



POINT DE VUE

D'ici 2050, la population de 80 ans ou plus aura doublé en Suisse. Avec l'âge, le risque de déclin fonctionnel augmente, risque associé à des hospitalisations et des institutionnalisations. Le système de santé s'est adapté différemment à cette problématique selon les régions. Si en Suisse romande, l'accent a été mis sur la promotion du retour à domicile, l'entrée en établissement médico-social (EMS) est la voie privilégiée par les cantons alémaniques.

L'approche romande a l'avantage de respecter le souhait majoritaire de vivre le plus longtemps possible chez soi, au prix d'un essor important des soins à domicile et de la réadaptation gériatrique stationnaire. Dans la majorité des cas, cette dernière permet une récupération des compétences fonctionnelles requises pour un retour à domicile. Les assurances financent, en partie, ces soins. Cette option limite aussi les besoins en places d'EMS.

L'approche alémanique permet quant à elle une prise en charge en institution, possiblement plus sécuritaire et limitant, comme nous le verrons ici, le risque d'hospitalisations répétées dans les derniers moments de la vie. Cette organisation entraîne aussi un certain coût en multipliant les EMS financés en grande majorité par le canton et le résident.

Définir le moment opportun d'une entrée en EMS reste délicat et doit être décidé en fonction de la volonté de la personne, de sa capacité fonctionnelle à vivre à domicile et de la disponibilité des soutiens formels et informels. Au-delà de ces critères, il est important de se poser la question des coûts pour les individus, les cantons et les assurances. Si les payeurs semblent différemment impliqués selon le système en vigueur, il reste encore difficile de se déterminer quant à la formule la plus efficiente en terme économique global.

Prof. C. Graf
*Chef du département de réadaptation et gériatrie
Hôpitaux universitaires de Genève*

Hospitalisations dans la dernière année de vie

Comparaison entre maintien à domicile et séjour en EMS

Le maintien à domicile s'accompagne-t-il d'un recours accru aux hospitalisations durant la dernière année de vie? Le cas échéant, quelle est la nature et la fréquence de ces hospitalisations?

Le présent bulletin examine les douze derniers mois de vie des personnes âgées décédées en EMS ou à l'hôpital en 2018¹. Il compare l'intensité du recours hospitalier dans les différents cantons durant cette période de vie et la met en lien avec la politique de prise en charge au grand âge. L'étude s'intéresse ainsi à la composante hospitalière des trajectoires de soins, encore peu documentée dans le cadre des soins de longue durée. La première partie du bulletin s'intéresse aux hospitalisations des personnes à domicile; la seconde aux hospitalisations des personnes ayant vécu en EMS avant leur décès. La synthèse compare le nombre d'hospitalisations durant la dernière année de vie selon le lieu de résidence.

Encadré 1: Principaux résultats

- Dans la dernière année de vie et dans chaque canton, on enregistre davantage d'hospitalisations chez les personnes qui restent à domicile que chez celles qui s'installent en EMS.
- Le nombre moyen d'hospitalisations des personnes restées à domicile est supérieur dans les cantons orientés sur le maintien à domicile, où le recours à la réadaptation gériatrique est courant.
- Le nombre moyen d'hospitalisations des personnes installées en EMS varie d'un canton à l'autre sans lien avec la politique de maintien à domicile.

¹ Les décès hors hôpital ou EMS représentent environ 20% des décès des 65+ ans. Ils recouvrent les décès à la maison ou en extérieur (accident, suicide, arrêt cardio-vasculaire, etc.). Actuellement, il n'est pas possible de retracer le parcours de soins des personnes décédées hors d'un hôpital ou d'un EMS. L'impact potentiel de cette limite sur la présente analyse est discuté dans la synthèse.

Constats initiaux

L'analyse se base sur deux constats initiaux:

- Selon la politique de prise en charge, la proportion de personnes âgées passant tout ou partie de leurs douze derniers mois de vie dans un établissement médico-social (EMS) varie sensiblement (G1).
- Quand il y a moins de fin de vie en EMS, il y a non seulement davantage de soins à domicile (voir rapport Obsan 69), mais aussi davantage d'hospitalisations (G2).

Ces deux points sont développés ci-après.

Une proportion variable de fin de vie en EMS

Comme l'illustre le graphique G1, selon la politique de prise en charge, la proportion de personnes âgées passant tout ou partie de leurs douze derniers mois de vie en EMS varie sensiblement.

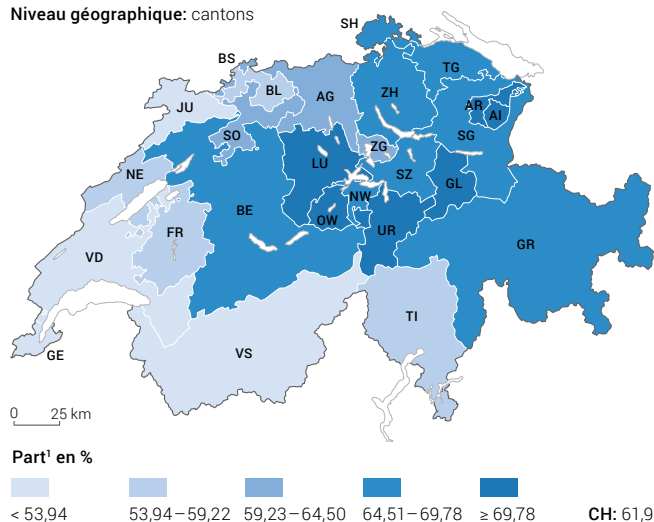
Dans les cantons les plus orientés sur une prise en charge en EMS (bleu foncé, G1), en dehors des quelque 20% de personnes décédées à la maison ou hors institution de soins, 70 à 75% des personnes âgées passent tout ou partie de leurs douze derniers mois de vie en EMS.

Dans les cantons les plus orientés sur le maintien à domicile (bleu clair, G1), ce sont environ 50% des personnes âgées qui ont vécu en EMS dans les douze mois précédant leur décès. La moyenne suisse est de 62% en 2018.

Part des personnes âgées ayant résidé en EMS dans leur dernière année de vie, 65+ décédés en institution de soins en 2018

G1

Niveau géographique: cantons



¹ Les seuils des catégories sont fixés sur la base des écarts-types à la moyenne (>1; [1; 0,33[; [0,33; -0,33[; [-0,33; -1]; <-1).

Source: OFS – SOMED 2017–2018; MS 2017–2018 / analyses Obsan

© Obsan 2021

Le maintien à domicile est associé à davantage de séjours à l'hôpital dans la dernière année de vie

Le graphique G2 illustre la relation entre la part de personnes passant tout ou partie de leurs douze derniers mois de vie en EMS et le nombre moyen d'hospitalisations par personne durant la dernière année de vie (ensemble des personnes décédées dans une institution de soins en 2018). La forte corrélation négative entre ces deux variables ($r = -0,86$; $p < 0,005$) indique qu'une part plus faible de personnes en EMS est associée à davantage d'hospitalisations dans la dernière année de vie; autrement dit, elle suggère que les personnes qui restent à domicile effectuent davantage de séjours à l'hôpital.

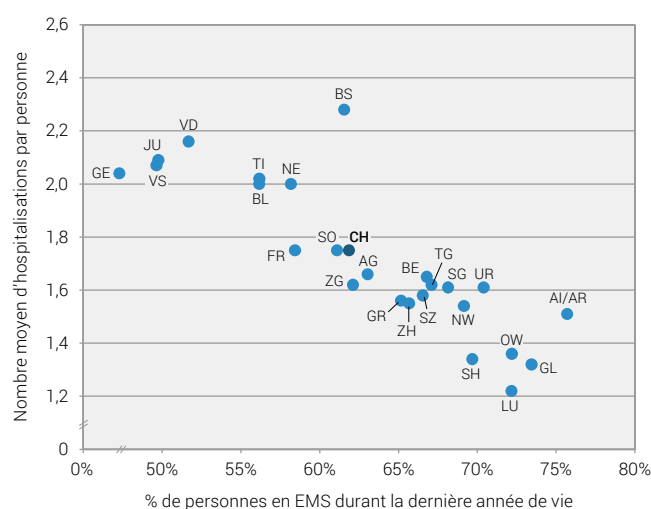
Combien de plus?

En Suisse, on constate une moyenne de 1,75 hospitalisations durant la dernière année de vie en 2018 (G2). Dans les cantons où la part de personnes de 65 ans ou plus en EMS durant la dernière année de vie est la plus haute (GL, OW, LU, SH²), ce nombre tombe à environ 1,3 hospitalisations. À l'opposé, dans les cantons où la part de 65 ans ou plus en EMS est la plus basse (GE, VS, JU, VD), on relève environ 2,1 hospitalisations durant la dernière année de vie. On dénote ainsi un écart d'environ 0,8 hospitalisation entre les extrêmes durant la dernière année de vie.

La suite de ce bulletin examine quels types de trajectoires sont concernés par un recours supérieur aux hospitalisations et quelle est leur nature.

Relation entre le recours à l'EMS et le recours à l'hôpital dans la dernière année de vie*

G2



* 65+ décédés dans une institution de soins en 2018

Source: OFS – SOMED 2017–2018; MS 2017–2018 / analyses Obsan

© Obsan 2021

² Tout en ayant un taux de placement en EMS supérieur à 70%, AI/AR et UR présentent également un nombre d'hospitalisations par personne décédée qui reste inférieur à la moyenne, mais de façon moins marquée que les autres cantons très orientés sur les EMS.

Hospitalisations de personnes vivant à domicile

Cette section présente tout d'abord les hospitalisations multiples des personnes vivant à domicile, en détaillant la nature et la durée des hospitalisations ainsi que l'existence d'un lien statistique avec la politique de prise en charge. Elle présente ensuite des résultats similaires, bien que plus succincts, pour la trajectoire comportant une hospitalisation unique.

Hospitalisations multiples depuis le domicile

Dans les cantons les plus orientés sur le maintien à domicile, les hospitalisations multiples depuis le domicile dans la dernière année de vie concernent 30 à 40% des 65 ans ou plus décédés dans une institution de soins. Cette part se monte à moins de 20% dans les cantons les plus orientés sur une prise en charge en EMS (chiffres non représentés). Cette trajectoire, comportant plusieurs hospitalisations depuis le domicile dans la dernière année de vie, est donc plus fréquente dans les cantons les plus orientés sur le maintien à domicile ($r = -0,98$; $p < 0,05$)³.

Lorsque les personnes âgées empruntent cette trajectoire, le nombre de séjours hospitaliers effectués est-il comparable entre les cantons ou dépend-il aussi de la politique de soins de longue durée? Les paragraphes suivants examinent cette question en distinguant selon la nature des hospitalisations (séjours en soins somatiques aigus versus en réadaptation ou en psychiatrie)⁴.

Hospitalisations en soins somatiques aigus

Dans le cadre d'une trajectoire avec hospitalisations multiples depuis le domicile, on dénombre une moyenne de trois hospitalisations en soins somatiques aigus au cours de la dernière année de vie (CH = 3,15 [min 2,7 (SZ); max 3,7 (BS)]). Ce nombre varie assez peu d'un canton à l'autre (écart-type = 0,2) et aucun lien statistique ne peut être établi avec la politique de soins de longue durée. Le coefficient de corrélation (r) entre le nombre d'hospitalisations en soins somatiques aigus et la part des personnes en EMS est en effet nul ($r = 0,03$; non significatif).

Hospitalisations en réadaptation

L'image est différente en ce qui concerne les hospitalisations en réadaptation. Toujours dans le cadre des trajectoires avec hospitalisations multiples depuis le domicile, on dénombre une moyenne de 0,4 hospitalisation en réadaptation au cours de la dernière année de vie (CH=0,41 [min 0,06 (OW) ; max 1,05 (GE)]) Ce nombre varie beaucoup d'un canton à l'autre et est dépendant

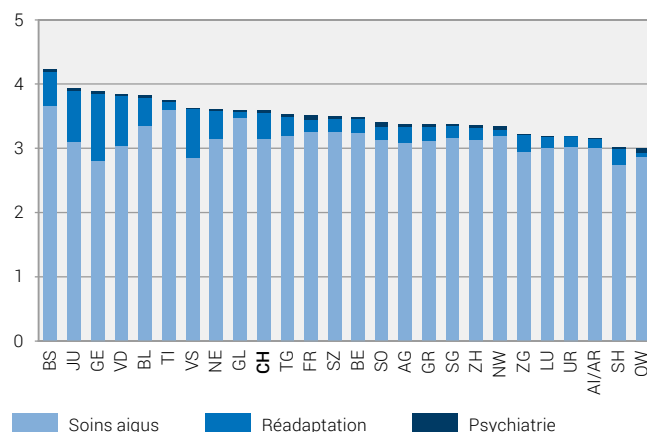
de la politique de soins de longue durée. La corrélation (r) entre le nombre d'hospitalisations en réadaptation et la part des personnes âgées résidant en EMS est en effet fortement négative et significative ($r = -0,84$; $p < 0,001$). La réadaptation dans la dernière année de vie est rare dans les cantons les plus orientés sur une prise en charge en EMS. Elle est à l'inverse une étape essentielle en vue du retour à domicile dans certains cantons les plus orientés sur le maintien à domicile. À Genève par exemple, qui est le canton pratiquant le plus la réadaptation en 2018, on dénombre en moyenne un séjour en réadaptation pour chaque patient durant la dernière année de vie.

Hospitalisations en psychiatrie

Les hospitalisations en psychiatrie dans la dernière année de vie sont peu fréquentes. Toujours dans le cadre des trajectoires avec hospitalisations multiples depuis le domicile, on dénombre une moyenne de 0,03 hospitalisation en psychiatrie au cours de la dernière année de vie (CH = 0,03 [min 0,00 (UR); max 0,06 (OW)]). Leur nombre est très faible dans tous les cantons et sans lien avec la politique de soins de longue durée ($r = -0,05$; non significatif).

Trajectoire «hospitalisations multiples depuis le domicile»: nombre moyen d'hospitalisations par personne selon le type de soins*

G3



* 65+ décédés en institution de soins en 2018

Source: OFS – SOMED 2017–2018; MS 2017–2018 / analyses Obsan

© Obsan 2021

Durée de séjour

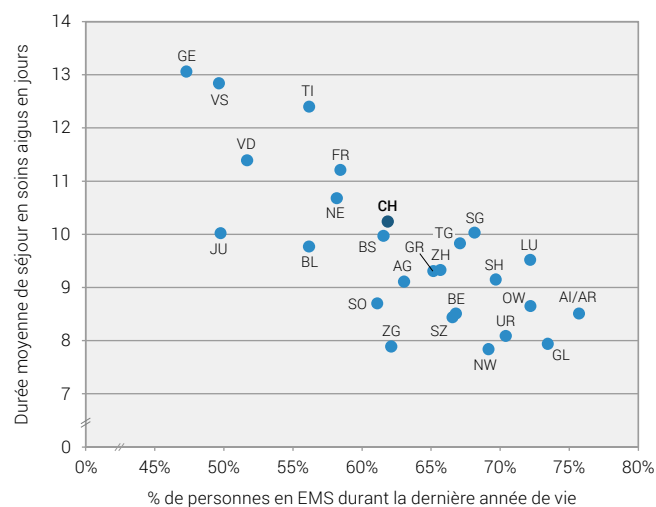
Dans la plupart des cantons orientés sur le maintien à domicile, les séjours en soins somatiques aigus sont aussi en moyenne plus longs ($r = -0,8$, $p < 0,001$) (G4). En soins aigus, la moyenne est de 10,2 jours par hospitalisation, avec un écart-type de $\pm 1,5$ jour [min. 7,8 jours (NW); max 13,1 jours (GE)]. Les durées moyennes de séjour pour la réadaptation et la psychiatrie ne sont pas présentées car basées sur un trop petit nombre de cas.

³ La part des personnes en EMS dans la dernière année de vie est utilisée comme indicateur de l'orientation de la politique de soins de longue durée. Les cantons dont le taux de placement en EMS est très supérieur à la moyenne sont considérés comme orientés sur une prise en charge en EMS; ceux dont le taux de placement en EMS est très inférieur à la moyenne sont considérés comme orientés sur le maintien à domicile.

⁴ Selon définition Obsan: <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/delimitation-et-definition-du-cas-MS>

Trajectoire «hospitalisations multiples depuis le domicile»: lien entre politique de soins de longue durée et durée d'hospitalisation en soins aigus*

G4



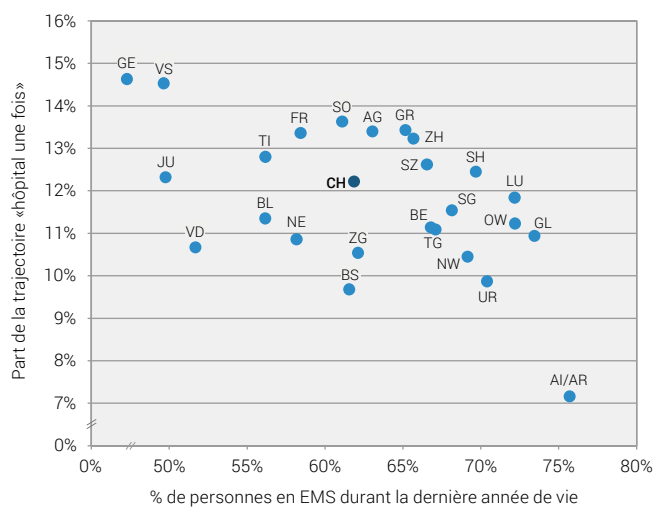
* 65+ décédés dans une institution de soins en 2018

Source: OFS – SOMED 2017–2018; MS 2017–2018 / analyses Obsan

© Obsan 2021

Part de la trajectoire «hospitalisation unique depuis le domicile» et politique de soins de longue durée*

G5



* 65+ décédés en institution de soins en 2018

Source: OFS – SOMED 2017–2018; MS 2017–2018 / analyses Obsan

© Obsan 2021

En résumé, les trajectoires avec hospitalisations multiples depuis le domicile dans la dernière année de vie sont plus fréquentes dans les cantons orientés sur le maintien à domicile. De plus, dans le cadre d'une trajectoire avec hospitalisations multiples, le *nombre* total d'hospitalisations est lui aussi plus élevé dans les cantons orientés sur le maintien à domicile. Les hospitalisations supplémentaires sont majoritairement des séjours en réadaptation dans les cantons de GE, VD, VS, JU, NE. Pour TI surtout et FR de façon moins marquée, il s'agit d'un supplément de séjours en soins somatiques aigus tandis que les cantons de BS et BL enregistrent à la fois plus de séjours en soins somatiques aigus et en réadaptation (G3). Enfin, la durée des séjours en soins aigus est aussi en moyenne plus longue dans les cantons orientés sur le maintien à domicile (G4).

Unique hospitalisation depuis le domicile

Le parcours comportant une hospitalisation unique depuis le domicile au cours de laquelle a lieu le décès concerne 12,2% des personnes décédées dans une institution de soins en 2018. La proportion de personnes âgées connaissant ce parcours varie beaucoup selon les cantons (CH = 12,2 [min = 7,2 (AI/AR); max = 14,6 (GE)]). Cette proportion est modérément liée à la politique de soins de longue durée ($r = -0,5$; $p < 0,01$, voir G5)⁵.

On relève par exemple que certains cantons orientés sur le maintien à domicile (VD et NE) ont une proportion inférieure à la moyenne nationale de parcours impliquant une hospitalisation unique depuis le domicile.

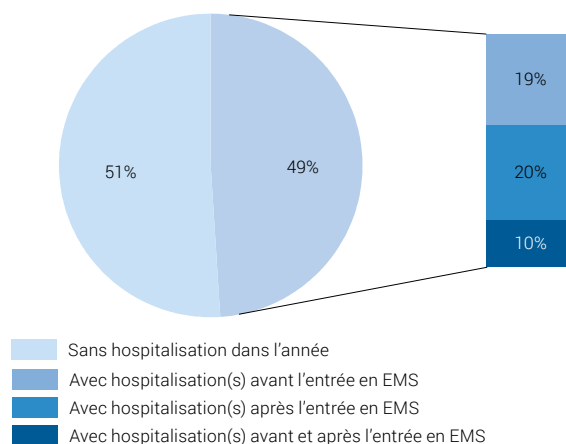
⁵ En enlevant AI/AR de l'analyse (valeur extrême), la corrélation reste du même ordre ($r = -0,43$; $p = 0,04$).

Hospitalisations de résidents en EMS

Cette seconde partie du bulletin s'intéresse aux hospitalisations de personnes qui résidaient en EMS dans leur dernière année de vie. Elle distingue entre les hospitalisations avant et pendant le séjour en EMS. Au niveau suisse, 51% des résidents décédés en 2018 n'enregistrent aucun séjour hospitalier durant leur dernière année de vie, tandis que 19% enregistrent au moins une hospitalisation avant l'entrée, 20% au moins une hospitalisation après l'entrée et 10% au moins une hospitalisation avant et après l'entrée en EMS (G6).

Part des résidents d'EMS avec ou sans hospitalisation(s) dans l'année*

G6



* 65+ décédés dans une institution de soins en 2018

Source: OFS – SOMED 2017–2018; MS 2017–2018 / analyses Obsan

© Obsan 2021

Hospitalisations depuis l'EMS

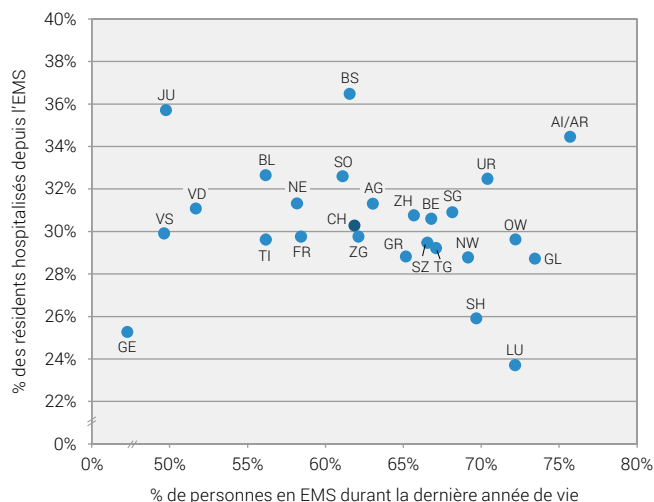
En Suisse, durant leur dernière année de vie, 30% des résidents en EMS sont hospitalisés au moins une fois *depuis* l'EMS (CH = 30,3% [min 23,7% (LU); max 36,5% (BS)], G7). Ce pourcentage varie d'un canton à l'autre. Ainsi par exemple, les cantons de BS, JU et AI/AR ont les plus forts pourcentages de résidents hospitalisés depuis l'EMS (environ 35%), tandis que LU, GE et SH ont les plus faibles (environ 25%). Ces résultats sont statistiquement indépendants de la part de fin de vie en EMS dans les cantons ($r = -0,15$, non significatif) (G7).

Parmi les résidents en EMS ayant été hospitalisés, on dénombre une moyenne de 1,6 hospitalisation au cours de la dernière année de vie (CH = 1,6 [min 1,3 (OW); max 1,9 (BS)], chiffres non représentés). Il s'agit généralement d'hospitalisations en soins somatiques aigus. Là aussi, aucun lien statistique ne peut être établi entre le nombre d'hospitalisations depuis l'EMS et la politique cantonale de soins de longue durée ($r = -0,07$; $p = 0,7$).

Le recours à l'hôpital des résidents en EMS semble donc répondre à une autre logique. Les experts que nous avons interrogés mentionnent des éléments d'influence comme la taille de l'EMS, sa proximité avec l'hôpital, la présence d'un médecin gériatre dans l'EMS, voire la confiance des résidents et de leurs proches dans la capacité de l'EMS à gérer une situation de santé aiguë. Il existe un certain consensus entre les experts pour dire qu'une partie des hospitalisations depuis l'EMS sont évitables, ce que suggère également une étude récente (Gygli 2020).

Part des résidents hospitalisés depuis l'EMS et politique de soins de longue durée*

G7



* 65+ décédés dans une institution de soins en 2018

Source: OFS – SOMED 2017–2018; MS 2017–2018 / analyses Obsan

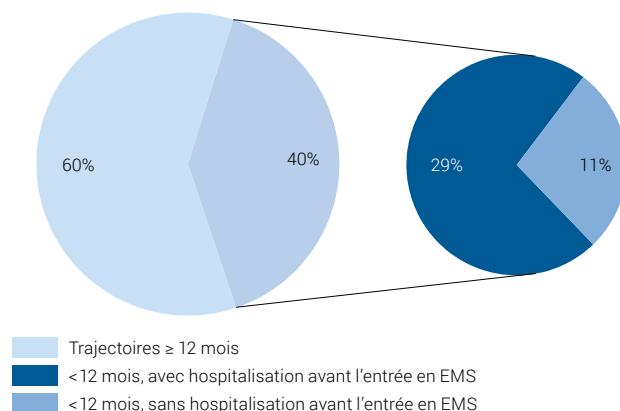
© Obsan 2021

Hospitalisation avant l'entrée en EMS

Des éléments intéressants apparaissent concernant les hospitalisations avant l'entrée en EMS. Comme cette analyse porte sur la dernière année de vie, la durée d'observation est tronquée. Elle ne permet donc pas d'observer l'entier du parcours en EMS, souvent plus long qu'une année. Les résultats trouvés ici devront donc être confirmés dans une analyse sur une période d'observation plus longue.

Part des résidents d'EMS selon la durée de la trajectoire, avec ou sans hospitalisation(s) avant l'entrée*

G8



* 65+ décédés dans une institution de soins en 2018

Source: OFS – SOMED 2017–2018; MS 2017–2018 / analyses Obsan

© Obsan 2021

- Parmi les personnes installées en EMS au moment de leur décès, 60,3% ont passé toute l'année en EMS (G 8). Les variations cantonales sont relativement importantes (CH = 60,3 [min 55,3% (BS); max 73,3% (JU)]).
- Parmi les quelque 40% de personnes ayant eu un séjour inférieur à douze mois, 72,0% ont eu au moins une hospitalisation avant leur installation en EMS. On observe aussi des variations cantonales dans cette proportion [min 60,7% (JU); max 82,7% (TI)], sans lien avec la politique de maintien à domicile ($r = 0,03$; $p = 0,8$).
- Parmi ces personnes ayant été hospitalisées avant leur entrée en EMS, on dénombre une moyenne de 2,3 hospitalisations avant l'entrée. La corrélation avec la part de résidents en EMS est de $r = -0,7$ ($p < 0,001$). Le nombre d'hospitalisations avant un placement en EMS est plus haut dans les cantons les plus orientés vers le maintien à domicile et semble donc lié à la politique de prise en charge des personnes âgées.

En résumé, nos analyses sur une période limitée aux douze mois précédant le décès suggèrent qu'il n'y a pas plus souvent de parcours impliquant une hospitalisation avant l'entrée en l'EMS dans les cantons orientés sur le maintien à domicile. Par contre, il y a davantage d'hospitalisations avant le placement en EMS lorsque cette trajectoire se présente. Ce résultat devrait être vérifié sur une période d'observation plus longue.

Synthèse et discussion

La synthèse compare le nombre moyen d'hospitalisations dans la dernière année de vie selon le lieu de résidence (domicile versus EMS) et discute les liens statistiques existants avec une politique de maintien à domicile. Elle amène ainsi des éléments de réponse à la question du surcroît d'hospitalisations attribuable à une politique de maintien à domicile.

Les personnes à domicile connaissent davantage d'hospitalisations dans la dernière année de vie, quel que soit le canton.

Le premier constat est que les personnes âgées passant leur dernière année à domicile effectuent davantage d'hospitalisations que les personnes établies en EMS, et ceci quels que soient le canton ou la politique de prise en charge. Comme l'illustre le graphique G9, dans tous les cantons, le nombre moyen d'hospitalisations des personnes à domicile est toujours plus grand que celui des personnes en EMS. Le ratio (illustré par le triangle) montre que les personnes à domicile sont hospitalisées entre 2,0 (UR) et 3,5 (GE) fois plus que les personnes en EMS. La moyenne suisse est de 2,4 fois plus d'hospitalisations pour les personnes à domicile.

Selon les experts interrogés, un des facteurs qui expliquerait que les personnes en fin de vie soient plus fréquemment hospitalisées depuis le domicile réside dans le rôle «protecteur» joué par l'EMS. En effet, les hospitalisations en fin de vie en raison d'une fracture, d'une infection ou de l'aggravation d'une maladie chronique (insuffisance cardiaque par ex.) seraient souvent à mettre en lien avec un logement inadapté ou avec la détection tardive d'une dégradation de l'état de santé. En EMS, les situations critiques seraient décelées plus tôt et/ou pourraient plus souvent être prises en charge sans hospitalisation.

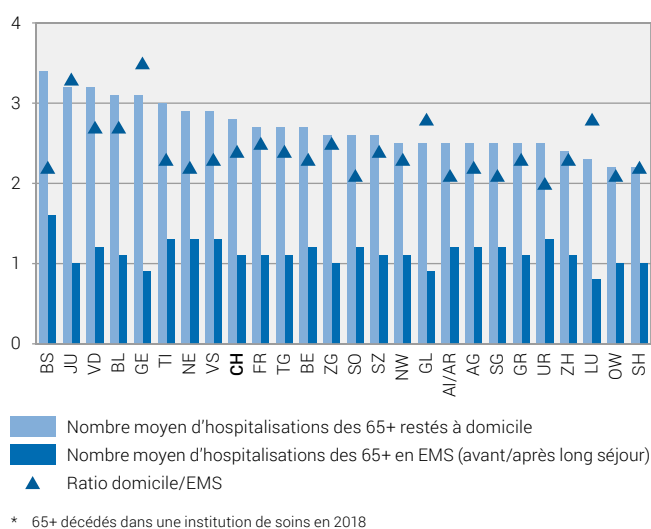
Analyse de sensibilité

Les données dont nous disposons ne donnent pas une image complète puisqu'il manque les hospitalisations des personnes décédées hors institution. Une analyse de sensibilité incluant ces personnes, avec l'hypothèse qu'elles n'effectueraient aucune hospitalisation dans la dernière année (par ex. infarctus hors hôpital, accident, etc.) diminuerait le ratio à 1,5 au niveau suisse. C'est-à-dire que même en faisant cette hypothèse minimale, les personnes qui restent à domicile enregistreraient en moyenne 1,5 fois plus d'hospitalisations que celles installées en EMS dans leur dernière année de vie. Ce ratio resterait toujours supérieur à un⁶ (sauf pour AR/Al); il s'élèverait au maximum à 2,4 pour le canton de GE. Un second scénario conservateur dans lequel ces personnes n'effectueraient qu'un seul séjour (au lieu de 2,8 en moyenne pour les personnes à domicile) aboutirait à un ratio de 1,8 (CH); [min. UR 1,4; max. GE 2,8].

⁶ Un ratio inférieur à un signifie qu'il y a en moyenne davantage d'hospitalisations depuis l'EMS que depuis le domicile.

Nombre moyen d'hospitalisations dans la dernière année de vie des personnes à domicile et des personnes installées en EMS*

G9



Source: OFS – SOMED 2017–2018; MS 2017–2018 / analyses Obsan

© Obsan 2021

Une politique de maintien à domicile accentue les différences

Le deuxième constat est que pour les personnes restées à domicile, le nombre moyen d'hospitalisations est supérieur dans les cantons qui privilégient le maintien à domicile. En effet, on y enregistre en moyenne environ 3 hospitalisations, contre environ 2,5 dans les autres cantons (G9).

Ce surcroît d'hospitalisations dans les cantons orientés sur le maintien à domicile s'observe dans le parcours «Hospitalisations multiples depuis le domicile», avec en moyenne une hospitalisation de plus et une durée moyenne de séjours plus longue par rapport aux cantons les plus orientés sur l'EMS. Ce constat s'explique souvent par des séjours en réadaptation plus fréquents pour permettre le retour à domicile, parfois aussi par un séjour supplémentaire en soins somatiques aigus. À noter par ailleurs que ce parcours est 1,5 à 2 fois plus fréquent dans les cantons orientés sur le maintien à domicile.

Pour les personnes établies en EMS, le nombre moyen d'hospitalisations diffère d'un canton à l'autre, mais un lien avec la politique de soins de longue durée ne peut être établi. Seul un surcroît d'hospitalisations avant le placement en EMS s'observe, lorsque ce parcours se présente: on dénombre en moyenne une hospitalisation de plus avant le placement en EMS dans les cantons orientés sur le maintien à domicile.

Conclusion et perspectives

Ces résultats suggèrent que si la politique de maintien à domicile augmente le nombre de séjours hospitaliers, ce sont les hospitalisations multiples – depuis le domicile ou avant l'entrée en EMS – qui sont concernées. Ce résultat paraît plausible, surtout du fait que ce sont principalement les hospitalisations en réadaptation qui augmentent. Cela suggère que le maintien à domicile passe en moyenne par l'un ou l'autre aller-retour supplémentaires à l'hôpital, avec des séjours en réadaptation pour permettre un retour à domicile, suite à quoi soit le décès intervient, soit le maintien à domicile n'est plus possible et il s'ensuit un séjour plus court en EMS. Entre les cantons ayant les politiques les plus différentes, on note ainsi un écart de 20 à 25 points de pourcentage de la part des personnes qui résident en EMS durant leur dernière année de vie, mais qui sollicitent plus ou moins les hôpitaux et les soins à domicile.

Ce bulletin, basé sur un appariement innovant des données des statistiques médicales et des établissements médicosociaux (MS et SOMED, OFS) ainsi que sur des travaux préalables d'identification de parcours-types (Bulletin Obsan 1/2019), apporte une information jusqu'ici non disponible sur le lien entre hospitalisations et politique de soins de longue durée. Il amène un éclairage sur les trajectoires concernées par un supplément d'hospitalisations dans le cadre d'une politique de maintien à domicile ainsi qu'une estimation du nombre et de la nature des hospitalisations supplémentaires. L'analyse sur une période de douze mois limite quelque peu l'interprétation puisque d'éventuelles hospitalisations préalables des personnes ayant séjourné plus de douze mois en EMS ne sont pas prises en compte. De même, l'absence d'information sur les hospitalisations des personnes décédées hors d'une institution de soins introduit une certaine incertitude au niveau des chiffres. Selon notre analyse de sensibilité, celle-ci n'est toutefois pas susceptible de modifier le sens des résultats.

Néanmoins, cette analyse, conduite dans un setting encore limité à deux institutions, représente un défi conceptuel et technique. Le développement méthodologique qui y est lié ouvre la voie à d'autres travaux incluant davantage d'institutions. À l'heure actuelle, avec les données disponibles, seules les prestations ambulatoires des hôpitaux pourraient être ajoutées à l'analyse. À l'avenir, il serait essentiel pour la thématique des soins de longue durée de pouvoir disposer de données individuelles sur l'aide et les soins à domicile et sur les prestations en cabinet.

Le constat de différences de pratiques s'accompagne en effet presque automatiquement de questions relatives à l'adéquation et aux coûts de différentes manières d'organiser la prise en charge en fin de vie. Sur la base des données actuelles, il serait envisageable d'estimer les dépenses totales pour des hospitalisations dans les différents cantons. En revanche, pour l'instant, les données sont encore trop lacunaires concernant les prises en charge ambulatoires des personnes à domicile pour envisager d'obtenir une image complète.

Méthode

L'analyse se base sur un appariement des données de la Statistique médicale des hôpitaux (MS) et de la Statistique des institutions médico-sociales (SOMED) de l'Office fédéral de la Statistique (OFS) ainsi que sur l'élaboration de parcours-type. Le lecteur est invité à se référer au bulletin 2/2019 (Füglister et Pellegrini 2019, p.7) pour une description détaillée de la méthodologie.

Experts consultés

- Sophie Chevrey-Schaller, Adjointe au chef de Service de la santé publique, République et Canton du Jura
- Prof. med. Christophe Graf, Chef du Département de réadaptation et gériatrie, Chef du Service de médecine interne et de réadaptation (SMIR), Loëx Bellerive, Hôpitaux universitaires de Genève
- Prof. Dr. med. Reto W. Kressig, Ärztlicher Direktor Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER, Klinische Professur für Geriatrie Universität Basel
- Silvia Marti, cheffe de projet, Conférence des directeurs et directrices cantonaux de la santé
- Dr sc. nat. Susanna Schupisser, Stv. Amtschefin, Amt für Gesundheit, Kanton Thurgau
- Dr Franziska Zúñiga, Universitätsdozentin, Pflegewissenschaft, Department Public Health, Universität Basel

Références

Dutoit, L., Füglister-Dousse, S. et Pellegrini, S. (2016). *Soins de longue durée dans les cantons: un même défi, différentes solutions. Évolutions 2006 – 2013* (Obsan Rapport 69). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Füglister-Dousse, S. et Pellegrini, S. (2019). *Les trajectoires de fin de vie des personnes âgées. Analyse des différents types de parcours entre hôpital et EMS* (Obsan Bulletin 2/2019). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Gygli, N. (2020). *Regional variation of avoidable hospitalisations: an observational study*. Masterarbeit, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel.

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution mandatée par la Confédération et les cantons. L'Obsan analyse les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions du secteur de la santé publique dans leur planification, leur prise de décisions et leur action. Pour plus d'informations, veuillez consulter www.obsan.ch.

Impressum

Éditeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Auteurs

Sylvie Füglister-Dousse, Sonia Pellegrini, Obsan

Référence bibliographique

Füglister-Dousse, S. et Pellegrini, S. (2021). Hospitalisations dans la dernière année de vie. Comparaison entre maintien à domicile et séjour en EMS (Obsan Bulletin 04/2021). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Renseignements / informations

Observatoire suisse de la santé
Espace de l'Europe 10, CH-2010 Neuchâtel, Tél. 058 463 60 45,
obsan@bfs.admin.ch, www.obsan.ch

Langue du texte original

Français; cette publication est également disponible en allemand (Numéro OFS: 1033-2104).

Mise en page / graphiques

Office fédéral de la statistique (OFS), section DIAM, Prepress/Print

Carte

Office fédéral de la statistique (OFS), section DIAM, ThemaKart

En ligne

www.obsan.ch → Publications

Imprimés

www.obsan.ch → Publications
Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel,
order@bfs.admin.ch, tél. 058 463 60 60
Impression réalisée en Suisse

Numéro OFS

1034-2104

© Obsan 2021



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.