

POLICY BRIEF

**DÉVELOPPER
LES SOINS
DE LONGUE DURÉE
POUR RÉPONDRE
AUX BESOINS DE SOINS
ET D'ACCOMPAGNEMENT
DE LA POPULATION
ÂGÉE : UN DÉFI SANS
PRÉCÉDENT**

AOÛT 2025

Autrices et auteurs :

Giulia Belloni

Laurence Seematter

Nelly Sénac

Mauricio Avendano

Stéfanie Monod

Pour la relecture :

Groupe d'accompagnement :

Joachim Marti

Chantal Grandchamp

Christian Cordoba

• Laurent Kurth

Selecteurs externes :

• Sonia Pellegrini

• Camille-Angelo Aglione

1. TABLE DES MATIÈRES

1.	Les défis inédits du vieillissement démographique	4
2.	Objectifs du Policy brief	4
3.	Vieillissement démographique et besoins de soins de longue durée en Suisse	4
3.1.	De plus en plus de personnes âgées et très âgées et une population active qui diminue	4
3.2.	Un vieillissement plus ou moins rapide dans les cantons	5
3.3.	Des besoins d'aide et de soins en augmentation	5
3.4.	Des ressources humaines et financières sous tension	7
3.5.	En synthèse : le vieillissement de la population pose un défi majeur à la société et aux collectivités publiques	9
4.	Définition et cadre de référence des soins de longue durée	9
5.	Les soins de longue durée en Suisse (SLD): où en sommes-nous ?	10
5.1.	Cadre légal encadrant le domaine des SLD	11
5.2.	Responsabilités de mise en œuvre des SLD	12
5.3.	Prestations et domaines d'intervention	12
5.4.	Acteurs-trices impliqués dans les SLD	13
5.5.	En synthèse : une fragmentation entre niveaux décisionnels et entre politiques publiques	14
6.	Développer les soins de longue durée pour répondre aux besoins de soins et d'accompagnement de la population âgée : un défi sans précédent qui nécessitera des adaptations substantielles et un arbitrage des priorités	14
7.	Recommandations pour les décideurs-euses et les acteurs-trices des domaines sanitaire et social en vue de l'établissement d'un cadre stratégique pour les soins de longue durée	16
7.1.	RECOMMANDATION 1 : Mettre en place un pilotage intersectoriel des SLD	16
7.2.	RECOMMANDATION 2 : Favoriser l'intégration des services et la flexibilité des missions des acteurs-trices des SLD	16
7.3.	RECOMMANDATION 3 : Soutenir les proches aidant-e-s et anticiper les besoins en professionnel-les des SLD	17
8.	Conclusion	19
9.	Références	20
10.	Annexes	24

2. LES DÉFIS INÉDITS DU VIEILLISSEMENT DÉMOGRAPHIQUE

Le vieillissement démographique, résultant à la fois d'un allongement de l'espérance de vie, de l'arrivée à la retraite des baby-boomers et d'une baisse de la natalité, représente un défi majeur pour la société dans son ensemble. Celle-ci doit s'adapter à cette modification progressive de la structure de la population, avec d'un côté une augmentation du nombre de personnes âgées et très âgées et de l'autre une diminution progressive de la part des « actifs-ves » de la société, c'est-à-dire la population des 20 à 64 ans.

3. OBJECTIFS DU POLICY BRIEF

Ce document entend contribuer à la réflexion collective en apportant des éléments d'analyse et d'information susceptibles d'enrichir le débat sur les réponses futures aux besoins de soins et d'accompagnement de la population âgée.

Ce document se compose, d'une part, d'un état des lieux de la situation en Suisse, fondé sur une documentation scientifique nationale, et, d'autre part, de recommandations à l'attention des décideurs-euses et des acteurs-trices des domaines social et sanitaire, aux niveaux cantonal et fédéral. Elles traitent des grandes orientations jugées prioritaires dans le contexte suisse pour adapter les systèmes de soins et d'accompagnement. Ces recommandations sont le fruit d'un travail de sélection et de hiérarchisation des enjeux, fondé sur une interprétation contextualisée des cadres de référence internationaux reconnus en matière de soins de longue durée et de performance des systèmes de santé.

4. VIEILLISSEMENT DÉMOGRAPHIQUE ET BESOINS DE SOINS DE LONGUE DURÉE EN SUISSE

4.1. De plus en plus de personnes âgées et très âgées et une population active qui diminue

En Suisse, d'ici à **2055** et d'après le scénario de référence 2025 de l'Office fédéral de la statistique (OFS), la part des **65 ans et plus** dans la population **va croître** de manière importante et cette population représentera alors un quart de la population suisse. Mais c'est le groupe des **80 ans et plus qui va croître le plus rapidement** : leur nombre va plus que doubler, passant de 523'444 personnes en 2024 à 1'030'670 en 2055 (1). Ils représenteront alors près de 10% de la population (2) (Figure 1).

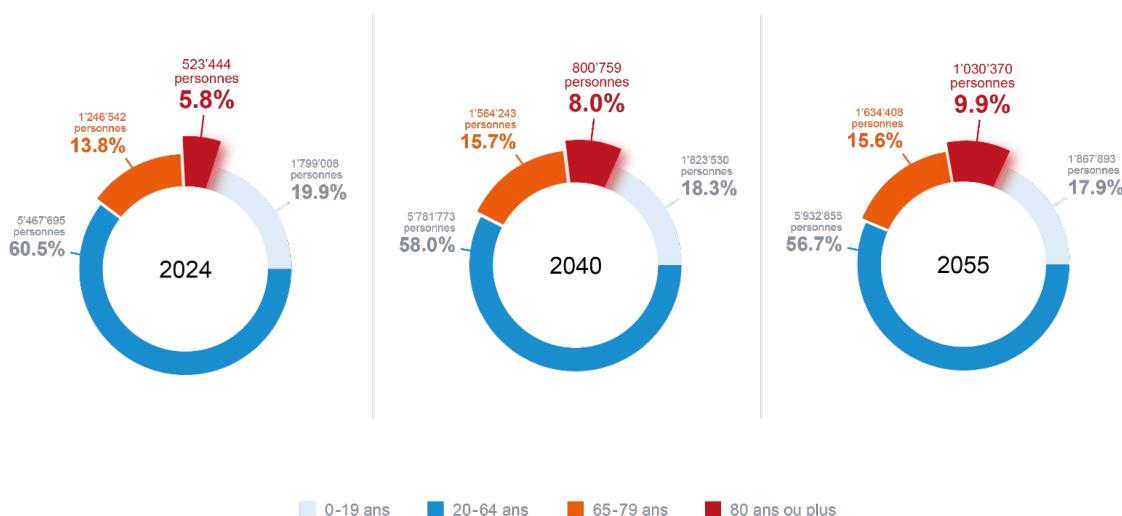


Figure 1 : Prévisions du nombre de personnes âgées en Suisse à l'horizon 2040 et 2055 et leur proportion selon le scénario de référence (A-00-2025) de l'Office fédéral de la statistique. Source des données : OFS - Scénarios de l'évolution démographique - © OFS. Disponible : [STAT-TAB - tableaux interactifs \(OFS\)](#).

Avec le vieillissement de la population, la proportion de la **population active (20 à 64 ans)** dans la société va diminuer et passer de 60.5% en 2024 à 56.7% en 2055 (1) (Figure 1).

La croissance plus importante du nombre de personnes âgées par rapport à celle des personnes en âge de travailler dans les prochaines années entraînera donc une **diminution du nombre d'«actifs-nes» par personne âgée**. Le **rapport de dépendance**, c'est-à-dire le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de 20 à 64 ans va donc fortement augmenter (Figure 2).

En d'autres termes, si l'âge de référence pour la retraite demeure inchangé, une part plus petite de la population active devra contribuer au fonctionnement global de la société (tous secteurs confondus) et assurer le financement de prestations publiques, notamment via les impôts.

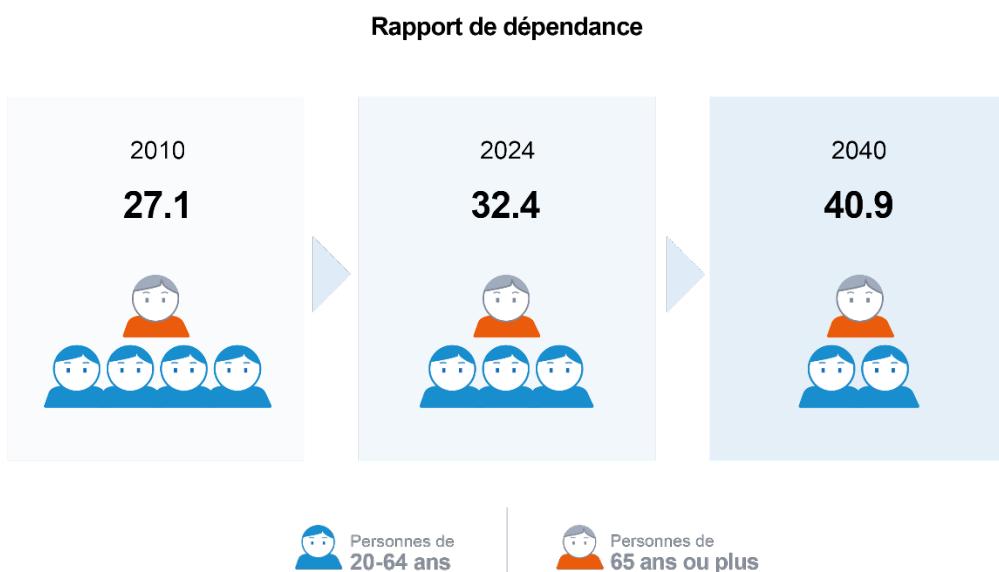


Figure 2 : Prévisions du rapport de dépendance en Suisse à l'horizon 2040 selon le scénario de référence A-00-2025 de l'Office fédéral de la statistique. Source des données : OFS - Scénarios de l'évolution démographique - © OFS. Disponible : [STAT-TAB – tableaux interactifs \(OFS\)](#).

4.2. Un vieillissement plus ou moins rapide dans les cantons

Le vieillissement de la population est différent d'un canton à l'autre : en 2020, les cantons du **Tessin**, de **Bâle-Campagne** et des **Grisons** présentaient les proportions les plus élevées de personnes âgées de 65 ans ou plus, ainsi que de 80 ans ou plus (3). Ces groupes représentaient respectivement plus de 22% et 7% de leur population (3).

Dans le futur, plusieurs cantons seront confrontés à un vieillissement particulièrement marqué de leur population d'ici 2055. Les scénarios démographiques de l'OFS prévoient entre **60% et 66% d'accroissement** de la proportion des personnes âgées de plus de 65 ans d'ici 2055 dans les cantons de **Lucerne, Saint-Gall, Argovie, Fribourg, Thurgovie et Vaud** alors que l'augmentation moyenne sera de 50% en Suisse. Au total, en 2055, les cantons de **Nidwald, Obwald, Schaffhouse, Grisons** et du **Tessin** compteront presque **un tiers de personnes âgées** de 65 ans et plus (entre 31% et 33%) alors que la moyenne nationale est estimée à 26% (4). Ces différences s'expliquent notamment par les migrations internes entre cantons, et l'immigration internationale, qui généralement rajeunit les cantons qui offrent plus d'opportunités professionnelles et de formation (5). Mais il faut toutefois aussi prendre en considération des formes d'immigration de retraité-e-s qui contribuent, elles, à « vieillir » des cantons fortement touristiques.

4.3. Des besoins d'aide et de soins en augmentation

L'avance en âge étant associée à une probabilité accrue de présenter des problèmes de santé, ce vieillissement démographique va donc s'accompagner d'une **augmentation de la prévalence des maladies chroniques et de la dépendance fonctionnelle**, définie comme le besoin d'aide pour effectuer des activités de la vie quotidienne.

En Suisse, on sait que la multimorbidité (deux maladies chroniques ou plus) touche environ 10% des adultes entre 50 et 64 ans, mais concerne près de 40% des personnes de 85 ans et plus (6).

Cette population âgée souffre aussi souvent de limitations fonctionnelles, définies comme le besoin d'aide pour effectuer des activités de la vie quotidienne, et de handicap. En 2022, parmi les personnes âgées de 85 ans et plus vivant à domicile, 37% déclaraient ne pas pouvoir accomplir sans aide au moins une des activités instrumentales de la vie quotidienne¹ et 10% indiquaient pouvoir les réaliser, mais avec de grandes difficultés (7). Même si on peut espérer une amélioration continue de l'état de santé de la population âgée (globalement par un meilleur contrôle des facteurs de risque cardio-vasculaires), les besoins d'aide et de soins vont augmenter significativement (4).

La population âgée et très âgée aura ainsi des **besoins accrus de prestations** dans les domaines suivants :

- Des **besoins d'accompagnement social** qui comprend l'encouragement de la participation sociale, la réduction de l'isolement, l'accès aux services communautaires, avec notamment le soutien dans les démarches administratives et financières, l'adaptation ou l'accès à des logements adaptés, ainsi que la protection contre la maltraitance.
- Des **besoins d'aide et de soutien dans les activités de vie quotidienne** qui recouvrent des activités, telles que l'aide au ménage ou la préparation des repas.
- Des **besoins en soins** qui incluent en particulier les soins infirmiers et médicaux, et des soins spécialisés, comme la réadaptation, ou les soins palliatifs. (Pour en savoir plus : [Besoins de soins et d'accompagnement des personnes âgées](#)).

D'après les premières projections de l'Observatoire de la santé (OBSAN 2022), **le nombre de personnes ayant besoin de soins à domicile ou institutionnels** (en établissement médico-social (EMS) en particulier) **augmentera de 56% d'ici 2040** (Figure 3), représentant alors 626'780 personnes au niveau suisse (8). (Pour en savoir plus : [Prévisions du nombre de personnes ayant besoin de soins en EMS ou à domicile](#)).

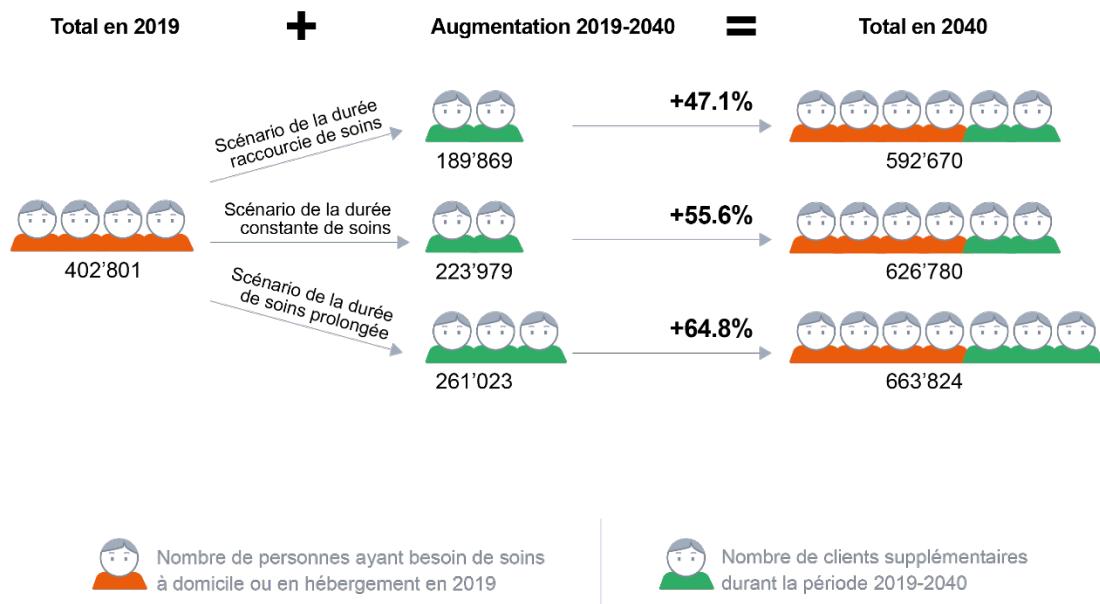


Figure 3 : Prévisions à l'horizon 2040 du nombre de personnes ayant besoin de soins à domicile ou en hébergement selon les scénarios de l'OBSAN. Légende : Les trois scénarios — durée des soins raccourcie, constante ou prolongée — supposent respectivement une légère diminution, une stabilité ou une augmentation du nombre d'années avec dépendance par rapport à l'année de référence 2019 (8). Source des données :(8).

¹ effectuer de gros ou petits travaux ménagers, faire la lessive, les courses, gérer les comptes, utiliser les transports publics, préparer les repas ou téléphoner

4.4. Des ressources humaines et financières sous tension

La réponse aux besoins de soins et d'accompagnement nécessitera une forte adaptation des systèmes sociaux et de santé et la disponibilité de ressources humaines et financières. Or, en lien avec le vieillissement de la population et la baisse de la population active, ces ressources vont également être mises sous pression.

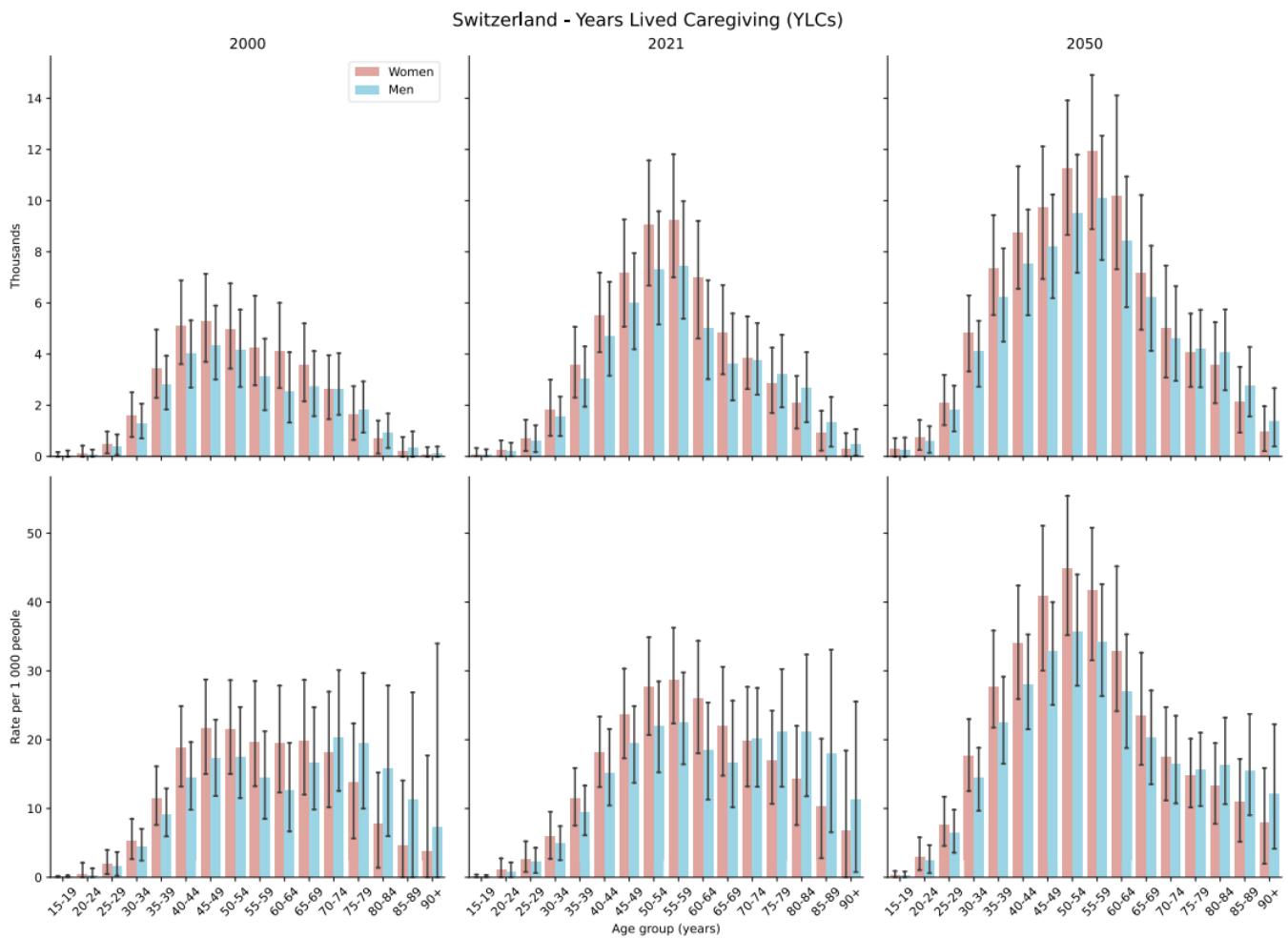
DES RESSOURCES HUMAINES SOUS PRESSION

Du fait du changement de la structure démographique et de la baisse de la population active, les **pénuries de professionnel-le-s** vont se faire sentir dans tous les domaines d'activités de la société, y compris bien sûr, dans les domaines de la santé et du social, déjà touchés par des pénuries (9, 10). L'OBSAN a récemment estimé l'importance des pénuries de professionnel-le-s à venir. On estime globalement qu'il manquera environ **un-e infirmier-ère sur trois et un personnel de soins moins qualifié sur cinq à l'horizon 2029** (10, 11). (Pour en savoir plus : [Projections concernant les besoins en professionnels formels des SLD](#)).

Les **proches aidant-e-s**, définis comme des personnes de tout âge qui soignent et assistent un membre dépendant de leur famille (12), assument aussi de nombreuses heures de soutien et d'accompagnement. (Pour en savoir plus : [Les proches aidant-e-s](#)). La figure 4 ci-dessous illustre l'ampleur du soutien apporté par les proches aidant-e-s en 2000, 2021 et 2050, sur la base d'un indicateur " Years lived caregiving " (YLC) qui tient compte de l'intensité de la prise en charge (niveau de dépendance de la personne aidée et de la répartition de la charge entre ses proches aidant-e-s, notamment).

Globalement, la charge sur les proches aidant-e-s augmentera significativement au cours des trois prochaines décennies (la hausse sera de près de 50% de 2020 à 2050) (13). Ce sera particulièrement le cas chez les personnes de 50 à 60 ans, dont les parents abordent la dernière étape de leur vie et chez les femmes, même si l'écart entre hommes et femmes tend à diminuer (13). Un tel engagement peut apporter **beaucoup de satisfaction** pour les proches aidant-e-s, **mais aussi avoir des répercussions négatives sur la santé physique** (risque d'épuisement) **et psychique** (troubles anxieux et dépressifs, troubles du sommeil notamment) du proche et peut exposer la personne aidée à un risque de maltraitance (14). En effet, la proximité émotionnelle, la charge psychique et l'épuisement peuvent favoriser des comportements abusifs, en particulier de type psychologique (15-17).

Deux groupes de proches aidant-e-s peuvent être distingués : les proches aidant-e-s « retraité-e-s », et les plus « jeunes », encore engagés-es dans le marché du travail. Si la mobilisation des proches aidant-e-s peut représenter une réponse partielle et légitime aux défis posés par le vieillissement de la population et aux préférences des personnes âgées, elle soulève néanmoins une tension importante. En effet, lorsque ce soutien repose sur des actifs-ives qui se détournent partiellement du marché du travail, cela revient à combler un déficit — celui des besoins en soins — en en creusant un autre : celui de la participation au marché du travail des personnes d'âge moyen (50–64 ans), tranche d'âge dans laquelle l'aide informelle est la plus fréquente (Figure 4). Or, de nombreuses études montrent que le fait d'assumer ce rôle a des effets négatifs durables sur la trajectoire professionnelle et les revenus des proches aidant-e-s (18-20).



DES FINANCES PUBLIQUES ET UN SYSTÈME D'ASSURANCE-MALADIE SOUS PRESSION

Les **finances publiques vont également être mises fortement sous tension** ces prochaines années. Les cantons et la Confédération vont être mis au défi d'une augmentation des charges d'un côté, notamment liés aux domaines de la santé et du social (AVS, prestations complémentaires, financements des soins) et d'une diminution des revenus de l'autre. Le Département fédéral des Finances a publié récemment un rapport « Perspectives à long terme des finances publiques en Suisse, 2024 » dans lequel une modélisation des impacts sur les finances publiques des cantons et de la Confédération du changement de structure de la population est détaillée (21). Sans réformes, le taux d'endettement brut de la Suisse pourrait ainsi passer de 27% du produit intérieur brut (PIB) à l'heure actuelle à 48% du PIB en 2060 (21). Les capacités financières des cantons et de la Confédération vont donc se réduire.

Le **financement des soins**, via le système d'assurance-maladie obligatoire, va également être mis sous pression, le système devant couvrir une part importante de la croissance de ces prestations de soins. Les coûts de la santé globalement vont continuer de croître et se répercuteront inévitablement sur les primes d'assurances. Sans réformes du système de financement, la charge qui pèsera sur les payeurs-euses de primes sera de plus en plus importante, malgré les mécanismes de subsides.

Enfin, rappelons qu'il existera aussi une **importante hétérogénéité entre les cantons**, du fait de vitesses de vieillissement différentes. Les cantons les plus « âgés » auront donc à la fois moins de ressources et plus de charges, ce qui créera rapidement des inéquités importantes entre les cantons et questionnera inévitablement la péréquation financière.

4.5. En synthèse : le vieillissement de la population pose un défi majeur à la société et aux collectivités publiques

La réponse aux besoins de soins et d'accompagnement de la population âgée ces prochaines décennies représente donc un défi inédit qui va bien au-delà d'une simple adaptation des politiques publiques existantes. La Suisse va ainsi devoir s'adapter et être créative pour trouver des solutions qui puissent répondre au très haut niveau d'exigence de la société en matière de bien-être et de niveau économique.

De nombreux aspects de la vie publique devront être discutés et adaptés, comme l'urbanisation, les transports, l'organisation des services publics, la digitalisation, et bien entendu les politiques sociales et de santé. D'autres pays sont déjà largement entrés dans ce phénomène de transition démographique et font preuve d'adaptation. (Un exemple : [Le Japon](#)).

5. DÉFINITION ET CADRE DE RÉFÉRENCE DES SOINS DE LONGUE DURÉE

Dans les politiques de santé, les prestations permettant de répondre aux besoins de soins et d'accompagnement sont en général regroupées sous le terme de « **soins de longue durée** » (SLD).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les soins de longue durée comme les activités visant à « garantir que les personnes présentant ou risquant de présenter une perte importante et durable de leur capacité intrinsèque puissent maintenir un niveau de capacité fonctionnelle conforme à leurs droits fondamentaux, leurs libertés fondamentales et leur dignité humaine » (17, 22).

Les SLD comprennent donc un **large éventail d'activités et de services visant à répondre aux besoins des individus en matière de santé, de soins personnels et de vie sociale**. En développant un cadre favorable au bien vieillir, en soutenant les personnes âgées (par des soins spécifiques ou une aide pour accomplir des tâches), ces soins et prestations contribuent à préserver les **droits fondamentaux, la dignité et l'identité** des personnes (22, 23).

Ces soins représentent une partie importante des systèmes de santé et ils couvrent des prestations aux interfaces entre les domaines sanitaire et social.

Les SLD mobilisent de **nombreux acteurs-trices** qui se répartissent en deux groupes principaux (Figure 5) :

- 1) les **aidant-e-s informel-le-s** comprenant les **proches aidant-e-s** et les **bénévoles** ; les personnes âgées elles-mêmes peuvent être à la fois bénéficiaires de SLD et fournisseuses de soutien ou de soins, notamment auprès de membres de leur famille ou dans le cadre de bénévolat (23).
- 2) les **professionnel-le-s des domaines de la santé et du social**, incluant les personnes fournissant de l'aide et des soins à domicile ou dans des établissements médico-sociaux (EMS), les travailleurs-euses sociaux-les et les professionnel-le-s de santé (23).

Cette diversité d'acteurs-trices permet de répondre aux multiples besoins des personnes âgées, quel que soit leur lieu de vie, qu'il s'agisse de leur domicile, d'appartements protégés ou de lieux de vie institutionnels (EMS).



Figure 5 : Les acteurs-trices des soins de longue durée. Adaptation française de la figure de la référence (23).

Récemment, l'OMS Europe a publié un **référentiel à l'intention des décideurs-euses politiques** (24). Ce cadre a pour objectif d'accompagner le développement des SLD, en favorisant une approche collaborative et de dialogue avec la société civile (24).

Il propose une approche analytique sur 5 domaines : 1) les besoins de la population ; 2) les ressources mobilisées, humaines, financières, matérielles, technologiques ; 3) les services ; 4) les résultats ; 5) les effets à long terme sur le bien-être individuel et collectif, la cohésion sociale, et la durabilité du système. (Pour en savoir plus : [Cadre sur les SLD de l'OMS Europe](#)). Cette approche proposée par l'OMS vise à **dépasser les cloisonnements des acteurs-trices, notamment entre santé et social et à dépasser une vision purement médicale des besoins des personnes âgées** (23-25).

6. LES SOINS DE LONGUE DURÉE EN SUISSE : OÙ EN SOMMES-NOUS ?

La Suisse ne dispose pas d'une définition large ni d'un cadre général sur les SLD. Au niveau fédéral, les SLD ne sont en général définis que dans le périmètre de la Loi sur l'assurance-maladie (LAMal), et ne concerne donc que les soins en hébergement (EMS) et les soins à domicile. Néanmoins, **la Suisse dispose de nombreuses offres de prestations** dans les domaines sociaux, médico-sociaux et de soins (Figure 6) et plusieurs cantons et/ou communes disposent d'une politique « vieillesse » plus ou moins étendue.

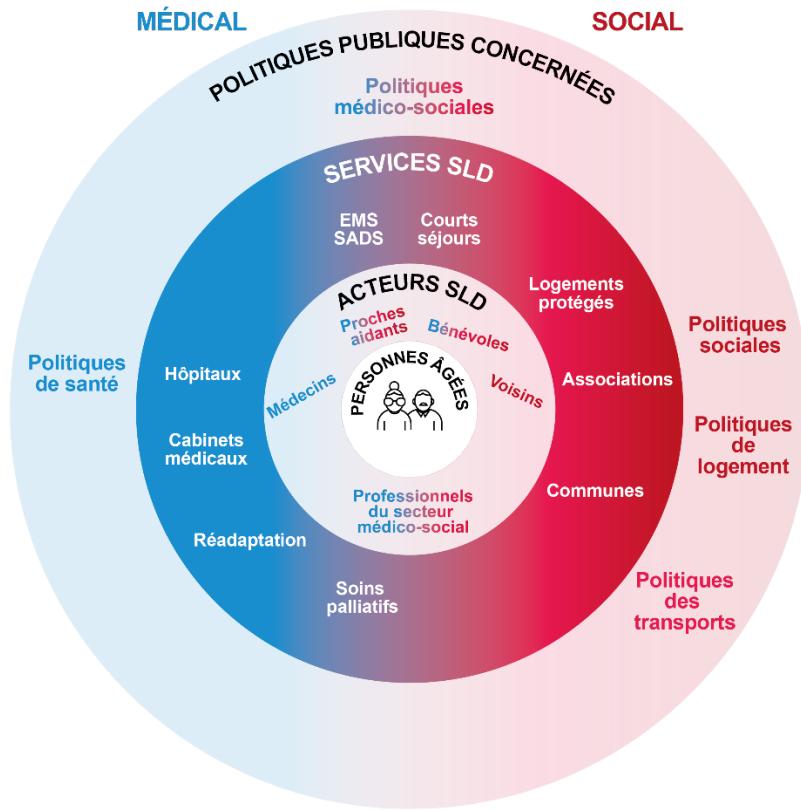


Figure 6 : Soins de longue durée en Suisse : acteurs-trices, services et politiques publiques concernés.

6.1. Cadre légal encadrant le domaine des SLD

La Suisse dispose d'un **cadre légal constitutionnel** qui reconnaît clairement l'obligation de la Confédération et des cantons de répondre aux besoins de la population, en particulier des âgés (26). On peut citer en particulier les mentions suivantes dans la Constitution : Article 7 (Dignité humaine) ; Article 41 (Buts sociaux, en particulier : « *La Confédération et les cantons s'engagent, en complément de la responsabilité individuelle et de l'initiative privée, à ce que: a. toute personne bénéficie de la sécurité sociale; b. toute personne bénéficie des soins nécessaires à sa santé* ») ; Article 111 et 112 (Prévoyance et assurance vieillesse, survivants et invalidité ; Prestations complémentaires; Aides aux personnes âgées et aux personnes handicapées) ; Article 117 (Assurance-maladie) (26).

Dans le droit fédéral, on distingue donc l'aide directe à la personne et le financement de prestations.

- L'aide à la personne passe par un **régime d'assurances sociales** avec notamment l'AVS et les prestations complémentaires (PC).
- Le **financement de prestations de soins qui passent par l'assurance-maladie (LAMal)**, et par des financements de prestations liés à des politiques publiques cantonales.

À noter que la LAMal a une vision restrictive des SLD et elle les définit comme les soins médicaux ou infirmiers prodigués dans le cadre des soins à domicile et d'hébergement (EMS court et long séjour) (LAMal art 25 a et OPAS qui détaillent les prestataires habilités à fournir les soins remboursables par l'assurance obligatoire des soins).

Cette définition restreinte exclut explicitement les prestations hôtelières (hébergement) ainsi que l'accompagnement non-médical, qui doivent être pris en charge par les bénéficiaires eux-mêmes (qui bénéficient souvent d'aides) ou par les collectivités publiques.

La Suisse ne dispose donc pas d'un cadre plus général qui permettrait d'appréhender plus globalement les SLD.

6.2. Responsabilités de mise en œuvre des SLD

La **mise en œuvre des régimes sociaux incombe aux cantons** qui délèguent plus ou moins ces compétences aux **communes**. Les cantons ont ainsi à la fois des **tâches d'exécution du droit fédéral** en ce qui concerne les aides à la personne et dans le domaine LAMal (planification et organisation, notamment) et des **responsabilités plus générales de réponse aux besoins de leur population**. En ce sens, les cantons peuvent faire des choix différents de politiques publiques en faveur des SLD (Figure 7).

La mise en œuvre de ces cadres réglementaires est en général réalisée par des **administrations distinctes** avec des approches différentes, notamment entre les domaines sociaux et de santé, et cette séparation contribue au cloisonnement des activités sur le terrain.

Pour en savoir plus sur la répartition des compétences cantons et Confédération : [Répartition des compétences entre Confédération et cantons dans les domaine des SLD](#) et [Tableau issu de « Démocratie sanitaire : un enjeu national ou cantonal en Suisse »](#) (27).

Pour en savoir plus sur le financement des SLD : [Modalités de financement des soins en EMS et à domicile](#).

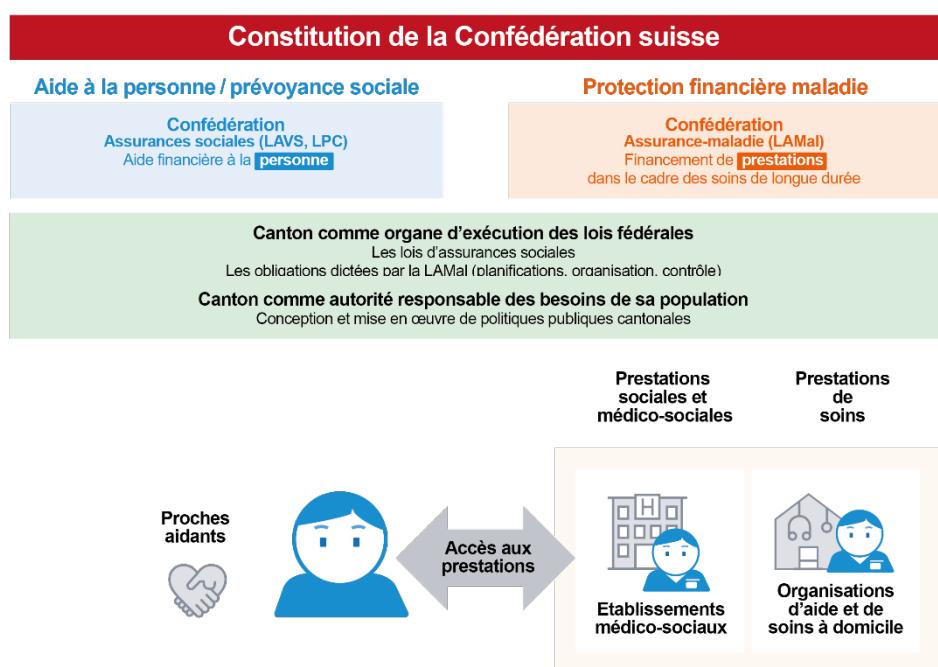


Figure 7 : Synthèse des responsabilités de mise en œuvre des SLD.

6.3. Prestations et domaines d'intervention

En termes d'offres, il existe en Suisse un **large éventail de prestations et d'activités**, financées par différentes politiques publiques (cantonales ou communales) et par des acteurs-trices de la société civile (ONG, associations), qui toutes ensemble, contribuent au soutien des personnes âgées. On peut noter en particulier :

- Des politiques de construction/subventions de logements adaptés ou protégés ou d'urbanisation favorable aux aînés (Villes amies des aînés, par exemple [Altersfreundlich.net](#))
- Des politiques de soutien aux proches aidant-e-s (e.g. [Soutiens et prestations pour les proches aidant-e-s | État de Fribourg](#) ; [Proches aidants | Pro Senectute](#))
- Des politiques de cohésion sociale (e.g. [Projet «Réseau Caring Communities» | Promotion Santé Suisse](#))

- Des politiques médico-sociales, avec le développement de structures d'accueil de jour ou de nuit et des structures de courts-séjours
- Des politiques de santé, avec des prestations de soins à domicile, des équipes mobiles de gériatrie, psycho-gériatrie, de réponse à l'urgence ou de soins palliatifs, par exemple.
- De nombreuses associations d'aide aux personnes ([Pro Senectute Suisse](#), la Croix-Rouge suisse, associations de patient-e-s telles qu'[Alzheimer Suisse](#), associations de bénévoles ou de soutien aux proches aidant-e-s, par exemple).

On observe ainsi une très **grande diversité d'offre**, mais, du fait de notre organisation fédéraliste, toute la population suisse n'a pas forcément accès à l'entièreté de ces développements. L'exemple le plus parlant concerne l'accès à des prestations de soins à domicile. Le graphique suivant illustre cette **hétérogénéité entre cantons** (Figure 8).

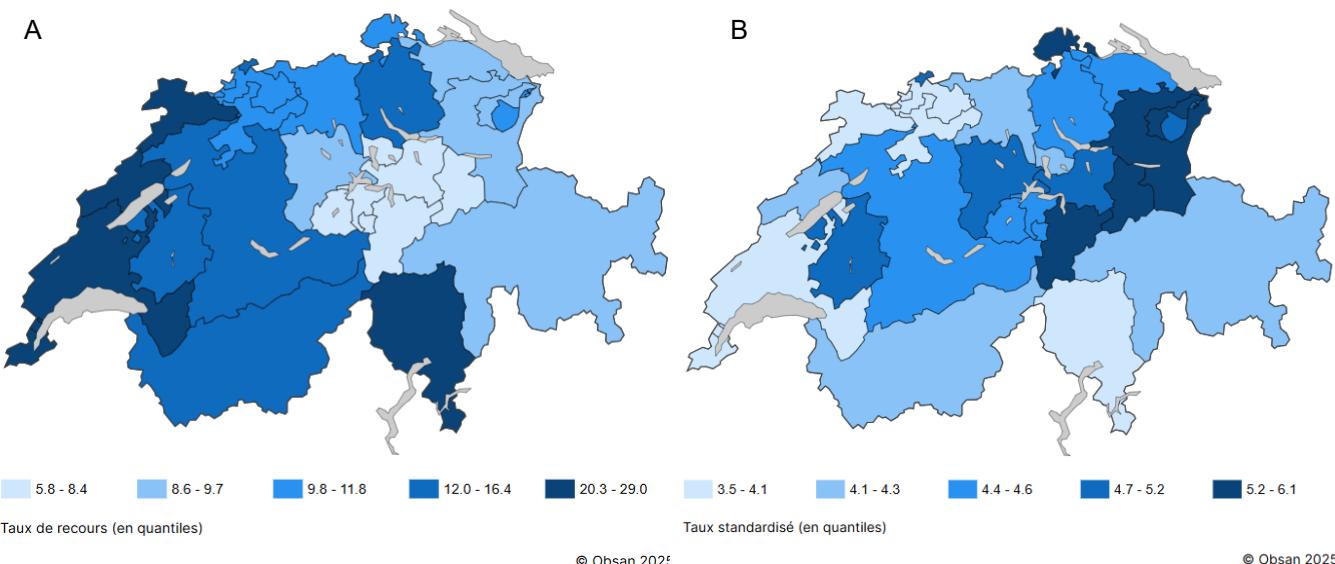


Figure 8 : A) Recours aux soins à domicile. B) Taux standardisé (selon l'âge et le sexe) de recours aux EMS. Sources de la figure : A) [Recours aux soins à domicile | Obsan](#) ; B) [Taux de recours aux EMS et maisons pour personnes âgées | Obsan](#).

Si les cantons latins ont été pionniers dans le développement des soins à domicile et de structures de soutien au maintien à domicile, d'autres cantons sont plutôt restés orientés sur l'accueil en long séjour/EMS. Ainsi, le nombre d'heures de soins à domicile par client-te est supérieur dans les cantons latins par rapport à la moyenne nationale tandis que le taux de recours à l'EMS y est plus faible, avec un profil de personnes en EMS plus âgées et avec des besoins de soins plus élevés qu'ailleurs en Suisse (28).

6.4. Acteurs-trices impliqué-e-s dans les SLD

La Suisse dispose aussi d'une **très grande diversité de professionnel-le-s dans les domaines de la santé et du social**, ainsi qu'un très bon niveau de formation. (Pour en savoir plus : [Principaux métiers de SLD avec titres professionnels](#)). La Confédération et les cantons partagent des responsabilités de formation des professionnel-le-s. La Confédération et les Organisations du monde du travail pour la formation professionnelle (OrTra) garantissent les cadres et exigences de formation et selon les niveaux, la Confédération, les cantons et les entreprises formatrices financent la formation (29).

Globalement, il n'existe pas de planification fédérale concernant l'anticipation des besoins de formation permettant de répondre aux besoins futurs de professionnel-le-s. Ainsi, même si des efforts sont réalisés pour coordonner les efforts de formation, il n'y a pas de garantie que la Suisse aura la capacité de former un nombre suffisant de professionnel-le-s. En outre, la Suisse importe une partie importante de ses professionnel-le-s et elle reste très dépendante de l'étranger concernant ses professionnel-le-s de santé (30).

Concernant les **proches aidant-e-s**, la Confédération ne fournit pas directement de prestations d'aide aux proches aidant-e-s, mais elle appuie les organisations engagées dans ce domaine (12). Les prestations de soutien sont très différentes d'un canton à l'autre. En Suisse, on considère que les prestations des proches aidant-e-s sont valorisées à environ 3.7 milliards de francs par an en Suisse (31). L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a édicté des recommandations pour améliorer la santé des proches aidant-e-s, et un programme d'offres visant à les décharger se développe depuis plusieurs années (32).

Les **civilistes** (service civil) sont également parfois impliqué-e-s dans le domaine des SLD (33). En 2023, environ 1,2 million de jours de service civil ont été effectués dans des institutions socio-sanitaires en Suisse (34). Enfin, le **bénévolat** est également très largement répandu.

6.5. En synthèse : une fragmentation entre niveaux décisionnels et entre politiques publiques

La Suisse, à l'instar des autres pays occidentaux, est donc au défi de pouvoir répondre aux besoins croissants de soins et d'accompagnement des personnes âgées et très âgées.

Mais il **n'existe pas en Suisse de stratégie globale** permettant d'appréhender, au sens large, les SLD, tels que décrits dans le modèle de l'OMS Europe, ni au niveau fédéral ni au niveau cantonal. On observe aussi une **importante fragmentation entre politiques sociales et de santé**, régies par des régimes d'assurances sociales très différents, ainsi **qu'entre les différents niveaux, fédéral, cantonal et communal**. Les SLD sont ainsi compris davantage en termes de soutien financier à la personne ou de financement de prestations qu'en termes de stratégie d'intégration de plusieurs politiques publiques. En général, le terme « soins de longue durée » désigne ainsi principalement des prestations médicales et de soins dispensées par les EMS et les services d'aide et de soins à domicile (SASD) (35).

Bien que des renforts de prestations de soins et d'accompagnement puissent encore être envisagés (Pour approfondir : [Quelques pistes pour le renfort de l'offre en prestations médicales et spécialisées](#) et [Quelques pistes pour le renfort des prestations de soutien aux personnes âgées](#)) il s'agit moins d'étendre encore les différentes offres que de permettre un déploiement coordonné et cohérent de toutes ces prestations.

7. DÉVELOPPER LES SOINS DE LONGUE DURÉE POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT DE LA POPULATION ÂGÉE : UN DÉFI SANS PRÉCÉDENT QUI NÉCESSITERA DES ADAPTATIONS SUBSTANTIELLES ET UN ARBITRAGE DES PRIORITÉS

Le défi du vieillissement de la population est tel qu'une simple adaptation à la marge de nos systèmes de soins et d'accompagnement ne sera pas suffisante. Face à l'ampleur des défis à venir et à leurs impacts sociétaux, les approches fragmentées et cloisonnées se révéleront très probablement insuffisantes pour répondre à l'augmentation rapide des besoins. Il apparaît donc essentiel de nourrir une réflexion plus large, notamment au niveau des cantons, dans le but de **développer une stratégie globale et transparente** des SLD et de **renforcer la capacité de réponse aux besoins**. Le secteur des SLD a été largement sous-investi en comparaison avec les développements spectaculaires et techniques des systèmes de soins et c'est un secteur qui souffre d'une image moins prestigieuse. Renforcer ce secteur impliquera donc forcément une forme de revalorisation de ses activités et des acteurs-trices impliqué-e-s (proches aidant-e-s, bénévoles et professionnel-le-s).

Le défi du vieillissement démographique nécessitera des **arbitrages** parfois complexes, afin de répondre au mieux aux besoins croissants de la population. Ces décisions ne pourront être prises uniquement par les administrations publiques : elles devront être portées par de véritables débats citoyens et s'appuyer sur des choix éclairés de société. Il s'agira de garantir que les soins et prestations de longue durée continuent de préserver les **droits fondamentaux**, la **dignité** et la **identité** des personnes, malgré les contraintes évoquées précédemment. Pour cela, il est essentiel

d'instaurer un **dialogue** permanent avec la population, afin de renforcer la **confiance** dans les institutions et d'accompagner les évolutions à venir de manière **transparente** et **partagée** (36). (Un exemple : [Un exemple de démarche participative en Suisse](#)).

En s'appuyant sur les modèles reconnus d'évaluation de la performance des systèmes de santé et sur les cadres théoriques relatifs aux soins de longue durée (17, 23, 37-39), les domaines suivants paraissent prioritaires pour orienter les réflexions visant à renforcer la capacité du système à répondre aux défis posés par le vieillissement démographique (Figure 9).

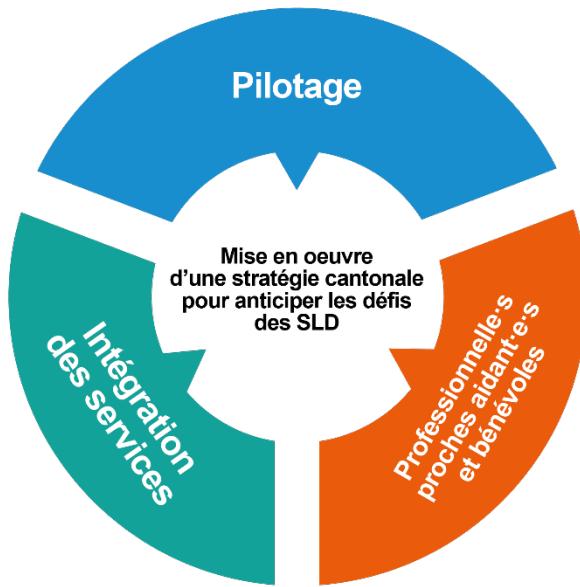


Figure 9 : Principales recommandations pour anticiper les défis des SLD.

- **Gouvernance** : Élaboration de stratégies intersectorielles, planification des ressources et mise en place de systèmes de suivi et d'évaluation. Face aux enjeux croissants et à la nécessité de prioriser l'usage des ressources publiques, il est essentiel de mettre en place des processus décisionnels inclusifs, permettant la participation effective de la population et notamment des populations concernées (patient-e-s, personnes âgées, proches aidant-e-s et professionnel-le-s).
- **Formation des professionnel·le·s** : Assurer la disponibilité, à long terme, de personnels qualifiés.
- **Financement** : Garantir la soutenabilité financière des soins et de l'accompagnement de longue durée, tant pour les individus que pour les collectivités.
- **Organisation des services et accès** : Mise en œuvre de services accessibles et efficents, centrés sur la personne et coordonnés entre les domaines des soins et du social.

À partir de ce cadre de lecture, voici les principales recommandations qui peuvent faire l'objet de discussions et stimuler la réflexion en vue de la mise en œuvre d'une véritable stratégie **au niveau des cantons** (Figure 9).

En raison de l'hétérogénéité des cantons – tant dans l'organisation des soins de longue durée que dans les ressources disponibles et les contextes socioculturels – il revient bien entendu à chaque canton d'identifier les mesures les plus pertinentes pour son territoire.

8. RECOMMANDATIONS POUR LES DÉCIDEURS-EUSES ET LES ACTEURS-TRICES DES DOMAINES SANITAIRE ET SOCIAL EN VUE DE L'ÉTABLISSEMENT D'UN CADRE STRATÉGIQUE POUR LES SOINS DE LONGUE DURÉE

8.1. RECOMMANDATION 1 : Mettre en place un pilotage intersectoriel des SLD

Dans le contexte de prestations de SLD diversifiées, mais fragmentées, un mécanisme de coordination est indispensable pour garantir l'adaptation du système aux défis qui l'attendent (40). Une coordination renforcée et une meilleure intégration entre les différents acteurs-trices et/ou institutions permettraient de **passer d'une simple coexistence de prestations à un véritable continuum de prestations cohérent et performant**. Cette coordination est complexe, car elle implique différents niveaux : entre les politiques cantonales et communales, entre plusieurs secteurs et acteurs-trices formel-le-s et informel-le-s, publics et privés (40, 41) (Un exemple : [La gouvernance du système de soins de longue durée au Danemark](#)).

1. Recenser les activités et prestations dans le domaine des SLD

Avec les différents acteurs-trices du domaine, l'État cantonal avec la participation des communes, peut recenser les différentes activités/prestations dans le domaine des SLD. On peut nommer en particulier les domaines suivants : l'adaptation de l'habitat/le développement de logements adaptés/protégés ; les prestations sociales ; les soutiens aux proches aidant-e-s ; l'aide et les soins à domicile ; l'hébergement de courte et longue durée ; les dispositifs de soins médicaux communautaires (y compris d'urgence) et hospitaliers (réadaptation et soins palliatifs) ; la formation des professionnel-le-s de la santé et du social ; les activités bénévoles de soutien.

2. Piloter de manière coordonnée et intersectorielle

Une fois ces activités et prestations recensées, une coordination et une articulation peuvent être envisagées.

Un pilotage intersectoriel peut être mis en place afin de garantir une vision globale des besoins et actions dans le domaine des SLD. L'État cantonal, les communes, les principaux acteurs-trices des SLD et les associations concernées et représentantes des patient-e-s devraient être parties prenantes du pilotage afin de garantir une dimension participative forte, garante d'une confiance entre les institutions, les acteurs-trices et la population.

Une telle organisation permet d'une part d'identifier les champs en manque de prestations, tout comme les prestations possiblement redondantes. Ce pilotage permet également l'instauration d'une dynamique d'amélioration continue des activités dans ce domaine, notamment s'il est réalisé avec la participation régulière des usagers et personnes concernées.

3. Monitorer l'évolution des besoins et des capacités de réponse

Il est important de disposer d'un monitorage de l'évolution des besoins d'un côté et des capacités de réponse de l'autre à l'aide de quelques indicateurs, afin de favoriser une adaptation permanente de la stratégie de SLD. Les acteurs-trices dans le pilotage pourraient développer des indicateurs adaptés à la réalité locale et aux indicateurs déjà existants. (Pour en savoir plus : [Domaines à évaluer pour le suivi et le renforcement des systèmes de SLD selon le cadre «state of long term care toolkit» de l'OMS Europe](#) et [Quelques pistes pour mettre en place un système d'information permettant d'évaluer les SLD](#)).

8.2. RECOMMANDATION 2 : Favoriser l'intégration des services et la flexibilité des missions des acteurs-trices des SLD

Les différentes prestations de SLD sont en général pensées et planifiées en silo. Chaque secteur imagine donc l'avenir à partir de sa propre organisation et ses propres besoins. Or, dans un contexte de pénuries de professionnel-le-s, il est clair qu'il manquera de nombreux professionnel-le-s pour faire fonctionner ces services. Les différentes

prestations et services doivent ainsi au contraire être pensés dans un continuum, être plus flexibles et mieux coordonnés, dans une optique d'utilisation efficiente des ressources humaines. Il s'agira donc de planifier les offres de SLD en faisant des arbitrages sur l'allocation des ressources humaines et financières.

ÉVOLUER VERS DES MODÈLES INTÉGRÉS TERRITORIAUX DE SLD

Les États cantonaux pourraient favoriser l'émergence de dispositifs de SLD intégrés, notamment territoriaux, qui pourraient comprendre, autour des missions d'hébergement classiques, un large éventail de prestations, telles que soins à domicile, prestations sociales, court séjour, long séjour et soins de transition.

Cela permettrait de délivrer des prestations de manière beaucoup plus coordonnée et intégrée et faciliterait une utilisation efficiente des ressources humaines. Les établissements d'hébergement sont des acteurs-trices locaux-ales importants-es qui devraient prendre de plus en plus d'importance dans les quartiers ou communes. (Un exemple : [Le modèle d'habitat et de soins 2030 CURAVIVA](#)).

FLEXIBILISER LES MISSIONS DES INSTITUTIONS D'HÉBERGEMENT ET AMÉLIORER L'ACCÈS AUX PRESTATIONS SPÉCIALISÉES

Les institutions d'hébergement sont en général régies par des cadres légaux cantonaux qui définissent leurs missions et leurs conditions d'exploitation. Bien que ces institutions puissent théoriquement remplir plusieurs missions — telles que l'hébergement de courte ou de longue durée ou pour des profils de clientèle définis (e.g. psycho-gériatrie) — elles restent souvent organisées autour de parcours rigides. Or, par définition, les besoins des résident-e-s d'EMS évoluent au cours du temps et ceux-ci peuvent changer plusieurs fois lors d'un long-séjour (soins de réadaptation, soins palliatifs ou santé mentale, par exemple). Ainsi, lorsqu'un-e résident-e est admis-e, il devient difficile de réorienter sa prise en charge vers une autre institution, même si ses besoins évoluent. Cette faible flexibilité institutionnelle constitue un frein à une réponse adaptée et continue aux trajectoires complexes des personnes âgées.

Afin d'avoir toujours une bonne prise en charge du-de la patient-e à tout moment et pour couvrir l'évolution de ces besoins, les institutions d'hébergement devraient avoir la capacité de prodiguer des soins généraux dans les domaines de la gériatrie, de la psycho-gériatrie, des soins palliatifs et de réhabilitation. Il s'agit en effet de déplacer le moins possible le patient vers le bon dispositif et d'inverser cette tendance en s'adaptant autant que possible à ses besoins. De ce fait, dans l'esprit du continuum des SLD, les missions des établissements devraient être plus larges et flexibles pour pouvoir prendre en charge l'hétérogénéité des besoins des personnes.

PENSER DES MODALITÉS DE FINANCEMENT INNOVANTES SOUTENANT L'INTÉGRATION DES SERVICES

Les besoins financiers vont être majeurs et il s'agira d'anticiper les modalités de financement de ce secteur. À ce jour, les modalités de financements sont encore fortement dictées par les cadres réglementaires de la LAMal (pour en savoir plus : [Modalités de financement des soins en EMS et à domicile](#)).

Toutefois une marge d'exécution existe pour les cantons. Avec la mise en place d'une stratégie globale des SLD, l'État cantonal peut établir ses priorités, chercher à briser les silos des financements pour fournir de nouveaux cadres de régulation favorables à l'intégration et la flexibilisation des prestations. Des mécanismes de forfaits ou de budget global peuvent être imaginés afin de sortir de la seule idée du financement à la prestation.

8.3. RECOMMANDATION 3 : Soutenir les proches aidant-e-s et anticiper les besoins en professionnel-le-s des SLD

La charge qui sera portée par les proches aidant-e-s sera de plus en plus importante et les besoins en professionnel-le-s des domaines de la santé et du social vont croître fortement. Si les États cantonaux sont déjà mobilisés pour augmenter l'attractivité et la formation de certains professionnel-le-s (notamment en lien avec l'initiative « Pour des soins infirmiers forts »), les réflexions sont souvent très sectorielles et par corps de métiers.

SOUTENIR LES PROCHES AIDANT-E-S MAIS NE PAS COMPTER QUE SUR EUX

Si les proches aidant-e-s fournissent un nombre très important de prestations, il faut aussi être prudent sur la charge qui pèse sur eux. Le soutien à ces proches aidant-e-s doit ainsi être renforcé afin d'éviter notamment des

répercussions négatives sur leur santé physique et psychique, d'autant plus que les soins formels et informels sont complémentaires : en effet, une augmentation des soins formels ne diminue pas forcément l'aide des proches, et peut même révéler une demande de soins encore insatisfaite. Il est donc crucial de les accompagner pour préserver leur santé et leur bien-être.

Les interventions visant à soutenir les proches aidant-e-s peuvent être regroupées en trois catégories (42) : 1) les mesures de compensation financière (allocations, réductions sur les primes d'assurance ou les impôts) (43) ; 2) les mesures de support visant à aider les proches dans leur rôle (acquisition de compétences de base en matière de soins, informations et conseils, les offres de répit comme l'accueil de jour/nuit et les court-séjours) (23, 25, 43) ; 3) la conciliation avec le monde professionnel (travail flexible, période de congés payés par exemple) (42).

Toutefois, il ne faudra pas chercher à compenser, avec ce soutien, la pénurie croissante de professionnel-le-s. Au niveau sociétal, un recours trop important aux aidant-e-s informel-le-s non rémunéré-e-s peut aussi entraîner des répercussions négatives sur le marché du travail et contribuer aux inégalités sociales et de genre (41). Ils-Elles doivent donc être soutenus, mais ne devront pas compenser les manques de prestations. Par ailleurs, l'identification des proches aidant-e-s nécessitant-e-s du soutien fait partie de la prise en charge des personnes âgées : prévenir leur épuisement est crucial pour préserver leur santé ainsi que celle des personnes dont ils s'occupent (23).

ANTICIPER LA PÉNURIE DE PROFESSIONNEL-LE-S MAIS PENSER LA FLEXIBILITÉ ET L'ATTRACTIVITÉ

Les besoins en professionnel-le-s doivent être identifiés, par domaines d'activité et par niveau de formation. Toutefois, il paraît illusoire d'imaginer pouvoir combler chacune de ces formations, au vu de la concurrence importante qu'il y aura sur les places de formation, tant dans les domaines santé-social que dans les autres secteurs de la société. Il s'agit donc d'aller vers davantage de flexibilité dans la délivrance des prestations : aujourd'hui, certaines prestations sont « attribuées » à certains professionnel-le-s et il existe relativement peu de flexibilité dans l'accomplissement des tâches. De plus, les institutions ont tendance à optimiser « l'usage » des professionnel-le-s les plus formé-e-s en fonction des possibilités de facturation. Ainsi, autour d'un-e même patient-e et au même moment, plusieurs professionnel-le-s peuvent être impliqués.

Si on peut comprendre les bénéfices en termes d'efficience financière, ce type de modèle peut en revanche être très consommateur de ressources humaines. Les besoins futurs pourraient donc être imaginés, au sein des institutions, en tenant compte de changements de pratiques favorisant plus de flexibilité. Ce type de réflexion permet également de redonner aux professionnel-le-s davantage de marge de manœuvre pour penser les organisations et ses en charge, pouvant potentiellement contribuer à redonner du sens aux activités.

PROMOUVOIR LE CHAMP SPÉCIFIQUE DES SLD, FORMER ET FIDÉLISER

Aujourd'hui, les formations sont pensées en termes de compétences à acquérir, mais peu en fonction des domaines d'activité. Le secteur des SLD gagnerait à promouvoir globalement ses propres métiers et activités avec notamment des campagnes de promotion spécifiques et une forte augmentation des capacités de formation (formateurs-trices, places de stages) (Un exemple : [La nouvelle campagne de soutien aux soins de longue durée « Faire une carrière empreinte d'humanité »](#)).

Il est ainsi essentiel de soutenir les capacités de formations des institutions par des indemnisations et un soutien pour l'organisation et la coordination de ces formations pratiques au sein des établissements.

INTÉGRER LES BÉNÉVOLES

Le bénévolat représente un potentiel important pour le secteur des SLD, notamment en lien avec l'arrivée à la retraite de nombreuses personnes qui pourront encore avoir envie de s'engager. Les bénévoles ont la capacité de fournir de nombreuses prestations d'aides, notamment en termes de présence et d'accompagnement. Il s'agit donc de favoriser l'intégration de ces ressources précieuses dans le cadre des activités institutionnelles, plutôt que de les penser à la marge, afin de maximiser leur efficacité et impact (33, 44) (Un exemple : [Intégration « règlementé » des bénévoles dans un EMS](#)). Un encadrement et une structuration du bénévolat — par exemple en définissant un quota d'heures à réaliser dans des domaines spécifiques — pourraient s'avérer plus efficaces qu'une contribution ponctuelle et non intégrée des bénévoles.

Au-delà du strict bénévolat, différentes modalités de reconnaissance sont possibles, sous forme de prestations financières ou en nature (Un exemple : [Reconnaissance du travail bénévole sous forme de crédit](#)). Il est toutefois important de réfléchir à la manière dont ces contributions s'articuleraient avec les professions du secteur, afin de ne pas générer de pression sur les salaires et la reconnaissance des métiers, si des activités professionnelles étaient systématiquement remplacées par du travail non rémunéré ou faiblement rémunéré. Selon la nature de l'activité, différentes approches pourraient être envisagées, entre défraiement, rémunération ou reconnaissance d'engagement citoyen, par exemple.

9. CONCLUSION

Le vieillissement démographique entraînera, dans les prochaines décennies, une augmentation significative du nombre de personnes nécessitant des soins et un accompagnement à long terme. En Suisse, bien que l'offre de prestations sociales, d'aide et de soins soit large, elle reste marquée par une forte hétérogénéité cantonale et une fragmentation persistante entre les secteurs social et sanitaire. À cela s'ajoutent des défis structurels majeurs : complexité du financement et du pilotage, répartition des compétences entre Confédération et cantons, pénurie croissante de personnel qualifié et disponibilités des infrastructures.

Dans ce contexte, une évolution en profondeur du système de soins de longue durée (SLD) semble indispensable pour renforcer sa capacité de réponse. Cette transformation devrait reposer sur une stratégie globale, participative et anticipatrice, menée dans un esprit de dialogue permanent entre autorités publiques, professionnels, usagers et société civile. Un pilotage intersectoriel fort, associant les acteurs-trices des SLD, les représentant-e-s des patient-e-s, les collectivités et les prestataires, est en effet nécessaire pour assurer une vision partagée des besoins, améliorer la coordination des services et renforcer la confiance du public.

Il conviendrait de planifier les SLD de manière intégrée, en allouant équitablement les ressources humaines et financières, et en développant des dispositifs territoriaux souples et coordonnés. Ces derniers devraient idéalement combiner prestations à domicile, hébergement temporaire ou permanent, accompagnement social, soins de transition et soutien aux proches aidant-e-s, tout en évitant que la charge ne repose excessivement sur ces derniers. En parallèle, des mesures ambitieuses sont requises pour lutter contre la pénurie de professionnel-le-s : renforcement de la formation, amélioration des conditions de travail, et attractivité du secteur.

Enfin, le financement des SLD devra aussi faire l'objet de choix éclairés et durables. Certaines expériences internationales — comme l'instauration d'assurances obligatoires spécifiques en Allemagne ou au Japon, ou le financement via l'impôt en Espagne et en Australie — montrent qu'un fonds dédié peut assurer transparence, stabilité et orientation ciblée des politiques publiques. Toutefois, de telles approches posent aussi de nombreuses questions et la Suisse devra, elle aussi, engager cette réflexion de fond pour garantir un système de SLD équitable, pérenne et à la hauteur des défis à venir et des très hautes attentes de la population suisse en matière de qualité.



Soucieuse de renforcer le dialogue et la participation citoyenne en matière de santé, la Fondation Leenaards soutient la réalisation de « policy briefs » par Unisanté.

10. RÉFÉRENCES

1. Scénarios de l'évolution de la population de la Suisse 2025-2055 - population et mouvements selon le scénario-variante, la nationalité (catégorie), le sexe et la classe d'âge. Cité le 12.05.2025. Disponible https://www.pxweb.bfs.admin.ch/pxweb/fr/px-x-0104000000_101/-/px-x-0104000000_101.px/
2. Office fédéral de la statistique (OFS). Scénarios pour la Suisse [cité le 12.02.205], Disponible <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/evolution-future/scenarios-suisse.html#:~:text=Le%20sc%C3%A9nario%20%C2%ABhaut%C2%BB%20envisage%20une,9%C2%5C20millions%20en%202050.>
3. Office fédéral de la statistique (OFS). Portrait démographique de la Suisse. État, structure et évolution de la population en 2020. Neuchâtel: OFS, 2021.
4. Office fédéral de la statistique. Scénarios de la population - Office fédéral de la statistique [cité le 18.08.2025]. Disponible: <https://www.viz.bfs.admin.ch/assets/01/ga-01.03.01/fr/index.html>
5. Zuffery J. Les migrations internes en Suisse: pratiques et impacts, dans Panorama de la société suisse 2020: Migration – Intégration – Participation. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique, 2020.
6. Moreau-Gruet F. La multimorbidité chez les personnes de 50 ans et plus. Résultats basés sur l'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe). Obsan Bulletin 4/2013. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé, 2013.
7. Office fédérale de la statistique. Degré de limitation dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) en 2022 [cité le 14.05.2025]. Disponible: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/personnes-agees.assetdetail.31505373.html>
8. Pellegrini S, Dutoit L, Pahud O, Dorn M. Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz. Prognosen bis 2040. Obsan bericht 03/2022. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé; 2022.
9. Secrétariat d'État à l'économie (SECO). L'évolution démographique et ses conséquences [cité le 03.06.2025]. Disponible: <https://www.seco.admin.ch/seco/fr/home/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Arbeitnehmerschutz/Aeltere-Arbeitnehmende/Betriebliches-Altersmanagement/Demografischer-Wandel-und-seine-Folgen.html>
10. Office fédéral de la santé publique. Fiche d'information du 26.11.2024: Soins médicaux de base et pénurie de personnel. Berne: Office fédéral de la santé publique, 2024.
11. Merçay C, Grünig C, Dolder P. Personnel de santé en Suisse – Rapport national 2021. Effectifs, besoins, offre et mesures pour assurer la relève. Obsan Rapport 03/2021. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé, 2021.
12. Office fédéral de la santé publique (OFSP). Proches aidants [cité le 26.05.2025]. Disponible: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/betreuende-pflegende-an gehoerige.html#-2130005999>
13. Cattaneo A, Vitali A, Regazzoni D, Rizzi C. The burden of informal family caregiving in Europe, 2000-2050: a microsimulation modelling study. Lancet Reg Health Eur. 2025;53:101295. .
14. Promotion Santé Suisse. Promotion de la santé psychique des proches aidant·e·s de personnes âgées. Un guide pour la promotion de la santé des personnes âgées. Berne: Promotion Santé Suisse, 2019.
15. Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes ainées. Cité le [22.07.2025]. Disponible: <https://maltraitancedesaines.com/>
16. Orfila F, Coma-Solé M, Cabanas M, Cegri-Lombardo F, Moleras-Serra A, Pujol-Ribera E. Family caregiver mistreatment of the elderly: prevalence of risk and associated factors. BMC Public Health. 2018;18(1):167.

17. World Health Organization. Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care. Geneva: World Health Organization, 2021.
18. Schmitz H, Westphal M. Informal care and long-term labor market outcomes. *Journal of Health Economics*. 2017;56:1-18.
19. Van Houtven CH, Coe NB, Skira MM. The effect of informal care on work and wages. *Journal of Health Economics*. 2013;32(1):240-52.
20. Crespo L, Mira P. Caregiving to Elderly Parents and Employment Status of European Mature Women. *The Review of Economics and Statistics*. 2014;96(4):693-709.
21. Département fédéral des finances (DFF). Vieillissement et neutralité climatique. Berne: Département fédéral des finances (DFF), 2024.
22. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: World Health organization, 2015.
23. World Health Organization. Long-term care for older people. Package for universal health coverage. Geneva: World Health Organization, 2023.
24. World Health Organization. State of long-term care: a conceptual framework for assessment and continuous learning in long-term care systems. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2024. Licence: CC BY-NCSA 3.0 IGO. .
25. World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. Geneva: World Health Organization, 2019.
26. Constitution fédérale de la Confédération suisse [cité le 13.05.2025]. Disponible: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1999/404/fr>.
27. Monod S, Kurth L, . Revue Médicale Suisse : Démocratie sanitaire : un enjeu national ou cantonal en Suisse ? Revue Médicale Suisse. 2025;21(912):688-93.
28. Dutoit L, Pellegrini S, S. F-D. Soins de longue durée dans les cantons. Trois modèles-types d'organisation. Obsan Bulletin 13/2016. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé; 2016.
29. Loi fédérale sur la formation professionnelle (LFPr) [cité le 23.07.2025]. Disponible: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/oc/2003/674/fr>.
30. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) Health at a Glance 2021: OECD Indicators. Paris: OECD 2021. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.
31. Office fédéral de la santé publique. Protection financière des proches aidants. Prestations reposant sur un financement à la personne aux niveaux fédéral, cantonal et communal. Berne: Office fédéral de la santé publique; 2020.
32. Office fédéral de la santé publique. Fiche d'information: Rapport de synthèse du programme « Offres visant à décharger les proches aidants 2017 – 2020 ». Berne: Office fédéral de la santé publique, 2020. Disponible: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-entlastung-an gehoerige.html>.
33. Weyermann D. The potential of state-run civilian and volunteer services to address long-term care shortages: a report from Switzerland. Eurohealth — Vol.23 | No.4 | 2017. 2017.
34. Office fédéral du service civil. Statistiques du Service civil en 2023 [cité le 01 Octobre 2024]. Disponible: <https://www.zivi.admin.ch/zivi/fr/home.html>.
35. Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé. Gdk-cds.ch. Soins de longue durée [cité le 08 août 2024]. Disponible: <https://www.gdk-cds.ch/fr/soins-de-sante/soins-de-longue-duree>

36. OECD. Building Trust and Reinforcing Democracy: Preparing the Ground for Government Action, OECD Public Governance Reviews, OECD Publishing, Paris: OECD,2022. <https://doi.org/10.1787/76972a4a-en>.
37. Economic Co-operation and Development (OECD). Rethinking Health System Performance Assessment: A Renewed Framework. Paris: OECD Health Policy Studies, ISSN 2074-319X, 2024 <https://doi.org/10.1787/107182c8-en>.
38. Economic Cooperation and Development (OECD). Les soins de longue durée pour les personnes âgées. Disponible: <https://doi.org/10.1787/9789264015852-en>. 2005.
39. World Health Organization State of long-term care: a conceptual framework for assessment and continuous learning in long-term care systems. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024. Licence: CC BY-NC SA 3.0 IGO. .
40. Monod S, Pin S, Levy M, Grandchamp C, Mariétan X, Courvoisier N. Analyse de la gouvernance du système de santé suisse et proposition d'une loi fédérale sur la santé. Lausanne, Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2024 (Raisons de santé 354). <https://doi.org/10.16908/issn.1660-7104/354>.
41. World Health Organization Regional Office for Europe. Rebuilding for sustainability and resilience: strengthening the integrated delivery of long-term care in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2022. .
42. Le Bihan B, Lamura G, Marczak J, Fernandez J-J, Johansson L, Sowa-Kofta A. Policy measures adopted to support unpaid care across Europe. Brussel: Eurohealth Observer, 2019.
43. Monod S, Belloni G, Seematter-Bagnoud L, réalisé avec le Groupement Romand des Services de Santé Publique (GRSP). Lignes directrices et recommandations pour le renfort des soins de longue durée - hébergement dans les cantons latins. Lausanne, Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2024 (Raisons de santé 360). <https://doi.org/10.16908/issn.1660-7104/360>. 2024.
44. Office fédéral de la statistique. Le travail bénévole en Suisse en 2020. Bern:Office fédéral de la statistique, 2021.
45. Office fédéral de la santé publique. Agenda Soins de base [cité le 10.03.2025]; Disponible <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/agenda-grundversorgung.html>
46. Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et Organisation faîtière nationale du monde du travail en santé (OdASanté). Besoins en effectifs dans les professions de la santé rapport national 2016. Besoins de relève et mesures visant à garantir des effectifs suffisants au plan national. Berne: CDS et OdASanté, 2016.
47. Savoirsocial. Étude sur le personnel qualifié dans le domaine social [cité le 15.05.2025]. Disponible: <https://www.savoirsocial.ch/fr/etude-sur-le-personnel-qualifie-dans-le-domaine-social#c5607>
48. Office fédéral de la santé publique (OFSP). Besoins des proches aidants en matière de soutien et de décharge – enquête auprès de la population. Zurich: OFSP, 2019.
49. Rajan D, Papanicolas I, Karanikolos M, Koch K, Rohrer-Herold K, Figueiras J. Health system performance assessment. A primer for policy-makers. Copenhagen: World Health organization (European Observatory on Health Systems and Policies), Plicy brief 49, 2022. ISBN: 1997-8073.
50. World Health Organization Regional office for Europe State of long-term care. A step-by-step implementation guide Web annex: Data-collection template. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2024. Disponible: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378338/WHO-EURO-2024-10365-50135-75514.pdf?sequence=2>.
51. Office fédéral de la statistique (OFS). Rapport social statistique suisse 2023. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS), 2023.

52. Grandchamp C, Spycher J. La réforme du financement uniforme sous la loupe. Policy Brief. Lausanne: Unisanté; 2024. .
53. Association valaisanne des EMS (AVALEMS). Comment est financé un EMS ? [cité le 20 décembre 2024]. Disponible: <https://avalems.ch/comment-est-finance-un-ems/>
54. U.S. centers for disease control and prevention (CDC). Healthy Aging at Any Age [cité le 31 octobre 2024]. Disponible: <https://www.cdc.gov/healthy-aging/about/index.html>.
55. World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. Geneva: World Health Organization, 2019.
56. World Health Organization. Priority assistive products list. Geneva: World Health Organization, 2016. Disponible: <https://apps.who.int/iris/bitstream/> handle/10665/207694/WHO_EMP_PHI_2016.01_eng.pdf).
57. World Health Organization. Assistive technology [cité le 25 septembre 2024]. Disponible: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/assistive-technology>
58. Niemiec RM, Russo-Netzer P, Pargament KI. The Decoding of the Human Spirit: A Synergy of Spirituality and Character Strengths Toward Wholeness. *Frontiers in Psychology*. 2020;11.
59. Coelho-Júnior HJ, Calvani R, Panza F, Allegri RF, Picca A, Marzetti E, et al. Religiosity/Spirituality and Mental Health in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Front Med* (Lausanne). 2022;9:877213.
60. Borges CC, Dos Santos PR, Alves PM, Borges RCM, Lucchetti G, Barbosa MA, et al. Association between spirituality/religiousness and quality of life among healthy adults: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes*. 2021;19(1):246.
61. Service de la santé publique du Canton du Jura, en collaboration avec le Service de l'action sociale. Planification médico-sociale (PMS) à l'horizon 2040. Rapport du Gouvernement du 17 septembre 2024.
62. World Health Organization. Regional Office for Europe. Country case study on the integrated delivery of long-term care: Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 2019. Disponible: <https://iris.who.int/handle/10665/352847> .
63. Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM). Soins médicaux de base dans les établissements médico-sociaux. Prise de position de la Commission Centrale d'Éthique de l'ASSM. Bern: Académie Suisse des Sciences Médicales, 2024.
64. Curaviva. Le modèle d'habitat et de soins 2030 de curaviva suisse. Le futur des soins aux personnes âgées. Curaviva,2016.
65. La famille au jardin. La famille au jardin [cité le 20 Décembre 2024]. Disponible <https://la-famille-au-jardin.ch/>

11. ANNEXES

11.1. Besoins de soins et d'accompagnement des personnes âgées

Le vieillissement suit des trajectoires individuelles très variées, lesquelles généralement ne sont pas linéaires : les personnes passent par des phases de déclin et de rétablissement, souvent suivies par de nouvelles phases de pertes.

Certaines personnes restent longtemps en forme, tandis que d'autres subissent une perte progressive de leur indépendance, surtout en présence de maladies chroniques. Habituellement, **le besoin de soutien se fait d'abord ressentir pour les activités dites instrumentales**, qui regroupent des tâches, comme faire des achats, des tâches ménagères, préparer des repas ou encore accomplir des démarches administratives. Une dépendance plus lourde pour des activités dites de base, comme se déplacer, s'habiller, utiliser les toilettes, ou encore manger, survient généralement plus tardivement. Dans les situations plus légères, l'aide est souvent assumée par les **aidant-e-s informel-le-s** (proches et bénévoles). À noter que la conception du logement et des alentours, adaptée aux seniors ou non, influence le besoin de soutien. Mais lorsque les besoins en soins personnels et médicaux augmentent, l'intervention complémentaire de **professionnel-le-s** est souvent nécessaire, que ce soit à domicile, ou en établissement médico-social (EMS) (17, 22). La **gestion des situations les plus complexes nécessite une bonne coordination** entre les acteurs-trices du système de SLD. Un exemple d'un tel parcours est résumé dans l'encadré ci-dessous (Box 1).

Box 1 : Exemple du parcours d'une personne âgée, avec un besoin d'aide et soins progressif

À 84 ans, Madame A, veuve depuis quatre ans, se considère en bonne santé pour son âge. Elle est suivie par son médecin de famille pour une hypertension et souffre d'arthrose aux mains et aux genoux. Elle lit beaucoup et fait des mots croisés pour stimuler son cerveau. Elle sort faire de petits achats et prépare ses repas elle-même, mais elle a de plus en plus de difficultés à ramener des sacs lourds, et à accomplir certaines tâches ménagères, comme passer l'aspirateur. Une association a aidé madame A à organiser le passage hebdomadaire d'un employé de ménage, ses enfants font les achats avec elle une fois par semaine, et se chargent des démarches administratives (paiements en ligne, déclaration d'impôts, etc.).

À 90 ans, Madame A chute dans son appartement et se casse une hanche. Suite à l'hospitalisation, elle effectue un séjour en réadaptation. Elle est désormais capable de marcher à nouveau, en s'aidant d'une canne. Cependant, sa mobilité reste réduite, et ses douleurs d'arthrose s'aggravent. Elle se sent moins en forme et plus fatigable qu'auparavant, et a très peur de tomber à nouveau, ce qui l'empêche de sortir et de cuisiner correctement. Les services d'aide et soins à domicile lui fournissent des repas trois fois par semaine, ainsi que de l'aide pour le ménage et la toilette. Leur ergothérapeute a proposé d'adapter l'appartement avec l'installation de barres d'appui, la suppression de certains tapis et de seuils entre les pièces, et un éclairage renforcé, afin de faciliter les déplacements et les rendre plus sûrs. Un bénévole l'accompagne deux fois par semaine pour faire une promenade et quelques courses ou pour participer aux rencontres seniors dans son quartier.

À 96 ans, suite à un petit accident cérébro-vasculaire, Madame A présente des troubles cognitifs progressifs : elle perd la mémoire, n'arrive plus à planifier ses journées, et est parfois confuse le soir. Elle reçoit de l'aide plusieurs heures par jour pour les tâches quotidiennes (toilette, repas, ménage), ainsi que des visites infirmières pour surveiller son état de santé et distribuer ses médicaments. Ses enfants se sont organisés pour passer un moment presque chaque jour. Les intervenants et ses enfants s'inquiètent, car la situation devient difficile à gérer au domicile sans une présence constante. Une admission en EMS est envisagée, dans l'établissement où elle a fait un court-séjour l'année précédente. Elle y décèdera quelques mois plus tard après avoir pu bénéficier de soins palliatifs en EMS assurés par une équipe mobile.

Cet exemple de parcours de santé d'une personne âgée met en évidence que les trajectoires des personnes atteintes de maladies chroniques et souffrant de dépendance fonctionnelle mobilisent des soins de tous types, et que ces personnes ont souvent besoin d'accompagnement social en parallèle.

Ces dynamiques exigent d'une part la **diversité des dispositifs et des acteurs-trices des SLD pour répondre aux multiples besoins des personnes âgées**, quel que soit leur lieu de vie, qu'il s'agisse de leur domicile, d'appartements protégés ou d'établissements médico-sociaux (EMS) et d'autre part une **capacité d'adaptation constante** de ce système de SLD pour répondre à ces besoins qui changent au fil du temps.

Une évaluation globale des aspects médicaux, fonctionnels, sociaux et environnementaux pourrait constituer le point de départ pour élaborer un plan de prise en charge en priorisant les interventions et définir un suivi de la situation (23). L'élaboration de **directives anticipées** devrait aussi faire partie de cette démarche afin de respecter les préférences de la personne en cas d'incapacité de discernement.

11.2. Prévisions du nombre de personnes ayant besoin de soins en EMS ou à domicile

Les analyses menées par l'OBSAN en 2022, basées sur les projections démographiques de l'OFS de 2020 ont estimé le nombre de personnes de 65 ans ou plus nécessitant des soins en EMS ou à domicile à l'horizon 2040 (une actualisation est prévue dans les prochains mois) (8). En supposant une stabilité (nombre d'années avec dépendance par rapport à l'année de référence 2019) et une politique de prise en charge inchangée en matière de soins de longue durée, ces projections prévoient une croissance de résident-e-s en **long-séjour en EMS** de +69% en 2040 par rapport au 2019 (Figure A1) (8). Cela nécessiterait la construction d'environ 920 nouveaux EMS de taille moyenne (8).

Par ailleurs, la demande en **courts séjours dans les EMS** augmentera dans des proportions similaires, entraînant une hausse de +63% de client-e-s (Figure A1). Le scénario d'une prise en charge ailleurs qu'en EMS pour les personnes nécessitant peu de soins réduirait le besoin en lits de long séjour, mais augmenterait considérablement les client-e-s des soins à domicile et des structures intermédiaires (8). Cette option est par ailleurs déjà réalisée dans les cantons ayant une politique axée sur le maintien à domicile, comme les cantons romands.

Globalement, dans le rapport de l'OBSAN, les **soins à domicile** seront confrontés à une augmentation des besoins à peine plus faibles que pour les EMS, avec presque 102'000 client-e-s supplémentaires attendus **d'ici 2040** (8) (Figure A1).

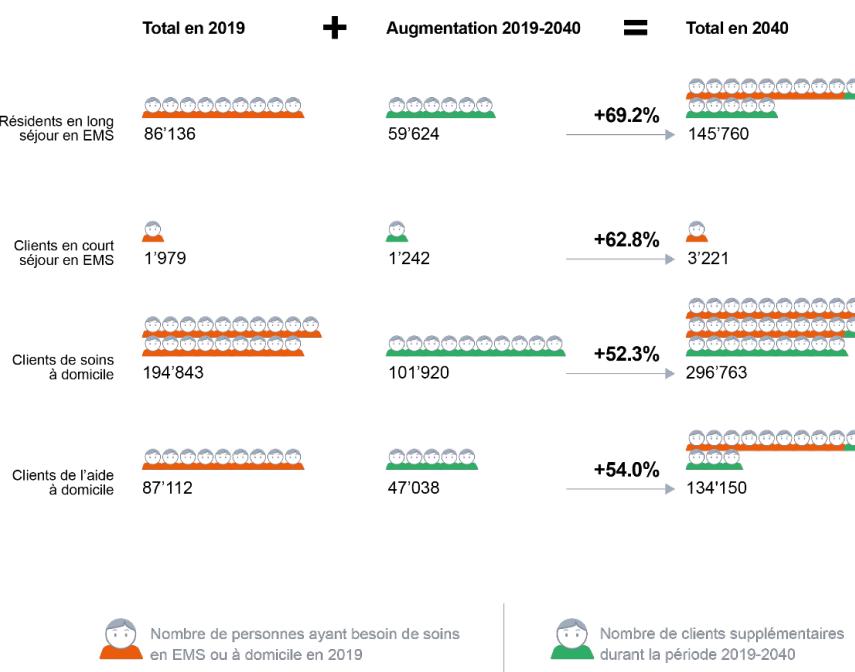


Figure A1 : Prévisions à l'horizon 2040 des personnes de plus de 65 ans en Suisse ayant besoin de soins en EMS ou à domicile, selon les scénarios de l'OBSAN de durée constante de soins et politique de prise en charge sur les besoins en structures de soins de longue durée inchangée. Source des données : (8).

11.3. Projections concernant les besoins en professionnel-le-s dans les SLD

En 2021, le rapport national sur les besoins en personnel dans les professions de la santé soulignait l'enjeu de la pénurie de personnel qualifié à venir (11), malgré les efforts déployés pour augmenter la formation depuis plusieurs années. Une actualisation des projections en besoins en professionnel-le-s est prévue pour le premier semestre 2026. Au niveau fédéral, un groupe de travail composé de différents acteurs-trices et expert-e-s est dès lors chargé de proposer des solutions pour garantir un nombre suffisant de professionne-le-s qualifié-e-s dans les **soins de base** et un rapport sera publié d'ici fin 2025 (45).

Le déficit en personnel de santé estimé par l'OBSAN confronte la relève aux besoins en personnel liés à l'évolution démographique et au remplacement des départs (retraites et sorties de la profession). Selon ce modèle, dans l'ensemble du système de santé suisse et en l'absence de nouvelles mesures, il pourrait **manquer pratiquement un-e infirmier-ère sur trois en 2029 (déficit de 33%) et un-e professionnel-le des soins moins qualifié sur cinq (déficit de 20%)** (10, 11) (Figure A2).

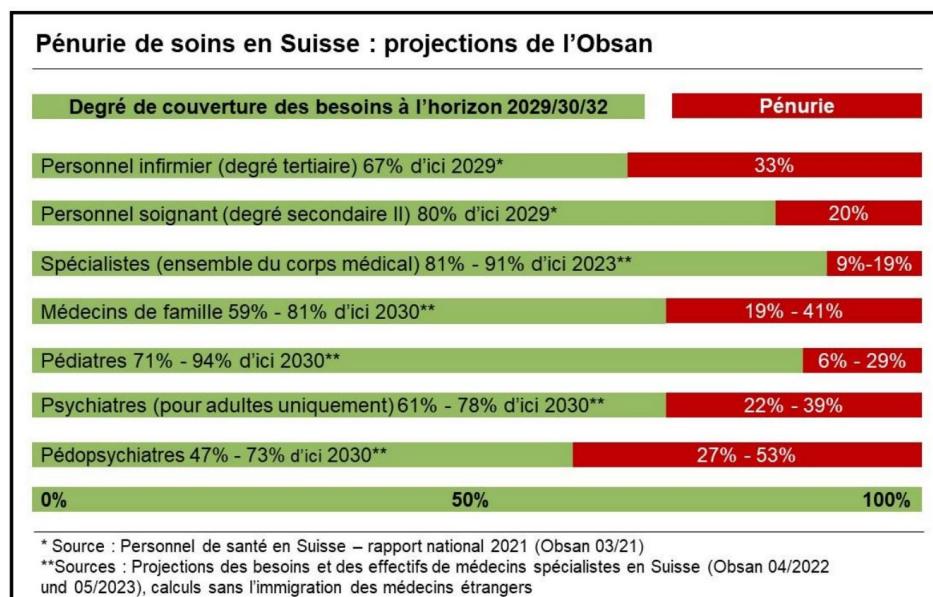


Figure A2 : Prévisions de la pénurie de professionnel-e-s de soins à l'horizon 2029-2030. Source de la figure : (10).

Sur la base des informations actuelles (dotation, qualification et taux d'occupation), les projections indiquent qu'à l'horizon 2035 les EMS auront besoin d'environ **35'000 membres de personnel de soins et d'accompagnement supplémentaires** (+49% par rapport à 2019), tandis que les SASD nécessiteront 9'000 professionnel-le-s supplémentaires (+30%) (11) (Figure A3).

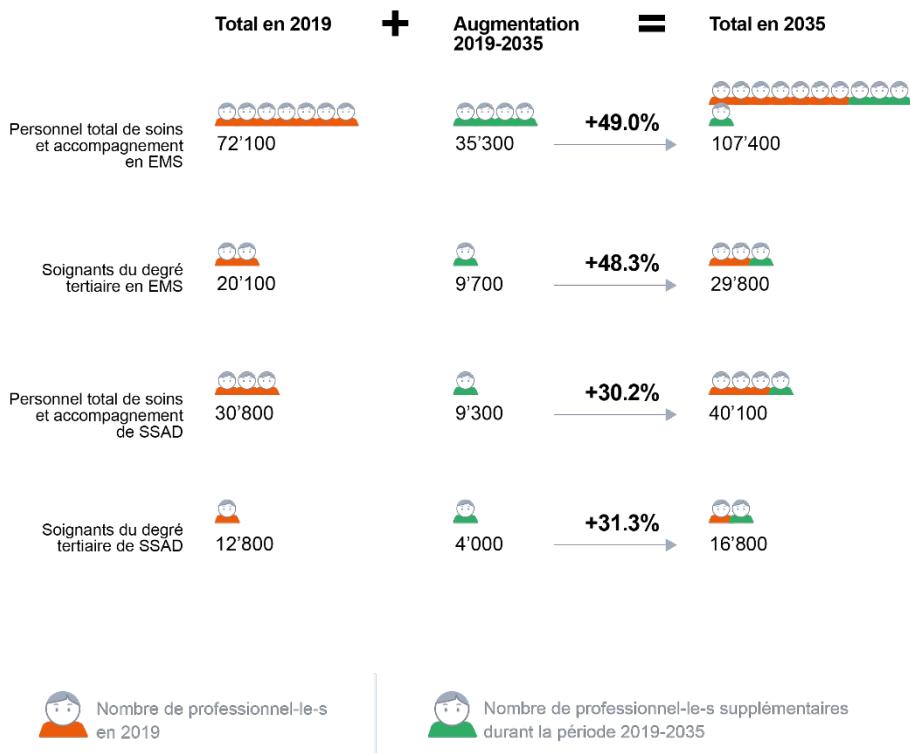


Figure A3 : Projections concernant les besoins de personnel de soins et d'accompagnement en Suisse à l'horizon 2035 selon le scénario de référence d'une prise en charge dans le domaine des SLD inchangée et une constance des besoins de prise en charge des patient-e-s.

Note : soignant du degré tertiaire des EMS= infirmier-ère. Source des données : (11).

Jusqu'à présent, la Suisse a compensé l'écart entre l'offre et la demande par le recrutement de personnel étranger, qui constituent presque un tiers de l'effectif infirmier dans les hôpitaux et les EMS (11). Il est impossible de prévoir dans quelle mesure la Suisse pourra continuer de compter sur la disponibilité de ces professionnel-le-s venus essentiellement des pays limitrophes, confrontés eux aussi à une pénurie (46).

En ce qui concerne le personnel qualifié du domaine social, aucune projection sur les besoins futurs n'est disponible. Toutefois, une étude menée en 2024, mandatée par la faîtière Savoiresocial et la Conférence des hautes écoles spécialisées suisses de travail social, indique que plus de la moitié des employeurs-euses considèrent que le recrutement dans le domaine social, tous secteurs confondus (vieillesse, jeunesse, handicap, migration, etc.) est devenu plus difficile par rapport aux deux ans précédents. Dans le secteur de la vieillesse, près de 60% des postes du domaine social mis au concours ont été pourvus avec les qualifications requises et dans les délais. Environ un poste sur quatre a été occupé par des employé-e-s disposant des qualifications nécessaires, mais hors des délais prévus et 10% ont été occupés par des candidat-e-s sans les qualifications requises. 5% des postes n'ont pas pu être pourvus (47).

11.4. Les proches aidant-e-s

En 2018, en Suisse, au moins **7,6% de la population âgée de 16 ans ou plus** — soit environ 590'000 personnes — exerçait un rôle de proche aidant-e. La majorité des proches aidant-e-s avaient entre 46 et 65 ans et un peu plus de la moitié de ces aidant-e-s étaient des femmes (48). En moyenne, ces personnes consacraient environ 10 heures par semaine à leur rôle d'aidant-e (48). Les types de soutiens apportés étaient variés : presque deux aidant-e-s sur cinq s'occupaient principalement de tâches administratives et environ un sur cinq reportaient s'engager dans la coordination des soins, et/ou l'aide au quotidien et/ou le soutien moral et social (48).

11.5. Le Japon

Le Japon est confronté depuis plusieurs décennies à un vieillissement démographique majeur lié à la longévité de sa population et à l'immigration très limitée. Depuis le début des années 2000, une **assurance dépendance** a été instaurée. Il semble que les **réformes économiques et sociales** ont amélioré l'intégration et la coordination des services sanitaires et sociaux, notamment grâce à l'émergence du métier de “**care manager**”, et au **développement des structures d'accueil de répit**.

De plus, au vu de la pénurie de soignant-e-s l'utilisation de diverses **technologies** est une des solutions développées pour soutenir les personnes âgées, ainsi que les professionnel-le-s. Si les outils de surveillance et communication sont les plus répandus, des exosquelettes qui facilitent la manutention des patient-e-s sont aussi utilisés dans certains établissements. Plusieurs régions ont mis sur pied des programmes communautaires, avec des activités en groupe, visant à favoriser la participation sociale des seniors.

Finalement, dans certaines villes, les services d'aides aux personnes âgées sont en partie dispensés par des **volontaires** qui reçoivent des points échangeables contre une rétribution financière (dont le montant maximal reste cependant symbolique).

11.6. Cadre de référence sur les SLD de l'OMS Europe

En s'appuyant sur les cadres théoriques des SLD et d'évaluation de la performance du système de santé de l'**OMS**, **sa section Europe** a développé un nouveau cadre théorique intitulé “ **State of long term care toolkit** ”, qui repose sur la gouvernance participative (17, 23, 24, 49). Ce cadre a pour objectif d'accompagner les décideurs-euses dans le processus de développement et de transformation des systèmes de SLD, grâce à l'apprentissage, la collaboration et la confiance (24). Conçu pour faciliter le dialogue et le consensus entre les acteurs-trices des systèmes de santé et de protection sociale, ce cadre cherche à briser les silos dans lesquels ces secteurs fonctionnent souvent (24).

Cette approche des SLD met les personnes au centre et prend en compte cinq domaines (Figure A4) :

- les besoins des personnes âgées et leurs proches ;
- les “ inputs ”, c'est-à-dire les ressources nécessaires au fonctionnement du système des SLD et les interventions qui peuvent être faites pour consolider ce secteur (formation des professionnel-le-s, le soutien des proches aidant-e-s, construction d'infrastructures, les “ Caring communities ”, etc.) ;
- les “ outputs ”, en particulier les services (organisation, accessibilité, diversité des prestations, qualité) ;
- les outcomes/indicateurs de performance (couverture de soins, équité, la continuité des soins, accessibilité financière aux soins) ;
- l'impact au niveau de la population entière (i.e. en terme de qualité de vie, implications en matière d'équité de genre et d'équilibre travail-vie familiale, par exemple).

Ce cadre de référence propose également un grand nombre d'indicateurs et de méthodes d'évaluation pour évaluer ces différents domaines (50).

Fig. 9. Overview of the State of LTC assessment structure

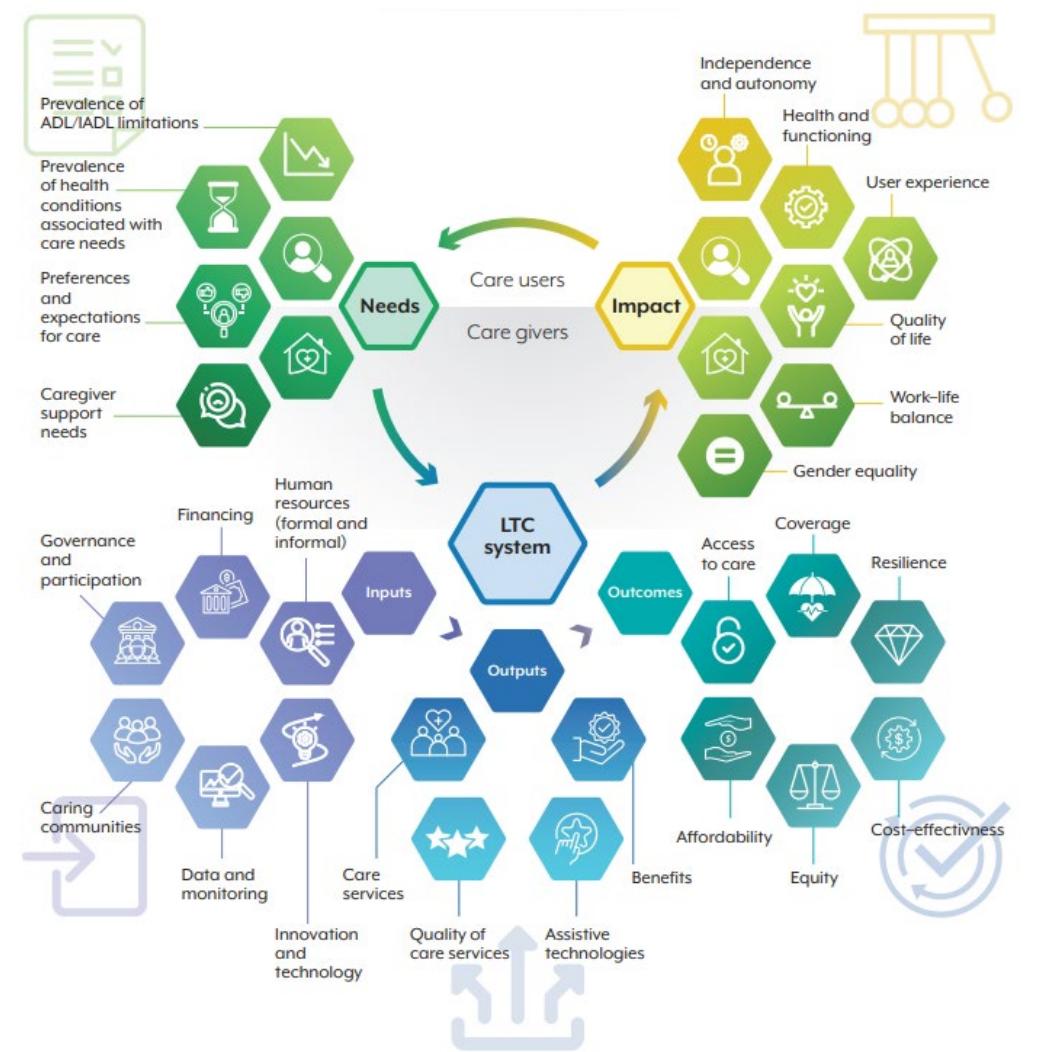


Figure A4 : Schéma issu du cadre “State of long term care toolkit” de l’OMS Europe. Source de la figure : (24).

11.7. Répartition des compétences entre Confédération et cantons

La **Confédération** est chargée de mettre en place un système de sécurité sociale couvrant les risques sociaux par des prestations financières ou la prise en charge des coûts liés à la maladie et aux accidents. Elle doit également garantir une prévoyance vieillesse, survivants et invalidité suffisante (Constitution art. 111) et compléter la couverture avec des prestations complémentaires (Constitution art. 112a) (43).

Les **cantons** doivent planifier l’offre médico-sociale et les besoins en professionnel-le-s ainsi que mettre en œuvre des soins à domicile et une aide à la vieillesse, mais la plupart des cantons délèguent certaines tâches aux communes (43).

Le **financement** des SLD dépend de plusieurs régimes d’assurance : l’**assurance-maladie** (Loi sur l’assurance-maladie (LAMal)), les **assurances sociales fédérales (vieillesse, chômage, invalidité) et de subventions cantonales**. (Pour en savoir plus : [Modalités de financement des soins en EMS et à domicile](#)). Par ailleurs, dans le domaine de l’aide à la personne, il faut encore mentionner les prestations complémentaires ou les subsides cantonaux pour réduire les primes d’assurance-maladie.

Finalement, des **aides sociales** cantonales ont été créées pour lutter contre la pauvreté, visant à réduire les inégalités socio-économiques (51).

11.8. Tableau issu de « Démocratie sanitaire : un enjeu national ou cantonal en Suisse »

TABLEAU 1 Répartition des compétences santé entre Confédération et cantons			
AOS: assurance obligatoire des soins.			
	Compétences principalement à la Confédération	Compétences principalement aux cantons	Exemples d'exercices démocratiques
Santé			
Protection de la santé de la population	<p>La protection de la santé est une responsabilité de la Confédération (art. 118 Cst.): dans les limites de ses compétences, la Confédération prend des mesures afin de protéger la santé. Elle légifère sur: a) l'utilisation des denrées alimentaires ainsi que des agents thérapeutiques, des stupéfiants, des organismes, des produits chimiques et des objets qui peuvent présenter un danger pour la santé; b) la lutte contre les maladies transmissibles, celles très répandues et celles particulièrement dangereuses de l'être humain et des animaux; elle interdit notamment, pour les produits du tabac, toute forme de publicité qui atteint les enfants et les jeunes et c) la protection contre les rayons ionisants</p>	-	Exemples de démocratie directe: référendum et votation populaire: Loi fédérale du 28.09.2012 sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (Loi sur les épidémies, Lep) (acceptée le 22.09.2013) Initiative populaire «Oui à la protection des enfants et des jeunes contre la publicité pour le tabac»: Modification de l'art 41 Cst. acceptée le 13.02.2023
Promotion de la santé et prévention	<p>La responsabilité est partagée entre la Confédération et les cantons. En effet, la promotion de la santé et la prévention ne figurent pas explicitement dans la Constitution qui traite surtout de la question des soins et très peu de celle de la santé</p> <p>Toutefois au chapitre des Buts sociaux (art. 41 Cst.) figure un nouvel alinéa depuis 2023 (suite à la votation populaire «Oui à la protection des enfants et des jeunes contre la publicité pour le tabac») qui spécifie l'obligation de la Confédération et des cantons de faire en sorte que la santé des enfants et des jeunes soit promue. La Confédération et les cantons doivent s'y engager en complément à la responsabilité individuelle et dans la limite de leurs compétences constitutionnelles et de leurs moyens</p> <p>Certains cantons ont par ailleurs spécifiquement inscrit dans leur Constitution des responsabilités fortes en termes de promotion de santé et de prévention (par exemple, cantons des Grisons, Genève ou Jura)</p>	-	Exemple d'effet de la démocratie de consensus: échec du projet de loi sur la prévention en 2012 au niveau du Parlement fédéral ^{8,9} Exemple de démocratie représentative: projet de Loi sur la santé du Grand Conseil genevois sans référendum: entrée en vigueur le 01.09.2006
Système de soins			
Accès aux soins	<p>Cette responsabilité incombe à la fois à la Confédération et aux cantons. Dans la Constitution (art. 41 Cst. Buts sociaux) il est spécifié que la Confédération et les cantons doivent s'engager, en complément de la responsabilité individuelle et de l'initiative privée, à ce que toute personne bénéficie des soins nécessaires à sa santé. La Confédération et les cantons doivent en outre veiller à l'accès aux soins médicaux de base (art. 117a Cst.); reconnaître les soins infirmiers comme une composante importante des soins, les encourager et veiller à leur accès (art. 117b Cst.); pourvoir, dans les limites de leurs compétences respectives, à la prise en compte des médecines complémentaires (art. 118a Cst.)</p>	-	Exemple de démocratie directe Initiative populaire: «Pour des soins infirmiers forts (initiative sur les soins infirmiers)»: modification de l'art. 117 de la Cst. acceptée le 28 novembre 2021
Protection financière pour faire face à la maladie et à l'accident et financement du système de santé	<p>La Confédération doit légiférer, sur l'assurance-maladie et sur l'assurance-accidents (art. 117 al. 1 Cst.). La Loi sur l'assurance-maladie (LAMal) qui en découle est donc de compétence fédérale. Cette compétence a permis à la Confédération d'adopter une législation extensive qui régule le système de soins suisse bien au-delà des questions d'assurance¹⁰</p>	-	Exemple de démocratie directe Initiative populaire «Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé». Refusée le 09.06.2024
Organisation du système de soins	-	<p>Il n'y a pas de disposition constitutionnelle concernant le système de santé, son périmètre, ses objectifs. Par défaut, cette responsabilité se situe donc au niveau des cantons. Ces derniers sont ainsi responsables sur leur territoire de l'offre globale de soins et de son adaptation aux besoins de sa population</p>	Exemple de démocratie directe Initiative populaire dans le canton de Neuchâtel «Pour deux hôpitaux sûrs, autonomes et complémentaires» adoptée le 12 février 2017
Professionnels de santé	<p>La Confédération et les cantons partagent des responsabilités. La Confédération délivre les diplômes fédéraux des médecins, dentistes, chiropraticiens, pharmaciens, vétérinaires et des professions de la psychologie (Loi sur les professions médicales, LPMéd et Loi sur les professions de la psychologie, LPsy)</p> <p>La Confédération est aussi responsable de la formation de base et de la formation spécialisée dans le domaine des professions des soins médicaux de base, les conditions d'exercice de ces professions et la rémunération appropriée des prestations de la médecine de famille (art. 117a al. 2 Cst.)</p> <p>La Confédération règle également la formation et l'exercice des champs professionnels suivants: soins infirmiers, physiothérapie, ergothérapie, sage-femme, nutrition et diététique, optométrie et ostéopathie (Loi sur les professions de la santé LPSan du 1^{er} février 2020)</p> <p>De leur côté, les cantons sont responsables de l'organisation et du financement de la formation des professionnels de santé. Ils sont responsables de la planification des formations pour répondre aux besoins et garantir une offre suffisante. Ils délivrent également les autorisations d'exercer</p>	-	Exemple de démocratie représentative: modification de la LAMal concernant l'admission des fournisseurs de prestations pouvant pratiquer à la charge de l'AOS adoptée par le Parlement le 19 juin 2020 Exemple de démocratie directe Initiatives populaires: «Pour des soins infirmiers forts» et des «Soins médicaux de base»

Source du tableau : Monod S. et Kurth L. Revue Médicale Suisse : Démocratie sanitaire : un enjeu national ou cantonal en Suisse ? Revue Médicale Suisse. 2025;21(912):688-93.

11.9. Modalités de financement des soins en EMS et à domicile

Avant la mise en œuvre de la réforme EFAS (financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires), le financement des soins de longue durée en Suisse repose sur un modèle tripartite, introduit avec la réforme LAMal de 2011 :

EMS :

- L'assurance-maladie obligatoire (LAMal) couvre une partie des soins médicaux et infirmiers (selon des montants plafonnés définis par l'ordonnance). L'EMS reçoit un financement forfaitaire basé sur le niveau de soins requis, mesuré en minutes de soins par jour, conforme aux normes OPAS (12 niveaux de soins, par tranches de 20 minutes, le dernier niveau correspondant à plus de 240 minutes par jour). Ce niveau est déterminé à l'entrée, puis réévalué périodiquement.

Dans certains cantons, un financement supplémentaire est prévu pour les résident-e-s nécessitant plus de 240 minutes de soins par jour (52). Les autres prestations prévues par la LAMal (notamment les prix des médicaments, des examens, les prestations des médecins et des professionnel-le-s de la santé mandatés par le-la médecin etc.) restent à charge de l'assurance-maladie, selon les conditions du contrat avec l'assuré-e (sous réserve de la franchise et de la quote-part à charge de l'assuré-e).

- Les cantons et/ou communes financent une part dite "résiduelle" des coûts non couverts par la LAMal.
- Les patient-e-s (ou leurs familles) paient une contribution directe, qui peut représenter jusqu'à 20% des coûts des soins, mais doivent assumer intégralement les frais d'hébergement, de repas, et de prestations non médicales (comme l'accompagnement ou le soutien social). Le-la résident-e assume les prix des prestations socio-hôtelières (hôtellerie, administration et accompagnement socio-culturel), et bénéficie d'un soutien par le canton s'il est dans l'impossibilité de payer ces frais (53).

Ce modèle a été critiqué pour sa complexité, son iniquité selon les cantons, et pour désinciter à des formes de soins mieux adaptées comme le maintien à domicile, en rendant certains soins stationnaires trop coûteux pour les patient-e-s.

Aide et soins à domicile :

Le financement des soins est lié aux prestations requises sur la base de l'évaluation du-de la bénéficiaire lors du début de la prise en charge, qui est répétée périodiquement. Les prestations d'aide sont à charge du-de la bénéficiaire. Là aussi, un soutien financier est possible.

11.10. Principaux métiers de SLD avec titres professionnels

Professions	Niveau de formation	Durée de formation	Principales tâches
Aide en soins et accompagnement (ASA) AFP	Secondaire II	2 ans	Accompagner des personnes ayant besoin de soutien ; Aide aux soins corporels quotidiens, à se lever, s'habiller et se déshabiller ; Travaux domestiques.
Assistant-e en soins et santé communautaire CFC (ASSC)	Secondaire II	3 ans	Accompagner des personnes ayant besoin de soutien ; Aide aux soins corporels quotidiens et les aider à se laver, se lever, s'habiller et se déshabiller ; S'assurer du bon positionnement des patient-e-s et client-e-s alités ; Promouvoir la mobilité et la qualité de vie.

Infirmier-ère ES	Tertiaire B	3 -4 ans	Assumer la responsabilité des soins aux patient-e-s et aux client-e-s ; Assumer le rôle d'interlocuteur-trice entre le personnel médical, les patient-e-s et leurs proches.
Infirmier-ère HES	Tertiaire A	3 ans	Assumer la responsabilité des soins aux patient-e-s et aux client-e-s ; Assumer le rôle d'interlocuteur-trice entre le personnel médical, les patient-e-s et leurs proches.
Assistant-e socio-éducatif-ve CFC (ASE)	Secondaire II	3 ans	Accompagner et soutenir les personnes dans leurs activités quotidiennes, encourager et stimuler leurs ressources, travailler en collaboration avec d'autres professionnel-le-s qualifié-e-s.
Animateur-trice communautaire /ES	Tertiaire B	2-3 ans	Accompagner le vivre ensemble dans l'espace public ou des lieux de rencontre ; Travail de mise en réseau entre professionnel-le-s et bénévoles, services spécialisés, autorités et organisations.
Éducateur-trice social	Tertiaire B	2-3 ans	Accompagner les personnes qui ont besoin de soutien ; Promouvoir la participation et l'inclusion.
Auxiliaires de santé	-	Partie théorique : 120 leçons Partie pratique : 12 – 15 jours de travail pour un temps de présence de 100%	Accompagner des personnes qui ont besoin de soins et d'un soutien sur le plan social au quotidien ; Aider à la toilette quotidienne, au lever, à s'habiller et se déshabiller; Aider à manger, boire et à préparer des repas; Prise en charge des tâches ménagères ; Soutien pour la mobilisation et le mouvement ; Participer à la promotion de la santé et à la prévention ; Soutien au personnel soignant ; Travaux administratifs, documentation des soins et organisation du travail.

Sources des informations : [Gesundheitsberufe: Home](https://Gesundheitsberufe:Home) ; professionssociales.ch | [SAVOIRSOCIAL: Quels métiers pour moi ? - Aoris](https://SAVOIRSOCIAL:Quels%20métiers%20pour%20moi%20%3F-Aoris)

11.11. Quelques pistes pour le renfort de l'offre en prestations médicales et spécialisées

Le renforcement de l'offre en prestations médicales est crucial pour répondre aux besoins croissants de la population âgée, en garantissant une prise en charge de qualité tout au long de la vie. L'une des priorités dans ce domaine est la **prévention : l'adoption** d'un style de vie sain tout au long de la vie augmente la probabilité de vieillir en bonne santé. La prévention devrait couvrir de nombreux aspects, tels que la nutrition, l'activité physique, la santé mentale et émotionnelle, le fonctionnement cognitif, le bien-être social et la prévention des chutes. Il est également essentiel de favoriser le suivi des maladies, les dépistages et les vaccinations (54). En complément de cette approche préventive, les **services de réadaptation** jouent un rôle clé pour aider à optimiser la fonctionnalité des personnes et à prévenir des complications liées à des maladies ou des accidents.

Un autre aspect essentiel est l'**organisation de prestations de réponse à l'urgence à domicile et en EMS**, pour prévenir les hospitalisations. En effet, les hospitalisations peuvent exposer la personne âgée à un risque accru de déclin fonctionnel et d'institutionnalisation. Pour limiter ces risques, il serait utile d'assurer une couverture continue des soins, en renforçant les présences de professionnel-le-s de nuit et durant le week-end. En parallèle, la mise en place de programmes d'hospitalisation à domicile ou en EMS peut également être une alternative intéressante pour éviter le recours systématique à l'hôpital (43).

Enfin, l'amélioration de la prise en charge en fin de vie est un enjeu fondamental. Les principaux besoins physiques, psychologiques, sociaux et spirituels des personnes en fin de vie devraient être identifiés par des médecins et/ou des infirmiers-ères ayant au moins une formation de base en soins palliatifs (23). Il est également essentiel de mettre à disposition des services de soutien pour aider les familles à gérer la charge émotionnelle, sociale et spirituelle pendant la maladie et le deuil (23). Les soins palliatifs doivent être accessibles dans toutes les structures de soins, qu'il s'agisse du domicile, des hôpitaux ou des EMS, afin de garantir un accompagnement respectueux et digne jusqu'à la fin de la vie.

11.12. Quelques pistes pour le renforcement des prestations de soutien pour les personnes âgées

Le soutien au quotidien, incluant l'aide pour diverses tâches ainsi que le soutien social, est essentiel pour les personnes avec des limitations fonctionnelles, afin d'accomplir ce qu'elles ne peuvent plus faire seules et continuer à vivre une vie pleine de sens (23, 25). Ce soutien ne se limite pas aux aspects physiques, mais s'étend également à la dimension sociale, ce qui est crucial pour leur bien-être général. Dans cette optique, l'**évaluation des besoins sociaux** devrait faire partie de l'évaluation globale de la personne âgée (55) et les **assistant-e-s sociaux-les devraient être intégrés dans les équipes multidisciplinaires** qui prennent en charge ces individus (43). Cela garantirait que tous les aspects de la vie de la personne, y compris ses besoins médicaux, sociaux, émotionnels et psychologiques, soient pris en compte de manière cohérente et complète.

Une autre priorité réside dans l'**augmentation des capacités d'assistance à domicile**, en particulier pour la surveillance de nuit. Cela s'avère particulièrement important pour les personnes qui nécessitent une vigilance continue (par exemple, lors de démence avec des troubles du comportement) (43). Une telle mesure permettrait de soutenir les familles et de soulager la charge des proches aidant-e-s, tout en garantissant la sécurité des personnes concernées.

Les **technologies d'assistance** pourraient jouer un rôle important dans la compensation des limitations fonctionnelles, soulageant ainsi les proches aidant-e-s (56). Ces technologies pourraient jouer un rôle important dans le maintien à domicile, grâce à la compensation des déficits fonctionnels (e.g. les fauteuils roulants, les appareils auditifs ou les lunettes) et à une amélioration de la sécurité (e.g. logiciels de monitorage tels que les détecteurs de mouvements et de chutes dans le logement, ou encore la surveillance de la glycémie) (57).

La **participation à la vie communautaire** est essentielle pour prévenir l'isolement social, que l'on vive à domicile ou en institution. Cela passe par une meilleure valorisation des ressources locales – loisirs, centres de jour, activités sportives ou bénévolat – ainsi que par des actions concrètes, comme les visites de bénévoles, le soutien à la mobilité (transports adaptés, conseils de sécurité), ou encore l'intervention de services d'aide et d'ergothérapie à domicile.

Adapter l'**environnement de vie**, notamment lors de constructions ou de rénovations, permet aussi de créer des espaces sûrs et accessibles, contribuant à maintenir l'autonomie et le bien-être des personnes âgées.

Enfin, la **dimension spirituelle** ne doit pas être négligée dans la prise en charge des personnes âgées. La spiritualité est un aspect essentiel de l'expérience humaine (58), qui pourrait avoir un impact favorable sur la qualité de vie et la santé mentale des personnes âgées (59, 60). En complément aux prestations d'accompagnement spirituel, des interventions pour gérer la détresse spirituelle, comme la méditation en pleine conscience et l'art-thérapie pourraient être disponibles (23, 43).

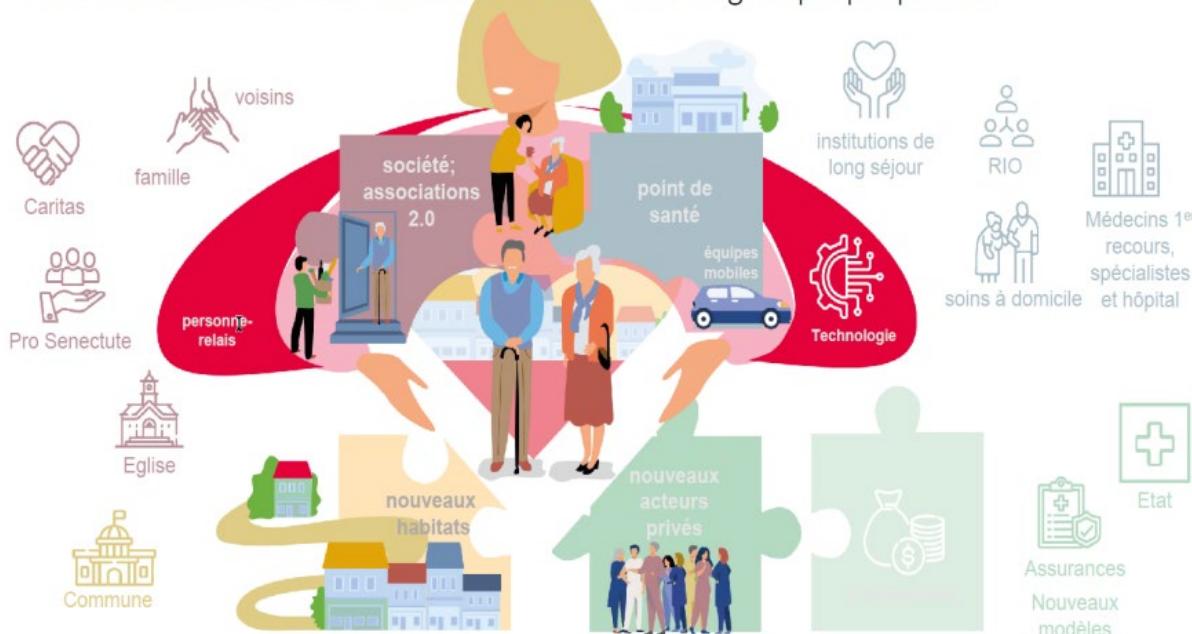
11.13. Un exemple de démarche participative en Suisse

L'approche participative dans le cadre de la planification médico-sociale du canton du Jura à l'horizon 2040 repose sur une forte implication des professionnel-le-s du secteur santé-social, des bénéficiaires potentiel-le-s, ainsi que des expert-e-s dans le but de développer une vision commune pour le futur. Cette démarche a transformé la planification médico-sociale, passant d'un projet purement technique à un véritable projet sociétal. Les travaux ont débuté par des ateliers participatifs avec les acteurs-trices du réseau santé-social pour explorer de nouvelles solutions inspirées de pratiques innovantes, tant locales qu'internationales, tout en veillant à ce que ces solutions soient adaptées au contexte spécifique du canton du Jura.

Des consultations ont ensuite été menées sous forme d'entretiens, ateliers et/ou de séances avec les acteurs-trices du réseau social, ainsi que des entretiens exploratoires avec treize personnes âgées autonomes à domicile, en tant que potentielles futures bénéficiaires des services. La vision globale de cette planification a été résumée avec la figure suivante, où la personne âgée est au centre (61).

Vision globale

RESTER À DOMICILE dans sa communauté aussi longtemps que possible



Source de la figure : Service de la santé publique du Canton du Jura en collaboration avec le Service de l'action sociale. Planification médico-sociale (PMS) à l'horizon 2040 Rapport du Gouvernement du 17 septembre 2024.

11.14. La gouvernance du système de soins de longue durée au Danemark

Si l'organisation du système de SLD danois est largement décentralisée, il existe une gouvernance centrale ambitieuse et intersectorielle. Le **ministère de la Santé** élabore les législations relatives au fonctionnement et à l'organisation des systèmes de santé et de SLD et le cadre financier global qui est sous sa surveillance. Les **cinq régions administratives** déterminent les fonds à allouer aux services, établissent des accords collectifs avec les fournisseurs des soins ambulatoires et sont responsables de la fourniture des services de soins. Les **municipalités** sont responsables de la fourniture et de la qualité des services sociaux et de certains services de santé, comme la prévention et la promotion de la santé, la réadaptation et les maisons des retraites.

Les **médecins généralistes** jouent un rôle important dans l'accès aux services de longue durée et aux services spécialisés. Les **bénéficiaires** sont tenus de s'inscrire auprès d'un médecin généraliste et ils participent à la prise de décision concernant leur prise en charge en SLD. La plupart des **professionnel-le-s des SLD** travaillent en équipe multidisciplinaire, et il existe une coordination formalisée entre les acteurs-trices : par exemple, lorsqu'un-e patient-e sort de l'hôpital, son suivi est organisé par une équipe de gestion des sorties, de concert avec le médecin généraliste et les services de soins à domicile (17, 23, 62).

11.15. Domaines à évaluer pour le suivi et le renforcement des systèmes de SLD selon le cadre « state of long term care toolkit » de l'OMS Europe

Domaine	Sous-Domaine
Profil de la population	Taille de la population et espérance de vie, répartition de la population
Besoins en matière de soins de longue durée	Santé et fonctionnement, Préférences pour et attitudes envers les soins et les proches aidant-e-s, besoins de soutien des proches aidant-e-s
Inputs du système de soins de longue durée	Gouvernance et participation, Communautés bienveillantes, financement, Professionnels de SLD, professionnel-le-s informel-le-s, innovation et technologie
Outputs du système de SLD	Services, modèles de logement, technologies d'assistance et adaptations environnementales, Allocations financières pour les SLD, qualité des services
Outcomes du système de SLD	Couverture, accès aux prestations, accessibilité financière, équité, rentabilité et durabilité, préparation aux situations d'urgence
Impact au niveau de la population entière	Sur les personnes ayant des besoins en matière de soins, sur les proches aidant-e-s, sur l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée et égalité des sexes

Source : (24)

11.16. Quelques pistes pour mettre en place un système d'information permettant d'évaluer les SLD

Un système de données fiable est indispensable pour piloter et améliorer les SLD. Cela implique une collecte harmonisée, continue et accessible d'informations issues de tous les lieux et types de prestations. Les données devraient permettre de comprendre les besoins des bénéficiaires, d'évaluer l'accès, la qualité des soins, l'organisation des services, et d'identifier les disparités.

La collecte devrait inclure :

- des informations sur l'état de santé de la population âgée (les besoins en soins des bénéficiaires, espérance de vie sans incapacité, survenue de démences, etc.) ;
- la disponibilité du personnel ;
- les coûts et sources de financement ;
- la satisfaction des patient-e-s et proches ;
- la coordination des soins.

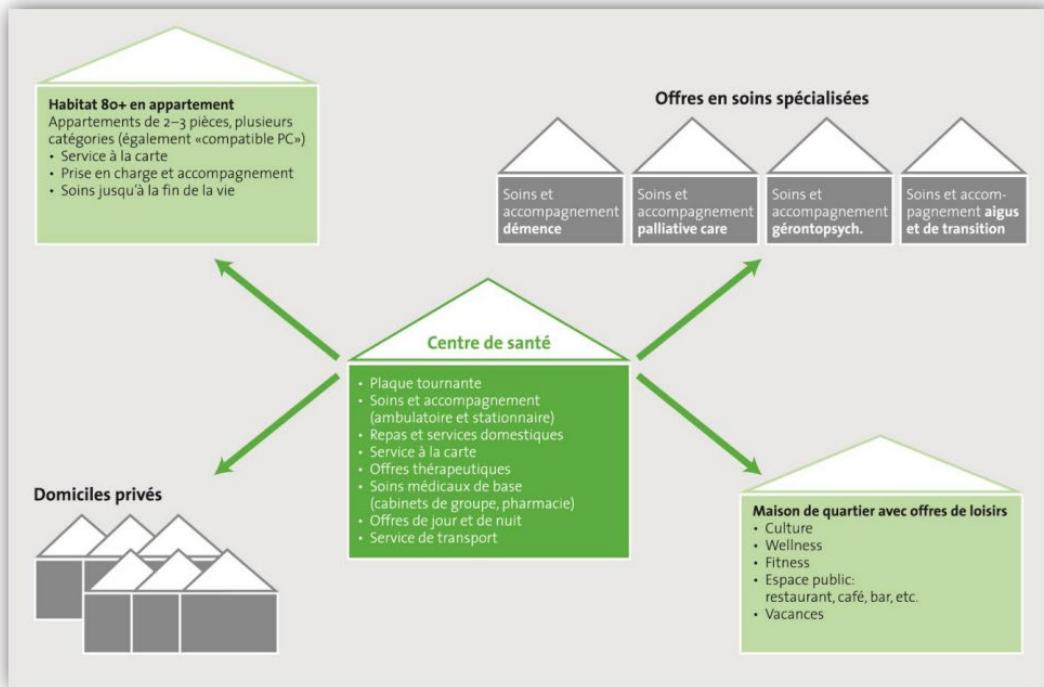
La Suisse, par l'intermédiaire de l'ASSM, recommande déjà la création d'un registre national sur les soins en EMS (63). L'intégration de ces données dans le Dossier Électronique du Patient (DEP), accessible notamment aux services d'urgence, serait aussi essentielle pour garantir une continuité des soins. L'interopérabilité des systèmes constitue, à ce titre, une condition clé.

11.17. Un exemple : le modèle d'habitat et de soins 2030 CURAVIVA

Le modèle CURAVIVA 2030 repense les institutions pour personnes âgées comme des prestataires de services flexibles, permettant aux seniors – y compris dépendants – de vivre de manière aussi autonome que possible dans l'environnement de leur choix. L'accent est mis sur une collaboration renforcée avec les prestataires de soins

médicaux de base et le quartier, reconnaissant l'importance de maintenir un réseau social et communautaire actif (Figure A5) (64).

Les infrastructures sont pensées à taille humaine, intégrées dans le tissu local. Les institutions offrent une large gamme de prestations adaptées aux besoins variés des personnes âgées, assurant une prise en charge globale et continue. Les transitions entre les différentes formes d'accompagnement et de soins sont fluides, répondant de manière souple à l'évolution des besoins (64).



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

Figure A5 : Le modèle d'habitat et de soins 2030 de CURAVIVA. Source de la figure : (64).

11.18. La nouvelle campagne de soutien aux soins de longue durée « Faire une carrière empreinte d'humanité »

Soutenue par la Confédération, la nouvelle campagne « Faire une carrière empreinte d'humanité », portée par ARTISET, Aide et soins à domicile Suisse et OdASanté, vise à attirer les jeunes, les personnes en reconversion et les professionnel-le-s vers les métiers des SLD.

Elle met l'accent sur le caractère précieux des relations entre le personnel soignant et les personnes prises en charge, tout en valorisant des valeurs fondamentales, telles que la confiance, le respect et le professionnalisme.

La campagne montre également que le travail dans l'aide et les soins à domicile ou en institution favorise le développement professionnel et personnel, offrant un quotidien riche, humain et porteur de sens ([OdASanté : Lancement de la nouvelle campagne de soutien aux soins de longue durée](#)).

11.19. Un exemple : Intégration « règlementé » des bénévoles dans un EMS - « La Famille au jardin »

Crée en 2002 dans le canton de Fribourg, « La Famille au Jardin » s'est donné pour mission d'accueillir les personnes atteintes de troubles de la mémoire et de soutenir leurs proches. Ce foyer de jour reconnu par le département de la santé publique peut accueillir 11 hôtes dans un esprit plus communautaire que les EMS traditionnels.

La particularité de l'accompagnement à La Famille au Jardin est la **complémentarité entre personnel qualifié salariés et bénévoles**, le staff de bénévoles (environ 60 personnes) étant plus grand que celui des professionnel-le-s (une vingtaine de personnes des domaines sanitaire ou social). Cet apport bénévole est essentiel à la bonne marche du foyer, d'une part par la gratuité des présences, mais aussi comme lien bénéfique vers l'extérieur. Fort du succès du modèle, un deuxième site a été ouvert en 2020 (65).

11.20. Un exemple de reconnaissance du travail bénévole sous forme de crédit

KISS «Keep it small and simple», le projet d'aide au voisinage pour les seniors lancé dans la vallée de Conches repose sur une «prévoyance temps». Un-e bénévole aide une personne qui a besoin de soutien ou de petits services (vider les poubelles, aller à la poste, sortir le chien, jouer aux cartes, véhiculer la personne).

Le-la bénévole capitalise ainsi des «crédits-temps» qu'il pourra faire valoir lorsqu'il aura besoin d'aide. La démarche est encadrée par l'association KISS qui forme les tandems aidant-aidé et gère les crédit-temps.