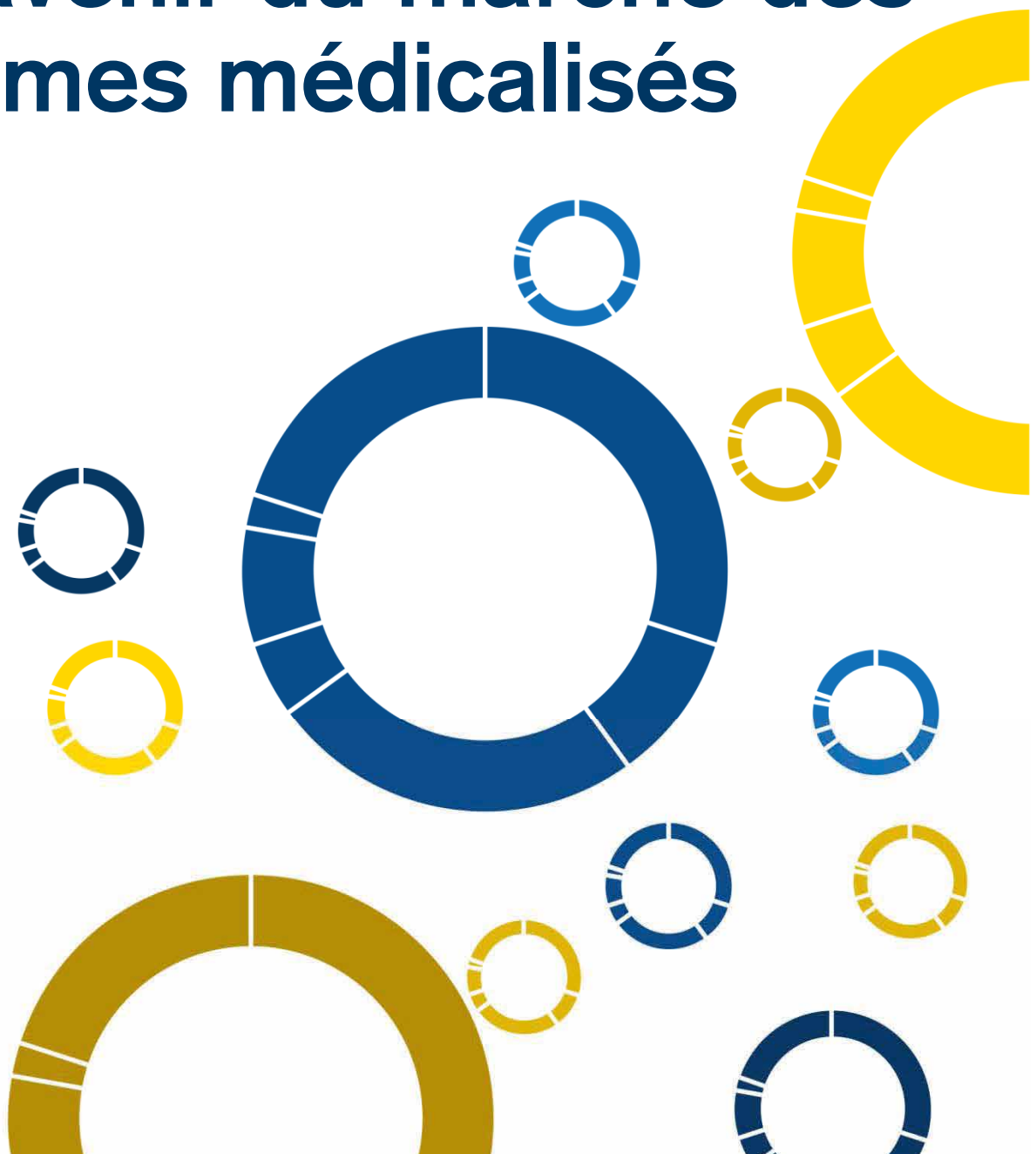


Systeme de sante suisse 2015

Juin 2015

Swiss Issues Branches

L'avenir du marche des homes medicalises



Impressum

Editeur

Loris Centola
Global Head of Research and Head of Business Development
+41 44 333 57 89
loris.centola@credit-suisse.com

Oliver Adler
Head Economic Research
+41 44 333 09 61
oliver.adler@credit-suisse.com

Contact

branchen.economicresearch@credit-suisse.com
+41 44 333 77 35

Impression

Schellenberg Druck AG, Schützenhausstrasse 5, 8330 Pfäffikon

Clôture de rédaction

4 juin 2015

Commandes

Exemplaires à l'unité (gratuits) directement auprès de votre conseiller. Exemplaires électroniques via www.credit-suisse.com/publications.
Commandes internes via MyShop sous le n° mat. 1511502

Visitez notre site Internet

www.credit-suisse.com/research

Copyright

Ce document peut être cité en mentionnant la source.
Copyright © 2015 Credit Suisse Group AG et/ou sociétés liées. Tous droits réservés

Auteurs

Andreas Christen
Fabian Hürzeler
Sascha Jucker
Emanuel Roos

Contribution

Andreas Bröhl

Sommaire

Management Summary	5
Situation initiale	7
Soins gériatriques dans le contexte du système de santé	7
Conditions-cadres réglementaires	8
Nouveau financement des soins	9
Défis et incertitudes réglementaires	12
Parenthèse: financement durable des soins aux personnes âgées	14
Demande de prestations de soins gériatriques	16
Aperçu et évolution jusqu'à présent	16
Moteurs principaux de la demande	17
Evolution future de la demande	20
Prévisions des dépenses liées aux soins gériatriques	20
Prévisions de l'évolution du nombre de clients des homes médicalisés	21
Evolution future de la demande au niveau régional	22
Offre de prestations de soins gériatriques	24
Aperçu et évolution jusqu'à présent	24
Parenthèse: futurs besoins en personnel de soins dans les homes	27
Situation d'approvisionnement au niveau régional	30
Immobilier de soins	32
Investissements dans les homes médicalisés	32
Facteurs d'implantation des homes médicalisés	35
Besoins d'investissement futurs	35

Chères lectrices, chers lecteurs,

Depuis plus d'une dizaine d'années, le Credit Suisse procède régulièrement à des analyses du système de santé suisse, dont il regroupe les conclusions dans des publications économiques. La raison de l'intérêt poussé que nous accordons à ce secteur est manifeste: le système de santé est non seulement un élément essentiel pour notre bien-être, mais constitue également la principale branche en termes d'emploi et l'un des secteurs à la croissance la plus dynamique de l'économie suisse. En 2010, nous avons procédé à l'analyse en établissant une vue d'ensemble de la branche sous l'angle structurel et dans une perspective économique régionale. En 2013, nous nous sommes concentrés sur le marché hospitalier qui connaît, avec la réforme du financement des hôpitaux entrée en vigueur en 2012, une mutation fondamentale. Dans cette édition, nous analysons le marché des homes médicalisés, le deuxième sous-secteur de la santé et celui enregistrant la plus forte croissance.

Le marché des homes médicalisés devra faire face, au cours des prochaines décennies, à de grands défis, à d'importants changements structurels, mais profitera aussi de nombreuses opportunités. En effet, le vieillissement démographique progresse inexorablement, générant d'un côté un vaste besoin en capacités de soin et ainsi une demande pratiquement garantie en services de soin. De l'autre côté, de grands défis se matérialisent sous la forme de la croissance des coûts et de la pénurie croissante de main-d'œuvre qualifiée. Mise en œuvre très différemment selon les cantons, la répartition des tâches entre institutions publiques et privées fera l'objet de nombreuses questions. Compte tenu des ressources limitées, où les contribuables doivent-ils mettre à disposition l'offre nécessaire? Et où le marché? Vient s'ajouter à cela le fait que les soins gériatriques qui seront fournis en 2040 ne seront plus les mêmes qu'aujourd'hui. Les soins ambulatoires et les types de logements hybrides pour seniors deviendront de plus en plus importants. Malgré cela, les besoins en lits médicalisés classiques continueront d'augmenter de manière considérable. Dans cette publication, nous montrerons entre autres les régions dans lesquelles un nombre particulièrement élevé de nouveaux lits médicalisés devront être prévus dans les 25 prochaines années, l'augmentation des dépenses liées aux soins aux personnes âgées et le personnel de soin supplémentaire nécessaire.

Au vu des évolutions mentionnées, il n'est pas surprenant que la somme des investissements réalisés dans les projets de homes médicalisés ait enregistré, au cours des dernières années, une augmentation massive. Cet état de fait a entraîné un accroissement des besoins de financement des investissements – aussi bien des institutions privées que publiques. Dans ce contexte, le Credit Suisse a développé de manière systématique son savoir-faire en matière de financement des homes médicalisés et se tient à la disposition des exploitants et organismes responsables d'institutions de soins en tant que partenaire de financement durable et novateur.

Nous vous souhaitons une agréable et passionnante lecture.



Andreas Gerber
Responsable Affaires PME Suisse



Oliver Adler
Responsable Economic Research

Management Summary

Croissance massive du nombre de personnes très âgées au cours des prochaines décennies

(pp. 7–8)

«Tout le monde veut vivre longtemps, mais personne ne veut vieillir.» C'est du moins ce que prétendait, au XVIII^e siècle, l'écrivain et satiriste irlandais Jonathan Swift – le célèbre auteur des Voyages de Gulliver. Aujourd'hui, nous vivons en moyenne considérablement plus longtemps qu'à l'époque de Jonathan Swift. Nous prenons de l'âge et pas seulement individuellement, c'est la société tout entière qui connaît un vieillissement. Aujourd'hui, plus de 400 000 personnes de plus de 80 ans vivent en Suisse. En 2040, leur nombre devrait être supérieur à 880 000. Leur part dans la population totale devrait ainsi passer de 5% à 9%. Ce vieillissement démographique massif entraînera une augmentation considérable du nombre de personnes âgées nécessitant des soins. Si l'on considère les soins gériatriques comme secteur d'activité, on peut constater qu'aucune autre branche ne connaît une croissance de la demande aussi dynamique et pour ainsi dire quasiment garantie à long terme. Déjà au cours des dernières années, les homes médicalisés et les soins à domicile ont enregistré une croissance plus dynamique que par exemple le système hospitalier, pourtant également en forte expansion.

Branche à la réglementation à la fois forte et complexe

(pp. 8–14)

Les homes médicalisés ne constituent toutefois pas une branche conventionnelle. Comme dans d'autres secteurs du système de santé, les fournisseurs se voient confrontés à un étroit carcan réglementaire. Comme en Suisse pratiquement tout le monde s'accorde à reconnaître que toutes les personnes âgées ont droit à un standard minimum de soins, les assurances sociales obligatoires et l'Etat supportent la majeure partie des frais occasionnés. Bien que la Confédération ait revu en 2011 de nombreux aspects du financement des soins aux personnes âgées, beaucoup de divergences réglementaires subsistent entre les différents cantons et des incertitudes persistent. Pour les personnes extérieures au secteur, comme les investisseurs privés désireux d'y effectuer des placements, le fédéralisme très marqué au niveau réglementaire est difficile à cerner. Plus de transparence permettrait de minimiser les incitations inopportunes ainsi qu'une allocation potentiellement inefficace des ressources.

Le financement des dépenses en forte croissance doit être assuré

(pp. 14–15)

Les besoins grandissants de soins liés au vieillissement démographique devraient entraîner, d'ici 2040, le doublement de la part des dépenses affectées aux homes médicalisés et aux soins à domicile dans le produit intérieur brut, même dans les scénarios optimistes. Il n'est pas garanti que le système de financement actuel soit en mesure de supporter cette charge supplémentaire massive. Le législateur doit donc impérativement réfléchir, à temps, à des modèles de financement alternatifs, comme par exemple une assurance soins obligatoire, et élaborer des solutions à la fois viables et durables.

La future croissance de la demande variera fortement selon les régions

(pp. 16–23)

Que le financement des soins aux personnes âgées soit assuré ou pas, la demande en soins et en places d'accueil augmentera considérablement au cours des prochaines décennies. Selon les scénarios, le nombre de personnes devant être accueillies dans des homes médicalisés augmentera d'entre 57% et 122% d'ici 2040. La croissance évoluera cependant de manière très différente dans les diverses régions suisses. La demande en soins gériatriques connaîtra une évolution particulièrement dynamique dans les zones de la ceinture extérieure des régions métropolitaines de Zurich et de Genève-Lausanne. Dans les grandes villes et surtout dans les zones périphériques de l'Arc jurassien et des Alpes en revanche, nous tablons sur une progression plutôt inférieure à la moyenne.

Le besoin supplémentaire en personnel de soins est difficile à couvrir

(pp. 24–29)

Au cours des dernières années, les offres en soins gériatriques ont enregistré une croissance parallèle à celle de la demande. Les effectifs de cette branche très gourmande en personnel ont augmenté plus fortement que dans la plupart des autres secteurs de l'économie suisse. Il n'est donc pas étonnant que ce secteur souffre déjà en partie d'une pénurie de main-d'œuvre qualifiée, pénurie qui ne cessera de s'accroître compte tenu de la croissance toujours dynamique de la demande à l'avenir. Nous nous attendons donc à ce que les besoins supplémentaires augmentent, d'ici 2040, de 48 000 à 71 000 emplois de soin à plein temps, rien que dans les homes médicalisés, ce qui correspond pratiquement aux effectifs totaux actuels de l'industrie alimentaire. Il n'est toutefois pas certain que ce besoin puisse être réellement couvert compte tenu de la quasi-stagnation de la population active. Dans ce contexte, l'approbation de l'initiative contre l'im-

migration de masse votée le 9 février 2014 est particulièrement critique. Au cours des dernières années, plus de 40% des emplois supplémentaires créés dans le domaine des soins ont été couverts par du personnel possédant un diplôme étranger.

La structure de l'offre de soin et d'accueil change

(pp. 24–29)

Aujourd'hui, les quelque 1500 homes médicalisés mettent à disposition environ 80% du personnel de soins, ce qui constitue approximativement la même part de l'offre en soins gériatriques. Les soins à domicile représentent, quant à eux, les 20% restants. Les soins ambulatoires devraient gagner de l'importance aux dépens des soins stationnaires. La raison à cela est que les homes médicalisés accueillent aujourd'hui également des clients ayant besoin de peu de soins, qui pourraient être suivis beaucoup plus efficacement d'un point de vue économique à domicile. La séparation stricte entre soins ambulatoires et soins stationnaires s'estompe de plus en plus. En effet, il existe de nos jours un grand nombre de concepts de logement et d'assistance alternatifs, comme l'«habitat avec services», qui sont en expansion.

Grandes disparités régionales dans la densité et la structure de l'offre

(pp. 30–31)

Bien qu'en Suisse, la couverture en homes médicalisés ne présente pratiquement aucune lacune – pour 99% de la population, au moins un home médicalisé est accessible en moins de 15 minutes en voiture –, la densité de l'offre varie fortement en fonction des régions. Notre analyse montre qu'aujourd'hui certaines zones de Suisse occidentale et septentrionale possèdent un nombre de lits médicalisés inférieur à la moyenne. Ce résultat se relativise toutefois dès que l'on prend en considération les offres de soins à domicile. Les cantons de Suisse romande surtout misent aujourd'hui fortement sur les soins ambulatoires aux personnes âgées.

Le volume d'investissement dans les homes médicalisés a triplé dans les dix dernières années

(pp. 32–35)

Au cours des dernières années, le nombre de collaborateurs a augmenté, de même que le volume des investissements réalisés dans les homes médicalisés. Au début des années 2000, les autorités communales compétentes en matière de construction autorisaient, chaque année, des projets de homes médicalisés (avec logements pour personnes âgées et autres surfaces utiles) d'une valeur d'environ 200 millions de francs; ces trois dernières années, cette valeur s'élevait à plus de 700 millions de francs. Ce n'est pas le nombre de nouveaux projets qui a augmenté, mais la taille des objets autorisés. Au cours des trois dernières années, de nombreux projets ont été réalisés dans la région de Zurich, de Bâle et du Mittelland. On peut donc s'attendre, dans ces régions, à la plus forte expansion du nombre de lits dans les deux à trois années à venir.

D'ici 2040, près de 20 milliards de francs doivent être investis dans des homes médicalisés supplémentaires

(pp. 35–37)

La croissance dynamique de l'immobilier de soins se poursuivra à moyen et long terme compte tenu de l'évolution pronostiquée de la demande. Malgré l'importance grandissante des soins à domicile dans toute la Suisse, nous nous attendons, d'ici 2040, à une augmentation des besoins de plus de 53 000 lits médicalisés, afin de pouvoir faire face à la demande croissante. Ceci correspond à un montant d'investissement de 18,4 milliards de francs actuels, soit près de 700 millions de francs par an. Les bâtiments de substitution ainsi que les rénovations ne sont pas compris dans ce montant, de même que les investissements dans de nouveaux appartements pour personnes âgées. Le volume d'investissement total nécessaire dans les logements pour personnes âgées et homes médicalisés devrait donc être nettement plus important. Les besoins supplémentaires en lits médicalisés ne se répartissent cependant pas de manière homogène sur l'ensemble du territoire suisse. Sur la base de l'évolution prévue de la croissance et de la densité actuelle de l'offre, nous partons du principe qu'un investissement dans des lits supplémentaires sera indispensable notamment dans les régions situées entre le lac Léman et le lac de Neuchâtel, à l'est du lac Léman et à l'ouest de la ville de Zurich.

Branche de croissance recelant des défis

Alors que le secteur des homes médicalisés devrait profiter à moyen et long terme, comme aucun autre secteur, de l'évolution dynamique de la demande, il devra également faire face à différents défis. Avec le vieillissement démographique grandissant, le maintien de la viabilité financière du système actuel devrait devenir toujours plus difficile, de même que la formation et le recrutement de personnel de soins suffisant. Bien que la majeure partie des coûts des soins aux personnes âgées soit liée au personnel, des volumes considérables doivent être investis dans la construction de homes neufs ou de substitution. Dans le contexte d'un marché immobilier toujours plus compétitif, de plus en plus d'investisseurs privés manifestent certes de l'intérêt pour l'immobilier de soins, mais ils ne doivent en aucun cas sous-estimer la complexité du marché, d'autant plus que les conditions réglementaires diffèrent fortement en fonction des régions. Pour réduire à un minimum le risque lors de la décision d'investissement, des connaissances détaillées des marchés locaux et des conditions réglementaires sont indispensables.

Situation initiale

Soins gériatriques dans le contexte du système de santé

Le système de santé est une branche de croissance

Le système de santé appartient aux branches de l'économie suisse les plus importantes et enregistrant la plus forte croissance. En 2012, les dépenses générées dans ce secteur s'élevaient à 11%, la création de valeur à près de 5% du produit intérieur brut (PIB). Alors que les dépenses de santé s'élevaient encore à 36 milliards de francs en 1995, elles ont augmenté jusqu'en 2012 à 68 milliards de francs, ce qui représente une croissance nominale moyenne de 3,9% par an. Cette tendance devrait se poursuivre à l'avenir. L'Administration fédérale des finances (AFF) prévoit que la part des dépenses du système de santé dans le PIB augmentera, d'ici 2060, à 16%.¹

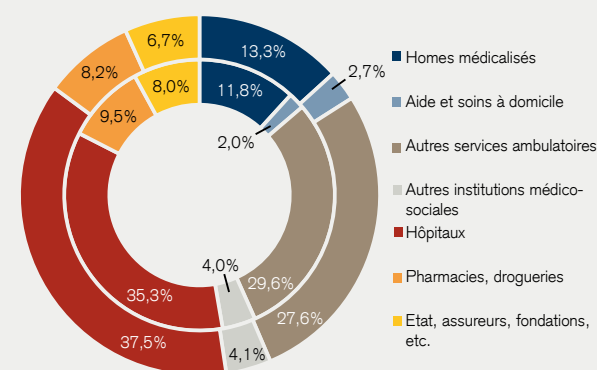
Le progrès technologique et le vieillissement démographique...

La population impose certes de hautes exigences au système de santé, mais est également prête à y mettre le prix. La demande en prestations de services de santé croît de manière plus que proportionnelle avec l'amélioration de la prospérité. Les moteurs principaux de la demande de prestations de santé sont les progrès technologiques ainsi que le vieillissement démographique de la population – généré par le vieillissement des générations du baby-boom et une espérance de vie croissante.

Figure 1

Dépenses de santé d'après les prestataires

Part dans les dépenses de santé, 1995 (cercle intérieur), 2012 (cercle extérieur)

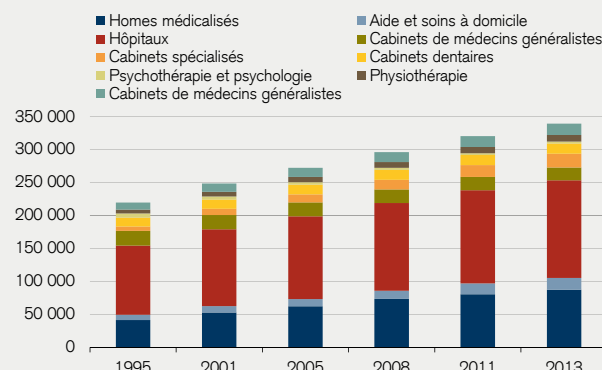


Source: Office fédéral de la statistique, Credit Suisse

Figure 2

Emploi dans le système de santé

Equivalents plein temps; en partie estimé pour les sous-branches du secteur ambulatoire



Source: Office fédéral de la statistique, Credit Suisse

... accroissent la demande de soins aux personnes âgées

Aucune autre branche du système de santé n'est aussi concernée par le vieillissement démographique que celle des soins aux personnes âgées. A mesure qu'ils prennent de l'âge, les patients se voient de plus en plus confrontés à des restrictions et problèmes de santé. Ceci génère, dans le domaine des soins gériatriques, une demande supplémentaire et par là même des répercussions financières. Entre 1995 et 2012, les dépenses de santé de ce sous-secteur ont enregistré une croissance supérieure à la moyenne (cf. fig. 1). Les dépenses affectées aux homes médicalisés ont augmenté, pendant cette période, en moyenne de 4,6% par an, représentant ainsi, en 2012, 13,3% des frais de santé totaux (1995: 11,8%). Nous nous attendons à ce que cette tendance persiste à l'avenir. La part des dépenses liées aux homes médicalisés dans le PIB devrait pratiquement tripler d'ici 2060, passant de 1,3% actuellement à 3,8%.

¹ Colombier (2012): Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2060 (Projections des dépenses de santé jusqu'en 2060). Administration fédérale des finances.

Homes médicalisés: deuxième employeur du secteur de la santé

Parallèlement à la demande en forte croissance, l'offre en prestations de soins a considérablement augmenté (cf. fig. 2). En 2013, les homes médicalisés constituaient, avec quelque 87 000 emplois à plein temps (EPT), le deuxième employeur du secteur de la santé. Un emploi du système de santé sur quatre est aujourd'hui proposé par un home médicalisé (en 1995: 18,8%). Viennent s'ajouter à cela les 18 000 postes existant dans le domaine des soins ambulatoires (soins à domicile). Les hôpitaux conservent cependant leur rang incontesté de premier employeur avec 148 000 emplois à plein temps. Ils constituent ainsi la principale sous-branche du système de santé. Le marché hospitalier était le point fort de notre dernière étude sur le système de santé publiée en 2013.²

Différentes formes d'offres en soins gériatriques

La présente analyse représente une étude économique du marché des homes médicalisés en Suisse. Les aspects médicaux seront abordés brièvement aux endroits nécessaires, mais ne seront pas traités dans le détail. Le point de départ de notre analyse est la demande en prestations de soins aux personnes âgées. Il convient de considérer les différents types d'offres alternatifs disponibles en Suisse pour satisfaire cette demande. À côté des homes médicalisés et des maisons de retraite traditionnelles, les soins et l'assistance à domicile jouent un rôle toujours plus important. Les résidences et appartements pour personnes âgées ainsi que les soins dispensés par les proches sont également essentiels. En raison du manque de données actuel, ces types d'offres ne seront considérés que partiellement. Même si nous prenons en compte les soins à domicile ainsi que les types de logements alternatifs, les homes médicalisés restent au centre de cette analyse. Selon l'Office fédéral de la statistique (OFS), on entend par home médicalisé toute institution qui soigne des personnes âgées nécessitant des soins et/ou des malades chroniques. Contrairement aux maisons de retraite pour personnes âgées, les homes médicalisés sont admis à fournir des prestations couvertes par l'assurance obligatoire des soins à des patients pour une longue durée.

Conditions-cadres réglementaires

Les particularités du marché des soins appellent une réglementation étatique

Comme le reste du système de santé, le secteur des soins aux personnes âgées est fortement réglementé, ce qui limite la liberté d'entreprise des différents acteurs. Comme d'autres branches du secteur de la santé, le marché des homes médicalisés se distingue en effet en divers aspects des marchés de services traditionnels. Ce secteur se caractérise, comme le reste du secteur de la santé d'ailleurs, entre autres par une asymétrie d'information prononcée entre les consommateurs et les prestataires responsables de l'offre. Il est ainsi souvent difficile, pour les patients et leurs proches, d'évaluer l'utilité et la qualité des prestations de soins dispensées. Des portails de comparaison sophistiqués permettant de désamorcer quelque peu la situation, comme ils en existent par exemple en Allemagne, sont en Suisse encore introuvables. De plus, un changement ultérieur de home, par exemple lorsque le client n'est pas satisfait de la qualité des soins qui lui sont prodigués, génère des frais importants, ce qui rend relativement difficile le changement vers une autre institution de soins. Le problème est particulièrement frappant quand, suite à une hospitalisation, une place dans un home médicalisé doit être rapidement trouvée, si bien que le choix de l'institution souhaitée est d'emblée limité. Pour garantir la protection du patient tout en assurant la rentabilité économique du système, un certain degré de réglementation est donc indispensable. Il existe de plus la prétention de la société de permettre à tout un chacun, indépendamment de son statut économique, l'accès à des prestations de soins de qualité. En raison des particularités de la branche, les prix et quantités proposés ne dépendent pas principalement de l'interaction entre l'offre et la demande, mais sont fortement administrés et régulés par l'Etat.

Répartition complexe des compétences entre Confédération, cantons et communes

Les principes fondamentaux de la réglementation du marché des homes médicalisés sont consignés dans la Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal). Les trois niveaux étatiques sont concernés. Le Conseil fédéral désigne les prestations de soins pour lesquelles l'assurance obligatoire des soins (AOS) doit participer, règle la méthode d'identification des besoins et définit

2 Cf. Credit Suisse (2013): Système de santé suisse 2013 – Le marché hospitalier en mutation.

les contributions LAMal de manière uniforme pour toute la Suisse. Les cantons, quant à eux, sont responsables de la surveillance et de la procédure d'autorisation. Pour ce faire, ils édictent des lois cantonales et définissent des objectifs en matière de qualité, établissent la liste des homes médicalisés et octroient les autorisations d'exploitation. L'intégration d'un home médicalisé dans la liste cantonale permet à celui-ci de fournir des prestations de soins qui seront facturées à l'assurance obligatoire des soins. Les communes, elles, sont généralement en charge de la planification et de l'assurance des places en homes médicalisés, l'affectation s'effectuant cependant en étroite collaboration avec d'autres communes ou avec le canton.

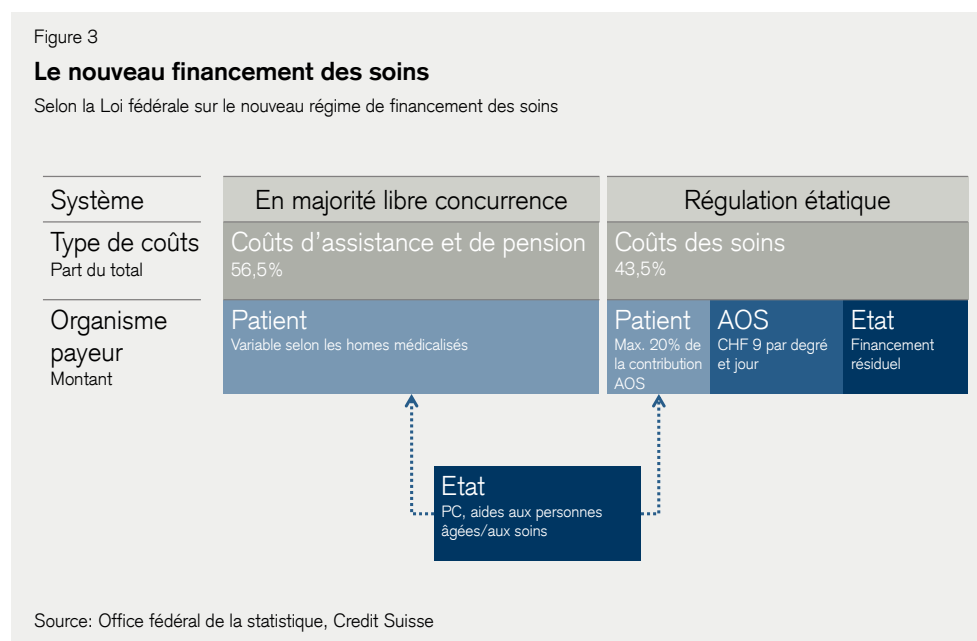
Fédéralisme prononcé dans la réglementation

La réglementation des soins aux personnes âgées est complexe, manque souvent de transparence et s'avère peu compréhensible pour les personnes extérieures à la branche. Comme la Confédération accorde aux cantons de vastes compétences dans la conception et la mise en œuvre des conditions-cadres légales, il existe actuellement d'importantes divergences régionales dans les réglementations. Il n'est ainsi pas toujours possible de faire des assertions valables à l'échelle nationale sur les différents aspects réglementaires. Les explications qui suivent n'aborderont donc qu'en surface la réglementation en matière de homes médicalisés. Une analyse complète du régime réglementaire des soins aux personnes âgées prenant en compte toutes les particularités régionales dépasserait de loin le cadre de la présente étude. Nous nous limiterons donc à la réforme du financement des soins et nous concentrerons principalement sur les modalités de financement des soins aux personnes âgées. Nous sommes conscients que cette approche met de côté certains aspects réglementaires importants.

Nouveau financement des soins

Le nouveau financement des soins est entré en vigueur en 2011

En juin 2008, le parlement a adopté la Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins, qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2011. La réforme du financement des soins poursuit deux objectifs principaux: par cette réforme, le législateur voulait, d'une part, réduire la charge financière croissante pesant sur les personnes ayant besoin de soins et, d'autre part, soulager financièrement les assureurs maladie qui prenaient en charge, dans l'ancien système, toujours plus de prestations de soins liées à la vieillesse. Pour ce faire, la répartition des coûts a été modifiée au profit des patients et des caisses d'assurance maladie.



Trois acteurs se partagent les frais

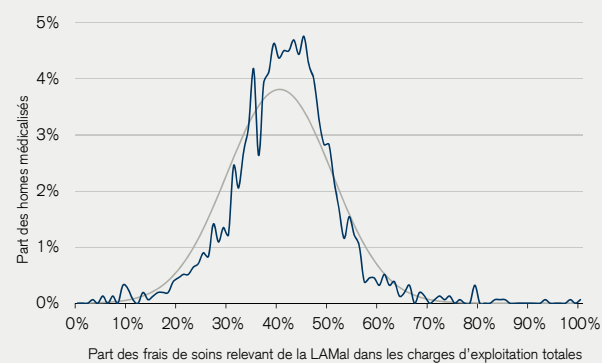
Les prestations fournies par un home médicalisé peuvent être divisées en trois composants principaux: pension (administration, nettoyage, repas, infrastructure), assistance et prestations de soins. Les frais liés à la pension et à l'assistance sont entièrement à la charge du client. Les institutions disposent d'une liberté d'entreprise relativement importante dans la fixation des prix pour ces prestations de service. Les coûts des soins sont répartis, en revanche, entre le client,

l'AOS et les pouvoirs publics. Le nouveau système de financement des soins n'a certes rien changé à cette répartition fondamentale, mais en a modifié la clé. Pour endiguer la charge financière croissante affectant l'assurance obligatoire des soins et les patients, l'évaluation des besoins en soins et la rémunération par l'assurance maladie ont été unifiées pour toute la Suisse. Désormais, l'AOS apporte, pour chaque tranche de 20 minutes de besoin en soins, par jour et par résident, une contribution de 9 francs.³ La participation des résidents aux frais de soins est généralement limitée à 20% de la contribution maximale de la caisse maladie (c'est-à-dire à 21.60 francs par jour maximum). Le reste des frais de soins est pris en charge par les pouvoirs publics, à savoir, en fonction des cantons, par les communes ou les cantons eux-mêmes (cf. fig. 3).⁴ La part des frais de soins dans les charges d'exploitation totales des homes correspond, en moyenne, à près de 41%. Compte tenu des grandes différences au niveau des modèles de soin, de la dépendance des patients et de la liberté des homes dans la fixation des frais de pension et d'assistance, cette valeur varie fortement (cf. fig. 4). La part des frais de pension dans un home médicalisé de grand standing est vraisemblablement nettement plus élevée que celle d'une institution possédant une infrastructure de niveau moyen.

Figure 4

Part des frais de soins dans les frais totaux

Part des frais de soins relevant de la LAMal dans les charges d'exploitation totales (2013); ligne grise: répartition normale

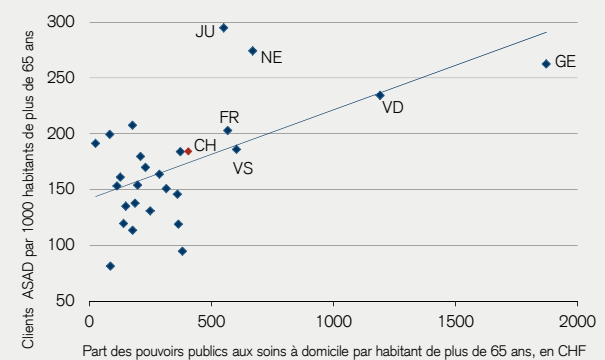


Source: Office fédéral de la santé publique, Credit Suisse

Figure 5

Contributions de l'Etat et clients des soins à domicile

Contributions de l'Etat et nombre de clients des soins à domicile (ASAD) par canton (2012); tendance linéaire



Source: Office fédéral de la statistique, Credit Suisse

Investissements financés soit de manière forfaitaire, soit par subventions directes

Avant l'introduction du nouveau financement des soins déjà, différents cantons ont commencé à octroyer aux institutions de soins plus de libertés dans le domaine du financement des investissements. En analogie au nouveau système de financement des hôpitaux, les homes ne doivent plus être directement subventionnés pour la construction, la transformation ou l'agrandissement de homes médicalisés.⁵ A la place, les institutions de soins répercutent ces coûts à leurs résidents en tant que frais de pension. Si nécessaire, ces frais peuvent être couverts de manière subsidiaire par les prestations complémentaires à l'AVS. Avec ce passage d'un financement de l'offre à un financement des personnes, la gestion économique de l'entreprise ainsi que la constitution de réserves pour des investissements futurs gagnent toujours plus en importance pour les homes médicalisés.⁶ Mais comme dans l'ensemble du système de financement des soins, il existe ici aussi de grandes disparités cantonales. Alors que certains cantons ont réalisé relativement tôt ce changement de système, par exemple dans le cadre de la mise en œuvre de la nouvelle péréquation financière (NPF), d'autres accordent aujourd'hui encore des contributions fixes aux investissements par nouveau lit médicalisé construit. Dans certaines conditions,

3 La contribution de l'assurance obligatoire des soins aux frais de soins repose sur le besoin de soins du client. Les besoins de soins sont déterminés par l'intermédiaire d'instruments spéciaux d'identification des besoins qui répartissent les résidents sur 12 niveaux de soin différents (20 minutes de soin par niveau). Cela signifie que la contribution maximale de l'AOS s'élève à 108 francs par jour (état: 2015).

4 Le canton de Zurich, par exemple, a entièrement délégué la responsabilité du financement résiduel aux communes. Dans le canton de Berne, en revanche, c'est la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale qui est en charge du financement résiduel.

5 Cf. Credit Suisse (2013): Système de santé suisse 2013 – Le marché hospitalier en mutation.

6 En d'autres termes, le financement de l'offre subventionne les prestataires alors que le financement des personnes subventionne les bénéficiaires des prestations.

le canton de Bâle-Campagne, par exemple, fournit une contribution aux investissements de 200 000 francs pour chaque nouveau lit médicalisé créé dans des institutions de soins d'utilité publique privées ou publiques. Les homes médicalisés de Berne facturent à leurs clients, quant à eux, une contribution journalière fixe aux frais d'infrastructure qui est reconnue par la caisse de compensation lors du calcul de la prestation complémentaire (2015: 31.60 francs).

Régime de financement similaire pour les soins à domicile

Dans le contexte du nouveau financement des soins, les modalités de financement des soins à domicile ont été adaptées. Comme pour les homes, les pouvoirs publics, les caisses d'assurance maladie et les patients se partagent les prestations prises en charge (soins prescrits par ordonnance). La part de l'assurance maladie obligatoire est définie de manière forfaitaire par le Conseil fédéral et correspond, comme auparavant, à près de 55% des frais de soins. En plus de la participation individuelle et de la franchise déjà prélevées jusque-là, les patients participent désormais aux frais à concurrence de 20% du montant maximum de couverture de l'AOS fixé par le Conseil fédéral (à savoir 15.95 francs par jour maximum). Le financement résiduel est à la charge des cantons et des communes. Les prestations non prises en charge, comme les prestations d'assistance domestique, sont fondamentalement à la charge du client (sauf si celui-ci dispose d'assurances complémentaires privées).

Stratégie privilégiant les soins ambulatoires aux soins stationnaires

A la différence du financement des homes, de nombreux cantons exonèrent les patients entièrement ou partiellement de leur participation aux soins ambulatoires. Cette opération a pour objectif d'inciter financièrement les personnes nécessitant des soins à se faire soigner aussi longtemps que possible à leur propre domicile. Cette stratégie privilégiant les soins ambulatoires aux soins stationnaires semble être poursuivie de manière systématique principalement en Suisse romande. En comparaison à la Suisse alémanique, la Suisse romande dépense plus que la moyenne pour les soins à domicile (cf. fig. 5). Ces mêmes cantons présentent simultanément une part relativement élevée de clients profitant de soins ambulatoires à domicile. Il est difficile d'établir un lien de cause à effet direct entre ces deux variables. D'autres déterminantes comme les différences cantonales en matière de réglementation sur le marché des soins à domicile et des homes médicalisés, les aspects culturels ainsi que les particularités géographiques jouent également un rôle important dans l'explication de ces disparités.

Les incitations inopportunes entre organismes payeurs provoquent potentiellement de mauvaises allocations des ressources et une augmentation des coûts totaux

Notamment dans le cas d'une dépendance aux soins légère à moyenne, la stratégie privilégiant les soins ambulatoires aux soins stationnaires est judicieuse du point de vue économique (cf. aussi le chapitre «Offre de prestations de soins gériatriques»). Les contributions des assurances maladie déterminées par le Département fédéral de l'intérieur (DFI) pour les soins stationnaires et ambulatoires constituent cependant, jusqu'à un certain point, une incitation contraire à cette stratégie. L'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) prévoit ainsi que l'AOS prenne en charge au moins un montant de 54.60 francs pour chaque heure de soin dispensée dans le domaine ambulatoire.⁷ La contribution de l'AOS par heure de soins dans le domaine ambulatoire est donc deux fois plus élevée que la contribution dans le domaine stationnaire (27 francs par heure). En théorie du moins, les caisses d'assurance maladie ont donc intérêt à ce que les clients soignés de manière ambulatoire soient placés aussi rapidement que possible dans un home médicalisé. Du point de vue économique, ceci peut provoquer de mauvaises allocations, des coûts globaux plus élevés ainsi qu'une limitation de la liberté de choix des patients.

La charge financière des cantons et communes augmente fortement

Comme la période de transition ne s'est achevée qu'en 2013, il est aujourd'hui encore trop tôt pour dire si la réforme du financement des soins sera à même de répondre aux objectifs postulés et de freiner la croissance des coûts des caisses d'assurance maladie et des ménages privés. Un déplacement des parts du financement peut cependant déjà être constaté. Alors que les cantons et les communes prenaient en charge, en 2008, encore 9,1% des frais générés par les homes médicalisés, ils assumaient en 2012 15,6% des frais (1,4 milliard de francs). Sur la même période, les parts des caisses d'assurance maladie et des ménages privés ont baissé chacune de trois points de pourcentage (cf. fig. 6). En 2012, sur les 9 milliards de francs de dépenses liées aux homes médicalisés, près de 40% ont été pris en charge directement par les ménages privés. Le séjour dans un home médicalisé pouvant rapidement coûter plusieurs milliers de francs par mois, les frais dépassent souvent le revenu disponible des patients. Il est

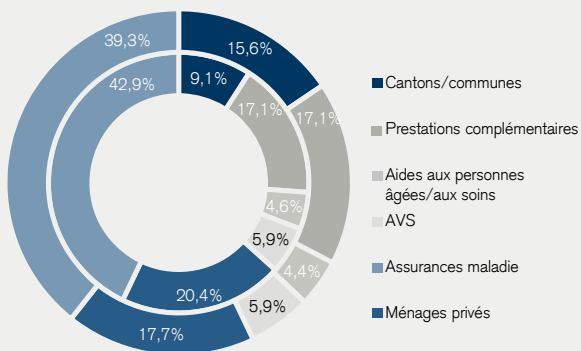
⁷ Contrairement aux soins stationnaires aux personnes âgées, les caisses d'assurance maladie paient pour les soins à domicile différentes contributions en fonction des activités effectuées. Pour les mesures liées à la clarification des besoins, au conseil et à la coordination, elles versent 79.80 francs par heure, pour les mesures liées aux examens et au traitement 65.40 francs par heure (état 2015).

alors, dans un tel cas de figure, possible de recourir à des prestations sociales liées aux besoins.⁸ Plus de 50% des personnes hébergées dans des homes médicalisés sont dépendantes de cette aide de l'Etat. Comme elles représentent quelque 2 milliards de francs, ces aides sociales ont un poids et donc un rôle important dans le financement des frais de homes.

Figure 6

Financement des dépenses des homes médicalisés

Parts dans les dépenses, 2008 (cercle intérieur), 2012 (cercle extérieur)

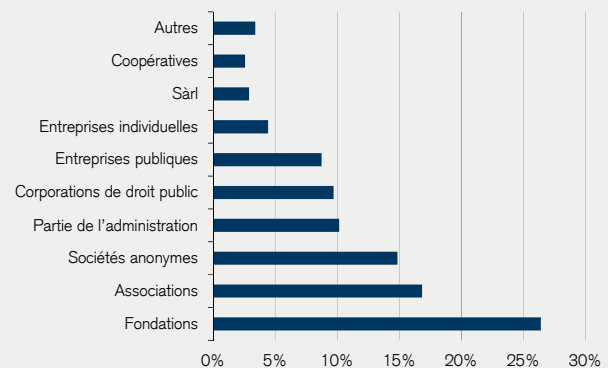


Source: Office fédéral de la statistique, Credit Suisse

Figure 7

Forme juridique des homes médicalisés 2013

Parts selon la forme juridique



Source: Office fédéral de la santé publique, Credit Suisse

Défis et incertitudes réglementaires

La formulation ouverte de la loi laisse une importante liberté d'interprétation et peut provoquer des conflits d'intérêt

Dans le système de santé suisse, les cantons jouent un rôle important et exigeant. Autorités de régulation, organismes payeurs, voire propriétaires, ils assument différentes fonctions, ce qui peut les mettre dans des situations de conflits d'intérêts.⁹ En leur qualité de régulateur, les cantons déterminent le nombre des places en home, sur la base de la liste des homes médicalisés. Ils se réfèrent pour cela à l'identification des besoins effectuée par les communes et réalisent, si nécessaire, leurs propres calculs dans le but de déterminer la demande. S'ils sont également responsables du financement résiduel, il se peut que des incitations inopportunes soient générées, un nombre de places en home inférieur au nombre optimal étant ainsi par exemple autorisé en raison de finances cantonales limitées. Les collectivités occupant le double rôle de propriétaire et de bailleur de fonds des homes se trouvent également dans une zone de tension. Une commune pourrait ainsi privilégier financièrement une institution de soin propre au détriment d'un home médicalisé privé, ce qui provoquerait une distorsion du marché.

Une coordination insuffisante entre les cantons génère un manque de transparence

Les compétences accrues octroyées aux cantons par la Confédération dans le cadre de la réforme du financement des soins ont été exploitées au maximum. Comme nous l'avons déjà évoqué, les solutions cantonales ont été adaptées en premier lieu aux particularités locales et ne sont que très peu coordonnées au niveau inter-cantonal. Cet état de fait se manifeste principalement dans la fixation des modalités de financement, le calcul des frais de soin pris en charge ainsi que dans le financement résiduel inter-cantonal. Depuis l'instauration du nouveau régime, les différentes interprétations de la base juridique provoquent régulièrement des discussions entre les assureurs maladie, les homes médicalisés et les communes ou cantons. Compte tenu de la grande disparité régionale du point de vue de la réglementation, il est difficile, notamment pour les personnes étrangères au secteur, comme par exemple les investisseurs privés, de s'orienter. Il serait certainement avantageux pour le secteur, et ainsi pour les personnes recevant les soins, de créer plus de transparence.

⁸ Sont comprises les prestations complémentaires à l'AVS et les aides cantonales aux personnes âgées (soins).

⁹ De nombreux cantons ont délégué aux communes la responsabilité du financement résiduel. Dans ce cas aussi, des conflits d'intérêts surviennent, car nombre de communes (plus encore que les cantons) jouent le double rôle de bailleur de fonds et de propriétaire.

Avantages et inconvénients des différentes formes juridiques

La forme juridique d'une institution de soins joue un rôle important notamment pour le financement d'investissements dans les bâtiments ou les équipements par des bailleurs de fonds issus du secteur privé. De nombreux cantons se sont en effet retirés du financement d'investissements directs, déléguant la responsabilité aux institutions de soins – dans certains cas toutefois seulement partiellement. Les homes se sont ainsi vu octroyer plus de liberté, mais aussi plus de responsabilités. Dans un tel contexte, chaque forme juridique n'est pas forcément judicieuse. En Suisse, le marché est dominé par les fondations, les associations et les formes publiques, telles que les corporations de droit public, les entreprises publiques et les entités administratives. En 2013, plus d'un quart des homes médicalisés était porté par une fondation, un home sur six par une association (cf. fig. 7).

Mais la forme juridique de la société anonyme est également bien représentée, avec une part de 15%. Les sociétés anonymes se caractérisent par des comités plutôt de petite taille dont les membres possèdent souvent des connaissances économiques approfondies et possèdent une grande autonomie et flexibilité dans la gestion des affaires. Pour ces raisons, la société anonyme est une forme juridique appréciée notamment des banques, ce qui peut s'avérer avantageux pour l'octroi de crédits et d'hypothèques. Le concept de recherche de profits motivant les affaires d'une SA doit toutefois souvent faire face aux réserves des autorités et de l'opinion publique. Pour contourner ce problème, les institutions privées et les pouvoirs publics collaborent de plus en plus fréquemment dans le cadre d'une entité ad hoc (partenariat public-privé).

Comparées aux SA, les associations et fondations à buts non lucratifs bénéficient d'un plus large soutien au sein de la population. Sur le marché des capitaux, l'association est toutefois une forme juridique peu prisée, car aucun capital social n'est donné, celui-ci se composant uniquement de la fortune de l'association. En revanche, les investisseurs ne considèrent pas à priori négativement la forme juridique de la fondation. Le facteur décisif pour la solvabilité est le montant auquel s'élève la fortune de la fondation. Une fondation bien établie financièrement est considérée par les bailleurs de fonds privés comme un partenaire tout à fait attrayant. Il se peut cependant, notamment dans le cas des fondations de droit privé, que le but défini et pratiquement immuable de la fondation entraîne des restrictions et rende difficile l'accomplissement des tâches.

Si un home médicalisé est géré par l'administration publique, il peut généralement se réjouir d'un fort ancrage dans la population, car les membres de l'organe suprême assument souvent, à titre accessoire, une fonction d'élu. Cette situation peut simultanément provoquer des conflits d'intérêts entravant la rentabilité économique de l'institution. En raison de leur taille importante, les administrations publiques en tant qu'organismes responsables sont lentes, possèdent des structures souvent obsolètes et sont moins flexibles, dans leurs investissements, que d'autres formes juridiques, car elles doivent toujours se conformer aux directives en matière d'attribution des marchés publics.¹⁰

Le problème du financement résiduel

L'aspect le plus controversé du régime de financement actuel est sans doute le règlement du financement résiduel des frais de soins, qui sont, selon la nouvelle LAMal, du ressort des cantons. Justifiant ne pas vouloir soutenir les homes non rentables générant des frais de soins trop élevés, de nombreux cantons ont fixé un montant de financement résiduel plafond par degré de soins. Le montant de cette contribution au financement résiduel – appelé aussi parfois «coûts normatifs» – ainsi que les méthodes de calcul sur lesquelles il repose varient très fortement en fonction des cantons, notamment parce que la notion de «rentabilité» est perçue différemment. Si, après déduction des contributions des caisses d'assurance maladie et des résidents, les frais de soins effectifs dépassent toujours les fonds octroyés par les pouvoirs publics, le home médicalisé reste sur

¹⁰ Un bon aperçu des différentes formes juridiques et de leurs avantages et inconvénients pour les homes médicalisés peut être trouvé chez Meyer (2008): Formes juridiques possibles pour les institutions de l'accueil prolongé des personnes âgées du canton de Berne; Leser, Bützer, Kinner et Saldutto (2010): Zusammenarbeit zwischen Heimleitungen und ihren Trägerschaften (Collaboration entre les directions des homes et leurs organismes responsables).

des coûts non couverts. Dans ce contexte, pour qu'un home puisse subsister à moyen et long terme, il est obligé soit de réduire la qualité et les prestations de soins proposés, soit de facturer les frais de soins à ses résidents sous une autre désignation (p. ex. en tant que frais de pension ou d'assistance), ce qui enfreint cependant au principe de la protection tarifaire. Ces deux options ne vont pas dans le sens prévu par le nouveau système de financement des soins.

Qui assume les frais en cas de séjour dans des homes extra-cantonaux?

La réglementation du financement résiduel pour les clients extra-cantonaux recèle également des incertitudes. Une grande partie des cantons déclare le canton d'origine du patient responsable du financement résiduel, alors que le Tribunal fédéral a décidé, fin 2014, que le canton dans lequel le home médicalisé était implanté devait prendre en charge les frais résiduels.¹¹ Ne disposant pas d'une réglementation en la matière, certains cantons décident au cas par cas. Il est difficile de dire si cette situation entraîne, en pratique, des restrictions dans le choix d'un home médicalisé. En 2013, seul un résident sur vingt vivait dans un home médicalisé situé en dehors du canton de domicile. Cette valeur varie toutefois fortement en fonction des cantons. Dans le canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures par exemple, la part des patients extra-cantonaux s'élevait en 2013 à 23%, dans le canton du Tessin à seulement 0,5%.

La politique a reconnu les problèmes, mais une réforme n'est pas (encore) en vue

La mise en œuvre du financement des soins différant selon les régions et les problèmes qui y sont liés ont également donné lieu à de nombreuses discussions politiques. En septembre 2011 déjà, le préposé à la surveillance des prix a attiré l'attention sur le problème du financement résiduel, estimant «qu'il est urgent d'intervenir».¹² A plusieurs reprises, le Tribunal fédéral a également pris position quant à la question confuse du financement résiduel et a plusieurs fois décidé que les frais résiduels devaient être à la charge des pouvoirs publics et non des résidents et des homes médicalisés. Certains parlementaires fédéraux ont déjà déposé des interventions qui exigent non seulement une révision du financement des soins, mais également une clarification des responsabilités pour le financement résiduel des séjours dans des homes extra-cantonaux et une meilleure distinction entre frais de soins et frais d'assistance.¹³

Parenthèse: financement durable des soins aux personnes âgées

Défis lors du financement

Les dépenses croissantes liées aux soins gériatriques constituent, à moyen et long terme, un véritable défi pour le système de santé. Nous partons du principe que les frais de soins se verront multipliés, d'ici 2040, par trois ou quatre en fonction des scénarios (cf. chapitre «*Evolution future de la demande*»). Comme nous l'avons mentionné ci-avant, la part relative des frais de soins dans l'économie devrait croître de manière massive à long terme (à 3,8% du PIB d'ici 2060). De plus, les soins gériatriques sont actuellement financés jusqu'à 60% par les pouvoirs publics et les caisses d'assurance maladie, ce qui implique une forte redistribution de la population active vers les personnes nécessitant des soins. Compte tenu du vieillissement massif de la société, le contrat de solidarité entre générations risque, à l'avenir, d'être soumis à des pressions croissantes.

Incitations inopportunes pour les prestations complémentaires

Le nombre important de bénéficiaires de prestations complémentaires montre clairement qu'aujourd'hui déjà, beaucoup de personnes âgées sont dépassées par le financement des soins gériatriques. 52% de toutes les personnes vivant dans des homes ont perçu en 2013 des prestations complémentaires à leur prévoyance vieillesse. Bien que cette part stagne pratiquement depuis 2006, les contributions des prestations complémentaires ont fortement augmenté en valeur absolue suite à la croissance dynamique de la demande, affectant de plus en plus le budget des communes et des cantons. La possibilité restreinte de différencier les prestations fournies, exception faite de l'hébergement, fait que les résidents de homes percevant des prestations complémentaires obtiennent des prestations de soins et d'assistance identiques à celles des personnes assumant elles-mêmes les frais. En Suisse, quasiment tous les acteurs

¹¹ Cf. décision du Tribunal fédéral 9C_54/2014 du 18 décembre 2014. Si la responsabilité pour le financement résiduel incombe aux communes, même les séjours dans des homes situés en dehors de la commune (au sein d'un même canton) peuvent représenter un problème.

¹² Rapport annuel du Surveillant des prix (2011): Le nouveau régime de financement des soins – La Surveillance des prix estime qu'il faut intervenir.

¹³ Exemples: postulat de la conseillère nationale (CN) Bea Heim (2012): Séjour dans un home situé en dehors du canton de domicile. Financement résiduel; postulat de la CN Pascale Bruderer (2012): Régler le financement résiduel en cas de séjour dans un home situé en dehors du canton de domicile en s'inspirant de la LPC; interpellation du CN Rudolf Joder (2014): Renforcement des soins ambulatoires. L'ambulatorie avant l'hospitalier; initiative parlementaire de la conseillère d'Etat Christine Egerszegi-Obrist (2014): Amender le régime de financement des soins.

s'accordent à penser que cette solidarité est souhaitable. Pour les clients, ceci crée néanmoins une incitation inopportune à dépenser leur fortune jusqu'à leur entrée dans un home.¹⁴ Dans ces circonstances, il n'est pas étonnant que les assurances complémentaires couvrant le risque d'une dépendance proposées par certaines caisses d'assurance maladie soient peu attrayantes pour le citoyen moyen et ne fassent guère l'objet de demandes.

Changement de système radical ou réglages de précision?

Au vu de ces défis qui s'imposent, nous dirigeons ici notre regard vers l'avenir. A quoi un modèle durable de financement de l'assistance et des soins aux personnes âgées pourrait-il ressembler? De nombreux acteurs du secteur de la santé sont d'avis que le système actuel présente un certain potentiel d'amélioration. On ne sait toutefois pas encore précisément comment combler les lacunes existantes. Alors que plusieurs voix exigent un réglage de précision du modèle et veulent laisser au nouveau système de financement des soins plus de temps pour s'équilibrer, d'autres préfèrent un changement de système plus radical et revendiquent un modèle de financement entièrement révisé.

Un quatrième pilier pour les soins aux personnes âgées

La proposition la plus radicale de changement de système émane du groupe de réflexion libéral «avenir suisse».¹⁵ Pour assurer durablement le financement et réduire les prestations complémentaires, ce think tank propose la création d'un capital de soins individuel et obligatoire. Comme pour la prévoyance professionnelle, ce modèle prévoit que chaque assuré accumule des primes sur un compte auquel il aura accès s'il nécessite des soins. Le legs du capital de soins aux descendants du patient en cas de décès prématuré inciterait, d'une part, les personnes à effectuer un usage économe des fonds cumulés et permettrait, d'autre part, d'honorer indirectement les prestations de soins prodiguées par les proches. Pour que ce système fonctionne, cette assurance devrait être conçue comme cotisation obligatoire. Une différence entre les prestations de soins et d'assistance ne serait plus nécessaire, ce qui réduirait en outre la charge administrative du personnel de soin.¹⁶

Capital de soins obligatoire: une dégradation du régime de sécurité sociale suisse?

Certains critiques craignent qu'un tel changement de système apporte cependant une dégradation du régime de sécurité sociale suisse. Ils prétendent que l'introduction d'un capital de soins obligatoire ne correspond pas au principe fondamental solidaire des soins aux personnes âgées et entraîne d'autres problèmes. Ils argumentent par exemple que les personnes de condition économique modeste n'étant pas en mesure de payer les primes seraient tout de même dépendantes des pouvoirs publics, comme dans le cas de la réduction des primes de l'AOS. D'autres voix exigent qu'au lieu d'introduire un nouveau système de prévoyance, il serait judicieux de corriger le régime social existant afin de renforcer les responsabilités individuelles.

L'allocation des coûts est en fin de compte une question politique

Nous ne sommes pas en mesure de répondre ici à la question de savoir si le système de financement des soins doit reposer sur une base solidaire ou sur une plus grande responsabilité individuelle. La demande de soins en forte croissance suite aux évolutions démographiques et les coûts qui en découlent ne peuvent toutefois pas être ignorés et subsisteront quel que soit le système de financement mis en place. Il est ainsi indiscutable que notre société doive mettre considérablement plus de fonds à la disposition des soins aux personnes âgées. Il est donc de la responsabilité des politiques de trouver une solution qui s'appuie sur un large consensus social permettant de garantir durablement le financement des soins aux personnes âgées.

14 Bütler, Peijnenburg et Staubli (2001) montrent, dans leur document intitulé «How Much Do Means-Tested Benefits Reduce the Demand for Annuities?», que l'accès aux prestations complémentaires crée une incitation à effectuer précocement des retraits de capital, car celles-ci assument la fonction d'une réassurance implicite, comblant la lacune avec le minimum existentiel pour le cas où les moyens financiers ne seraient plus suffisants jusqu'au décès.

15 Cf. Cosandey (2014): Vers un nouvel équilibre entre les générations; Kwiatkowski, Streit et al. (2014): Finanzierung von Betreuung und Pflege im Alter – Ein Finanzierungsmodell für die Zukunft (Financement de l'assistance et des soins aux personnes âgées – un modèle de financement pour l'avenir).

16 En 2012 déjà, la CN Jacqueline Fehr exigeait du Conseil fédéral, dans un postulat, de discuter des différentes variantes d'une assurance de soins séparée dans le cadre d'une stratégie pour les soins de longue durée.

Demande de prestations de soins gériatriques

Aperçu et évolution jusqu'à présent

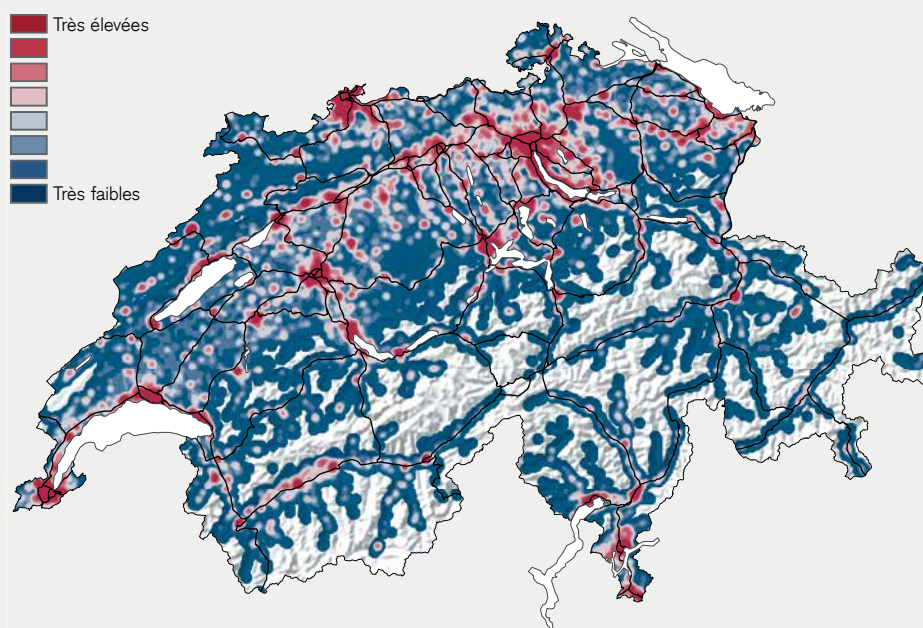
La demande de prestations de soins croît de manière dynamique, indépendamment de la conjoncture

Comme déjà expliqué dans la première partie de l'étude, les soins aux personnes âgées comptent parmi les secteurs de la santé enregistrant la plus forte croissance. Alors qu'entre 1995 et 2012, la croissance des dépenses de santé par tête s'élevait à 67% (3,1% par an), celles liées aux homes médicalisés ont augmenté sur la même période de près de 90% (3,8% par an). Les dépenses par tête liées aux soins à domicile ont même évolué d'environ 4,2% par an. Le PIB par tête a enregistré, quant à lui, une hausse de seulement 36% sur la même période. Le caractère indépendant de la conjoncture du système de santé s'est manifesté clairement après 2008. Bien que le PIB nominal par tête stagne depuis la crise financière, les dépenses de santé et liées aux soins aux personnes âgées continuent de progresser de manière ininterrompue. En 2012, les dépenses liées aux soins gériatriques se sont montées à 10,9 milliards de francs, dont 9,0 milliards pour les homes médicalisés et 1,9 milliards pour les soins à domicile.

Figure 8

Répartition régionale de la demande en soins aux personnes âgées

Dépenses estimées (2012) pour les soins stationnaires et ambulatoires



Source: Office fédéral de la santé publique, Office fédéral de la statistique, Credit Suisse

Les différences de demande régionales dépendent de la population et de la pyramide des âges

La demande en soins pour personnes âgées ne se répartit pas de manière égale sur le territoire suisse. Si l'on postule, pour des raisons de simplification, qu'au sein des cohortes d'âges, les besoins généraux en soins sont identiques dans les différentes régions et qu'une densité supérieure de homes médicalisés et de soins à domicile n'entraîne pas une augmentation de la demande de soins gériatriques par tête, les différences régionales dans le volume de la demande reposent seulement sur la taille de la population et la pyramide des âges. Avec ces hypothèses, nous sommes en mesure de localiser avec grande précision la demande en soins aux personnes âgées (cf. fig. 8). Concrètement, nous multiplions, pour chaque demi-kilomètre carré, le nombre de personnes par cohorte d'âge avec les dépenses moyennes nationales en soins gériatriques recensées par tête pour chaque cohorte d'âge. Cette estimation permet de bien décrire la demande réelle: la

demande en prestations de soins calculée de cette manière et les heures de soins réellement enregistrées dans les homes corréleront de manière très étroite – du moins au niveau cantonal.¹⁷

La demande en soins aux personnes âgées se concentre dans les villes

La figure 8 visualise les dépenses de santé régionales estimées pour les soins gériatriques ambulatoires et stationnaires. Une commune suisse moyenne ont connu une demande en soins pour personnes âgées correspondant, en 2012, à près de 4,6 millions de francs. Il est peu surprenant que cette demande se concentre dans les centres urbains et les agglomérations. Cet état de fait est dû, principalement, à la forte densité de population et non, du moins dans les agglomérations, au fait d'une structure démographique âgée. Comparé à l'ensemble de la population, on retrouve un nombre supérieur à la moyenne de personnes âgées avant tout dans les zones périphériques, comme dans l'Arc jurassien, la Basse-Engadine et l'Oberland bernois. Compte tenu d'une faible densité démographique, la demande absolue y est toutefois plus faible que dans le reste du pays.

Moteurs principaux de la demande

Les besoins en soins augmentent à mesure que la population croît...

La croissance de la demande en soins aux personnes âgées en Suisse est motivée, entre autres, par l'augmentation continue de la population résidente. Entre 2000 et 2013, la population a ainsi augmenté, notamment du fait de l'immigration, de 0,9% par an, passant de 7,2 à 8,1 millions d'habitants. La croissance de la population continuera de favoriser l'accroissement de la demande en soins aux personnes âgées à plus long terme. Pour notre modèle prévisionnel, nous nous basons sur un scénario prévoyant un taux de croissance démographique moyen de 0,6% par an jusqu'en 2040, une évolution qui est donc légèrement inférieure à celle des dernières dix années.

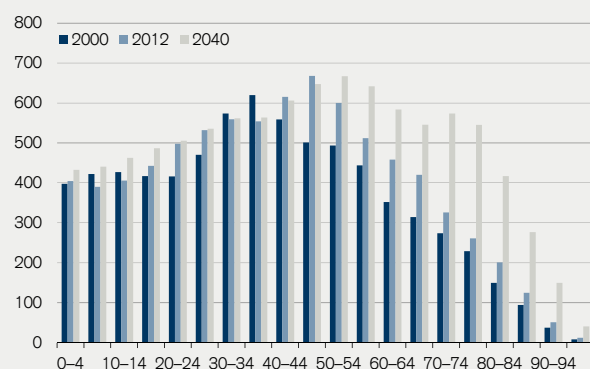
... mais avant tout en raison du vieillissement de la société

Le moteur central de la demande en soins reste le vieillissement démographique, qui peut être subdivisé en deux facteurs principaux: l'allongement de l'espérance de vie et l'arrivée des générations du baby-boom (personnes nées entre 1946 et 1964) à l'âge nécessitant des soins. Entre 2000 et 2013, l'espérance de vie des femmes et hommes suisses âgés de 65 ans a augmenté respectivement de 7% et 13%. Mais c'est surtout en raison de l'effet baby-boom qu'en 2040, selon les prévisions, un Suisse sur quatre aura plus de 65 ans. En 2012, ils n'étaient que 17%. La part des personnes âgées de plus de 80 ans devrait pratiquement doubler, passant de 5% à 9% (cf. fig. 9).

Figure 9

Evolution démographique jusqu'en 2040

Population en milliers, par cohorte d'âge

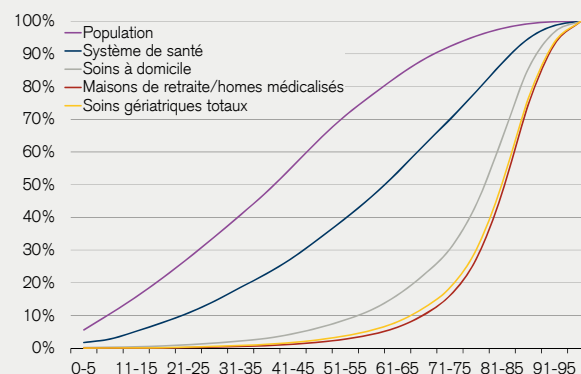


Source: Office fédéral de la statistique, Credit Suisse

Figure 10

Part des classes d'âge dans les dépenses

Répartition cumulative de la population et des dépenses de chaque sous-branche, par cohorte d'âge (2012)



Source: Office fédéral de la statistique, Credit Suisse

17 Coefficient de corrélation de 0,995

95% des dépenses liées aux homes médicalisés générées par les 20% les plus âgés de la population

La part des dépenses de santé des cohortes d'âge les plus vieilles est considérablement plus importante que la part de la population qu'elles représentent (cf. fig. 10). En 2012, la moitié des dépenses de santé totales ont été générées par les 20% les plus âgés de l'ensemble de la population. Dans le cas des dépenses liées aux soins à domicile et en homes médicalisés, il s'agit même de respectivement 85% et 95%. Ceci reflète avant tout la structure d'âge des clients des soins à domicile et des homes médicalisés. En 2012, l'âge moyen d'entrée dans un home médicalisé était de 81 ans.

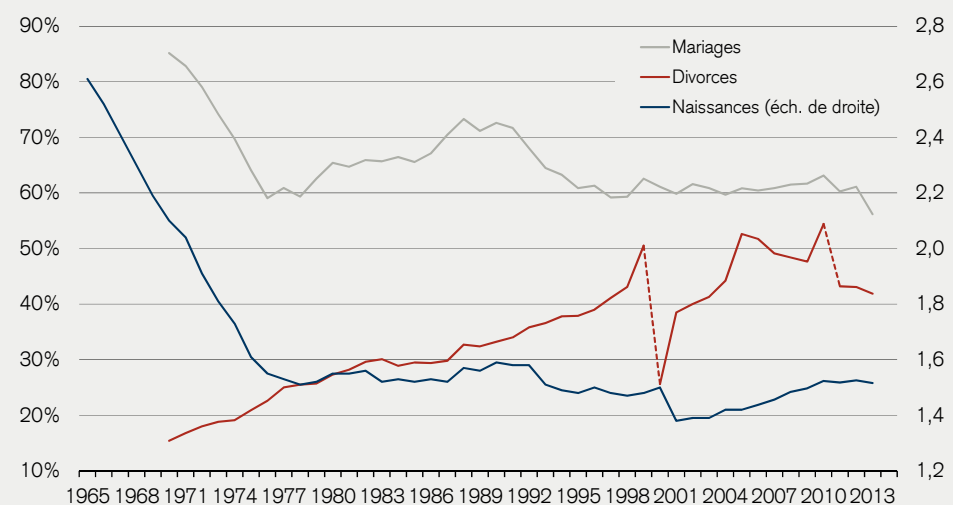
Les progrès de la médecine et les standards de vie influencent les besoins futurs en soins

Si la structure de la demande des cohortes d'âge reste identique, la forte croissance prévue de la population âgée fera sensiblement croître la demande en prestations de soins. La croissance effective de cette demande dépend également de l'évolution future des besoins en soins des personnes âgées. Le progrès des techniques médicales peut influencer la tendance dans les deux directions. D'un côté, il est possible aujourd'hui de guérir des maladies qui représentaient autrefois une mort certaine. Cet allongement de l'espérance de vie augmente la part de la population qui atteint l'âge de la dépendance, faisant croître la demande en soins gériatriques. De l'autre côté, les progrès des techniques médicales ainsi que des standards de vie en perpétuelle amélioration garantissent une longue phase de vie sans grands troubles physiques et sont capables de réduire le nombre d'années pendant lesquelles les besoins en soins seront nécessaires. Il est aujourd'hui encore impossible de prédire lequel de ces effets sera dominant. En règle générale, la littérature scientifique postule une compression relative de la morbidité.¹⁸ Ceci signifie que les années de vie gagnées grâce à l'allongement de l'espérance de vie pourront être passées en majorité sans grands problèmes de santé.

Figure 11

Tendances sociodémographiques

Indicateur de nuptialité (mariages), indicateur de divortialité (divorces), indicateur conjoncturel de fécondité (naissances)¹⁹



Source: Office fédéral de la statistique, Credit Suisse

En 2007, environ un tiers des soins était encore prodigué par les familles et les proches

La hausse des besoins en soins gériatriques professionnels devrait également dépendre de la proportion dans laquelle les personnes âgées vivent les dernières années de leur vie de manière autonome ou avec l'assistance de l'environnement privé. L'aide apportée par les proches est parfois sous-estimée ou considérée comme allant de soi. En 2007, les prestations de soins non rémunérées aux personnes dépendantes ou handicapées par des membres de la famille et des proches ont été estimées à l'équivalent de 43 000 emplois à plein temps.²⁰ Ceci représentait plus de la moitié des emplois à plein temps existant dans les maisons de retraite et homes mé-

18 Pour en savoir plus sur la compression de la morbidité, cf. Felder (2012): Gesundheitsausgaben und demografischer Wandel (Dépenses de santé et mutation démographique). Paru dans la *Bundesgesundheitsblatt* 2012/5 et Höpflinger (2011): La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée: Scénarios actualisés pour la Suisse. Paru dans les *Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé*.

19 Rupture dans la série des divorces en l'an 2000 en raison d'une modification de loi et à partir de 2011 en raison de l'utilisation d'une nouvelle source de données.

dicalisés ainsi que dans les organisations de soins à domicile. Si ces personnes ayant dispensé des soins sur une base volontaire avaient été rémunérées conformément au marché, le système de santé aurait enregistré des coûts supplémentaires à concurrence de 3,1 milliards de francs.

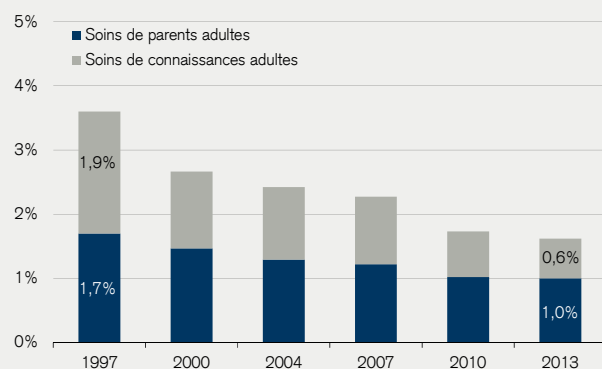
Les évolutions sociodémographiques renforcent la demande en soins gériatriques professionnels

Au cours des dix dernières années, la Suisse a connu une mutation non seulement sur le plan démographique et épidémiologique, mais également sur le plan social. Depuis la fin du baby-boom au milieu des années 1960, la natalité a baissé de plus de 40%. Cette même évolution peut être observée pour les mariages, alors que le chiffre des divorces a fortement augmenté (cf. fig. 11). Moins d'enfants implique désormais moins de proches en mesure d'assumer les soins des parents et frères et sœurs atteignant l'âge de la dépendance. Le nombre décroissant de mariages combiné à l'augmentation des divorces entraîne un nombre toujours plus élevé de personnes âgées sans partenaire. Ces célibataires âgés, ne pouvant pas recourir à l'assistance de leurs proches, tendent donc à s'installer plus tôt et plus fréquemment dans des homes médicalisés ou à demander plus de prestations de soins à domicile. Au cours des dernières années, ces trois tendances se sont affaiblies. Aujourd'hui, il n'est pas possible de prévoir de manière fiable le nombre futur de mariages et divorces. Depuis le passage à l'an 2000, le taux de natalité semble même connaître une faible croissance. Les soins dispensés par les proches devraient néanmoins jouer à l'avenir un rôle toujours moins important en raison des mutations sociodémographiques. Entre 1997 et 2013 déjà, la part de la population s'occupant de membres de la famille ou de proches dépendants a diminué de moitié (cf. fig. 12).

Figure 12

Evolution des soins dispensés par des proches

Pourcentage de la population assurant les soins suivants

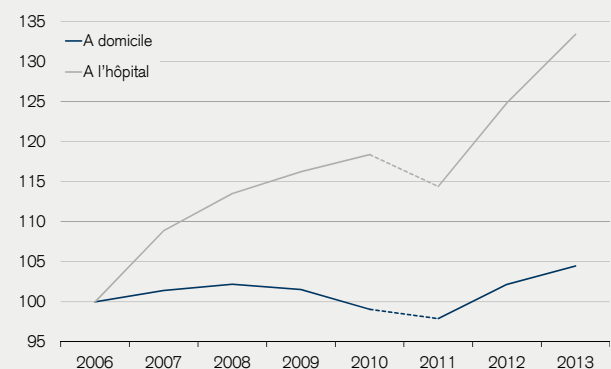


Source: Office fédéral de la statistique, Credit Suisse

Figure 13

Séjour avant l'entrée en home médicalisé

Indice, 2006 = 100²¹



Source: Office fédéral de la statistique, Credit Suisse

20 Kocher et Oggier (2011): Système de santé suisse 2010-2012. Survol de la situation actuelle.

21 Une cassure structurelle survient dans les données en 2011. C'est pourquoi les comparaisons directes des données avant et après 2011 sont à prendre avec précaution.

SwissDRG renforce la collaboration entre homes médicalisés et hôpitaux

Avec l'introduction généralisée à l'échelle nationale des forfaits par cas (SwissDRG – Swiss Diagnosis-Related Groups) dans le financement des hôpitaux, les homes médicalisés se voient confrontés, depuis 2012, à un nouveau défi.²² En raison de la rémunération forfaitaire par cas, les hôpitaux de soins aigus ont désormais intérêt, du point de vue financier, à transférer les patients à des homes médicalisés plus tôt que par le passé. Pour examiner l'incitation postulée, CURAVIVA²³ a mandaté un sondage auprès des homes médicalisés.²⁴ Selon cette enquête, plus de 75% des homes médicalisés observent une durée de réadaptation des patients plus courts dans les hôpitaux situés en amont. Ceci représente pour les homes médicalisés premièrement une durée de séjour des personnes âgées plus longue en moyenne. Deuxièmement, les personnes dépendantes concernées nécessitent des soins médicaux plus intensifs, ce qui entraîne une augmentation des exigences de formation du personnel de soins. Ceci constitue d'une part un réel défi, mais ouvre, d'autre part, de nouvelles perspectives économiques notamment aux homes médicalisés situés à proximité d'hôpitaux de soins aigus. Grâce à leurs connaissances gériatriques spécialisées, ces instituts peuvent se distinguer d'autres homes. Indépendamment du transfert précoce des patients dans les homes médicalisés induit par le DRG, on observe de plus en plus souvent que les personnes passent directement de l'hôpital au home médicalisé et toujours moins de leur domicile (cf. fig. 13). Ceci vaut tant pour la période précédant que pour celle suivant la mise en place de SwissDRG. C'est notamment pour cette raison que les hôpitaux et les homes médicalisés devront à l'avenir travailler en plus étroite collaboration, afin d'assurer le transfert sans entrave et efficace des clients.

Evolution future de la demande

Vastes besoins prévisionnels, mais grandes incertitudes

En raison des tendances décrites ci-dessus, la demande de soins gériatriques professionnels dans les homes et à domicile continuera d'augmenter fortement dans les prochaines décennies. Outre la croissance de la population et le vieillissement démographique, d'autres facteurs comme le progrès des techniques médicales et les tendances sociodémographiques influencent la croissance future de la demande. Ces facteurs d'influence sont cependant très difficiles à prévoir. Malgré les fortes incertitudes prévisionnelles, une estimation du volume futur de la demande est cependant indispensable, notamment dans le domaine des homes médicalisés. Des changements importants dans le volume de la demande, mais aussi dans sa structure, ces 20 à 30 prochaines années, pourraient avoir des conséquences de grande envergure. Au niveau des homes médicalisés, de telles estimations sont essentielles, par exemple pour ce qui est des investissements immobiliers (cf. chapitre «Immobilier de soins»); au niveau des cantons et des communes, pour ce qui est du financement.

Prévisions des dépenses liées aux soins gériatriques

Le changement d'hypothèses provoque de grandes différences au niveau des prévisions

La figure 14 présente trois scénarios différents pour la hausse future des dépenses liées aux soins gériatriques (homes médicalisés et soins à domicile) sous différentes hypothèses. Tous les scénarios reposent sur le modèle de prévisions démographiques du Credit Suisse.²⁵ Pour estimer les dépenses, la population totale est répartie sur 20 cohortes d'âge. Pour chacune de ces cohortes d'âge, les dépenses moyennes réalisées actuellement par tête sont connues (cf. fig. 10). Nous émettons des hypothèses concernant l'évolution future de ces dépenses. Pour calculer les dépenses totales futures de la figure 14, nous multiplions, pour chaque cohorte d'âge, la population prévue avec les dépenses moyennes par tête prévues et faisons la somme de ces valeurs. En fonction de l'hypothèse utilisée, les scénarios de dépenses divergent certes fortement, mais la croissance estimée est, dans tous les cas, extrêmement élevée.

22 Pour en savoir plus sur le nouveau financement des hôpitaux, cf. Credit Suisse (2013): Système de santé suisse 2013 – Le marché hospitalier en mutation.

23 CURAVIVA est l'association faitière des homes et institutions suisses qui représente, entre autres, les intérêts des maisons de retraite et homes médicalisés.

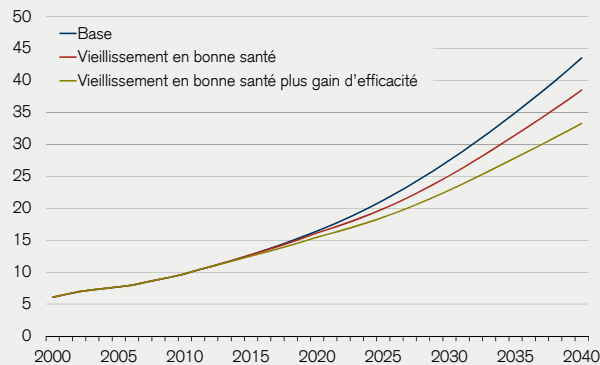
24 Widmer (2013): Bilan intermédiaire: quels sont les effets du système SwissDRG sur les soins de longue durée?

25 Le service Economic Research du Credit Suisse dispose de prévisions démographiques propres actualisées régulièrement (actuellement jusqu'en 2040).

Figure 14

Prévisions: dépenses liées aux soins gériatriques

En milliards de francs (nominal, homes médicalisés et soins à domicile)

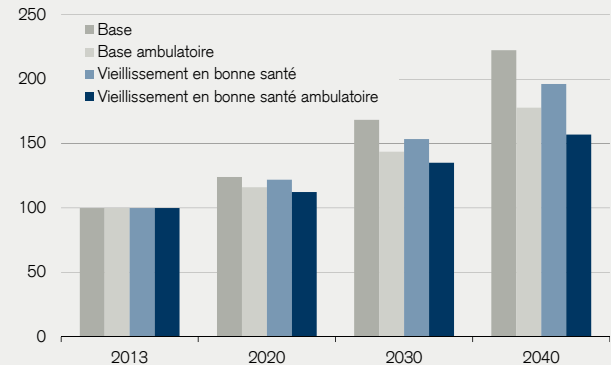


Source: Office fédéral de la statistique, Credit Suisse

Figure 15

Prévisions: clients de homes médicalisés

Indice 2013 = 100



Source: Office fédéral de la statistique, Credit Suisse

Même avec un ralentissement de la croissance, les dépenses tripleront d'ici 2040

Dans le scénario «Vieillissement en bonne santé» représenté dans la figure 14, nous partons du principe que les dépenses par tête et par catégorie d'âge enregistreront une croissance nominale presque identique à la moyenne approximative des années 2003 à 2011. Nous postulons de plus que les années gagnées par l'allongement de l'espérance de vie sont passées sans problème de santé (compression relative de la morbidité). Dans cette hypothèse, les dépenses totales liées aux soins gériatriques augmenteront d'ici 2040 nominalement de 4,6% par an et enregistreront ainsi une croissance aussi rapide qu'entre 2003 et 2011. Le scénario «Vieillissement en bonne santé plus gain d'efficacité» repose en plus sur l'hypothèse que, compte tenu de la forte augmentation des coûts, la pression aux économies augmente et qu'un déplacement vers plus de soins ambulatoires améliore l'efficacité. Les conséquences de telles évolutions sur la croissance des dépenses ne peuvent aujourd'hui pas être estimées avec certitude. Nous postulons donc, ad hoc, que les dépenses par tête spécifiques aux cohortes connaîtront une croissance inférieure d'un quart à celle enregistrée par le passé. Dans cette hypothèse, les dépenses liées aux soins gériatriques croissent chaque année de 4,1%. Dans le scénario pessimiste «Base», nous ne partons ni d'une compression relative de la morbidité ni d'un gain d'efficacité. Ici, les dépenses croissent de 5,1% par an. Dans les trois scénarios présentés, les coûts liés aux soins gériatriques (mesurés en francs actuels) tripleront d'ici 2040.²⁶

Prévisions de l'évolution du nombre de clients des homes médicalisés

Méthode similaire pour déterminer le nombre futur de clients

Les prévisions relatives aux dépenses sont pertinentes, avant tout, pour les organismes supportant les coûts comme les communes, les cantons et les caisses d'assurance maladie. Cependant, pour pouvoir déterminer les besoins futurs en lits médicalisés et en personnel, l'identification de la demande réelle est nécessaire, c'est-à-dire le nombre de personnes âgées qui auront besoin des prestations fournies par les homes médicalisés. Les prévisions relatives au nombre de clients reposent sur une approche méthodologique similaire à celle utilisée pour prédire les dépenses. Nous connaissons, pour les différentes cohortes d'âge, le rapport entre le nombre de clients et la population.²⁷ Nous recourons ici à une méthode similaire à celle utilisée pour les prévisions des dépenses, à savoir que nous multiplions les rapports actuels spécifiques aux cohortes avec la taille de la population prévue par classe d'âge. Nous faisons, ici aussi, la différence entre le scénario «Vieillissement en bonne santé» et le scénario «Base» qui présuppose l'allongement de la durée de vie des personnes dépendantes.

26 Cette prévision correspond relativement bien au scénario de référence, déjà mentionné dans le chapitre «Soins gériatriques dans le contexte du système de santé», utilisé par l'Administration fédérale des finances (AFF) en 2012, même s'il repose sur une méthode entièrement différente. Dans ce scénario, l'AFF part du principe que la part des coûts liés aux soins gériatriques (à partir de 65 ans) dans le PIB devrait s'élever, en 2040, à plus de 3% environ. Si l'on utilise les hypothèses de l'AFF quant à l'évolution de la croissance réelle du PIB et du taux d'inflation, les dépenses que nous avons calculées pour les homes médicalisés et les soins à domicile devraient correspondre à 3,1% du PIB (nominal) en 2040 (scénario «Vieillissement en bonne santé»). Dans le scénario «Base», les dépenses liées aux soins gériatriques absorberont, en 2040, environ 3,6% du PIB. Ceci correspond approximativement au scénario «Pure Ageing» de l'AFF.

27 Rapports par classe d'âge: 0-69 ans: 0,2%; 70-74 ans: 2,4%; 75-79 ans: 5,5%; 80-84 ans: 13,4%; 85-89 ans: 30,9%; 90 ans et plus: 65,2%

Les soins à domicile devraient gagner en importance

Contrairement aux prévisions relatives aux dépenses, nous ne prenons en compte ici que les soins gériatriques stationnaires. Compte tenu du renforcement des soins gériatriques ambulatoires (cf. «Stratégie privilégiant les soins ambulatoires aux soins stationnaires» dans le chapitre «Conditions-cadres réglementaires»), il est probable qu'à l'avenir, le nombre de clients soignés à domicile augmentera, notamment en ce qui concerne les personnes moins dépendantes. Il est encore difficile, cependant, d'évaluer l'importance de ce déplacement des soins gériatriques stationnaires vers des soins ambulatoires. Dans le chapitre suivant intitulé «Offre de prestations de soins gériatriques», nous montrerons de manière détaillée qu'en 2013 environ 25% à 50% des jours de soins en homes étaient imputables aux trois à six degrés de soins les plus bas. Au moins une partie de ces jours de soins pourrait théoriquement être effectuée de manière plus efficace du point de vue économique par les soins à domicile que par les homes médicalisés.²⁸ D'autres estimations partent du principe qu'environ un quart des clients ne vit pas dans un home pour des raisons médicales, mais principalement pour des raisons sociales.²⁹ Dans ce contexte, nous supposons, dans deux nouveaux scénarios, que d'ici 2040 un cinquième des clients actuellement soignés de manière stationnaire seront traités à l'avenir de manière ambulatoire (scénarios «Base ambulatoire» et «Vieillessement en bonne santé ambulatoire»).

D'ici 2040, le nombre des clients augmentera de 57% à 122%

La figure 15 montre que la palette des scénarios est relativement importante. Au vu des incertitudes prévisionnelles et de la période relativement longue, ceci n'est cependant pas étonnant. En fonction de l'hypothèse utilisée, le nombre de clients des homes devrait augmenter, d'ici 2040, de 57% (scénario «Vieillessement en bonne santé ambulatoire») à 122% (scénario «Base»). Sur la base des connaissances aujourd'hui disponibles, ce dernier scénario s'avère cependant improbable. Comme mentionné ci-avant, les experts partent du principe que la population vieillira tout en restant en bonne santé, c'est-à-dire qu'au moins une partie des années gagnées par l'allongement de l'espérance de vie devrait être passée sans grands problèmes de santé. Compte tenu de la pression grandissante sur les coûts et du souhait des personnes âgées de rester aussi longtemps que possible dans leur domicile, il est également probable que le nombre de clients assistés de manière ambulatoire sera à l'avenir plus élevé qu'aujourd'hui.

Evolution future de la demande au niveau régional

Grandes disparités régionales en matière de croissance

La méthode de prévision décrite ci-dessus permet également d'estimer comment la demande en soins gériatriques évoluera ces prochaines années dans les différentes régions *par rapport* à la moyenne suisse.³⁰ Des prévisions différenciées du point de vue géographique sont nécessaires, car la croissance future de la demande, en général très dynamique, divergera fortement en fonction des régions.

Croissance relative la plus forte à la périphérie des grandes régions métropolitaines

Les régions qui enregistreront, entre 2012 et 2040, la plus forte croissance se trouvent, en règle générale, en dehors des grands centres urbains, mais aussi en dehors des zones périphériques (cf. fig. 16). Il s'agit en premier lieu des zones de la ceinture extérieure des régions métropolitaines de Zurich et de Genève-Lausanne, mais aussi de certaines parties du Tessin, de la région du lac de Constance et du Rheintal grison et saint-gallois. Les régions qui connaîtront probablement la croissance de la demande la plus forte se trouvent, avec la Broye, Martigny, la Glâne/Veveyse, la Gruyère et Monthey/St-Maurice, toutes en Suisse romande. Ces régions présentent aujourd'hui une structure d'âge relativement jeune et leurs populations devraient croître de manière supérieure à la moyenne d'ici 2040. Le Freiamt, March/Höfe, Einsiedeln et Sargans représentent les régions les plus dynamiques de Suisse alémanique quant à la demande future.

28 Wächter et Künzi (2011): Les limites des soins à domicile dans une perspective économique.

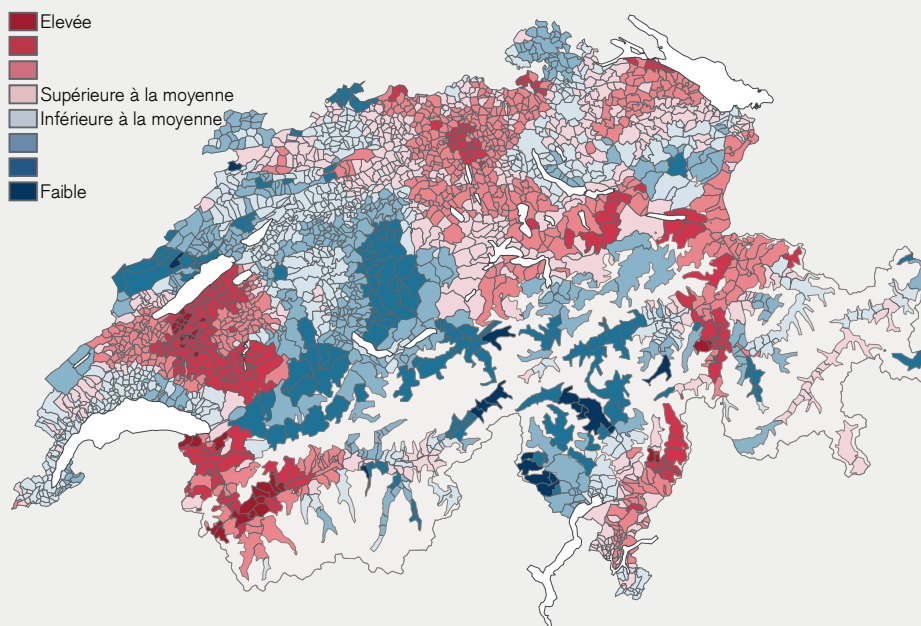
29 Bayer-Oglesby et Höpflinger (2010): Bases statistiques pour la planification régionale des établissements pour personnes âgées en Suisse. Rapport méthodologique et données cantonales.

30 La figure 16 repose sur le scénario «Vieillessement en bonne santé ambulatoire». Comme cette figure représente les différences de croissance *relatives*, elle ne changerait pratiquement pas même si nous utilisions l'un des autres scénarios de demande.

Figure 16

Croissance de la demande jusqu'en 2040

Prévisions: croissance relative de la demande en soins gériatriques (2012-2040) dans un rayon de 15 minutes en voiture, par commune



Source: Office fédéral de la statistique, Geostat, Credit Suisse

Croissance la plus basse dans les zones périphériques

La lanterne rouge de la croissance est formée par les régions situées en périphérie, comme la vallée de Conches, l'arrière-pays glaronnais, le Haut-Emmental ou encore le Val-de-Travers. Les raisons de cette faible croissance de la demande en soins gériatriques sont d'une part la structure déjà relativement âgée de la population de ces régions et d'autre part une croissance future généralement faible de leur population.

La croissance dans les grands centres urbains est tendanciellement inférieure à la moyenne

La plupart des grands centres urbains viennent se positionner entre les régions à forte croissance et la périphérie peu dynamique. Alors que les villes de Zurich, Genève, Berne et Lausanne présentent des taux de croissance projetés légèrement inférieurs à la moyenne, la ville de Bâle, quant à elle, est l'une des régions où la croissance pronostiquée de la demande est la plus faible de Suisse. Une raison pour cette future croissance plutôt inférieure à la moyenne est le fait que la plupart des grands centres urbains présentent aujourd'hui déjà une part élevée de personnes âgées. Dans les 15 plus grandes villes de Suisse, sauf Winterthur, la part des personnes âgées de plus de 80 ans dans la population totale était en 2012 en partie nettement supérieure à la moyenne nationale. Vient s'ajouter à cela le fait que, dans beaucoup de ces centres, la croissance projetée de la population est plutôt inférieure à la moyenne. Cependant, la situation n'est pas la même dans toutes les régions du pays. Pour des villes comme Fribourg ou Lugano, nous prévoyons d'ici 2040 une croissance de la demande supérieure à la moyenne.

Offre de prestations de soins gériatriques

Aperçu et évolution jusqu'à présent

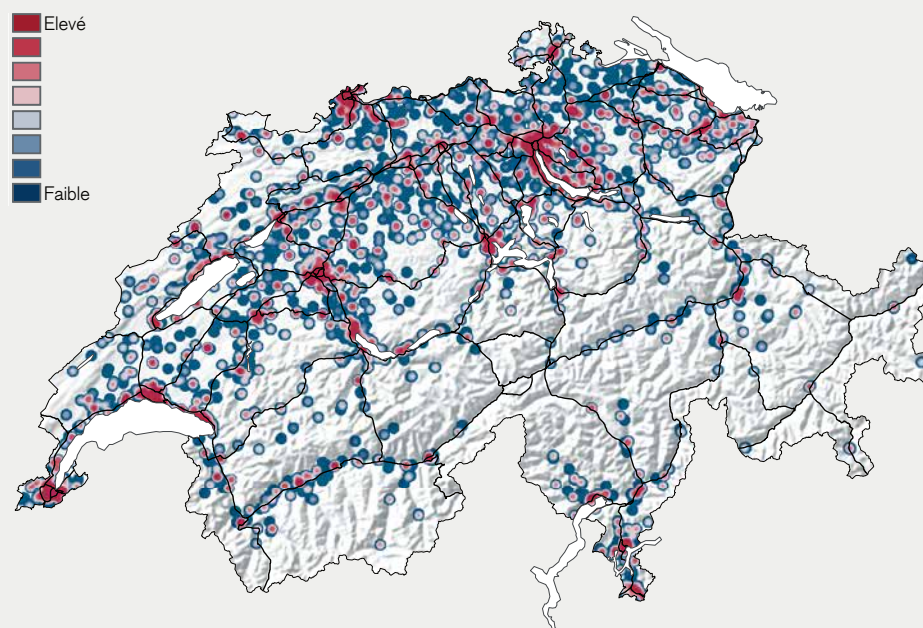
Plus de 100 000 emplois dans le secteur des soins gériatriques

Au cours des dernières années, les offres en soins gériatriques ont enregistré une forte croissance parallèle à celle de la demande. Combiné aux soins à domicile, le secteur des maisons de retraite et homes médicalisés employait, en 2013, près de 105 000 personnes (emplois à plein temps). Ce sont ainsi près de 23 000 personnes de plus qu'en 2006, ce qui représente une augmentation annuelle moyenne de plus de 3,6%. L'indépendance de la conjoncture de la demande en prestations de soins se voit également reflétée dans l'augmentation continue des effectifs du secteur. Même dans les périodes marquées par une conjoncture difficile, comme la crise financière, aucun ralentissement de la croissance n'a pu être observé. Sur le plan régional, l'offre en soins gériatriques professionnels diverge fortement (cf. fig. 17). Alors que dans les centres très peuplés ainsi que dans les agglomérations correspondantes, le nombre d'employés du secteur est très élevé, ce qui n'est pas surprenant, l'offre en soins gériatriques est moins étoffée dans les zones rurales à faible densité de population.

Figure 17

Répartition régionale de l'offre

Nombre d'employés (EPT) dans les homes médicalisés et les soins à domicile



Source: Office fédéral de la santé publique, Office fédéral de la statistique, Credit Suisse

En 2013, les homes représentaient 83% des emplois dans les soins gériatriques

Les homes médicalisés, les services de soins à domicile et les maisons de retraite représentent les trois institutions traditionnelles de soins aux personnes âgées, même si les maisons de retraite ont presque disparu, notamment pour des raisons réglementaires (2013: 187 emplois à plein temps). Avec près de 87 000 emplois à plein temps, soit 83% des effectifs employés dans le secteur, les 1556 homes médicalisés assument la majeure partie des soins gériatriques dispensés en Suisse. Ces effectifs ont ainsi augmenté, depuis 2006, de près d'un tiers, enregistrant une croissance annuelle de 3,3%. En 2013, les homes médicalisés suisses proposaient près de 92 000 places pour long séjour. Le home médicalisé moyen dispose ainsi de 59 places. La taille des institutions varie cependant fortement. Un home médicalisé sur six compte au maximum 20 places pour long séjour et un home médicalisé sur huit plus d'une centaine. Les premiers hébergent uniquement 3% des personnes dépendantes, les derniers environ 30%. La grande majorité des institutions (71%) compte entre 21 et 100 places et accueille deux tiers de tous les clients.

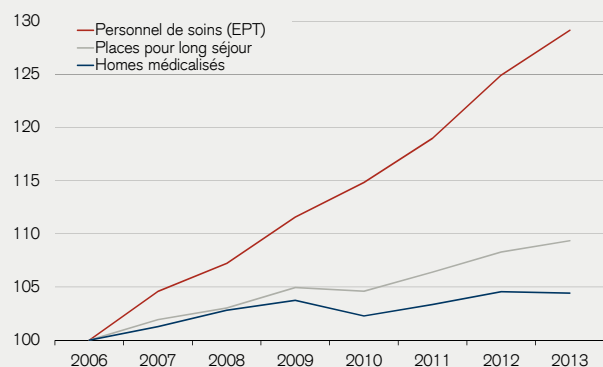
Les homes médicalisés deviennent de plus en plus grands en termes de places et de personnel

Alors que le nombre de homes médicalisés n'a augmenté, depuis 2006, que de 5%, le nombre de places pour long séjour a crû de près de 10% (cf. fig. 18). Il en résulte que les homes sont devenus en moyenne plus grands, notamment au cours des cinq dernières années. En 2006, un home médicalisé possédait en moyenne 54,3 places, en 2013 58,5 déjà (+7,6%). La raison pour cela devrait être, avant tout, la tendance allant vers de nouveaux bâtiments de plus grande envergure (cf. chapitre «Immobilier de soins»). Des homes plus grands emploient en moyenne également plus de personnel. Comparé à 2006, le home médicalisé moyen employait, en 2013, environ 22% de personnel de soins en plus.

Figure 18

Evolution de l'offre dans les homes médicalisés

Indice 2006 = 100

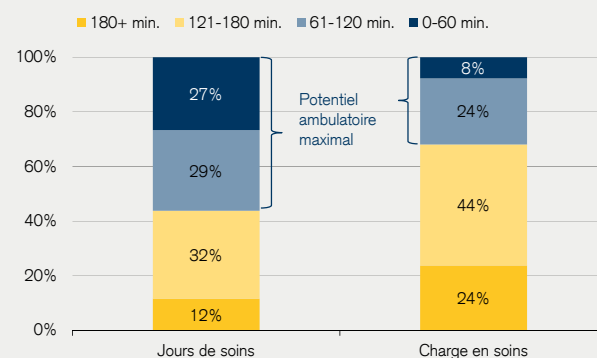


Source: Office fédéral de la statistique, Credit Suisse

Figure 19

Homes médicalisés: potentiel ambulatoire maximal

Part des jours de soins selon le besoin de soins journalier des clients;

Part de la charge en soins selon le besoin de soins journalier des clients³¹

Source: Office fédéral de la statistique, Credit Suisse

Les soins à domicile sont toujours plus importants pour les personnes âgées ayant des besoins en soins faibles

Comme nous l'avons mentionné précédemment, il existe, à côté des institutions de soins stationnaires, également des services de soins ambulatoires, à l'instar des soins à domicile. Ces dernières années, l'assistance professionnelle à domicile a connu une progression encore plus importante que les homes médicalisés. Aux 11 500 postes à plein temps qui existaient déjà en 2006, près de 6500 emplois supplémentaires sont venus s'ajouter jusqu'en 2013. Ceci représente une augmentation annuelle de 6,6%.³² Ce sont les personnes présentant un besoin en soins limité qui recourent principalement aux services ambulatoires. Cet état de fait n'est pas judicieux uniquement pour les personnes concernées, mais également souhaitable du point de vue économique. Les personnes âgées peuvent ainsi continuer à faire face de manière autonome au quotidien et sont transférées dans un home médicalisé uniquement lorsque l'intensité des soins dépasse un seuil critique. Ceci permet non seulement de respecter le souhait des clients de conserver autant que possible leur indépendance, mais également de réduire les coûts d'hôtellerie et de libérer des places de soins dans les homes pour les personnes âgées présentant un besoin en soins plus important.

Les soins à domicile sont plus efficaces pour les besoins en soins de moins de une à deux heures par jour

Des études montrent que les soins ambulatoires présentent des avantages considérables en termes d'efficacité tant que la complexité des cas de soins n'est pas trop élevée. Il n'est certes pas possible de déterminer avec précision un seuil jusqu'auquel les soins ambulatoires sont plus rentables que les soins stationnaires, car les coûts dépendent fortement des besoins en assistance surobligatoires ainsi que des coûts privés de logement et des investissements du home médicalisé. Les experts partent cependant du principe que les soins à domicile sont plus efficaces que les homes jusqu'à un besoin en soins de une à deux heures par jour.³³

31 Charge en soins estimée en tant que moyenne des minutes de soins par degré de soins multipliée par le nombre de jours de soins par degré de soins

32 Jusqu'en 2009, les statistiques relatives aux soins à domicile ne prenaient en compte que les organisations à but non lucratif et de droit public. Depuis 2010, les entités commerciales (entreprises à but lucratif et personnel de soins indépendant) sont également recensées. Sans cette rupture structurelle, le taux de croissance moyen réel devrait être quelque peu plus faible.

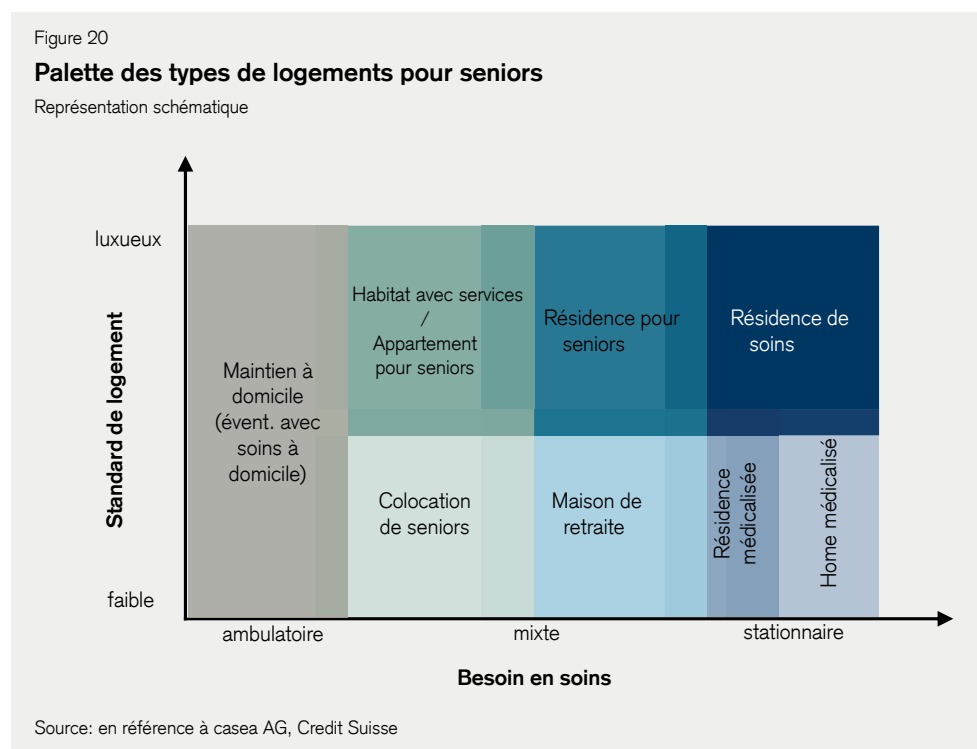
33 Wächter et Künzi (2011): Les limites des soins à domicile dans une perspective économique.

Du point de vue des coûts totaux, plus d'un quart des clients des homes médicalisés pourraient être soignés plus efficacement à domicile

Les statistiques officielles ne contiennent aucune information précise sur le nombre de clients traités de manière stationnaire, qui présentent un besoin en soins inférieur à cette plage. Nous connaissons cependant, pour chaque degré de soins,³⁴ le nombre de jours de soins³⁵. La part des jours de soins inférieure à une plage de 60 à 120 minutes de soins par jour s'élève, selon des estimations actuelles, entre 27% (besoin en soins jusqu'à 60 minutes) et 56% (jusqu'à 120 minutes, cf. fig. 19, à gauche). Si l'on se fonde sur une estimation plutôt conservatrice, on peut partir du principe que, du point de vue des coûts totaux, plus d'un quart des clients traités aujourd'hui de manière stationnaire pourraient être soignés plus efficacement de manière ambulatoire. Pour simplifier, ces clients peuvent être considérés comme le potentiel supplémentaire maximal pour les soins ambulatoires. Il est probable qu'à l'avenir, une partie de ces clients soit soignée de manière ambulatoire et non plus stationnaire, ce qui devrait entraîner une libération correspondante des capacités de lits dans les homes médicalisés. La décharge subséquente des capacités de soins devrait cependant être inférieure, notamment car les personnes moins dépendantes, nécessitant donc moins de personnel, seraient touchées (cf. fig. 19, à droite).

De nouveaux types de logements pour personnes âgées satisfont mieux aux exigences individuelles

Ces dernières années, la séparation stricte entre soins ambulatoires et soins stationnaires s'est de plus en plus estompée. A côté des institutions traditionnelles telles que les homes médicalisés et les services de soins à domicile, de nouveaux types de logements pour personnes âgées et donc de nouveaux concepts de soins ont vu le jour. Le modèle «habitat avec services», par exemple, propose des appartements pour seniors à proximité immédiate d'un home médicalisé (cf. fig. 20). Ces types de logements alternatifs permettent aux personnes âgées un mode de vie mieux adapté à leurs préférences, à leur degré de dépendance et à leurs moyens financiers. Si le transfert de l'appartement pour seniors au home médicalisé proche est nécessaire, ce mode de logement facilite les aspects sociaux, par exemple la séparation spatiale d'un couple. Rendue possible par ce type de logement, la transition douce d'une autonomie absolue à des soins de vieillesse prodigués 24h/24 peut en outre contribuer à réduire les inhibitions des personnes âgées à accepter des prestations d'assistance. La large palette des types de logements permet, dans l'ensemble, de satisfaire aux exigences individuelles croissantes des personnes qui nécessiteront à l'avenir des soins.



34 Les clients sont répartis, en fonction de leurs besoins en soins, en 12 degrés de soins. Chaque degré de soins représente 20 minutes de soins par jour. Ceci signifie que les clients de degré 1 présentent un besoin de 0 à 20 minutes de soins par jour, les clients du degré 2 un besoin de 21 à 40 minutes. Les clients du degré 12 possèdent un besoin de soins de plus de 220 minutes par jour.

35 Le nombre de jours de soins correspond au nombre de clients multiplié par la durée de séjour exprimée en jours.

Vaste palette de logements possibles pour les seniors dépendants

A une extrémité de la vaste palette des types de logements possibles de nos jours pour les personnes âgées se trouve le maintien à domicile (cf. fig. 20). En fonction des besoins et des moyens financiers disponibles, le logement peut être transformé de manière à répondre aux exigences des seniors (p. ex. suppression des seuils, montage de mains courantes, installation d'un monte-escalier). Si les besoins en soins sont limités, il est également possible de recourir à un service supplémentaire de soins ambulatoires. Dès qu'il n'est plus possible au senior de vivre de manière autonome, une colocation ou l'«habitat avec services» sont des alternatives judicieuses. Dans les colocations de seniors, les personnes âgées compensent les déficits physiques de leurs colocataires en s'aidant mutuellement. Le modèle déjà présenté d'«habitat avec services» est souvent proposé à proximité immédiate de maisons de retraite et de homes médicalisés, les résidents ayant ainsi la possibilité de profiter de services d'assistance et de soins (semi-)ambulatoires dispensés par le personnel du home médicalisé. Pour la possibilité de profiter de ces services et pour les appartements construits dans le respect des besoins des personnes âgées, les résidents payent un loyer plus élevé, et les services réellement sollicités sont facturés séparément au tarif des soins à domicile. En fonction de leurs moyens financiers, les personnes présentant un faible besoin en soins peuvent également se décider en faveur d'une solution stationnaire, comme une résidence pour personnes âgées ou une maison de retraite. Ces deux types de logements ne devraient cependant enregistrer dans les prochaines années aucune croissance notable. Institutions rappelant un hôtel, les résidences pour seniors sont relativement chères et les maisons de retraite n'existent aujourd'hui pratiquement plus. Pour les personnes âgées possédant des handicaps physiques considérables, l'entrée dans une institution de soins stationnaires est indispensable tôt ou tard. Les résidences de soins satisfont à la demande d'un mode de vie luxueux, alors que les homes et les résidences médicalisés sont envisageables pour les moyens financiers d'une plus large population. Les résidences médicalisées offrent à leurs résidents les avantages d'une atmosphère familiale tout en proposant les mêmes prestations qu'un home médicalisé.³⁶

La combinaison de homes médicalisés et d'appartements pour seniors gagnera encore en importance

Les données disponibles quant aux types de logements alternatifs sont rares, car il n'existe pratiquement aucune statistique officielle. Une analyse du site Internet de quelques exploitants privés de homes médicalisés suisses permet toutefois d'obtenir un bon aperçu des structures d'habitat qui prédominent.³⁷ Aujourd'hui déjà, les homes médicalisés sont souvent construits dans le voisinage direct d'appartements pour seniors. Les exploitants de homes médicalisés pris en compte dans notre analyse mettent à disposition, sur une centaine de sites, non seulement 3900 lits médicalisés, mais aussi quelque 3500 appartements pour seniors, représentant, d'après nos estimations, de la place pour plus de 5000 résidents. Ces appartements disposent en moyenne de 2 à 2,5 pièces. Chez ces exploitants, un lit en home médicalisé correspond aujourd'hui déjà à environ un lit et demi en appartement pour seniors. Dans le chapitre suivant intitulé «Immobilier de soins», nous montrerons que le concept hybride combinant home médicalisé et appartement pour seniors a considérablement gagné en importance au cours des dix dernières années.

Parenthèse: futurs besoins en personnel de soins dans les homes

Pénurie de personnel de soins qualifié

Même si le type d'hébergement constitue un facteur important, la qualité des soins gériatriques professionnels dépend fondamentalement des collaborateurs. Il est donc peu surprenant que cette branche soit extrêmement gourmande en personnel: en 2013, les frais liés au personnel représentaient environ 75% des dépenses totales liées aux homes médicalisés. Il est donc d'autant plus préoccupant que ce secteur souffre déjà d'une certaine pénurie de main-d'œuvre qualifiée. Notamment dans les périodes d'essor économique, où le choix de postes de travail est vaste, les homes médicalisés se plaignent de postes de travail non occupés. La pénurie de main-d'œuvre qualifiée est due d'un côté à la forte croissance du secteur. En effet, pratiquement aucun autre secteur n'a enregistré, ces dernières années, une augmentation de ses effectifs aussi importante que celui des homes médicalisés et des soins à domicile. Il n'est donc pas étonnant que le nombre du personnel qualifié disponible soit à ce point réduit. De l'autre côté, les professions liées aux soins doivent faire face, plus que tout autre métier, à de nombreux défis. Le personnel est ainsi soumis, tous les jours, entre autres à de fortes sollicitations

36 Cf. Tschudi et Wagner (2015): Wohnen im Alter – Leistungsauftrag der Gemeinden und Aspekte der Finanzierung (Logement pour personnes âgées - Mandat de prestation des communes et aspects du financement).

37 Dans notre analyse, nous avons pris en compte les exploitants suivants: Tertianum, SENIOcare, Senevita, Domicil, Di Gallo, Flury Stiftung, BOAS, Casa Solaris.

physiques et psychiques. Viennent s'ajouter à cela les horaires de travail irréguliers ainsi que les perspectives de carrière faibles. Les positions de cadres dans les maisons de retraite et homes médicalisés sont tendanciellement moins bien payées que dans des secteurs similaires. Qui se décide en faveur d'un métier dans le secteur des soins, le fait en premier lieu pour des motivations intrinsèques.³⁸

Les exigences imposées au personnel de soins dans les homes ne cessent d'augmenter

La pénurie de main-d'œuvre qualifiée est accentuée par une autre évolution: non seulement le nombre de personnes âgées nécessitant des soins a augmenté, mais les exigences imposées aux soins se sont aussi alourdies. L'offre grandissante de soins ambulatoires et le nombre croissant de personnes souffrant de démence (cf. encadré «*Démence et concepts de logement*», p. 34) ont fait que les clients des homes médicalisés présentent aujourd'hui, à leur entrée, des besoins en soins en moyenne plus élevés qu'autrefois. Les exigences croissantes imposées aux soins renforcent les besoins en personnel supplémentaire et qualifié. Cet état de fait se reflète également dans les chiffres: comme nous l'avons mentionné ci-avant, les effectifs en personnel de soins dans les homes ont connu, depuis 2006, une croissance annuelle de 3,6% et ainsi évolué trois fois plus rapidement que le nombre de places de soins et de clients soignés (cf. fig. 18). Alors qu'elle nécessitait alors, en moyenne, 54 pour cent de poste, une place de soins représentait, en 2013, déjà 63 pour cent de poste.

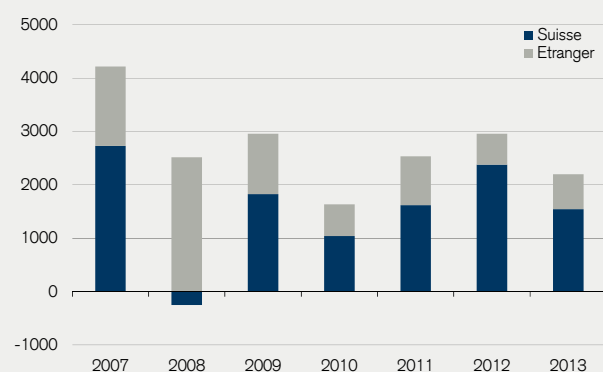
Trop peu de personnel de soins en suisse

Par le passé déjà, la pénurie de main-d'œuvre qualifiée n'a pu être atténuée qu'avec l'aide de personnel provenant de l'étranger. Avec 2500 employés, il représentait en 2006 seulement 4% des effectifs de soins totaux. Ce chiffre a cependant été multiplié par quatre jusqu'en 2013. Entre 2006 et 2013, 42% de la croissance du personnel de soins qualifié étaient dus à des immigrants possédant des diplômes de soins étrangers (cf. fig. 21). La part effective du personnel étranger travaillant dans les homes médicalisés suisses est sous-estimée dans ces chiffres, car par exemple les étrangers possédant un diplôme de soins suisse voire sans formation ne sont pas pris en compte. Dans tous les cas, il est manifeste que le secteur suisse des soins gériatriques est fortement dépendant, aujourd'hui déjà, de l'immigration de personnel qualifié étranger. Dans quelle mesure les homes médicalisés suisses pourront, à l'avenir, recourir à de la main-d'œuvre qualifiée étrangère pour combler les lacunes nationales est incertain depuis l'adoption de l'initiative contre l'immigration de masse le 9 février 2014.

Figure 21

Homes médicalisés: croissance du personnel

Personnel de soins supplémentaire (EPT) par rapport à l'année précédente, en fonction de l'origine du diplôme

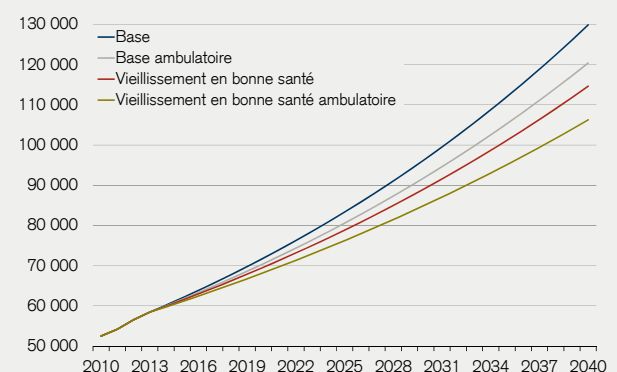


Source: Office fédéral de la statistique, Credit Suisse

Figure 22

Prévisions des besoins en personnel de soins

Scénario nombre de collaborateurs de soins (EPT) dans les homes médicalisés



Source: Office fédéral de la statistique, Credit Suisse

38 Cf. Association suisse des infirmiers et infirmières ASI (2011): Les soins infirmiers en Suisse: perspectives 2020.

Les effectifs de soins nécessaires dans les homes médicalisés d'ici 2040 sont 1,8 à 2,2 fois plus importants qu'aujourd'hui

Dans le chapitre «*Evolution future de la demande*», nous avons expliqué que la demande en soins aux personnes âgées augmentera considérablement d'ici 2040. Bien sûr, cet état de fait influence aussi les besoins futurs en personnel de soins qualifié dans les homes médicalisés. Nous partons du principe que ces besoins seront multipliés, entre 2013 et 2040, par un facteur 1,8 à 2,2 en fonction du scénario utilisé (cf. fig. 22), ce qui correspond à un nombre de postes de soins à plein temps supplémentaire situé entre 48 000 et 71 000. Pour comparaison, en 2014, l'industrie alimentaire suisse employait quelque 72 000 personnes.

En 2040, une personne active sur cinquante devrait travailler dans un home médicalisé

Les scénarios présentés ici reposent sur les prévisions relatives au nombre de clients expliquées ci-dessus. Pour ces prévisions, nous avons postulé notamment que, d'ici 2040, un cinquième des patients soignés jusque-là en stationnaire profiteraient de soins ambulatoires (scénarios «*Base ambulatoire*» et «*Vieillesse en bonne santé ambulatoire*»). Cette hypothèse s'applique toutefois en premier lieu à des patients présentant un besoin en soins faible à moyen (cf. aussi fig. 19). Les clients dépendants, donc à forte intensité de personnel, continueront d'être traités dans des homes. Dans le cas des prévisions relatives au personnel de soins, la différence entre le scénario qui prône le renforcement des soins ambulatoires et celui qui prévoit un statu quo ne sera pas aussi importante que dans le cas des prévisions relatives aux clients. Concrètement, cela signifie que nous escomptons, pour le scénario «*Vieillesse en bonne santé*», un besoin supplémentaire en personnel de 56 000 emplois à plein temps, et de 48 000 pour le scénario «*Vieillesse en bonne santé ambulatoire*». Selon ce dernier scénario, plus de 106 000 personnes (mesuré en emplois à plein temps) seraient employées en tout d'ici 2040 dans des homes – soit près d'une personne active sur cinquante en Suisse. En 2013, ce chiffre était encore inférieur à une sur huitante.

A l'avenir, les retraités en bonne forme soigneront-ils les personnes âgées dépendantes?

Compte tenu de la pénurie de main-d'œuvre qualifiée qui existe aujourd'hui, il n'est pas certain que les besoins supplémentaires en personnel de soins puissent être comblés uniquement par la formation et le recrutement de personnes qualifiées. Pour faire face à ce défi, il existe aujourd'hui déjà des approches intéressantes. Si l'on recherche par exemple des pays présentant une évolution démographique en avance sur la nôtre, on arrive rapidement au Japon où, aujourd'hui déjà, un quart des habitants est âgé de plus de 65 ans. Le Japon possède en effet la population vieillissant le plus rapidement au monde avec environ 4,6 millions de patients souffrant de démence. Comme les vastes dépenses liées à l'assistance dépassent les pouvoirs publics, le Japon a mis en place de grands systèmes de soins reposant sur une base volontaire. Les personnes atteintes de démence sont logées en groupes, dans des appartements privés ou loués à bon marché, et encadrés par des bénévoles locaux. Dans tout le Japon, environ 5,4 millions de personnes spécialement formées travaillent ainsi en tant qu'«amis des déments». Dans le contexte du besoin supplémentaire massif en personnel de soins, le recours à des bénévoles serait, ici aussi, une voie théoriquement envisageable. Ces assistants volontaires pourraient par exemple être recrutés au sein du groupe en forte croissance des retraités bien portants.

Compte épargne-temps pour les soins bénévoles

A côté des «amis des déments», le Japon a mis en place un système de rémunération des soins sur une base temporelle, appelé «*fureai kippu*» (littéralement: «ticket de relation bienveillante»). Les aides bénévoles peuvent ainsi faire inscrire, sur un compte temps, les services d'assistance et de soins qu'ils ont fournis, des services dont ils bénéficieront ensuite, gratuitement, lorsqu'ils auront besoin eux-mêmes de soins. Entre-temps, le système «*fureai kippu*» compte trois millions d'assistants bénévoles. En Suisse aussi, on peut trouver un système de soins sur une base temporelle. En 2014, la ville de Saint-Gall a lancé un projet pilote sur le modèle japonais appelé «*Stiftung Zeitvorsorge*» (fondation Prévoyance-temps). A l'heure actuelle, il est difficile de dire si les systèmes mis en place au Japon peuvent être calqués à l'identique et retransmis sur l'ensemble du territoire suisse. Ceci nécessiterait en effet un changement de tendance considérable compte tenu des activités de soins bénévoles en perpétuel recul (cf. fig. 12). Il est cependant pensable que des incitations telles que celles prévues dans le système de la prévoyance-temps puissent faire avancer les choses dans ce sens.

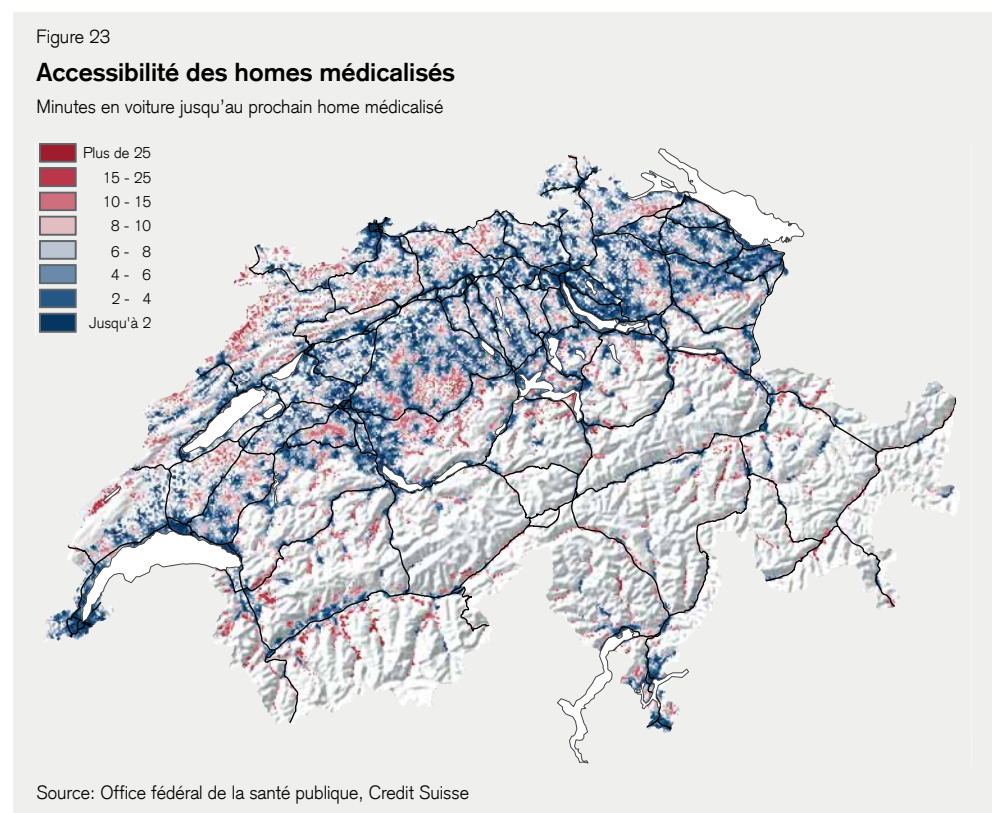
Situation d'approvisionnement au niveau régional

Couverture pratiquement sans lacune de homes médicalisés

A l'instar de la demande, l'offre se répartit également de manière très irrégulière dans le pays, comme nous l'avons déjà montré dans la *figure 17*. Ceci provoque de grandes disparités régionales au niveau de l'approvisionnement. Une variable pouvant permettre de mesurer le degré d'approvisionnement régional est l'accessibilité en temps. Les chiffres sont impressionnants: en 2012, 99% de la population accédaient à un home médicalisé en moins de 15 minutes en voiture, 75% d'entre eux même en moins de 5 minutes. Sans surprise, l'accessibilité en temps est meilleure dans les zones urbaines qu'à la campagne ou dans les vallées alpines (cf. *fig. 23*).

Fort taux d'occupation dans les homes médicalisés

L'accessibilité en temps ne donne cependant aucune information sur la densité régionale de l'offre – c'est-à-dire sur le rapport régional entre les capacités de soins proposées et la demande. Malgré une accessibilité en temps relativement élevée, on ne peut pas parler aujourd'hui d'une suroffre. En 2012, les places pour long séjour dans les homes suisses étaient occupées en moyenne à 95%. La densité de l'offre diverge cependant fortement au niveau régional.



Densité de l'offre: plus importante en Suisse centrale et orientale que dans le Mittelland et en Suisse romande

Dans la *figure 24*, nous opposons la demande régionale estimée aux chiffres réels des places pour long séjour. L'estimation de la demande repose sur la méthode déjà employée pour la *figure 16*. Nous multiplions, pour chaque région, la taille de la population par cohorte d'âge avec le rapport client/population spécifique à la cohorte pour toute la Suisse.³⁹ Cette approche ne permet certes pas de dire, dans l'absolu, si une région a une offre excédentaire ou déficitaire, mais elle permet d'identifier les régions dans lesquelles la densité de l'offre est supérieure ou inférieure à la moyenne nationale. La *figure 24* montre que la densité de l'offre est supérieure à la moyenne notamment en Suisse centrale ainsi que dans de nombreuses régions de Suisse orientale et du canton de Berne. Aussi bien dotés en places pour long séjour sont l'Oberland zurichois, la ville de Zurich, les communes riveraines du lac de Zurich, le sud du canton d'Argovie ainsi que certaines régions du canton de Fribourg. Les autres régions de Suisse romande, le Tessin, la Suisse du Nord-Ouest et certaines parties du canton de Zurich présentent, quant à

³⁹ Pour la pondération des différentes cohortes d'âge, cf. note 27. Une approche plus simple, mais beaucoup moins précise, serait la prise en compte, par exemple, de toutes les personnes de plus de 80 ans.

elles, une densité de lits inférieure à la moyenne. A l'exception de la région de Vevey/Lavaux, le rapport entre l'offre et la demande est particulièrement faible dans le canton de Vaud.

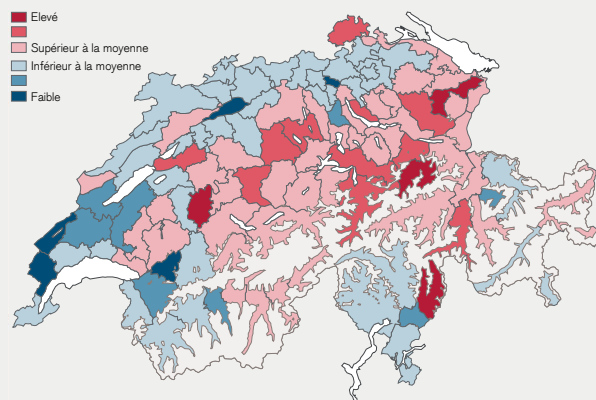
Les soins à domicile doivent également être pris en compte dans la densité régionale de l'offre

La figure 24 oublie cependant que les soins gériatriques ne sont pas dispensés uniquement dans des homes médicalisés, mais aussi par les services de soins à domicile. Pour mesurer la densité du système des soins aux personnes âgées dans son entier (cf. fig. 25), nous ne nous référons pas, pour ce qui est de l'offre, au nombre de lits, mais au nombre de collaborateurs équivalents pleins temps.⁴⁰ Si par «offre» on entend la capacité de soins plutôt que la capacité d'hébergement proposée, cette valeur est même plus pertinente. Le nombre de collaborateurs reflète en effet mieux l'intensité moyenne des soins d'une institution que le nombre de lits, ce qui n'est pas sans importance. Un client possédant un degré d'assistance 10 nécessite certes la même capacité de lit qu'un client de degré 1, mais il nécessite des soins beaucoup plus importants. Pour l'estimation de la demande également, l'approche utilisée dans la figure 25 diffère quelque peu de celle utilisée pour la figure 24. Comme il n'existe, pour les clients des services de soins à domicile, aucune ventilation granulaire selon les cohortes d'âge comme pour les homes médicalisés, nous utiliserons, au lieu du rapport client-population spécifique aux cohortes, les facteurs de pondération des coûts par cohorte d'âge représentés dans la figure 10.

Figure 24

Densité de l'offre des homes médicalisés

Rapport entre les places pour long séjour⁴¹ et la demande estimée de lits médicalisés (2012)

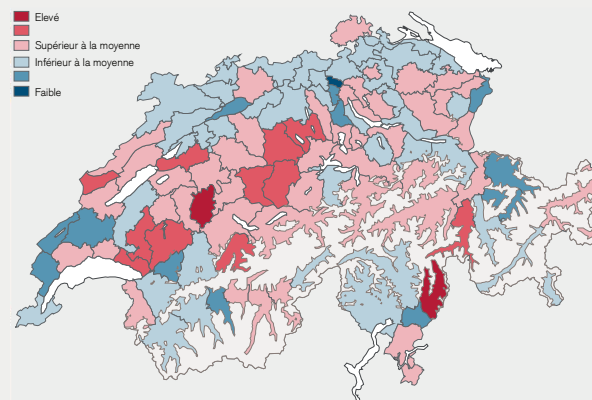


Source: Office fédéral de la santé publique, Office fédéral de la statistique, Geostat, Credit Suisse

Figure 25

Densité de l'offre pour les soins gériatriques

Rapport entre les emplois dans les homes médicalisés et services de soins à domicile (EPT) et les dépenses estimées pour les soins gériatriques (2012)



Source: Office fédéral de la santé publique, Office fédéral de la statistique, Geostat, Credit Suisse

Les soins à domicile compensent une densité de l'offre faible, notamment en Suisse romande

Comparée à la figure 24, la figure 25 montre des disparités manifestes dans la densité de l'offre. En général, les différences entre les régions diminuent dès que l'on prend en considération les soins à domicile; c'est-à-dire que, dans de nombreuses zones, l'offre de soins ambulatoires vient compenser partiellement une offre de soins stationnaires inférieure ou supérieure à la moyenne. De nombreuses régions de Suisse orientale, par exemple, ne présentent plus une densité d'offre (clairement) supérieure à la moyenne. Inversement, la relation entre l'offre et la demande de nombreuses régions de Suisse romande n'est plus (aussi) inférieure à la moyenne. En Suisse romande, les équivalents pleins temps des soins à domicile représentent près d'un quart du personnel de soin total. Sur le plan national, cette part s'élève à 17%. Les cantons de Genève et de Vaud, notamment, présentent une densité de soins à domicile pratiquement deux fois plus élevée que la moyenne suisse. De grandes parties de Suisse centrale et du canton de Berne possèdent, en revanche, une offre supérieure à la moyenne si l'on prend en considération les soins ambulatoires.

40 Un emploi à plein temps dans les soins à domicile a ici le même poids qu'un emploi à plein temps dans un home médicalisé.

41 Dans les figures 24 et 25, nous prenons en compte uniquement les lits médicalisés dans des homes avec un âge d'entrée moyen de plus de 65 ans. En 2012, 55 homes médicalisés possédaient un âge d'entrée moyen de moins de 65 ans. Il s'agit là moins de homes pour soins gériatriques que d'institutions d'assistance à des personnes adultes dépendantes souffrant de troubles psychiques. Cf. à ce sujet OFS (2008): Indicateurs des institutions médico-sociales 2006. Résultats et analyses.

Immobilier de soins

Les communes gèrent la planification des homes médicalisés

L'immobilier de soins appartient à la catégorie de l'immobilier spécial ou, plus exactement, de l'immobilier d'exploitation, car les bâtiments qu'il englobe ont été construits non seulement pour un usage spécifique, mais doivent également être adaptés aux besoins complexes de leurs résidents. Dans la plupart des cas, la gestion des bâtiments est assumée par un exploitant qui n'est cependant pas obligatoirement le propriétaire du bien immobilier. En règle générale, la construction de homes médicalisés est initiée par les communes, qui suivent ainsi l'objectif de lits médicalisés prescrit par le canton. Les terrains à construire nécessaires sont souvent mis à disposition à des conditions avantageuses, la plupart du temps en droit de superficie. L'immobilier de soins est de plus en plus fréquemment créé en collaboration avec des franchises d'exploitation professionnelles qui proposent leur expertise à un stade précoce du projet.

Une réglementation hétérogène responsable du manque de transparence du marché

Compte tenu de la compétitivité croissante du marché immobilier, toujours plus d'investisseurs s'orientent vers l'immobilier de soins. La complexité de ce marché ne doit toutefois pas être sous-estimée, car celui-ci est réglementé de manière différente au niveau communal et cantonal. Mise en place avec de bonnes intentions, la réglementation de l'Etat peut cependant provoquer une mauvaise allocation des ressources. Les bénéfices des homes médicalisés situés dans le canton de Vaud, par exemple, ne doivent pas être supérieurs à 1,5% des recettes totales d'exploitation. Cette réglementation devrait être l'une des raisons pour lesquelles le canton de Vaud présente l'une des densités les plus faibles en lits médicalisés. Pour réduire les risques lors de la décision d'investissement, il est donc impératif de bien connaître le marché local.

Investissements dans les homes médicalisés

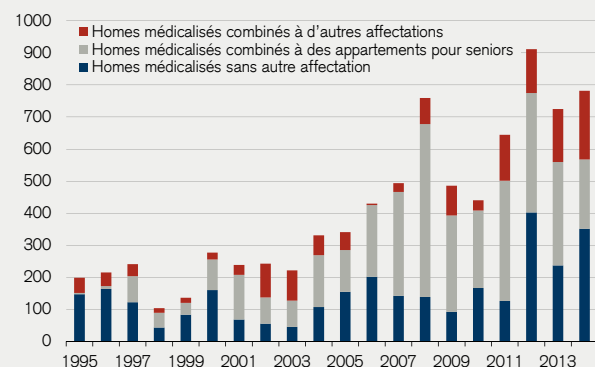
Depuis 2009, les autorités communales de la construction autorisent chaque année jusqu'à 40 projets de homes médicalisés

Comme nous l'avons montré précédemment, la demande qui augmente suite au vieillissement démographique fait également croître l'offre en institutions de soins. En analysant les permis de construire suisses, il est non seulement possible de déterminer le nombre de nouvelles constructions (nouveaux bâtiments et extensions), mais également leur montant d'investissement. Depuis 2009, les autorités communales de la construction ont octroyé, chaque année, des autorisations de construire à près de 40 homes médicalisés. Viennent s'ajouter à cela dix à vingt homes médicalisés combinés à des appartements pour seniors et quatre à sept homes médicalisés intégrés à d'autres utilisations. Le nombre de homes médicalisés ainsi autorisé (y compris en combinaison avec d'autres utilisations) a été le plus élevé entre 2005 et 2008, atteignant un sommet en 2008, avec 65 unités.

Figure 26

Montant d'investissement annuel autorisé

Permis de construire 1995–2014 en millions de francs, nouveaux bâtiments et extensions

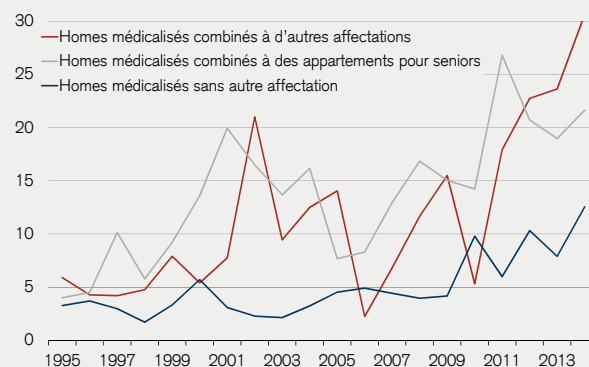


Source: Baublatt, Credit Suisse

Figure 27

Montant moyen d'investissement par objet

Permis de construire 1995–2014 en millions de francs, nouveaux bâtiments et extensions



Source: Baublatt, Credit Suisse

En dix ans, les investissements effectués dans des homes médicalisés et logements pour seniors ont presque doublé

Comme le montant d'investissement moyen par objet a connu après 2009 une envolée, passant pour les homes médicalisés seuls d'environ 4 millions de francs en 2009 à plus de 13 millions de francs en 2014 (cf. fig. 27), le montant d'investissement total annuel a aussi enregistré une hausse considérable (cf. fig. 26). Les homes médicalisés combinés à des appartements pour seniors représentaient ces 20 dernières années un volume d'investissement moyen de 13,8 millions de francs, un montant trois fois supérieur à celui des homes médicalisés seuls. Depuis 2012, 34 homes médicalisés représentant un volume d'investissement de plus de 10 millions de francs ont été autorisés en Suisse. Si l'on prend en considération également les homes combinés à des appartements pour seniors, 37 biens viennent s'ajouter à la liste. Parmi ces derniers, six projets ont dépassé la barre des 40 millions de francs; parmi les homes médicalisés seuls, ils ne sont que trois. On ne peut ainsi pas prétendre que le nombre de homes médicalisés construits en Suisse est plus élevé que par le passé, mais le volume d'investissement et la taille des homes ont considérablement augmenté. Ces résultats corroboreront l'analyse du chapitre «Offre de prestations de soins gériatriques». Une raison à cela devrait être la professionnalisation croissante du marché des homes médicalisés. Si l'on fait la somme de tous les investissements réalisés dans les homes médicalisés, y compris ceux combinés à d'autres utilisations, le montant autorisé pour la construction a dépassé, en 2012, les 900 millions de francs (cf. fig. 26). Jusqu'en 2004, cette valeur n'avait jamais passé la barre des 300 millions de francs. En 2013 et 2014, le montant d'investissement autorisé était également très élevé, avec plus de 700 millions de francs. Rien que sur la base de ces chiffres, nous pouvons nous attendre, pour 2015/16, à une forte extension du nombre de lits disponibles dans des homes médicalisés.

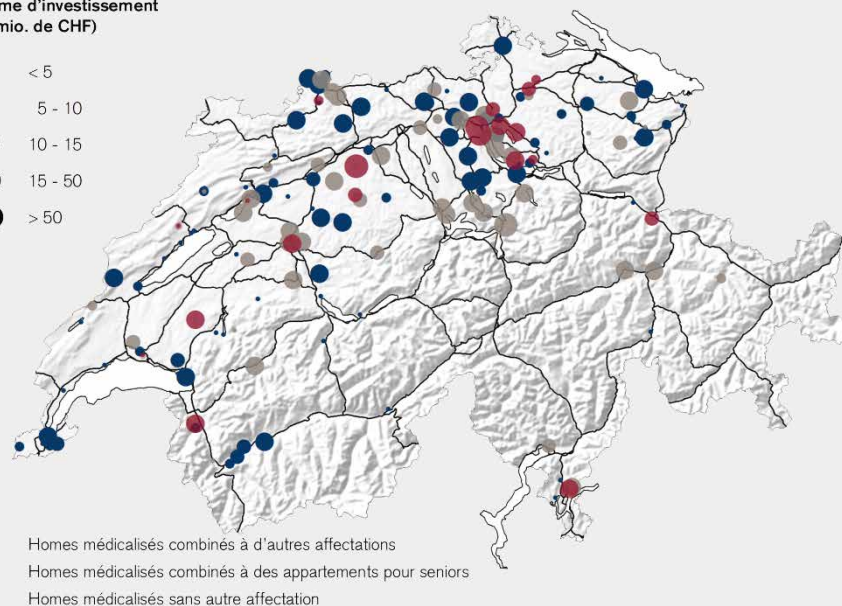
Figure 28

Extension actuelle des homes médicalisés

Bâtiments autorisés en fonction de leur affectation et de la somme d'investissement, janvier 2012 à février 2015

Volume d'investissement
(en mio. de CHF)

- < 5
- 5 - 10
- 10 - 15
- 15 - 50
- > 50



Source: Baublatt, Geostat, Credit Suisse

Tendance allant vers la construction de homes médicalisés combinés à des appartements pour seniors

Mais la somme d'investissement moyenne par objet n'est pas le seul facteur à avoir augmenté au cours de la décennie passée; le mélange d'affectation des bâtiments a, lui aussi, changé. Entre 1995 et 2002, la part des homes médicalisés autorisés sans autre affectation était de 85%. Avec la tendance croissante consistant à combiner les homes médicalisés à des appartements pour seniors, ce chiffre a baissé continuellement pour passer, en 2010, en dessous de la barre des 41%. Entre 2006 et 2010, près de la moitié des homes médicalisés ont été autorisés en combinaison avec des appartements pour seniors, jusqu'à 15% ont été construits en lien avec des surfaces autrement affectées. Après 2011, la part des homes médicalisés autorisés sans autres surfaces se rapprochait de nouveau de 60%. La croissance rapide de ces «centres intégrés pour personnes âgées» combinant home médicalisé et appartements pour seniors n'est

pas sans raison, comme nous l'avons montré dans le chapitre «Offre de prestations de soins gériatriques»: les clients peuvent être pris en charge plus tôt dans leur cycle de vie et assistés conformément à leur degré de soins. Les homes peuvent en outre utiliser leurs collaborateurs de manière plus flexible, ce qui permet d'optimiser l'allocation des ressources.

Concentration régionale de l'extension actuelle

L'extension actuelle des homes médicalisés est très différente en fonction des régions (cf. fig. 28). Si l'on en croit les permis de construire octroyés depuis janvier 2012, les homes médicalisés nouvellement construits se concentrent majoritairement dans la région de Zurich. Dans cette région, les homes médicalisés sont très souvent combinés à d'autres surfaces utiles. Mais nous nous attendons aussi à une augmentation considérable du nombre de lits dans la région de Bâle et du Mittelland au cours des prochaines années. L'extension attendue en Suisse occidentale, méridionale et orientale sera cependant beaucoup plus faible.

Démence et concepts de logement

Les personnes habitant dans des homes médicalisés possèdent des besoins de soins très différents. A l'extrémité supérieure de l'échelle des soins se trouvent notamment les résidents souffrant de graves troubles physiques et psychiques. Avec 125 000 personnes touchées (état: 2010), la démence est l'une des maladies affectant le plus souvent les personnes âgées et induisant un besoin de soins accru.⁴² Souvent d'origine génétique, la démence peut certes toucher des personnes plus jeunes, mais le taux d'incidence augmente de manière exponentielle avec l'âge. Bien que les progrès médicaux promettent une vie plus longue, en bonne santé physique, ils peuvent également prolonger une phase de vie dans laquelle la personne souffre de démence.

C'est notamment le déclin des capacités cognitives associé à la démence qui représente de véritables défis non seulement pour le personnel soignant, mais également pour le logement des personnes concernées. Comme les malades souffrant de démence sont souvent dépassés par la structure des homes traditionnels, ils sont généralement hébergés dans un environnement plus protégé. Pour les homes médicalisés, cela signifie concrètement que leurs divisions doivent être transformées ou construites pour répondre aux besoins des personnes atteintes de démence. Cette approche comporte toutefois le risque d'exclure ces malades de toute interaction sociale. De nouveaux concepts de logement, comme le village pour personnes atteintes de démence «De Hogeweyk» construit aux Pays-Bas, abordent ce thème difficile: sur une superficie de 12 000 m², les 152 résidents peuvent évoluer librement et s'adonner à leurs activités quotidiennes. Le personnel soignant agit en tant qu'«employé» des entreprises de services établies sur le site. Dans les établissements gastronomiques et de divertissement, les visiteurs venus de l'extérieur sont également les bienvenus.

En raison du vieillissement démographique, la démence constituera un thème récurrent dans le domaine des soins ces prochaines décennies. Les exigences futures imposées au personnel de soins ainsi que la configuration des homes seront différentes de celles existant aujourd'hui. Sur la base du modèle de prévisions démographiques du Credit Suisse, nous estimons qu'en 2040, environ 291 000 personnes souffriront de démence, à condition que les prévalences spécifiques à l'âge restent identiques.⁴³ Ceci correspondrait alors à 3% de la population. En 2010, ce chiffre n'était que de 1,6%.

42 Höpflinger (2011): La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée: Scénarios actualisés pour la Suisse. Paru dans les *Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé*.

43 Prévalence de la démence en 2010 selon Höpflinger (2011): La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée: Scénarios actualisés pour la Suisse. Paru dans les *Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé*.

Facteurs d'implantation des homes médicalisés

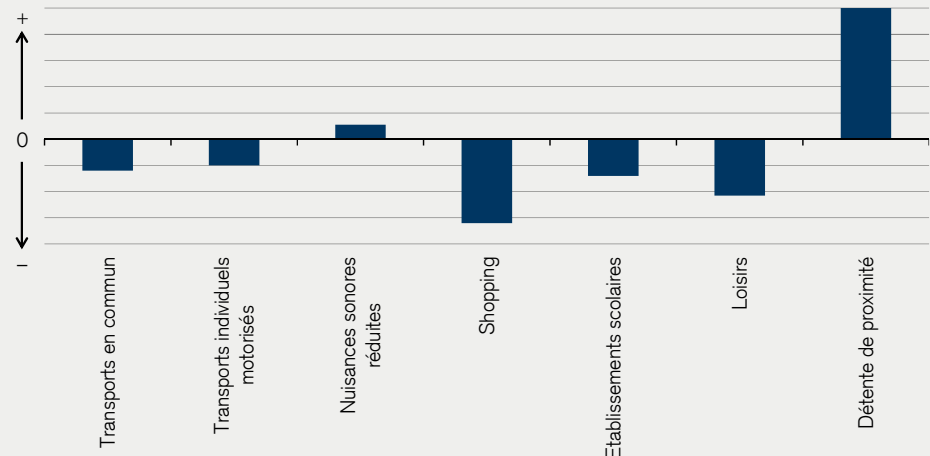
Pour les homes médicalisés, nature et détente prient sur l'accessibilité

Pour les investisseurs, l'immobilier de soins représente, d'un côté, une possibilité judicieuse de diversification, car les contrats de bail sont généralement à très long terme et les exploitants n'ont à leur disposition que peu d'alternatives viables. De l'autre côté, un bien immobilier spécial, comme un home médicalisé, recèle le risque qu'un exploitant résilie tout de même son contrat et que le bâtiment ne puisse être exploité à un autre usage. En raison de son mode de construction conçu sur mesure pour répondre à des besoins spécifiques, l'immobilier de soins impose des exigences particulières à son environnement. Une comparaison entre l'emplacement des homes médicalisés et celui de tous les bâtiments suisses comprenant plus de dix appartements permet de mettre en lumière les facteurs d'implantation essentiels pour les homes construits jusqu'à aujourd'hui (cf. fig. 29). Pour ce faire, la valeur médiane des deux grandeurs observées a été comparée. Les homes médicalisés ne recherchent pas l'accès rapide à des possibilités de shopping et de loisirs, mais s'établissent plus souvent à proximité des zones de détente que les immeubles résidentiels. Grâce à leur emplacement proche de la nature, les résidents sont moins gênés par le bruit, mais les homes sont en revanche moins bien desservis par les transports en commun et le réseau routier.

Figure 29

Importance des facteurs d'implantation pour les homes médicalisés

Analyse comparative des homes médicalisés existants (état: 2012) par rapport à tous les bâtiments suisses de plus de 10 appartements



Source: Office fédéral de la santé publique, Office fédéral de la statistique, Credit Suisse

Les exigences liées au site d'implantation des homes médicalisés et appartements pour seniors divergent

Pour les homes médicalisés, l'étendue et la qualité des espaces extérieurs ou l'implantation à proximité immédiate d'une zone de détente sont essentielles, car les personnes dépendantes possèdent souvent une mobilité réduite. Si, en revanche, les homes médicalisés sont construits en combinaison avec des appartements pour seniors, l'accessibilité au réseau de transport en commun ainsi que la proximité des services (p. ex. achats) restent également des critères importants. Il se peut donc que des compromis soient nécessaires lors du choix d'un site d'implantation pour un immobilier de soins à affectation combinée.

Besoins d'investissement futurs

D'ici 2040, plus de 53 000 lits médicalisés supplémentaires seront nécessaires

Selon les prévisions, la croissance massive de la demande en soins gériatriques entraînera, les 25 prochaines années, une hausse considérable des dépenses liées aux soins et un besoin accru en personnel de soins qualifié. A moyen et long terme, la tendance à la croissance observée ces dernières années dans les investissements affectés à la construction de homes médicalisés continuera d'évoluer avec la même vigueur, malgré l'importance grandissante des soins ambulatoires et l'apparition de types de logements alternatifs. Sur la base de notre prévision re-

lative à la croissance du nombre de clients, nous estimons ci-après les besoins d'investissement nécessaires pour des lits médicalisés supplémentaires d'ici 2040. Parmi les quatre scénarios de prévision présentés (cf. fig. 15), nous n'utiliserons que la variante «Vieillesse en bonne santé ambulatoire». C'est-à-dire que nous partons du principe que les années gagnées grâce à l'allongement de l'espérance de vie seront toutes passées en bonne santé et postulons de plus que 20% des clients soignés aujourd'hui de manière stationnaire seront traités, d'ici 2040, de manière ambulatoire. Compte tenu de ces hypothèses, nous prévoyons, d'ici 2040, une augmentation du nombre de lits médicalisés nécessaires de 57%, ce qui revient à une croissance annuelle moyenne de 1,7%. En valeur absolue, ce sont 53 000 lits supplémentaires par rapport à aujourd'hui. Si, contre toute attente, le transfert postulé des soins aux personnes âgées vers le domaine ambulatoire ne devait pas avoir lieu, ce sont encore 36 000 lits médicalisés de plus qui devront être mis à disposition sur la même période.

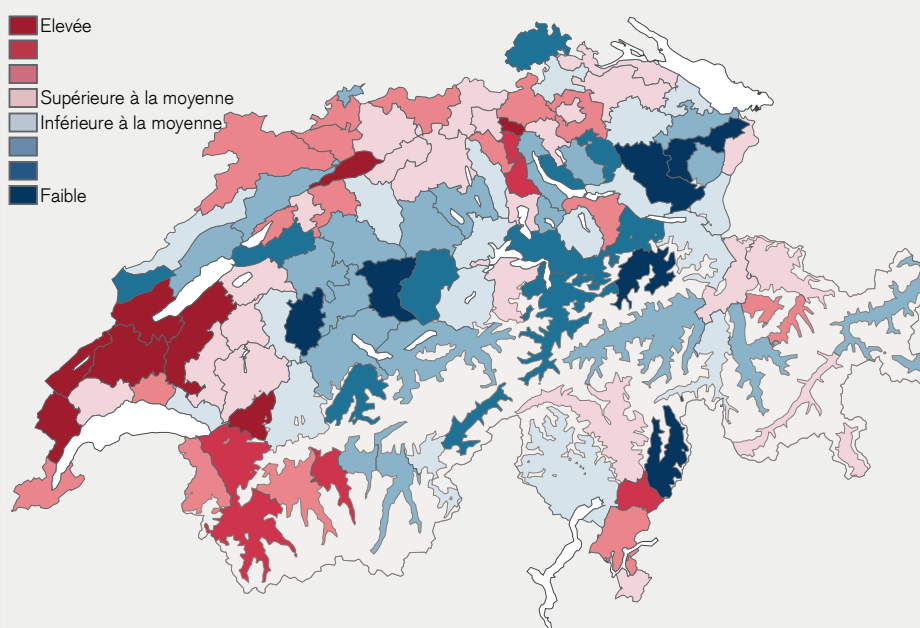
Le volume d'investissement annuel pour de nouveaux homes médicalisés est estimé à 680 millions de francs

Si l'on multiplie les 53 000 lits médicalisés attendus par un montant hypothétique d'investissement par lit⁴⁴ de 350 000 francs, on peut s'attendre en Suisse, d'ici 2040, à un besoin d'investissement en homes médicalisés de 18,4 milliards de francs actuels. Ceci correspond à un volume d'investissement moyen pour nouveaux bâtiments de 680 millions de francs par an. Les bâtiments de substitution et rénovations ne sont pas pris en compte dans ce montant, de même que les investissements liés à la construction de nouveaux appartements pour seniors. Le volume d'investissements total nécessaire pour l'immobilier de soins et les appartements pour seniors devrait ainsi être considérablement plus élevé.

Figure 30

Extension régionale des lits médicalisés prévue

Croissance prévue des lits entre 2012 et 2040 par rapport à la moyenne suisse



Source: Office fédéral de la santé publique, Office fédéral de la statistique, Geostat, Credit Suisse

Evolution régionale du nombre de lits compte tenu de la densité actuelle de l'offre

Ce besoin d'investissements futur ne se répartira pas de manière homogène sur tout le territoire suisse. Dans la figure 30, nous présentons un scénario régional de la croissance du nombre de lits. Nous ne prenons pas uniquement en compte la croissance régionale future de la demande de soins gériatriques comme dans la figure 16, mais également la densité régionale actuelle de l'offre en lits médicalisés, comme elle est représentée à la figure 24. Plus concrètement, nous

44 Volume d'investissement total par home médicalisé, divisé par le nombre de lits.

postulons que, d'ici 2040, les différentes densités régionales d'offre convergeront vers la moyenne helvétique. Ceci est une hypothèse très simpliste. Fondamentalement, nous pouvons partir du principe que, dans les régions présentant aujourd'hui une faible densité de l'offre ou dans lesquelles une grande partie des clients est traitée de manière ambulatoire, les investissements supplémentaires permettant de maintenir le degré de couverture devront être plus importants que dans les régions où la densité des lits médicalisés est, aujourd'hui déjà élevée et le potentiel ambulatoire encore faiblement exploité. Dans la [figure 30](#), les régions dans lesquelles nous prévoyons une croissance *future* particulièrement forte de la demande et où il existe *aujourd'hui* relativement peu de lits médicalisés par rapport à la demande estimée, présentent la plus forte extension prévisionnelle de lits.

Croissance dynamique du nombre de lits médicalisés dans la majeure partie de la Suisse romande et à l'ouest de Zurich

Nous prévoyons que la croissance relative des lits atteigne son maximum dans les régions situées entre les lacs Léman et de Neuchâtel, à l'est du lac Léman ainsi que dans l'agglomération située à l'ouest de Zurich. La croissance dans ces régions repose non seulement sur la densité régionale de l'offre aujourd'hui inférieure à la moyenne, mais également sur la croissance future supérieure à la moyenne des soins stationnaires dispensés aux personnes dépendantes. Les besoins en lits supplémentaires seront inférieurs à la moyenne avant tout dans les vallées des Alpes centrales, la région de l'Alpstein ainsi que dans de grandes parties du canton de Berne. Dans ces régions, la croissance future estimée de la demande restera inférieure à la moyenne, la densité actuelle de l'offre étant cependant supérieure à la moyenne.

Croissance absolue des lits médicalisés maximale à Genève

La [figure 30](#) ne permet toutefois pas de donner des informations pertinentes sur la croissance absolue du nombre de lits médicalisés. Alors que, selon ce scénario, le nombre de lits médicalisés nécessaires par exemple dans la région March/Höfe enregistre, avec près de 2,3% par an, une croissance moyenne nettement supérieure à celle de la ville de Zurich (+1,0% par an), la croissance absolue de Zurich (+1800 lits supplémentaires) est supérieure à celle de la région March/Höfe (+480 lits d'ici 2040). Nous nous attendons à ce que la croissance absolue maximale des lits médicalisés supplémentaires soit atteinte dans les centres densément peuplés et les régions limitrophes. Avec près de 4000 lits supplémentaires, nous estimons que la région économique de Genève enregistrera la plus grande extension de l'offre, suivie de Lausanne avec 2300 lits et de la région de Bâle avec 1900 lits.

Avertissement sur les risques

Chaque investissement implique des risques, notamment en matière de fluctuations de valeur et de rendement. Si un investissement est libellé dans une devise autre que votre monnaie de référence, les variations des taux de change peuvent avoir un impact négatif sur la valeur, le prix ou le revenu.

Pour une discussion sur les risques afférents aux placements dans les titres mentionnés dans ce rapport, veuillez consulter ce lien Internet: <https://research.credit-suisse.com/riskdisclosure>

Le présent rapport comporte des informations concernant des placements impliquant des risques particuliers. Vous devriez prendre conseil auprès de votre conseiller financier avant de prendre toute décision d'investissement basé sur le présent rapport ou pour toute explication concernant le contenu de ce dernier. Des informations complémentaires sont également disponibles dans la brochure explicative intitulée «Risques particuliers dans le négoce de titres» disponible auprès de l'Association suisse des banquiers.

Le prix, la valeur ou le revenu de tout titre ou instrument financier mentionné dans ce rapport peuvent diminuer ou augmenter. La valeur des titres et des instruments financiers est subordonnée aux fluctuations des taux de change et d'intérêt au comptant ou à terme, des indicateurs économiques, de la capacité financière de l'émetteur ou de l'émetteur de référence, etc., qui sont susceptibles d'affecter positivement ou négativement le prix ou le revenu de ces titres ou de ces instruments financiers. En achetant des titres ou des instruments financiers, vous vous exposez à des pertes ou à une perte nette du capital en raison des fluctuations des cours ou d'autres indices financiers, etc. Les investisseurs qui ont effectué des placements en ADR, dont la valeur est affectée par la volatilité des monnaies, assument effectivement ce risque.

Les taux de commission pour les opérations de courtage seront conformes aux taux convenus entre le CS et l'investisseur. Pour les transactions effectuées sur le principe de contreparties agissant pour compte propre entre le CS et l'investisseur, le prix d'achat ou de vente constituera le prix total. Les transactions effectuées sur le principe de contreparties agissant pour compte propre, y compris les opérations sur dérivés hors bourse, seront négociées sous la forme d'un prix/cours d'achat ou d'un prix/cours de vente, auquel cas une différence ou un écart peut être constaté. Les frais associés aux transactions seront convenus avant lesdites transactions, conformément aux lois et aux réglementations applicables. Veuillez lire attentivement la documentation préalable au contrat, etc., pour le détail des risques et commissions, etc., des titres ou des instruments financiers concernés avant l'achat.

Les titres structurés sont des instruments complexes comportant de par leur nature un degré de risque élevé; ils sont destinés à être vendus uniquement à des investisseurs avertis capables de comprendre et d'assumer les risques qu'ils impliquent. La valeur sur le marché d'un produit structuré peut être affectée par des changements induits par des facteurs d'ordre économique, financier et politique (y compris, sans toutefois s'y limiter, les intérêts au comptant et à terme et les taux de change), la date d'échéance, les conditions et la volatilité du marché ainsi que la solvabilité des émetteurs ou de l'émetteur de référence. Tout investisseur intéressé par l'achat d'un produit structuré doit effectuer sa propre recherche et sa propre analyse du produit; il doit consulter ses propres conseillers professionnels quant aux risques que comporte l'achat d'un tel produit.

Certains des investissements décrits dans ce rapport comportent un niveau élevé de volatilité. Les investissements soumis à une forte volatilité sont sujets à des baisses soudaines et fortes de valeur causant une perte au moment de la vente des titres. Ces pertes peuvent égaler votre investissement initial. Dans le cas de certains investissements, le risque de perte est même susceptible d'excéder le montant de l'investissement initial et vous pourriez dans de telles circonstances être tenu de déboursier une somme plus élevée pour couvrir ces pertes. Les rendements des investissements peuvent fluctuer et, par conséquent, il est possible que le capital initial versé soit utilisé afin d'assurer une partie du rendement. Il se peut que certains investissements ne soient pas aisément réalisables et qu'ils soient dès lors difficiles à vendre ou à réaliser. De même il vous sera peut-être difficile d'obtenir des informations fiables sur la valeur d'un tel placement ou sur les risques auxquels il est exposé. Pour toute question, veuillez contacter votre Relationship Manager.

Les performances passées ne préjugent pas des résultats futurs. Des commissions, des frais ou toute autre charge comme les fluctuations du taux de change peuvent avoir des répercussions sur les performances.

Risques inhérents aux marchés financiers

Les performances historiques et les scénarios de marché financier ne constituent aucune garantie de résultats futurs. Le prix et la valeur des investissements mentionnés ainsi que tout revenu susceptible d'en résulter peuvent évoluer à la hausse comme à la baisse. Les performances passées ne préjugent pas des résultats

futurs. Si un investissement est libellé dans une devise autre que votre monnaie de référence, les variations des taux de change peuvent avoir un impact négatif sur la valeur, le prix ou le revenu. Il vous est recommandé de consulter le(s) conseiller(s) que vous estimez nécessaire(s) pour vous aider à déterminer ces paramètres.

Il se peut qu'aucun marché public n'existe pour certains investissements, ou que ceux-ci ne soient négociables que sur un marché secondaire restreint. Lorsqu'un marché secondaire existe, il est impossible de prévoir le prix auquel les investissements se négocieront sur ledit marché ou s'il sera ou non liquide.

Marchés émergents

Lorsque le présent rapport traite des marchés émergents, vous devez avoir conscience qu'il existe un certain nombre de risques et d'incertitudes inhérents aux investissements et transactions dans différents types de placements ou, relatifs ou liés, aux émetteurs et débiteurs constitués en société, implantés ou exerçant des activités commerciales sur les marchés des pays émergents. Les placements relatifs aux marchés des pays émergents peuvent être considérés comme des placements spéculatifs et leur cours seront bien plus volatils que le cours des placements concernant les marchés des pays développés. Les investissements dans des placements relatifs aux marchés émergents sont destinés uniquement aux investisseurs avertis ou professionnels expérimentés qui connaissent les marchés en question, sont capables d'apprécier et de tenir compte des divers risques inhérents à ce type de placements et possèdent les ressources financières nécessaires pour supporter le risque substantiel de perte d'investissement inhérent à ce type de placements. Il vous incombe de gérer les risques liés à tout placement relatif aux marchés des pays émergents et l'affectation des actifs de votre portefeuille. Vous devriez demander l'avis de vos conseillers concernant les différents risques et facteurs à prendre en considération lors d'un investissement dans des placements relatifs aux marchés émergents.

Placements alternatifs

Les hedge funds ne sont pas soumis aux nombreuses réglementations en matière de protection des investisseurs qui s'appliquent aux investissements collectifs autorisés et réglementés. Quant aux gestionnaires de hedge funds, ils ne sont pas réglementés pour la plupart. Les hedge funds ne se limitent pas à une discipline d'investissement ou une stratégie de négoce particulière et cherchent à tirer profit des différents types de marchés en recourant à des stratégies de levier, relatives à des dérivés et d'investissement spéculatif complexes qui accroissent le risque de perte d'investissement.

Les transactions sur marchandises affichent un niveau de risque élevé et sont inadaptées à la plupart des investisseurs privés. L'étendue de la perte due aux mouvements du marché peut être substantielle, voire déboucher sur une perte totale.

Les investisseurs immobiliers sont exposés à la liquidité, aux devises étrangères et à d'autres risques, y compris aux risques cycliques, aux risques du marché locatif et local ainsi qu'aux risques environnementaux et aux modifications légales.

Risques de taux d'intérêt de crédit

La valeur d'une obligation dépend de la solvabilité de l'émetteur et/ou du garant (le cas échéant), laquelle peut changer sur la durée de l'obligation. En cas de défaillance de l'émetteur et/ou du garant de l'obligation, celle-ci ou tout revenu en découlant n'est pas garanti(e) et vous pouvez perdre tout ou partie de l'investissement initial.

Notifications

Les informations et opinions exprimées dans ce rapport (autres que les contributions apportées à des articles par des stratèges en investissement) sont celles du département Research de la Division Private Banking & Wealth Management du CS au moment de la rédaction; toute modification demeure réservée sans préavis. Les opinions exprimées en relation avec un titre spécifique dans ce rapport peuvent être différentes ou ne pas concorder avec les observations et les opinions du département Research de la Division Investment Banking du Credit Suisse en raison de différences dans les critères d'évaluation.

Les contributions apportées à des articles par des stratèges en investissement ne sont pas des rapports de recherche. Les stratèges en investissement ne dépendent pas du département Research du CS. Plusieurs politiques du CS ont été mises en œuvre pour garantir l'indépendance du département Research du CS, y compris des politiques relatives aux restrictions en matière de négoce des titres concernés avant la publication des rapports Research. Lesdites politiques ne s'appliquent pas aux stratèges en investissement.

Le CS décline toute responsabilité à l'égard de toute perte découlant de l'utilisation des éléments présentés dans ce rapport; cette exclusion de responsabilité ne saurait être invoquée dans les cas prévus par la législation ou la ré-

glementation applicable au CS. Ce rapport ne doit pas être substitué à l'exercice d'un jugement indépendant comme fondement à la prise de décision. Le CS peut avoir émis ou pourrait émettre à l'avenir une idée d'investissement concernant ce titre. Les idées d'investissement sont des opportunités à court terme basées sur des événements et des éléments déclencheurs sur les marchés, tandis que les notations des sociétés s'appuient sur la performance absolue escomptée sur une période de six à douze mois tel que cela est défini dans la section notification. Les idées d'investissement et les notations de sociétés reflètent des hypothèses sous-jacentes et des méthodes d'analyse différentes. Par conséquent, il est possible que les idées d'investissement diffèrent des notations de sociétés. En outre, le CS peut avoir publié d'autres rapports, ou pourrait en publier à l'avenir, qui contredisent les informations présentées dans ce rapport ou qui en tirent des conclusions différentes. Ces rapports reflètent les diverses suppositions, visions et méthodes d'analyses des analystes qui les ont rédigés et le CS n'est nullement tenu de garantir que lesdits rapports soient portés à l'attention de tout destinataire du présent rapport.

Certification par les analystes

Chacun des analystes mentionnés dans le présent document certifie que les points de vue exprimés dans cette brochure à l'endroit des entreprises et des titres qu'il ou elle est amené(e) à évaluer reflètent précisément son opinion personnelle. Il affirme que sa rémunération n'est et ne sera jamais liée, directement ou indirectement, à des recommandations et opinions particulières émises dans ce document.

Les analystes Knowledge Process Outsourcing (KPO) mentionnés dans le présent rapport sont employés par Credit Suisse Business Analytics (India) Private Limited.

Indications importantes

Le CS publie ses brochures au moment qu'il estime le plus approprié. C'est le cas dès lors qu'il juge que l'évolution de l'entreprise, du secteur ou du marché soumis à son évaluation est susceptible d'avoir des répercussions sensibles sur les points de vue et opinions exprimés dans la brochure. Le CS se fait fort de publier uniquement des analyses impartiales, indépendantes, honnêtes, claires et intelligibles.

Le code de conduite du Credit Suisse, auquel la totalité des employés doit adhérer, est accessible par Internet sous:

http://www.credit-suisse.com/governance/en/code_of_conduct.html

Pour des détails complémentaires sur la méthodologie de notation du Credit Suisse, veuillez vous référer aux informations sur l'indépendance des recherches financières qui se trouvent sous:

https://www.credit-suisse.com/legal/pb_research/independence_en.pdf

L'analyste responsable de la rédaction de cette brochure se voit rétribué en fonction de plusieurs paramètres parmi lesquels la totalité des revenus touchés par le CS, dont une partie est générée par les activités d'investment banking du Credit Suisse.

Notifications complémentaires

Royaume-Uni: En ce qui concerne la notification des informations sur titres à revenu fixe pour les clients de Credit Suisse (UK) Limited et de Credit Suisse Securities (Europe) Limited, veuillez téléphoner au +41 44 333 33 99.

Inde: Veuillez consulter le site <http://www.credit-suisse.com/in/researchdisclosure> pour les notifications complémentaires requises en vertu des réglementations du Securities And Exchange Board of India (Research Analysts), 2014.

Le Credit Suisse est susceptible d'avoir un intérêt dans les sociétés mentionnées dans le présent rapport.

Les rapports publiés par le Département Research du CS sont également disponibles sur <https://investment.credit-suisse.com/>

Pour des informations sur les notifications relatives aux sociétés recommandées par Credit Suisse Investment Banking et mentionnées dans le présent rapport, veuillez vous référer au site de la division Investment Banking sous:

<https://rave.credit-suisse.com/disclosures>

Pour toutes informations complémentaires, y compris les notifications relatives à tout autre émetteur, veuillez vous référer au site de la division Private Banking & Wealth Management sous:

<https://www.credit-suisse.com/disclosure>

Clause de non-responsabilité générale / Information importante

Ce rapport n'est pas destiné à être distribué à, ou utilisé par, quelque personne ou entité que ce soit qui serait citoyenne, résidente ou située dans une localité, un Etat, un pays ou une autre juridiction où une telle distribution, publication, disponibilité ou utilisation serait contraire à la législation ou réglementation ou soumettrait le CS à des obligations d'enregistrement ou de licence au sein de ladite juridiction.

Les références au Credit Suisse effectuées dans ce rapport comprennent Credit Suisse AG, la banque suisse, ses succursales et ses sociétés affiliées. Pour plus d'informations sur notre structure, veuillez consulter le lien suivant:

http://www.credit-suisse.com/who_we_are/en/

NE PAS DISTRIBUER NI UTILISER À DES FINS DE PROSPECTION OU DE CONSEIL:

Le présent rapport est fourni uniquement à des fins d'information et d'illustration et n'est destiné qu'à votre seul usage. Il ne constitue ni une sollicitation ni une offre ou recommandation à l'achat ou à la vente de titres ou d'autres instruments financiers. Toute information englobant des faits, des opinions ou des citations peut être condensée ou résumée et se réfère à la date de rédaction. Les informations contenues dans le présent rapport ont été fournies à titre de commentaire général de marché et ne constituent en aucune manière une forme de conseil financier réglementé, ou de service juridique, fiscal ou autre service financier réglementé. Elles ne tiennent pas compte des objectifs, de la situation ou des besoins financiers d'une quelconque personne – autant d'aspects qui doivent être impérativement examinés avant toute décision de placement. Vous devriez prendre conseil auprès de votre conseiller financier avant de prendre toute décision d'investissement basé sur le présent rapport ou pour toute explication concernant le contenu de ce dernier. Ce rapport vise uniquement à exposer des observations et opinions du CS à la date de rédaction, sans tenir compte de la date à laquelle vous pouvez le recevoir ou y accéder. Les observations et opinions contenues dans le présent rapport peuvent être différentes de celles des autres divisions du CS. Toute modification demeure réservée sans préavis et sans obligation de mise à jour. Le CS n'est nullement tenu de garantir que lesdites mises à jour soient portées à votre attention. **PRÉVISIONS ET ESTIMATIONS:** Les performances passées ne doivent pas constituer une indication ni constituer une garantie de résultats futurs et aucune garantie, explicite ou implicite, n'est donnée quant aux performances futures. Dans la mesure où ce rapport contient des déclarations relatives à la performance future, celles-ci ont un caractère prévisionnel et sont soumises à un certain nombre de risques et d'incertitudes. Sauf mention contraire, les chiffres n'ont pas été vérifiés. Toutes les évaluations mentionnées dans le présent rapport sont soumises aux politiques et procédures d'évaluation du CS. **CONFLITS:** Le CS se réserve le droit de corriger les éventuelles erreurs apparaissant dans le présent rapport. Le Credit Suisse, ses sociétés affiliées et/ou leurs collaborateurs peuvent détenir des positions ou des participations ou tout autre intérêt matériel, ou encore effectuer des transactions sur les titres mentionnés, des options s'y rapportant, ou des investissements connexes; ils peuvent également accroître ou liquider ponctuellement de tels investissements. Le CS peut fournir, ou avoir fourni au cours des douze derniers mois, à toute société ou tout émetteur mentionné des conseils ou services de placement conséquents en rapport avec l'investissement énuméré dans ce document ou un investissement lié. Certains des investissements mentionnés dans le présent rapport seront proposés par une entité individuelle ou une société affiliée du CS; le CS peut également être le seul teneur de marché pour de tels investissements. Le CS est impliqué dans plusieurs opérations commerciales en relation avec les entreprises mentionnées dans ce rapport. Ces opérations incluent notamment le négoce spécialisé, l'arbitrage des risques, les activités de tenue de marché et autres activités de négoce pour compte propre. **IMPÔTS:** Aucune des informations contenues dans le présent rapport ne constitue un conseil de nature juridique ou en matière de placements, de comptabilité ou d'impôts. Le CS n'offre pas de conseils sur les conséquences d'ordre fiscal liées aux investissements et vous recommande de consulter un conseiller fiscal indépendant. Les niveaux et bases d'imposition dépendent des circonstances individuelles et sont susceptibles de changer. **SOURCES:** Les informations et les opinions contenues dans le présent rapport ont été obtenues ou tirées de sources jugées fiables par le CS. Le CS ne saurait être tenu pour responsable des pertes qui pourraient résulter de l'utilisation de ce rapport. **SITES WEB:** Ce rapport peut fournir des adresses de sites web ou contenir des liens qui conduisent à ces sites. Sauf dans la mesure où le rapport fait état du contenu web du CS, le CS n'a pas procédé au contrôle des sites web liés et décline toute responsabilité quant au contenu desdits sites. Ces adresses ou hyperliens (y compris les adresses ou hyperliens vers le contenu web du site du CS) ne sont fournis que pour votre confort et votre information et le contenu des sites liés ne fait partie d'aucune manière du présent rapport. L'accès à un tel site web ou le suivi d'un tel lien par le biais de ce rapport ou via le site web du CS se fait à vos propres risques.

Distribution des rapports de recherche

A l'exception d'une éventuelle mention contraire, ce rapport est préparé et distribué par Credit Suisse AG, une banque suisse agréée et réglementée par l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers.

Australie: Ce rapport est distribué en Australie par Credit Suisse AG, Sydney Branch (CSSB) (ABN 17 061 700 712 AFSL 226896) seulement aux clients «Wholesale» comme défini à la section s761G du Corporations Act de 2001. CSSB ne garantit pas la performance des produits financiers mentionnés dans le rapport et ne fournit aucune assurance quant à la performance de ces produits.

Bahrein: Ce rapport est distribué par Credit Suisse AG, Bahrain Branch, qui est autorisée et réglementée par la Central Bank of Bahrain (CBB) comme un Investment Firm Category 2.

Dubaï: Cette information est distribuée par Credit Suisse AG, Dubai Branch, dûment agréée et réglementée par la Dubai Financial Services Authority (DFSA). Les produits ou les services financiers liés sont réservés à des clients dotés du statut de client professionnel ou de contrepartie de marché au sens des règlements de la DFSA, qui possède une expérience et une compréhension suffisantes pour participer aux marchés financiers et qui satisfont au critère de régulation afin de devenir client.

France: Le présent rapport est distribué par Credit Suisse (France), autorisé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) en tant que prestataire de services d'investissement. Credit Suisse (France) est placé sous la supervision et la réglementation de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution ainsi que de l'Autorité des Marchés Financiers.

Allemagne: Credit Suisse (Deutschland) AG est agréée et réglementée par la BaFin (Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht); elle adresse à ses clients des études qui ont été préparées par l'une de ses sociétés affiliées.

Gibraltar: Ce rapport est distribué par Credit Suisse (Gibraltar) Limited. Credit Suisse (Gibraltar) Limited est une entité légalement indépendante détenue en totalité par Credit Suisse et elle est réglementée par la Gibraltar Financial Services Commission.

Guernesey: Le présent rapport est distribué par Credit Suisse (Channel Islands) Limited, une entité juridique indépendante enregistrée à Guernesey sous le numéro 15197 et ayant son adresse enregistrée à Helvetia Court, Les Echelons, South Esplanade, St Peter Port, Guernesey. Credit Suisse (Channel Islands) Limited est détenu à 100% par Credit Suisse AG et est réglementé par la Guernsey Financial Services Commission. Des copies de derniers comptes vérifiés sont disponibles sur demande.

Hong Kong: Le présent document a été publié à Hong Kong par Credit Suisse AG, Hong Kong Branch, qui possède une licence en tant que société agréée par la Hong Kong Monetary Authority et qui est réglementée par la Securities and Futures Ordinance (chapitre 571 de la législation du pays).

Inde: Ce rapport est distribué par Credit Suisse Securities (India) Private Limited («Credit Suisse India», n° CIN U67120MH1996PTC104392), qui est réglementé par le Securities and Exchange Board of India (SEBI) sous les numéros d'enregistrement SEBI INB230970637, INF230970637, INB010970631, INFO10970631, INP000002478, et dont l'adresse enregistrée est 9th Floor, Ceejay House, Plot F, Shivsagar Estate, Dr. Annie Besant Road, Worli, Mumbai 400 018, Inde, tél. +91-22 6777 3777.

Italie: Ce rapport est distribué en Italie par Credit Suisse (Italy) S.p.A., banque de droit italien inscrite au registre des banques et soumise à la supervision et au contrôle de la Banca d'Italia, de la CONSOB et est aussi distribué par Credit Suisse AG agissant à titre de banque suisse autorisée à fournir des prestations bancaires et financières en Italie.

Japon: Ce rapport est publié uniquement au Japon par Credit Suisse Securities (Japan) Limited, Financial Instruments Dealer, Director-General of Kanto Local Finance Bureau (Kinsho) No. 66, membre de la Japan Securities Dealers Association, de la Financial Futures Association of Japan, de la Japan Investment Advisers Association et de la Type II Financial Instruments Firms Association. Credit Suisse Securities (Japan) Limited ne publiera ni ne transmettra ce rapport en dehors du Japon.

Jersey: Ce rapport est distribué par Credit Suisse (Channel Islands) Limited, Jersey Branch, dont les activités d'investissement sont réglementées par la Jersey Financial Services Commission. L'adresse professionnelle à Jersey de Credit Suisse (Channel Islands) Limited, succursale de Jersey, est TradeWind House, 22 Esplanade, St Helier, Jersey JE4 5WU.

Luxembourg: Ce rapport est distribué par Credit Suisse (Luxembourg) S.A., une banque du Luxembourg autorisée et réglementée par la Commission de Surveillance du Secteur Financier (CSSF).

Qatar: Cette information a été distribuée par Credit Suisse Financial Services (Qatar) L.L.C qui a été autorisée et qui est réglementée par la Financial Centre Regulatory Authority (QFCRA) sous le n° QFC 00005. Tous les produits et les services financiers liés ne sont disponibles qu'aux clients commerciaux ou aux contreparties du marché (tels que définis par la Qatar Financial Centre Regulatory Authority (QFCRA)), y compris les individus qui ont opté pour être classés en tant que client commercial avec des actifs liquides de plus de 1 million d'USD et qui disposent de connaissances, d'une expérience et d'une compréhension leur permettant de participer à de tels produits et/ou services.

Singapour: Ce rapport a été élaboré et publié à Singapour exclusivement à l'intention des investisseurs institutionnels, des investisseurs accrédités et des investisseurs avertis (tels que définis dans les Financial Advisers Regulations), et est également publié par Credit Suisse AG, Singapore Branch, à l'intention des investisseurs étrangers (tels que définis dans les Financial Advisers Regulations). Credit Suisse AG, Singapore Branch, peut distribuer les rapports établis par ses entités étrangères

et sociétés affiliées sous le régime prévu au Règlement 32C des Financial Advisers Regulations. Les bénéficiaires singapouriens doivent prendre contact avec Credit Suisse AG, Singapore Branch, par téléphone au +65-6212-2000 pour toute question résultant du ou en rapport avec le présent rapport. En vertu de votre statut d'investisseur institutionnel, d'investisseur accrédité, d'investisseur averti ou d'investisseur étranger, Credit Suisse AG, Singapore Branch, est dispensé de respecter certaines exigences de conformité selon le Financial Advisers Act, chap. 110 de Singapour («FAA»), les Financial Advisers Regulations et les notifications et les directives qui en découlent, en relation avec les prestations de conseil financier que Credit Suisse AG, Singapore Branch, est susceptible de vous fournir.

Espagne: Ce rapport est distribué en Espagne par Credit Suisse AG, Sucursal en España, autorisée sous le numéro 1460 dans le registre de la Banco de España.

Thaïlande: Ce rapport est distribué par Credit Suisse Securities (Thailand) Limited, qui est réglementé par l'Office of the Securities and Exchange Commission, Thaïlande, et dont l'adresse enregistrée est 990 Abdulrahim Place Building, 27/F, Rama IV Road, Silom, Bangrak, Bangkok, tél. 0-2614-6000.

Royaume-Uni: Ce document est publié par Credit Suisse (UK) Limited et Credit Suisse Securities (Europe) Limited. Credit Suisse Securities (Europe) Limited et Credit Suisse (UK) Limited, toutes deux autorisées par la Prudential Regulation Authority et réglementées par la Financial Conduct Authority et la Prudential Regulation Authority, sont des sociétés associées mais indépendantes du Credit Suisse sur le plan juridique. Les protections offertes par la Financial Conduct Authority et/ou la Prudential Regulation Authority à la clientèle privée ne s'appliquent pas aux placements et services fournis par des personnes situées en dehors du Royaume-Uni. Le Financial Services Compensation Scheme est inapplicable lorsque l'émetteur n'a pas satisfait à ses obligations.

ÉTATS-UNIS: LE PRÉSENT DOCUMENT, EN SA FORME ORIGINALE OU COPIÉE, NE SAURAIT ÊTRE ENVOYÉ, INTRODUIT OU DISTRIBUÉ AUX ÉTATS-UNIS OU À DES PERSONNES IMPOSABLES AUX ÉTATS-UNIS (AU SENS DE LA REGULATION S DU US SECURITIES ACT DE 1933, DANS SA VERSION AMENDÉE).

Toute reproduction intégrale ou partielle du présent document est soumise à l'autorisation écrite du Credit Suisse. Copyright © 2015 Credit Suisse Group AG et/ou sociétés affiliées. Tous droits réservés.

15C028A_R

Autres publications du Credit Suisse



Moniteur des branches 2^e trimestre 2015

Publication trimestrielle, le Moniteur des branches décrit la situation actuelle ainsi que les perspectives conjoncturelles des principaux secteurs de l'économie helvétique.

2 juillet 2015



Facteurs de succès pour PME suisses – Investissements

Cette étude annuelle interroge les PME suisses sur leurs facteurs de succès en Suisse. L'édition de cette année revient tout particulièrement sur l'importance des investissements pour les PME, dans le contexte notamment de la force du franc.

1^{er} septembre 2015



Moniteur Suisse 3^e trimestre 2015

Le Moniteur Suisse présente les prévisions conjoncturelles et analyse les tendances de l'économie helvétique.

15 septembre 2015



Global Real Estate Monitor 3^e trimestre 2015

Le Global Real Estate Monitor propose chaque trimestre une vue d'ensemble des principaux marchés immobiliers et des tendances en vogue autour du globe. Cette publication s'attarde aussi bien sur les placements immobiliers directs qu'indirects.

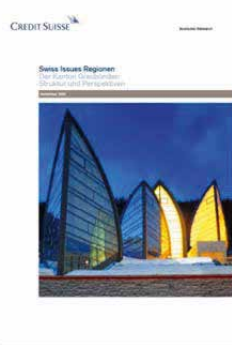
18 septembre 2015



Moniteur immobilier 3^e trimestre 2015

Le Moniteur immobilier établit trois fois par an un état des lieux des évolutions du marché immobilier et s'inscrit ainsi en complément des analyses fondamentales annuelles et des thèmes spéciaux de l'Etude immobilière du Credit Suisse.

24 septembre 2015



Canton des Grisons Structure et perspectives

Le canton des Grisons se voit confronté à des défis particuliers qui découlent de sa situation géographique et de sa structure économique. L'étude régionale se concentre sur les perspectives économiques du canton.

1^{er} octobre 2015

Votre entreprise est-elle toujours à la pointe de la technologie?

**En tant que banque des entrepreneurs, nous sommes à vos côtés
pour votre prochain investissement.**

Nous vous conseillons de manière avisée et vous proposons une solution de leasing personnalisée.
Profitez de l'expertise de votre conseiller ou appelez-nous gratuitement au 0800 88 88 72.

credit-suisse.com/leasing