des résidents d'un niveau à l'autre varie selon les cantons, mais le niveau 8 est systématiquement très peu peuplé, alors que les catégories 7 « mobilité restreinte à l'étage de la chambre » et 9 « mobilité nulle (lit, fauteuil) » sont les plus importantes. Une des raisons à cet état de chose pourrait tenir à la formulation du niveau 8 de l'échelle de mobilité : la catégorie regroupe les résidents dont la mobilité est restreinte à la chambre. Or dans la pratique, rares sont les personnes que l'on ne peut pas déplacer sur l'étage. En général, elles sont alors confinées dans leur lit.

Les catégories „légères“ (1 « pleine mobilité » à 4 « mobilité réduite ») restent pratiquement vides.

#### **5.1.2. Orientation (L2)**

Une très nette évolution générale s'observe : les niveaux 5 « perturbations modérées de l'orientation » et 6 « perturbations sévères de l'orientation » deviennent prépondérants au détriment

du niveau 4 « perturbations partiellement compensées de l'orientation », sauf pour le canton du Jura pour lequel le niveau 7 « perte de l'orientation » se vide au profit de 5 et 6. Pour ce canton, l'évolution est moins importante et une certaine homogénéisation des niveaux s'observe. Genève est le canton pour lequel les variations sont les plus importantes.

Le poids respectif de chaque niveau est très variable d'un canton à l'autre.

Dans les catégories 1 « pleinement orienté » et 2 « problème(s) d'orientation pleinement compensé(s) », les effectifs restent très faibles.

#### *5.1.3. Autonomie (L3)*

Les variations en terme de perte d'autonomie sont moins visibles. Les niveaux 7 « dépendance à autrui à intervalles courts imprévisibles – disponibilité (quasi) permanente » et 8 « dépendance à autrui pour la plupart de ses besoins » sont les plus fréquents. La catégorie 6 « dépendance à autrui plus d'une fois par 24h mais à des moments prévisibles » se vide au profit du niveau 7.

Des évolutions différentes s'observent entre les cantons. Si tous ont un alourdissement de leur clientèle, le canton de Genève a les plus grandes variations sur 3 ans, et des niveaux très hétérogènes. Neuchâtel et Jura tendent à s'alourdir, mais modérément. Jura est le canton où la répartition dans les différents niveaux est la plus homogène.

#### *5.1.4. Classes PLAISIR© (L4)*

La répartition des résidants entre les classes est à peu près la même dans tous les cantons et l'évolution se fait de manière relativement homogène. La classe 6 (de 134.51 à 204.50 minutes) reste prépondérante sur les autres, et augmente de façon nette (particulièrement pour Genève) au contraire de la classe 2 (de 24.51 à 39.50 minutes). Le Jura est encore le canton pour lequel l'évolution est la moins marquée.

### **5.2. Évolution des indicateurs selon les missions<sup>3</sup>**

#### *5.2.1. Mobilité (L5)*

Cet indicateur est celui pour lequel la péjoration est la moins marquée et l'évolution la plus différenciée, probablement au gré des entrées et des sorties de résidants. Les missions ont des effectifs très hétérogènes et une homogénéisation des niveaux ne s'opère que pour les institutions pour handicapés et pour les unités pour lits C.

#### *5.2.2. Orientation (L6)*

Si l'évolution montre globalement une légère péjoration de cet indicateur, la tendance la plus importante est la concentration des effectifs dans certains niveaux. Les trois niveaux les plus bas sont pratiquement vides, par exemple pour les unités hospitalières de psychogériatrie (en hôpital général et psychiatrique), les homes médicalisés en gérontopsychiatrie et les établissements pour traitements psychosociaux. En ce qui concerne les autres missions, si des effectifs existent dans ces niveaux „légers“, ils sont en régression.

A noter qu'une péjoration relativement importante s'opère dans les établissements pour traitements psychosociaux, avec l'inversion radicale du poids des catégories 5 « perturbations modérées de l'orientation » et 6 « perturbations sévères de l'orientation » entre 2000 et 2001.

L'évolution des unités hospitalières lits C est particulièrement visible dans le sens d'un recentrage très net vers les catégories 4 « perturbations partiellement compensées de l'orientation » et 5 « perturbations modérées de l'orientation », lesquelles regroupent en 2001 près de 80% des effectifs, contre 50% en 1999.

---

<sup>3</sup>Mission : Définitions élaborées selon les classifications OFS. Pour plus de détails : [www.hospvld.ch/ise/ct-plaisir](http://www.hospvld.ch/ise/ct-plaisir)

### *5.2.3. Autonomie (L7)*

L'alourdissement observé dans les cantons se retrouve au niveau des missions, sauf dans les homes médicalisés spécialisés en gérontopsychiatrie et dans les établissements pour traitements psychosociaux, où la situation est relativement stable. La catégorie 7 « dépendance à autrui à intervalles courts imprévisibles – disponibilité quasi permanente » correspond pratiquement partout à la catégorie regroupant le plus d'effectifs.

### *5.2.4. Classes PLAISIR© (L8)*

L'alourdissement des effectifs apparaît nettement, sauf pour les unités hospitalières lits C.

### **5.3. Évolution de l'âge et de l'âge à l'entrée (L9)**

Il n'y a pas d'évolution très marquée ni très constante de l'âge des résidents. D'une classe d'âge à l'autre, les tendances varient.

L'analyse par canton met en évidence que le canton de Vaud a une proportion de personnes de plus de 90 ans inférieure à la moyenne (présence des cas jeunes de psychiatrie). A Neuchâtel, la population entre 84 et 95 ans est également inférieure à la moyenne. Le canton de Genève a une population proportionnellement plus âgée.

L'évolution de l'âge à l'entrée est difficile à mesurer pour le moment. L'observation longitudinale doit être poursuivie.

### **5.4. Soins OPAS (L10)**

Minutes de soins OPAS « a » « instructions et conseils »: Le nombre de minutes OPAS « a » requis augmente entre octobre 1999 et octobre 2001. Cette augmentation correspond surtout à la diminution du nombre de personnes requérant peu de soins de ce type.

Le traitement isolé des établissements pour traitements psychosociaux montre que ces derniers ont une population dont le nombre de minutes augmente progressivement et de façon très importante. Les effectifs nécessitant peu de minutes de soins OPAS « a » y ont aussi beaucoup diminué.

Minutes de soins OPAS « b » „traitements“: Une augmentation générale et continue des minutes de soins OPAS « b » ressort très nettement des histogrammes. La tendance observée l'année dernière est ainsi confirmée cette année.

Minutes de soins OPAS « c » « soins de base »: La courbe bi-modale est significative de cet indicateur. Une augmentation générale du nombre de minutes OPAS « c » est également observée ici. Cette augmentation se manifeste surtout par une diminution proportionnelle de la population qui requiert le moins de soins au profit de celle qui requiert entre 150 et 200 minutes des soins par jour.

OPAS « d » « non OPAS » : La situation est très stable et n'évolue pas.

### **5.5. Total des minutes de soins par jour (L11)**

L'histogramme du total des minutes montre une augmentation générale du nombre de minutes de soins, avec diminution progressive des cas très légers. Cette évolution est particulièrement marquée pour les cantons de Genève et Vaud, beaucoup moins pour Jura et Neuchâtel. Elle apparaît également pour les établissements pour traitements psychosociaux, pris isolément. Toutefois, ce constat doit être nuancé, notamment pour les établissements pour traitements psychosociaux et les institutions pour handicapés neuchâtelois qui présentent des variations importantes selon les années, dues probablement à des changements de résidents particulièrement perceptibles dans une population à effectifs faibles (entre 50 et 80 personnes).

### **5.6. Conclusion**

Cette analyse ne couvre que trois ans seulement. Il est encore difficile de distinguer des tendances à long terme de variations annuelles dues aux mouvements de clientèle. Or ces mouvements sont nombreux et réels, ont tendance à augmenter et ont un impact important sur la gestion des établissements.

Le système de saisie actuel ne permet pas d'observer ces mouvements de manière détaillée et d'en mesurer les conséquences. Il faudrait pouvoir associer à la saisie PLAISIR® une statistique des départs et décès. Alors seulement, il sera possible de mesurer véritablement le rôle effectif des établissements de long séjour dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

## **6. Analyse longitudinale octobre 2002**

### **6.1. Évolution des indicateurs (mobilité physique, orientation, autonomie et les 8 classes PLAISIR®)**

#### *6.1.1. Mobilité physique (L1)*

Les tendances observées ces dernières années se confirment. Les catégories « légères » (1 « pleine mobilité » à 3 « mobilité déficiente (lenteur) ») sont de moins en moins peuplées. Les catégories moyennes inférieures (4 « mobilité réduite » et 5 « mobilité restreinte au voisinage ») diminuent au profit des plus lourdes.

#### *6.1.2. Orientation (L2)*

La tendance observée en 2001 se confirme : Les effectifs des catégories 1 « pleinement orienté » et 2 « problème(s) d'orientation pleinement compensé(s) » sont faibles. Les niveaux 5 « perturbations modérées de l'orientation » et 6 « perturbations sévères de l'orientation » deviennent prépondérants au détriment du niveau 4 « perturbations partiellement compensées de l'orientation ». Le nombre de patients de la catégorie 8 « Désorientés » augmente dans les cantons du Jura et de Genève.

#### *6.1.3. Autonomie (L3)*

La perte d'autonomie se manifeste partout. Les résidants se retrouvent, à quelques exceptions près, dans les catégories 6 « Dépendance à autrui plus d'une fois par 24h mais à des moments prévisibles » à 9 « Dépendance pour tous les besoins ». C'est dans le canton de Vaud que le nombre de résidants en catégorie 6 est le plus faible.

#### *6.1.4. Classes PLAISIR® (L4)*

La prédominance de la classe 6 est visible sur ces schémas. Or cette classe est très large (elle va de 134.51 minutes à 204.50 minutes de soins requis). Dans tous les cantons, les valeurs ont manifesté une tendance à se regrouper autour de cette classe 6. En octobre 2002, il semble que cette tendance diminue. La classe 6 augmente proportionnellement moins que la 7. Cela sera à vérifier à l'avenir.

### **6.2. Évolution des indicateurs selon les missions<sup>4</sup>**

#### *6.2.1. Mobilité (L5)*

Cet indicateur démontre une certaine stabilité. Les différences sont plus marquées dans les petits collectifs dans lesquels les entrées et les sorties peuvent avoir un impact important.

#### *6.2.2. Orientation (L6)*

Dans le cas de cet indicateur, les tendances se confirment également. Les catégories légères se vident progressivement au profit des plus lourdes dans tous les milieux de soins. Les exceptions sont de petits collectifs où le départ d'un résidant peut avoir une grande incidence. (unité hospitalière de psychogériatrie).

---

<sup>4</sup> Mission : Définitions élaborées selon les classifications OFS. Pour plus de détails : [www.hospvd.ch/ise/ct-plaisir](http://www.hospvd.ch/ise/ct-plaisir)

### *6.2.3. Autonomie (L7)*

L'analyse de l'indicateur d'autonomie par mission permet de mettre en évidence des profils différents selon les missions. Certaines accueillent une clientèle en moyenne plus autonome que d'autres. Dans ce contexte, l'alourdissement général a aussi des impacts différents selon les missions. D'une manière générale, on constate un « tassement » de l'histogramme dans les catégories les plus lourdes.

### *6.2.4. Classes PLAISIR© (L8)*

L'alourdissement observé dans les cantons se retrouve au niveau des missions, sauf dans les homes médicalisés spécialisés en gériopsychiatrie et dans les établissements pour traitements psychosociaux, où la situation est relativement stable. Les petits collectifs manifestent des variations plus grandes.

### **6.3. Évolution de l'âge et de l'âge à l'entrée (L9)**

Dans les deux cas, un léger vieillissement se confirme. L'évolution varie de classe d'âge en classe d'âge mais d'une manière générale ce sont les plus hautes qui se remplissent doucement. Cette évolution est plus marquée pour le canton du Jura. D'une manière générale, elle semble provenir de deux facteurs : le vieillissement des résidents en EMS, d'une part, des entrées plus tardives, d'autre part. Leur impact respectif n'a pas été mesuré.

### **6.4. Total des minutes de soins par jour (L11)**

Les modifications des histogrammes se confirment : disparition progressive des temps très faibles, glissement des barres vers la droite. Cette tendance se confirme par l'élévation de la moyenne (chiffre indiqué à l'intérieur de graphique en « moustache »).

Autre phénomène intéressant : le creux se trouvant entre les deux pics de la courbe bi-axiale a tendance à se combler et ceci parallèlement à l'affaissement du premier pic de la courbe. Il est intéressant de constater que les établissements pour traitements psychosociaux ont une courbe différente puisqu'elle n'est pas biaxiale.

## **7. Analyse longitudinale octobre 2003**

Comme les années précédentes, les résultats de l'analyse des données PLAISIR® permettent de mettre en évidence un changement dans la répartition des résidents selon les missions des établissements et un léger, mais continu, alourdissement des cas. Le nombre de résidents des cantons de Vaud et Neuchâtel a augmenté, alors qu'il a légèrement diminué dans les cantons de Genève et du Jura.

### **7.1. Répartition des résidents**

- Les différences de répartition des résidents entre les missions restent très importantes d'un canton à l'autre.
- Dans le canton de Neuchâtel, certains établissements, précédemment non médicalisés, ont été reconnus comme médicalisés en 2003, ce qui se traduit par une augmentation du nombre de résidents en établissement médicalisé.
- Le canton de Vaud compte plusieurs établissements à mission mixte (par exemple : gériatrie et établissement pour traitements psychosociaux). Dès maintenant, il est possible de distinguer ces missions au niveau des unités de soins, ce qui permet une plus grande précision dans l'analyse. Cette modification se traduit par une augmentation du nombre de résidents dans les établissements pour traitements psychosociaux.

### **7.2. Évolution de la clientèle**

- L'alourdissement lent se poursuit (voir aussi l'analyse des données transversales). Il est variable selon les cantons et les périodes mais se manifeste dans tous les indicateurs, en

particulier celui de l'autonomie et de l'orientation. Le recentrage des résidants dans les classes 5, 6 et 7 se confirme.

### **7.3. Remarque**

- En octobre 2003, la population des résidants du canton de Neuchâtel comprend provisoirement 8 situations particulièrement lourdes, ressortissant du domaine de la psychiatrie, évaluées à titre expérimental.

## **8. Analyse longitudinale octobre 2004**

### **8.1. Evolution des bases de données**

Entre octobre 2003 et octobre 2004, des changements importants sont intervenus dans les bases de données. Ils touchent essentiellement les missions des établissements et ont des répercussions sur les analyses effectuées avec ce critère :

- Le canton du Jura a décidé de ne plus utiliser PLAISIR® dans ses unités de psychogériatrie en hôpital général. 54 lits ont été retirés de la base de données PLAISIR® et de cette mission. La charge en soins globale du canton s'en est trouvée allégée.
- Le canton de Vaud a revu les missions de ses établissements.
  - a. Il n'a plus de lits en homes/maisons pour personnes âgées. Cette catégorie de mission n'est plus représentée dans la base de données PLAISIR® (-36 lits passés dans la catégorie homes médicalisés).
  - b. D'autre part, un grand nombre de lits, précédemment classés comme lits de psychogériatrie en hôpital général ont été classés comme des lits C. D'où un transfert important d'environ 185 lits d'une catégorie à l'autre. Les derniers lits classés comme lits de psychogériatrie en hôpital général ne sont que 11 et ne sont donc plus représentatifs de cette réalité. L'indicateur d'orientation des unités de lits C (voir tableau T9) s'est nettement modifié et la charge en soins globale a diminué (voir tableau T13).
  - c. Enfin, une séparation des missions au niveau des unités a introduit une répartition plus fine des missions des lits. Bien souvent, une unité sur plusieurs à l'intérieur d'un établissement est spécialisée en psychogériatrie, d'où le nombre inférieur de lits dans cette catégorie et l'augmentation du nombre de lits de home médicalisé.

Depuis octobre 2004, il n'y a plus de résidants évalués avec PLAISIR® dans des homes-maisons pour personnes âgées et il n'y a plus qu'une seule unité, peu représentative car avec seulement 11 résidants, dans la mission « unité hospitalière de gériatrie en hôpital général ». Cela provient de la redéfinition des missions des établissements vaudois et du retrait des unités de psychogériatrie jurassiennes.

### **8.2. Evolution de la clientèle**

La clientèle s'alourdit constamment. Cet effet est lent et continu et s'observe sur divers tableaux :

- L'indicateur de mobilité physique (tableau L1) montre que ce ne sont pas les personnes les moins mobiles dont le nombre augmente mais celles dont les déplacements sont limités à l'établissement ou à l'étage de la chambre. Deux éléments peuvent expliquer cela : la diminution de la mobilité des résidants déjà présents dans l'établissement, l'admission de personnes dont la mobilité est limitée de cette manière, ce qui arrive lorsqu'une personne souffre de problèmes d'orientation.
- L'augmentation nette du nombre de personnes souffrant de perturbations modérées ou sévères de l'orientation, voire de désorientation (tableau L2) tend à confirmer cette

hypothèse. Cette tendance se confirme dans tous les cantons. L'exception jurassienne s'explique par le retrait des cas de psychogériatrie de la base de données.

- L'indicateur d'autonomie (tableau L3) étant la résultante des deux précédents indicateurs en est affecté en conséquence.
- Le déplacement des résidents des basses classes vers les hautes se confirme (tableau L4). Les classes 5, 6 et 7 étant très larges, elles rassemblent dorénavant  $\frac{3}{4}$  de la population. (Ces trois classes vont de 1h30 à 5h30 de soins par jour). Plus de 40% des résidents se trouvent dans la classe 6, ce qui représente entre 2h15 et 3h25 de soins par jour. Cette tendance est également visible dans l'analyse par mission (tableau L8).

L'évolution de la structure des âges des résidents (tableau L9) montre une certaine stabilité d'une manière générale. Genève reste le canton avec la population la plus âgée. Les évolutions diffèrent d'un canton à l'autre. La structure des âges, visible par l'écart-type est différente selon que les cantons évaluent (Vaud et Neuchâtel) ou non (Genève et Jura) avec PLAISIR® des populations jeunes (institutions pour handicapés et pour traitements psychosociaux).

## 9. Analyse longitudinale octobre 2005

Entre octobre 2004 et octobre 2005, il n'y a pas eu de modifications importantes dans la structure des EMS des 4 cantons romands. Seules quelques ouvertures et fermetures de lits expliquent les faibles variations dans les nombres de résidents par mission.

Les constats effectués ces dernières années restent valables. Le léger alourdissement constaté régulièrement se poursuit. Cette évolution s'explique dans les tableaux représentant les indicateurs d'orientation et, par conséquent, d'autonomie. En effet, les 9 catégories évoluant par vases communicants, lorsque l'une d'entre elles se remplit une autre se vide. Ainsi, d'une manière générale, les proportions de résidents se trouvant dans les catégories 5, 6 et 7 ont tendance à augmenter aux dépens des catégories inférieures. Les analyses par canton et par mission sont plus différenciées mais confirment cette observation.

Dans les tableaux L9 et L10, une analyse supplémentaire de la structure des âges de la population sans les établissements pour traitements psychosociaux et sans les institutions pour handicapés a été réalisée pour les cantons de Neuchâtel et Vaud (depuis 2002). En effet, les écarts-types importants observés pour la structure des âges de la population totale de ces deux cantons s'expliquent par la présence de résidents « jeunes » dans ces deux types de missions.

## 10. Analyse longitudinale octobre 2006

Entre octobre 2005 et octobre 2006, il n'y a pas eu de modifications importantes dans la structure des EMS des 4 cantons romands, à part le changement de statut de l'unité hospitalière neuchâteloise de psychogériatrie en hôpital psychiatrique qui est devenu un home médicalisé spécialisé en gérontopsychiatrie. Il n'y a donc plus de résidents évalués avec PLAISIR® dans deux des missions retenues pour le traitement des données : les « homes/maisons pour personnes âgées » et les « unités hospitalières de psychogériatrie en hôpital psychiatrique ». Ces deux missions restent cependant mentionnées dans le présent document pour mémoire et pour faciliter la comparaison des résultats 2006 avec ceux des années précédentes.

Les constats effectués ces dernières années restent valables. Le léger alourdissement constaté régulièrement se poursuit.

Quelques tableaux comparatifs complémentaires ont été publiés dans la rapport annuel 2006 de la CT qui se trouve également sur le site internet [www.isesuisse.ch/ct-plaisir](http://www.isesuisse.ch/ct-plaisir).