



Berne, le 19.11.2025

Prise en charge des personnes atteintes de démence. Améliorer le financement

Rapport du Conseil fédéral
donnant suite au postulat 22.3867 de la
Commission de la sécurité sociale et de la
santé publique du Conseil national (CSSS-N)
du 23 juin 2022

Table des matières

Liste des illustrations	4
Liste des tableaux	4
Liste des abréviations.....	5
Résumé	7
1 Contexte	10
1.1 Mandat.....	10
1.2 Structure du rapport	11
1.3 Compétences et responsabilités des acteurs.....	11
1.4 Activités dans le domaine de la démence à l'échelle fédérale.....	12
1.4.1 Stratégie nationale en matière de démence 2014-2019.....	12
1.4.2 Plateforme nationale démence	13
2 Définition des termes et délimitation thématique	14
2.1 Démence	14
2.1.1 Définition	14
2.1.2 (In)curabilité	14
2.1.3 Prévalence et incidence	15
2.2 Évolution de la maladie et trajectoires de soins.....	15
2.2.1 Stades d'une démence	15
2.2.2 Espérance de vie	17
2.2.3 Trajectoires de soins	17
2.3 Prise en charge, soins et traitement des personnes atteintes de démence.....	19
2.3.1 Délimitation entre prise en charge et soins.....	20
2.3.2 Importance de la prise en charge des personnes atteintes de démence	21
2.3.3 Approches thérapeutiques	22
2.4 Proches aidants et soignants	23
2.5 Conséquences financières	24
3 Financement des prestations de prise en charge et de soins pour les personnes atteintes de démence	27
3.1 Cadres de prise en charge, de soins et de traitement et instruments de financement.....	27
3.2 Allocation pour impotent de l'AI et de l'AVS.....	28
3.2.1 Régime de prestations de l'allocation pour impotent.....	28
3.2.2 Démence et droit à l'allocation pour impotent.....	28
3.3 Contribution d'assistance de l'AI	29
3.3.1 Régime de prestations de la contribution d'assistance	29
3.3.2 Démence et droit à une contribution d'assistance	30
3.4 Prestations complémentaires à l'AI et à l'AVS	30
3.4.1 Régime de prestations des prestations complémentaires.....	30
3.4.2 Démence et droit aux prestations complémentaires	31
3.4.3 Reconnaissance des logements protégés dans les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI	31
3.5 Prestations de soins selon la LAMal	32
3.5.1 Rémunération et financement des prestations de soins.....	32
3.5.2 Démence et prestations de soins	33
3.5.3 Coordination et surindemnisation	34

3.6	Prise en compte de la démence dans les structures tarifaires stationnaires	34
3.6.1	Structures tarifaires stationnaires	34
3.6.2	Prise en compte de la démence	35
4	Les médicaments psychotropes dans le traitement de la démence	36
4.1	Consommation de médicaments psychotropes par les personnes âgées de 70 ans et plus.....	36
4.2	Remise de médicaments psychotropes à des personnes atteintes de démence en EMS	37
4.3	Réduction de l'utilisation de médicaments psychotropes	38
5	Conclusions du Conseil fédéral	39
5.1	Observations générales	39
5.2	Prise de position sur les différentes questions	40
5.2.1	Question 1 – Soins stationnaires et ambulatoires de longue durée	40
5.2.2	Question 2 – Hôpitaux	41
5.2.3	Question 3 – Décharge des proches aidants.....	41
5.2.4	Question 4 – Usage de médicaments psychotropes	42
5.3	Considérations complémentaires	42
	Bibliographie	44

Liste des illustrations

<i>Fig. 1 : Stratégie nationale en matière de démence 2014-2019, champs d'action et objectifs</i>	12
<i>Fig. 2 : Caractéristiques démographiques et diagnostiques, recours au système de soins par les personnes atteintes de démence – représentation schématique de la trajectoire de soins « DOM 2.2 »</i>	18
<i>Fig. 3 : Caractéristiques démographiques et diagnostiques, recours au système de soins par les personnes atteintes de démence – représentation schématique de la trajectoire de soins « EMS 1 »</i>	19
<i>Fig. 4 : Besoins et formes de soutien aux personnes âgées</i>	21
<i>Fig. 5 : Part des dépenses de différents domaines de prestations dans les coûts liés aux sept MNT et à l'obésité en tant que maladie, 2022</i>	25
<i>Fig. 6 : Parts des dépenses des organismes payeurs agrégés selon les sept MNT et l'obésité en tant que maladie, 2022</i>	26
<i>Fig. 7 : Prestations individuelles de prise en charge, de soins et de traitement et organismes payeurs</i>	27

Liste des tableaux

<i>Tab. 1 : Prise en compte de la démence dans les structures tarifaires stationnaires, 2023</i>	35
<i>Tab. 2 : Part des résidents d'EMS âgés de 70 ans et plus ayant reçu des prescriptions d'antipsychotiques (à l'exclusion des personnes atteintes de schizophrénie), de benzodiazépines/substances Z et d'antidépresseurs (à l'exclusion des personnes souffrant de troubles affectifs), 2022</i>	37

Liste des abréviations

AA	Assurance-accidents
AI	Assurance-invalidité
AIVQ	Activités instrumentales de la vie quotidienne ; <i>instrumental activities of daily living</i>
AM	Assurance militaire
AOS	Assurance obligatoire des soins
API	Allocation pour impotent
ASSM	Académie suisse des sciences médicales
AVQ	Activités de base de la vie quotidienne ; <i>activities of daily living</i>
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
BASS	Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale
CA	Contribution d'assistance
CC	Code civil du 10 décembre 1907 (RS 210)
CDS	Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CFPP	Commission fédérale des prestations générales et des principes
CFQ	Commission fédérale pour la qualité
CHOP	Classification suisse des interventions chirurgicales
CIM-10-GM	<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision, German Modification</i> ; classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10 ^e révision, modification allemande
CSI	Circulaire sur l'impotence
CSSS-N	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
Cst.	Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101)
CURAVIVA	Association des homes et institutions sociales suisses
DFI	Département fédéral de l'intérieur
EMS	Établissement médico-social
ESMB	Efficience dans le domaine des soins médicaux de base
Fig.	Figure
IRM	Imagerie par résonance magnétique, imagerie médicale
LAI	Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (RS 831.20)
LAMal	Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (RS 832.10)
LPC	Loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (RS 831.30)
LPGA	Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (RS 830.1)
LS	Liste des spécialités
MC	<i>Memory clinic</i>

MCI	<i>Mild cognitive impairment</i> ; trouble cognitif léger
MNT	Maladie non transmissible
Obsan	Observatoire suisse de la santé
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OOP	Versements <i>out-of-pocket</i> ; dépenses pour des prestations médicales qui ne sont pas couvertes par une assurance ou des contributions publiques
OPAS	Ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins (RS 832.112.31)
PC	Prestations complémentaires
PDS	Prévention dans le domaine des soins
PET-Scan	Tomographie par émission de positons, imagerie médicale
pharmaSuisse	Société suisse des pharmaciens
PNR	Programme national de recherche
ProSA	Projet de soins anticipé
PSS	Promotion Santé Suisse
RAI	Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RS 831.201)
RAI / RUG	<i>Resident assessment instrument</i> ; l'un des outils couramment utilisés dans les établissements médico-sociaux pour évaluer les besoins en soins
RS	Recueil systématique du droit fédéral
Santé2030	Stratégie du Conseil fédéral en matière de politique de la santé 2020-2030
SCI	<i>Subjective cognitive impairment</i> ; trouble subjectif de la mémoire
SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (<i>behavioral and psychological symptoms of dementia</i>)
ST Reha	Structure tarifaire pour la réadaptation stationnaire
Stratégie MNT	Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles
SwissDRG	<i>Swiss Diagnosis Related Groups</i> ; structure tarifaire pour les prestations stationnaire somatiques aiguës
TAA	Thérapies anti-amyloïde
Tab.	Tableau
TARDOC	Nouvelle structure tarifaire pour les prestations médicales ambulatoires (dès le 1.1.2026)
TARMED	Structure tarifaire pour les prestations médicales ambulatoires (jusqu'au 31.12.2025)
TARPSY	Structure tarifaire pour la psychiatrie stationnaire

Résumé

Le postulat 22.3867 « Prise en charge des personnes atteintes de démence. Améliorer le financement » charge le Conseil fédéral de présenter un rapport dans lequel il propose des mesures permettant d'améliorer le financement de la prise en charge de personnes atteintes de démence, indépendamment du lieu où les prestations concernées sont fournies.

La démence est incurable, à l'exception de quelques formes réversibles. La maladie évolue progressivement en plusieurs stades et s'accompagne d'un besoin d'aide croissant, qui va d'un soutien ponctuel dans la vie quotidienne à une dépendance totale. Les cadres de prise en soins changent aussi au cours de la maladie. C'est pourquoi le présent rapport va au-delà de la simple question de la prise en charge et examine en détail les instruments existants en matière de sécurité sociale et leur contribution au financement des prestations :

- L'allocation pour impotent (API) : les personnes qui ont besoin d'une surveillance ou de l'aide de tiers pour accomplir les actes de la vie quotidienne ont droit à une API de l'assurance-invalidité (AI) ou de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS). Ce droit ne dépend pas de l'âge ou du diagnostic ; la prestation n'est pas fonction du revenu ou de la fortune. Le montant dépend du degré d'impotence. Les fonds peuvent être utilisés à la discrétion du bénéficiaire pour des prestations de prise en charge.
- La contribution d'assistance (CA) : les personnes qui vivent à leur domicile et reçoivent une API de l'AI ont droit à une CA. Elles peuvent ainsi engager des personnes qui les aident ou les surveillent en particulier dans leur vie quotidienne, le ménage, les loisirs, le travail ou la nuit.
- Les prestations complémentaires (PC) à l'AVS et à l'AI : elles font partie du 1^{er} pilier de l'assurance sociale et servent de filet de sécurité pour les personnes économiquement défavorisées afin de garantir leur minimum vital. Les PC comprennent la PC annuelle, qui est une prestation en espèces périodique, indépendante de l'état de santé, ainsi que le remboursement des frais de maladie et d'invalidité. La mise en œuvre relève des cantons, qui définissent notamment de manière précise les prestations prises en charge, les conditions d'octroi et les montants admis.
- L'assurance obligatoire des soins (AOS) : elle prend en charge les prestations médicales, infirmières et thérapeutiques fournies par des prestataires admis, en cas de maladie, de maternité et d'accident. Tous les assurés ont droit au même ensemble de prestations ; les prestations de prise en charge ne sont pas couvertes.

Le rapport montre que le financement des prestations de prise en charge et de soins est en principe réglementé. Cependant, étant donné que le système suisse de prise en soins et de financement est fragmenté, le financement n'est pas assuré par une seule entité. Le nombre de fournisseurs de prestations et d'organismes payeurs rend souvent difficile, pour les personnes concernées et leurs proches, de comprendre et de faire valoir leurs droits.

L'API, indépendante du revenu et de la fortune, et les PC, qui contribuent à assurer le minimum vital, sont d'une importance capitale pour les personnes atteintes de démence. Elles sont pourtant souvent peu connues et difficilement accessibles. Le Conseil fédéral y voit une nécessité d'agir et propose d'examiner à moyen ou long terme la possibilité d'optimiser les prestations de l'API et de la CA. À cet égard, il est aussi indispensable de mieux prendre en compte les maladies neurodégénératives telles que la démence dans les critères d'éligibilité.

Le Conseil fédéral prend position comme suit sur les questions soulevées dans le postulat :

Question 1 – Soins stationnaires et ambulatoires de longue durée

En matière de prestations de soins, la transparence des coûts et de l'étendue des prestations est une condition essentielle pour une tarification et une rémunération appropriées. Afin de le garantir, il est

notamment nécessaire de continuer à développer les outils d'évaluation des besoins en soins en étroite collaboration entre les fournisseurs de prestations, les assureurs et les cantons.

Les prestations de prise en charge doivent en principe être payées par la personne qui en a besoin. Selon la situation individuelle, un financement partiel est toutefois possible, par exemple par le biais des API ou des PC. Dès le 1^{er} janvier 2026, ces dernières comprendront, à l'échelle nationale, un minimum de prestations permettant aux personnes en situation de handicap de continuer à vivre dans leur propre logement (LPC ; RS 831.30). La CA de l'AI couvre par ailleurs les prestations d'assistance avérées.

Question 2 – Hôpitaux

Les structures tarifaires pour les traitements hospitaliers stationnaires rendent correctement compte de la démence au titre de diagnostic principal. Lorsque la démence est un diagnostic secondaire, les analyses montrent une certaine sous-couverture pour les cas complexes. Cela s'explique notamment par un codage non différencié. Le Conseil fédéral recommande donc de saisir les diagnostics de démence avec plus de précision afin d'améliorer encore la prise en compte dans les tarifs.

Question 3 – Décharge des proches aidants

Les proches aidants fournissent une contribution essentielle afin de garantir et de décharger en partie les soins de santé. Le programme de promotion « Offres visant à décharger les proches aidants 2017-2020 » a déjà fourni des résultats importants. Les prestations de la sécurité sociale telles que l'API et les PC pourraient contribuer au financement de telles offres, mais elles sont souvent peu connues et difficilement accessibles. Le Conseil fédéral rappelle à cet égard l'importance des organisations de personnes concernées et d'aide à la vieillesse pour améliorer l'information et le conseil.

Question 4 – Usage de médicaments psychotropes

Il est nécessaire d'agir en matière d'usage de médicaments psychotropes. Comme le montre l'étude de l'Obsan commandée par l'OFSP, les antipsychotiques sont relativement souvent administrés aux personnes atteintes de démence dans les EMS, même si leurs effets secondaires et leur efficacité limitée sont connus. Afin de promouvoir une administration de psychotropes appropriée et adaptée aux besoins, la Confédération et d'autres acteurs ont déjà pris plusieurs mesures.

Perspectives

Le Conseil fédéral estime indispensable de prendre en compte les besoins des personnes atteintes de démence et de leurs proches de manière appropriée. En raison du vieillissement démographique, le nombre de personnes concernées augmentera sensiblement ces prochaines années. La démence jouera donc à l'avenir un rôle encore plus central dans les soins de santé et les questions de politique sociale.

Dans le présent rapport, le Conseil fédéral montre que les instruments de financement et les réglementations existants relevant de la compétence de la Confédération sont suffisants pour garantir aux personnes atteintes de démence une prise en charge et des soins appropriés et pour assurer le financement des prestations correspondantes. Il est moins nécessaire d'agir au niveau du cadre juridique qu'au niveau de la mise en œuvre pratique : les réglementations existantes doivent être applicables aux personnes atteintes de démence et les prestations accessibles, notamment grâce à des informations et des conseils ciblés et facilement accessibles.

Par ailleurs, il incombe à tous les professionnels et institutions du secteur de la santé et du social de garantir une prise en soins adaptée à la démence à tous les stades de la maladie. Cela nécessite un encouragement continu des compétences professionnelles, notamment par le biais de formations initiales et continues ciblées dans le domaine de la démence. Les soins prodigués par les médecins de famille dans les institutions de soins de longue durée jouent aussi un rôle déterminant, notamment dans le diagnostic de la démence, le projet de soins anticipé (ProSA) et la prévention d'hospitalisations inappropriées. Il convient d'accorder une attention particulière aux personnes atteintes de démence qui présentent des caractéristiques de vulnérabilité supplémentaires, par exemple un contexte migratoire ou un handicap (cognitif).

Le Conseil fédéral salue le travail de la Plateforme nationale démente, soutenue par la Confédération et les cantons. Elle a déjà donné des impulsions précieuses sur beaucoup d'aspects précités et favorise notamment la mise en réseau des acteurs au niveau national, l'élaboration et la diffusion de documents de base et une meilleure intégration de la démence dans la politique sociale et sanitaire.

1 Contexte

Le présent rapport traite de questions centrales relatives au financement des prestations de prise en charge et de soins pour les personnes atteintes de démence ainsi qu'à la remise de médicaments psychotropes à ces personnes. Il répond ainsi aux questions soulevées dans le postulat 22.3867 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) « Prise en charge des personnes atteintes de démence. Améliorer le financement ».

1.1 Mandat

22.3867 CSSS-N

« Prise en charge des personnes atteintes de démence. Améliorer le financement » du 23.6.2022, transmis le 27.9.2022

Texte déposé

Le Conseil fédéral est chargé de présenter un rapport dans lequel il proposera des mesures permettant d'améliorer le financement de la prise en charge de personnes atteintes de démence, indépendamment du lieu où les prestations concernées sont fournies.

Développement

La prise en charge de personnes atteintes de démence est chronophage et engendre des coûts. Par ailleurs, lorsqu'elle est assurée par des professionnels, elle requiert beaucoup de personnel. La Stratégie nationale en matière de démence 2014-2019 avait pour but de garantir le financement de prestations adaptées. D'une part, cela signifie que les coûts liés aux offres de décharge ainsi qu'au séjour, à la prise en charge et aux soins dans des institutions de soins et de prise en charge de longue durée restent supportables pour les personnes concernées. D'autre part, il convient de garantir une rémunération des prestations adaptée à l'investissement.

La période sur laquelle portait la Stratégie nationale en matière de démence est à présent achevée, mais ces objectifs n'ont pas été atteints. Le financement de la prise en charge n'est toujours pas assuré, car en vertu de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), celle-ci n'est pas financée par l'assurance obligatoire des soins (AOS), contrairement aux soins. Les personnes aux moyens financiers modestes et leurs proches s'en trouvent affectés, une conséquence regrettable sur les plans éthique et solidaire. Par ailleurs, les soins liés à une pathologie démentielle sont particulièrement coûteux et chronophages et ne peuvent être intégralement décomptés selon l'AOS.

Le rapport doit répondre notamment aux questions ci-après.

1. Soins stationnaires et ambulatoires de longue durée : selon la Plateforme nationale démence, il faut intégrer « les analyses sur le financement dans les évaluations en cours et les développements des systèmes de financement en place ». Le rapport présentera les résultats de ce projet, ou son statut actuel.

2. Hôpitaux : l'actuel DRG (Diagnosis Related Groups ; groupes de cas par diagnostic) couvre-t-il tous les coûts de prise en charge des personnes atteintes de démence dans des hôpitaux de soins aigus, lorsqu'il n'est pas permis de recourir aux rémunérations supplémentaires au sens de la classification suisse des interventions chirurgicales CHOP 99.cx (traitement de soins infirmiers complexes) ?

3. Décharge des proches aidants : comment le financement d'offres de décharge (hôpitaux de jour notamment) peut-il être amélioré afin que tous les proches de personnes atteintes de démence puissent en profiter, quelle que soit leur situation financière ?

4. Usage de médicaments psychotropes : lorsque la prise en charge est insuffisante, des médicaments psychotropes, et plus particulièrement des neuroleptiques, sont très souvent administrés aux personnes atteintes de démence. Comment limiter leur utilisation ?

1.2 Structure du rapport

Le rapport commence par rappeler les rôles et responsabilités des acteurs (1.3) et résume brièvement les activités passées et actuelles de la Confédération en matière de démence (1.4). Le chapitre 2 définit les termes et délimite la thématique. Il aborde notamment la question 3 posée dans le développement du postulat concernant les proches aidants (2.4). Le chapitre 3 offre un aperçu détaillé du financement des prestations de prise en charge et de soins pour les personnes atteintes de démence. Il explique les différents instruments de financement et aborde les questions 1 (3.1 à 3.5) et 2 du postulat (3.6). La question 4, qui s'intéresse à l'usage de médicaments psychotropes par les personnes atteintes de démence, est traitée au chapitre 4. Le chapitre 5 présente les conclusions du Conseil fédéral.

1.3 Compétences et responsabilités des acteurs

La Confédération, les cantons, les communes, les fournisseurs de prestations, les assureurs et d'autres acteurs ont des compétences et des responsabilités différentes afin de garantir la prise en charge, les soins et le traitement des personnes atteintes de démence, ainsi que le financement des prestations nécessaires à cette fin.

La Constitution fédérale de la Confédération suisse (Cst. ; RS 101) prévoit notamment les compétences suivantes pour la Confédération dans les domaines de la santé et de la sécurité sociale :

- encouragement de l'intégration des invalides par des prestations en espèces et en nature (art. 112b, al. 1, Cst.) ;
- soutien apporté aux efforts déployés à l'échelle nationale en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées (art. 112c, al. 2, Cst.) ;
- lutte contre les maladies très répandues et particulièrement dangereuses (art. 118, al. 1, let. b, Cst.) ;
- assurances sociales : assurance-vieillesse, survivants et invalidité (art. 112 Cst.), prestations complémentaires (avec les cantons ; art. 112a Cst.), assurance-maladie et assurance-accidents (art. 117 Cst.).

Tous les droits que la Constitution fédérale n'attribue pas à la Confédération restent de la compétence des cantons (principe d'énumération des compétences fédérales ; art. 3 et 42 Cst.). Concrètement, les cantons ont en premier lieu la responsabilité de garantir les soins de santé publique et la couverture sanitaire. Ils définissent les tâches qu'ils accomplissent dans le cadre de leurs compétences (art. 43 Cst.). Les obligations qui leur sont confiées par le droit fédéral demeurent réservées. Ils pourvoient notamment, dans les limites fixées par le droit cantonal de concert avec les communes, à l'aide à domicile et aux soins à domicile en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées (prestations Spitex ; art. 112c, al. 1, Cst.). Les cantons délivrent aussi les autorisations de police sanitaire aux fournisseurs de prestations (en particulier hôpitaux, organisations d'aide et de soins à domicile, EMS ; art. 35 ss LAMal ; RS 832.10), condition préalable à l'autorisation de pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). La surveillance des fournisseurs de prestations incombe également aux cantons dans le cadre de leurs compétences de police sanitaire (Conseil fédéral, 2016).

En vertu des art. 117a et 117b Cst., la Confédération et les cantons veillent en outre, dans les limites de leurs compétences, à ce que chacun ait accès à des soins médicaux de base et à des soins infirmiers suffisants et de qualité.

L'offre de prestations de soutien à l'autonomie des personnes à domicile dépend donc des réglementations cantonales pour les personnes atteintes de démence ou, dans la mesure où le droit cantonal ne prévoit pas la fourniture de prestations de prise en charge, de la disponibilité d'offres privées.

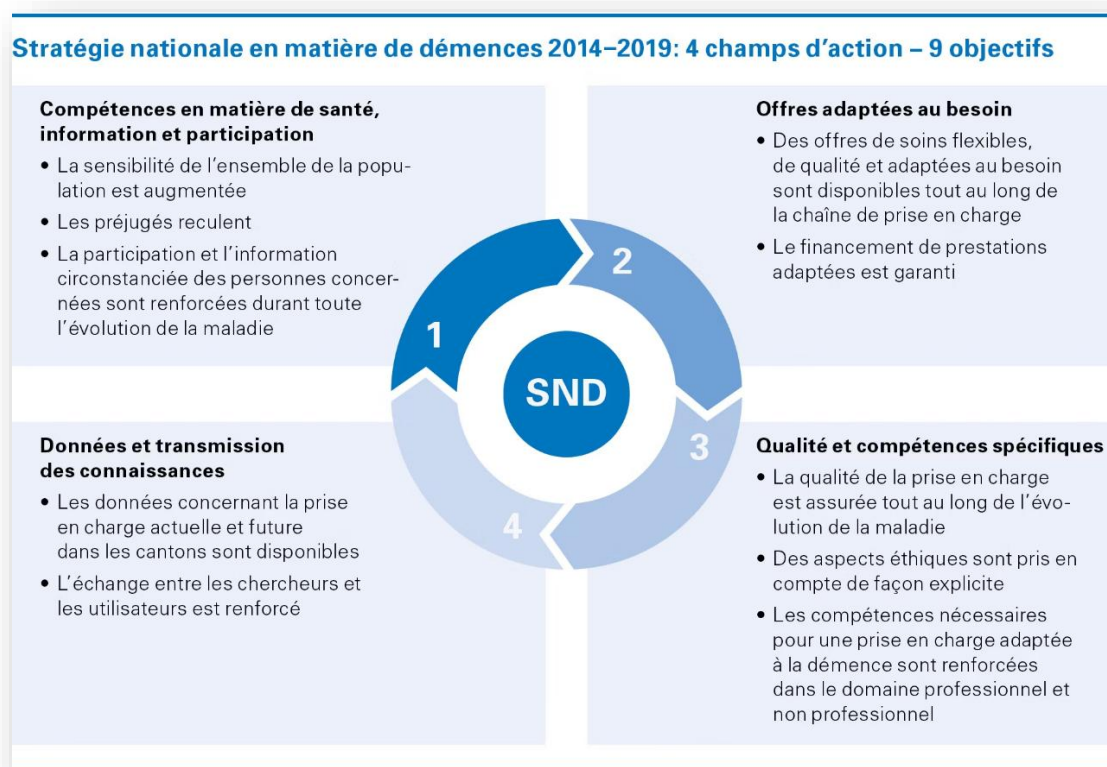
1.4 Activités dans le domaine de la démence à l'échelle fédérale

Le point 1.4.1 donne un bref aperçu de la Stratégie nationale en matière de démence 2014-2019, alors que le point 1.4.2 présente la Plateforme nationale démence qui lui succède et explique ses grandes lignes. Il démontre aussi l'importance des questions de financement dans le cadre de ce travail.

1.4.1 Stratégie nationale en matière de démence 2014-2019

En 2014, le Dialogue Politique nationale de la santé, plateforme commune de la Confédération et des cantons, a lancé la Stratégie nationale en matière de démence (SND). Cette stratégie concrétisait deux motions transmises par le Parlement en mars 2012 (motion 09.3509 Steiert « Pilotage de la politique en matière de pathologies de la démence I. Élaborer les bases requises » et motion 09.3510 Wehrli « Pilotage de la politique en matière de pathologies de la démence II. Stratégie commune de la Confédération et des cantons »). Initialement prévue pour trois ans, la SND a été prolongée en novembre 2016 pour trois années, jusqu'à fin 2019 (Office fédéral de la santé publique et Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé, 2016). Quatre champs d'action avec au total neuf objectifs constituaient le cœur de la SND 2014-2019 (voir fig. 1)¹.

Fig. 1 : Stratégie nationale en matière de démence 2014-2019, champs d'action et objectifs



Source : <https://www.bag.admin.ch/fr/origine-de-la-strategie-nationale-en-matiere-de-demence> > Champs d'action

De nombreux acteurs ont joué un rôle déterminant dans les travaux de la stratégie².

¹ <https://www.bag.admin.ch/fr/origine-de-la-strategie-nationale-en-matiere-de-demence>

² <https://www.bag.admin.ch/fr/strategie-nationale-en-matiere-de-demence-2014-2019> > PDF « Résultats produits par la SDN »

L'évaluation de la stratégie a montré que les parties prenantes interrogées estiment nécessaire de poursuivre les efforts dans le domaine de la démence et qu'un engagement supplémentaire de la part des responsables de la stratégie (OFSP et CDS) est opportun (Frey et al., 2019).

1.4.2 Plateforme nationale démence

Sur la base de l'évaluation de la Stratégie nationale en matière de démence, le Dialogue Politique nationale de la santé a décidé, en octobre 2019, de transformer cette stratégie en une plateforme. La Plateforme nationale démence³, portée par l'OFSP et la CDS, a été lancée en 2021. Elle réunit près de 90 organisations membres aux niveaux national, cantonal et communal⁴.

Vision et mission de la plateforme

La plateforme se concentre sur les questions liées à la prise en soins et œuvre à la mise en place d'un système de santé qui offre à toutes les personnes atteintes de démence et à leurs proches une prise en charge, des soins et des traitements adaptés à leurs besoins (vision).

Elle se veut une réponse au nombre croissant de personnes atteintes de démence et à leurs proches, ainsi qu'aux défis connexes et fondamentaux dans le domaine des soins de santé (mission). De plus amples informations sur les tâches⁵ de la Plateforme nationale démence sont disponibles sur son site Internet.

Thèmes principaux et activités

La plateforme contribue à promouvoir les **échanges** et la **mise en réseau** entre les acteurs concernés afin de permettre des synergies dans leurs activités tout en créant un cadre pour le travail sur des thèmes principaux. Le travail de la plateforme se concentre sur quatre **thèmes principaux**⁶ :

- **Données** : amélioration de la base empirique pour les questions relatives à la politique de la prise en soins (en particulier la planification des soins).
- **Personnes vulnérables** : égalité des chances dans la prise en charge, les soins et le traitement pour toutes les personnes atteintes de démence et leurs proches.
- **Maintien à domicile** : prise en charge, soins et traitement coordonnés et adaptés aux besoins des personnes atteintes de démence à domicile, ainsi que soutien approprié à leurs proches.
- **Soins stationnaires de longue durée** : prise en charge, soins et traitement adaptés aux besoins des personnes atteintes de démence, qui préservent leur dignité et celle de leurs proches.

Les preuves scientifiques montrent qu'il existe un lien entre la prévention des maladies non transmissibles (MNT) « classiques », telles que les maladies cardiovasculaires ou le diabète, et la prévention des facteurs de risque évitables de la démence (Livingston et al., 2024). Même si la Plateforme nationale démence se concentre sur les soins de santé dans le spectre allant de la prévention aux soins de santé, elle tient compte des **interfaces** importantes avec la stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT). La recherche et la communication des facteurs de risque et de protection qui s'inscrivent dans le cadre de la stratégie MNT contribuent aussi à la prévention des démences. Par ailleurs, la Plateforme nationale démence exploite les synergies avec d'autres activités nationales telles que la plateforme « Soins palliatifs » et le projet de soins anticipé. Cette mise en réseau renforce l'approche globale de la prévention et des soins dans le domaine de la démence.

En plus des thèmes principaux, la plateforme a identifié des **thèmes généraux/conditions-cadres** qui influent considérablement sur la prise en soins des personnes atteintes de démence. Il s'agit surtout du financement pour lequel, du point de vue des fournisseurs de prestations, la rémunération appropriée prime et, du point de vue des personnes concernées, la viabilité financière. Ces thèmes et

³ <https://www.bag.admin.ch/fr/plateforme-nationale-demence>

⁴ <https://www.bag.admin.ch/fr/organisation-de-la-plateforme-nationale-demence#Organes-de-la-plateforme>

⁵ <https://www.bag.admin.ch/fr/organisation-de-la-plateforme-nationale-demence#T%C3%A2ches-de-la-plateforme>

⁶ <https://www.bag.admin.ch/fr/themes-principaux-de-la-plateforme-demence>

conditions-cadres sont souvent soumis à des processus ordinaires qui ne sont pas suspendus du simple fait qu'un problème est soulevé dans le cadre d'une stratégie nationale ou d'une plateforme. La marge de manœuvre de la Plateforme nationale démence est donc limitée à cet égard. Elle peut néanmoins servir de caisse de résonance et établir un lien avec la pratique en réunissant les principaux acteurs.

2 Définition des termes et délimitation thématique

Afin d'établir une compréhension commune de la situation, il est important de clarifier les termes clés et de délimiter le champ thématique. Le point 2.1 traite du tableau clinique de la démence, le point 2.2 de son évolution. Le point 2.3 explique la prise en charge et les soins ainsi que la façon de les distinguer. Le point 2.4 aborde l'importance et la distinction entre proches aidants et proches soignants. Enfin, le point 2.5 présente les conséquences financières de la démence.

2.1 Démence

La démence peut être causée par différentes maladies (2.1.1). À ce jour, elle est le plus souvent incurable (2.1.2). L'âge est et reste le principal facteur de risque. L'augmentation du nombre de personnes atteintes de démence s'explique principalement par l'évolution démographique : la population ne cesse de vieillir, alors que les cas de démence ne sont pas plus fréquents (2.1.3).

2.1.1 Définition

« Le terme "démence" décrit un syndrome pouvant prendre la forme de différentes maladies. Ces dernières ont en commun la survenue d'un ou de plusieurs troubles cognitifs dans différents domaines (fonctions d'attention et exécutives, apprentissage et mémoire, langage, fonctions perceptives et motrices supérieures, cognition sociale), dont le résident n'avait jamais été affecté auparavant et qui persistent aussi en dehors d'un délirium. Ces troubles ont des conséquences, du moins sur les activités complexes de la vie quotidienne, et sont généralement accompagnés d'altérations des relations sociales et de troubles émotionnels et comportementaux souvent fluctuants. Un syndrome de démence peut être la conséquence de maladies neurodégénératives (p. ex. maladie d'Alzheimer, démence à corps de Lewy / maladie de Parkinson, démence fronto-temporale), mais aussi de certaines maladies vasculaires (démence vasculaire), de lésions externes (p. ex. abus d'alcool chronique) et bien d'autres encore. Par définition, les maladies psychiatriques primaires telles que la dépression ou des psychoses ne font pas partie des démences, même si, dans certains cas isolés (notamment en cas de maladie de longue durée), celles-ci peuvent présenter des symptômes similaires. » (Académie suisse des sciences médicales, 2017, p. 7).

2.1.2 (In)curabilité

La démence peut être divisée en formes réversibles et irréversibles.

Une **démence réversible**, due par exemple à une maladie métabolique comme l'hypothyroïdie ou une carence en vitamine B12, peut donc être « partiellement, voire totalement soignée avec un traitement adapté » (Alzheimer Suisse, 2025 ; Socialdesign, 2022). Seuls 10 à 15 % des cas de démence appartiennent à ce groupe (Deutsche Alzheimer Gesellschaft – Landesverband Bayern, 2025).

La plupart du temps, le cerveau est directement touché et on parle d'une **démence irréversible**. La forme la plus fréquente et la plus connue de ces maladies dégénératives est la maladie d'Alzheimer. La démence vasculaire, la démence fronto-temporale, la maladie de Parkinson et la maladie à corps de Lewy appartiennent aussi à ce groupe (Alzheimer Suisse, 2025). Malgré des décennies de

recherche, les démences irréversibles restent incurables à ce jour. Des traitements personnalisés peuvent toutefois aider à soulager les symptômes et à préserver le plus longtemps possible l'autonomie des personnes atteintes de démence.

2.1.3 Prévalence et incidence

D'après les estimations d'Alzheimer Suisse, environ 161 000 personnes sont atteintes de démence en Suisse en 2025 ; chaque année, on dénombre près de 34 800 nouveaux cas. Les femmes représentent 66 % des personnes touchées. Environ 5 % des personnes atteintes de démence développent la maladie avant l'âge de 65 ans et sont donc considérées comme des personnes jeunes (Alzheimer Suisse, 2025). La grande majorité des personnes concernées ont plus de 80 ans (Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale BASS, 2021).

La démence (9 %) est la troisième cause de décès après les maladies cardiovasculaires (28 %) et les cancers (24 %) (Office fédéral de la statistique, 2024). Des analyses approfondies de la statistique des causes de décès montrent une augmentation du nombre absolu de décès liés à la démence entre 2012 et 2021, mais les taux standardisés pour 1000 habitants sont restés stables pendant cette période (BASS, 2023 ; Dutoit L. et al., 2024).

Alzheimer Suisse estime qu'en 2050, environ 285 700 personnes seront atteintes de démence en Suisse. En tenant compte du fait qu'un à trois proches sont aussi touchés, près d'un million de personnes vivront directement ou indirectement avec la démence dans 25 ans (Alzheimer Suisse, 2025).

2.2 Évolution de la maladie et trajectoires de soins

Le point 2.2.1 explique les stades de la démence, le point 2.2.2 l'espérance de vie des personnes atteintes de démence. Les trajectoires-types sont abordées au point 2.2.3. Elles donnent notamment un aperçu du recours aux prestations de prise en charge et de soins par les personnes atteintes de démence.

2.2.1 Stades d'une démence

La démence évolue en plusieurs stades qui s'enchaînent de manière fluide et s'accompagne souvent de symptômes concomitants.

Son évolution dépend de plusieurs facteurs, tels que l'état de santé général, les maladies chroniques préexistantes et la situation personnelle. Le développement d'une démence est le plus souvent insidieux et commence des années auparavant par des troubles subjectifs de la mémoire (*Subjective Cognitive Decline*, SCD). Cette phase évolue vers une légère altération des capacités cognitives, connue sous le nom de *Mild Cognitive Impairment* (MCI) (Bopp-Kistler, 2016).

Les symptômes et l'évolution de la maladie varient d'un individu à l'autre et en fonction du type de démence. On distingue toutefois trois stades principaux.

Stade 1 : démence légère (stade initial)

À ce stade, les premiers problèmes de mémoire apparaissent, comme la difficulté à se souvenir de noms ou d'événements, ainsi que des difficultés d'orientation et à accomplir des tâches complexes. Les personnes concernées peuvent continuer de vivre de manière autonome, mais ont parfois besoin d'aide. Elles restent la plupart du temps à domicile et sont en mesure de gérer leur quotidien de manière largement autonome (Alzheimer Suisse, 2022).

⁷ Voir aussi [https://demenzwiki.com/medizin/mild-cognitive-impairment/#:~:text=Mild%20Cognitive%20Impairment%20\(MCI\)%20ist,Denkverm%C3%B6gen%20oder%20di e%20Aufmerksamkeit%20betreffen](https://demenzwiki.com/medizin/mild-cognitive-impairment/#:~:text=Mild%20Cognitive%20Impairment%20(MCI)%20ist,Denkverm%C3%B6gen%20oder%20di e%20Aufmerksamkeit%20betreffen) (en allemand).

Au début de la maladie en particulier, les femmes sont plus souvent sous-diagnostiquées ou mal diagnostiquées que les hommes. D'une part, elles s'en sortent d'ordinaire mieux dans les procédures de diagnostic, qui sont principalement conçues pour les hommes. D'autre part, les premiers symptômes de démence chez les femmes sont souvent attribués à d'autres pathologies telles que le burn-out, la dépression ou les troubles de la ménopause (spectra, 2025). Il en va de même pour les personnes qui développent une démence précoce (c.-à-d. les personnes de moins de 65 ans) : chez elles aussi, les (premiers) symptômes sont souvent diagnostiqués à tort comme un burn-out ou une dépression (Alzheimer Suisse, 2017).

Dans ses recommandations de diagnostic publiées fin 2024, l'association Swiss Memory Clinics reconnaît la nécessité d'agir dans ce domaine. Cela concerne à la fois la recherche (y c. la validation des procédures de diagnostic) et les recommandations concrètes pour la pratique clinique quotidienne (Swiss Memory Clinics, 2024a).

Stade 2 : démence modérée (stade intermédiaire)

Au stade intermédiaire, des symptômes manifestes apparaissent, tels que la perte de repères temporels et spatiaux ainsi que des troubles du langage. Les personnes concernées ont de plus en plus de difficultés à accomplir les tâches quotidiennes⁸, comme faire sa toilette, se vêtir et manger. Des changements de la personnalité, tels que l'irritabilité ou le repli sur soi, sont fréquents. À ce stade, les personnes concernées ont besoin d'un soutien étendu au quotidien.

Les proches sont confrontés à plusieurs défis : d'une part, leur aide doit préserver la dignité de la personne atteinte de démence et, d'autre part, le fardeau lié à la prise en charge de longue durée ne cesse d'augmenter. Par ailleurs, il devient toujours plus important de ne pas perdre de vue sa propre santé et son bien-être personnel. Mais en raison de la progression de la maladie de la personne prise en charge et de l'absence ou du non-recours aux offres de répit, cela devient de plus en plus difficile. À ce stade, la question se pose souvent de savoir si un déménagement dans un EMS ou un établissement spécialisé est nécessaire et judicieux.

Stade 3 : démence avancée (stade grave)

Ce stade se caractérise par une perte totale d'autonomie. Les personnes concernées se retirent souvent dans leur monde et semblent avoir perdu le contact avec la réalité. Elles sont entièrement dépendantes et ont besoin d'une prise en charge et de soins intenses, le plus souvent en EMS. Des symptômes physiques tels que des troubles de la déglutition ou l'incontinence apparaissent aussi souvent. Pour les proches, cette phase est particulièrement éprouvante sur les plans émotionnel et physique.

Symptômes concomitants

Les démences s'accompagnent souvent de symptômes concomitants tels que dépression, agitation, troubles du sommeil, hallucinations, anxiété ou agressivité. Ceux-ci peuvent impacter l'évolution de la maladie et sont réunis sous le terme de « **symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence** » (SCPD). Les SCPD sont une forme d'expression pour les personnes atteintes de démence et doivent être considérés dans leur contexte individuel. Ils ont le plus souvent des causes biologiques, sociales ou psychologiques. La douleur, par exemple, peut provoquer de l'agressivité. Les experts soulignent l'importance d'informer les personnes atteintes de démence et leurs proches, dès le diagnostic, que des SCPD peuvent survenir au cours de la maladie et comment les interpréter (Schlögl, 2025). Une information précoce sur cette évolution peut contribuer à une meilleure compréhension de la maladie et faciliter la gestion des comportements difficiles.

⁸ Dans ce contexte, on parle souvent d'« activités de base de la vie quotidienne » ou AVQ.

2.2.2 Espérance de vie

Étant donné que la maladie passe souvent inaperçue pendant des années avant que les premiers symptômes n'apparaissent dans la vie quotidienne, il est difficile de se prononcer sur l'espérance de vie des personnes atteintes de démence. Dès l'apparition des symptômes, l'espérance de vie moyenne est estimée à environ sept à dix ans (Socialdesign, 2022). La perte progressive des fonctions cérébrales entraîne souvent une insuffisance respiratoire ou des troubles de la déglutition, qui peuvent provoquer une pneumonie au stade terminal (Dutoit et al., 2024). En 2023, l'âge moyen des hommes décédés des suites d'une démence était de 85 ans. Chez les femmes, l'âge moyen était de 88 ans (OFS, 2024) ; voir aussi 2.2.3.

2.2.3 Trajectoires de soins

L'étude menée par l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) sur mandat de la Plateforme nationale démence sur les trajectoires de soins des patients atteints de démence (Dutoit et al., 2024) livre de précieuses informations sur le recours aux prestations de prise en charge et de soins par les personnes atteintes de démence.

La population étudiée comprend les personnes décédées en 2021 chez lesquelles une démence a été diagnostiquée, soit lors du décès, soit durant les quatre dernières années précédant le décès, dans le cadre d'une hospitalisation stationnaire. Les trajectoires de soins de 19 323 personnes ont été analysées et regroupées en trajectoires-types (Dutoit et al., 2024).

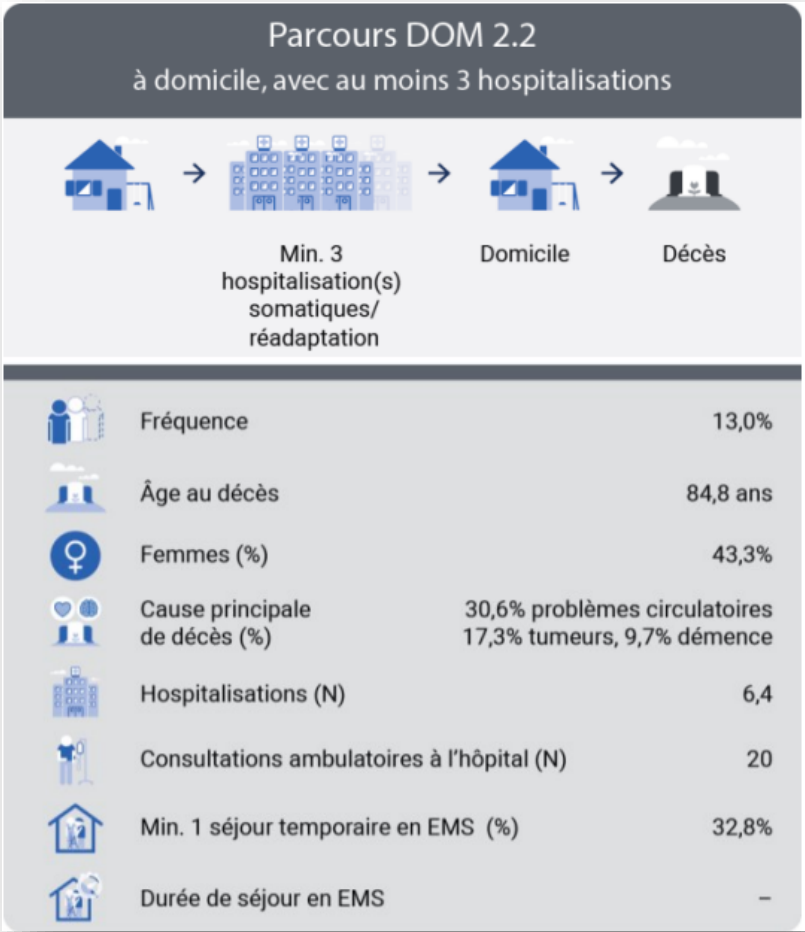
La population de base comprenait 60 % de femmes et l'âge moyen au décès était de 87,1 ans (85,2 ans pour les hommes et 88,3 ans pour les femmes). La démence était la cause principale de décès chez 31,3 % de la population totale, alors que 26,4 % sont décédés d'une maladie de l'appareil circulatoire, 9,1 % de tumeurs et 8,9 % du COVID-19. Les causes principales de décès du quart restant se répartissent comme suit : 4,2 % de maladies de l'appareil respiratoire, 3,5 % d'accidents et 16,6 % d'autres causes. En moyenne, les personnes ont fait l'objet de 3,4 hospitalisations et de 12 consultations ambulatoires à l'hôpital au cours de la période d'observation de quatre ans. 18,8 % de la population d'étude a séjourné au moins une fois temporairement dans un EMS. Lorsqu'elles sont entrées définitivement en EMS, les personnes atteintes de démence y ont passé en moyenne 2,9 ans (Dutoit et al., 2024).

En tout, **huit trajectoires-types** ont été identifiées, réparties en deux groupes selon le lieu de résidence au moment du décès : à domicile (trajectoires « DOM », pour 27,8 % de la population étudiée) ou en EMS (trajectoires « EMS », 73,2 % au total). Dans ces deux groupes, les trajectoires de soins se distinguent par la fréquence des hospitalisations depuis le domicile (aucune, 1-2 ou 3+ hospitalisations) et par le type d'hospitalisation (soins somatiques aigus et/ou réadaptation vs au moins une hospitalisation en psychiatrie) (Dutoit et al., 2024).

Il y a des différences marquées entre les huit trajectoires-types. Ci-après, à titre d'exemple, les caractéristiques de la trajectoire « DOM » la plus fréquente (« DOM 2.2 », 13,0 % des patients étudiés) et de la trajectoire « EMS » la plus fréquente (« EMS 1 », 27,9 % des patients étudiés).

Parmi les trajectoires « DOM », la plus fréquente est celle où les personnes atteintes de démence ont été hospitalisées *trois fois ou plus* dans les quatre ans précédant leur décès (voir *fig. 2*). Dans cette trajectoire-type, le nombre d'hospitalisations est nettement supérieur à la moyenne (6,4), tout comme le nombre de consultations ambulatoires à l'hôpital (20) et la part de personnes ayant effectué au moins un séjour temporaire en EMS (32,8 %). Cela s'explique sans doute par le fait que d'autres maladies que la démence sont prédominantes dans ce groupe. L'âge moyen au décès (84,8 ans) est inférieur à la moyenne globale dans cette trajectoire, de même que la part de femmes (43,3 %) (voir *fig. 2*).

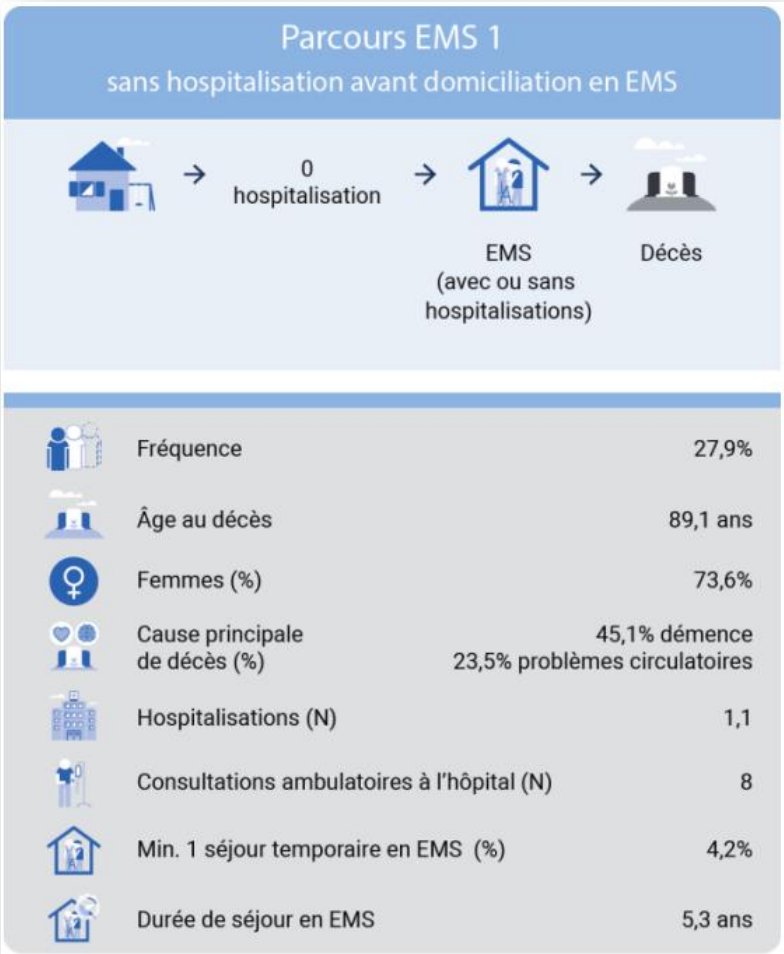
Fig. 2 : Caractéristiques démographiques et diagnostiques, recours au système de soins par les personnes atteintes de démence – représentation schématique de la trajectoire de soins « DOM 2.2 »



Source : Dutoit et al., 2024, p. 54

Parmi les trajectoires « EMS », la plus fréquente est celle où les personnes atteintes de démence n’ont *pas* été hospitalisées avant leur entrée en EMS (voir *fig. 3*). Elles ont vécu en moyenne 5,3 ans en EMS, nettement plus longtemps que la moyenne globale de la population de l’étude et jusqu’à 5,9 fois plus longtemps que dans les trois autres trajectoires « EMS ». Par ailleurs, la part de personnes ayant effectué un séjour temporaire en EMS, qui n’est que de 4,2 %, est nettement inférieure à la moyenne globale et aux sept autres trajectoires-types. Dans la trajectoire « EMS 1 », la démence semble prévaloir. Les femmes sont surreprésentées dans cette trajectoire de soins (73,6 %) et l’âge au décès (89,1 ans) est supérieur à la moyenne globale.

Fig. 3 : Caractéristiques démographiques et diagnostiques, recours au système de soins par les personnes atteintes de démence – représentation schématique de la trajectoire de soins « EMS 1 »



Source : Dutoit et al., 2024, p. 55

2.3 Prise en charge, soins et traitement des personnes atteintes de démence

Les personnes atteintes de démence ont besoin d’une prise en charge, de soins et d’un traitement adaptés tout au long de la maladie. Celle-ci entraîne notamment des troubles dans les activités quotidiennes complexes et (par conséquent) des changements dans les relations sociales. De plus, des fluctuations émotionnelles et des troubles du comportement sont fréquents. Le besoin de soutien de la part des proches aidants et des prestataires professionnels augmente à mesure que la maladie progresse (voir 2.2.1 et 2.2.3).

Dans l’esprit du modèle biopsychosocial de la santé et de la maladie, la prise en charge, les soins et le traitement ne peuvent généralement pas être considérés séparément, encore moins chez les personnes atteintes de démence en raison du tableau clinique (Spector & Orrell, 2010 ; Podgorski et al., 2021). Toutefois, la législation actuelle sur les assurances sociales impose de distinguer ces aspects de la prise en soins (2.3.1). L’importance de la prise en charge des personnes atteintes de démence et les approches thérapeutiques sont abordées aux points 2.3.2 et 2.3.3.

2.3.1 Délimitation entre prise en charge et soins

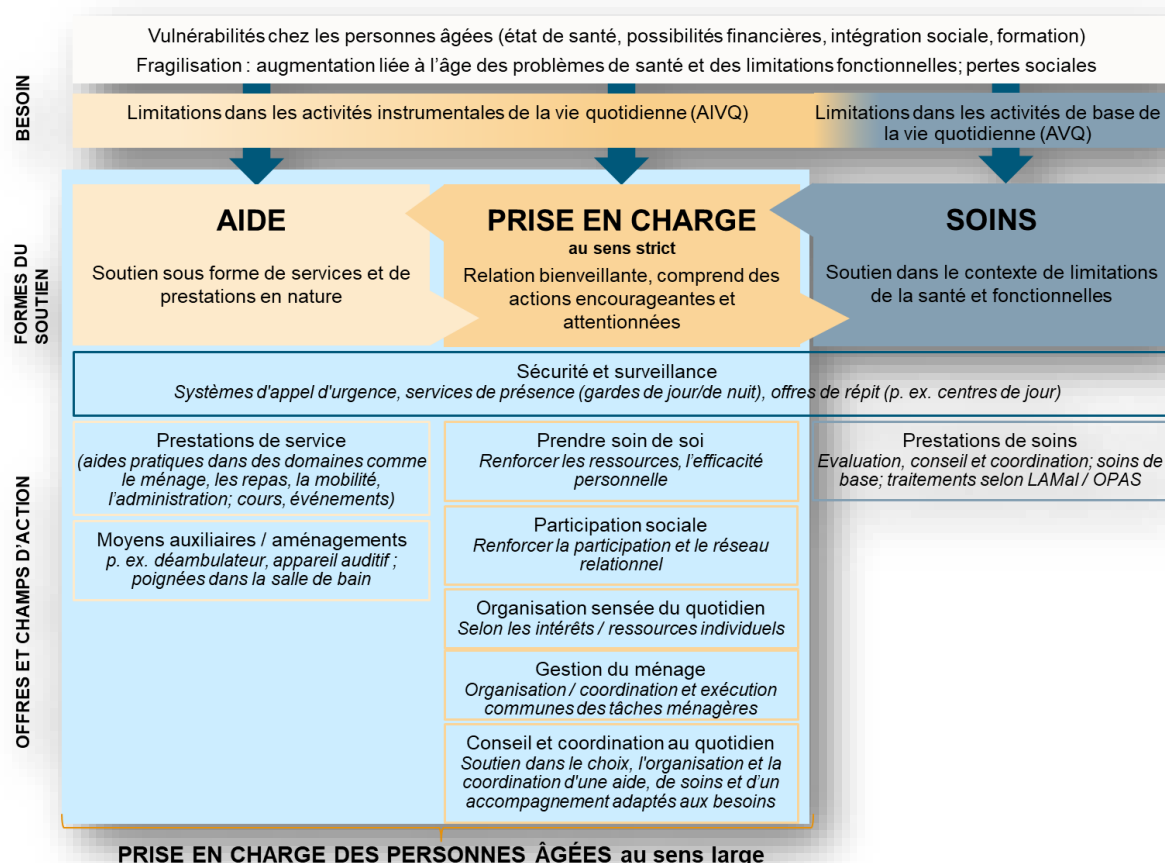
Les personnes qui ont des difficultés à accomplir les activités de la vie quotidienne en raison d'atteintes à la santé ou de l'avancée en âge font face à une perte d'autonomie. Pour continuer à mener une existence digne et en sécurité à domicile ou dans un logement protégé ou accompagné, elles ont besoin de soutien. Sous la forme d'aménagements matériels, d'aide pratique ou d'accompagnement, ce soutien à l'autonomie se distingue des soins, puisqu'il n'entre pas dans le champ de l'assurance-maladie. Il relève principalement de la compétence des cantons, responsables de pourvoir à l'aide et aux soins à domicile en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées (art. 112c, al. 1, Cst). Ceci vaut pour des personnes atteintes de démence comme pour toute autre personne.

En l'absence d'une définition juridique, d'une dénomination (soutien, accompagnement, prise en charge) et d'une compréhension commune dans les politiques cantonales et dans la pratique, il faut se référer à des travaux à caractère conceptuel pour avoir une image d'ensemble de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie. Une étude (Stettler et al., 2023) effectuée sur mandat de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) propose une définition de la prise en charge des personnes âgées qui peut également être utile dans le cas des personnes, âgées ou non, atteintes de démence. Faisant la synthèse de différentes sources, la définition englobe les éléments suivants (voir *fig. 4* Fig. 4) :

- la prise en charge au sens large, composée de :
 - l'aide, qui a un caractère de service accompli pour la personne : livraison de repas ou transport, par exemple ; l'aide peut aussi prendre la forme d'un moyen auxiliaire ou d'une mesure architecturale pour sécuriser le logement et faciliter le quotidien ;
 - la prise en charge au sens strict, qui se caractérise par l'aspect relationnel du soutien apporté : la personne est accompagnée pour lui permettre autant que possible d'accomplir les diverses activités du quotidien ou de participer à leur accomplissement, par exemple effectuer ensemble des tâches ménagères, dialoguer sur les besoins et les possibilités, etc.
- le soutien dans le contexte des soins ; les soins, dont les soins de base, sont définis dans la législation sur l'assurance obligatoire des soins (art. 25a LAMal et art. 7, al. 2, OPAS ; RS 832.112.31), dans la mesure où ces dispositions définissent les prestations de soins prises en charge par l'AOS ; la prise en charge n'en fait pas partie ; les soins comportent néanmoins dans la pratique une dimension relationnelle et de soutien dans la façon dont ils sont prodigués aux personnes limitées dans leur autonomie.

Le besoin de prise en charge évolue au cours de la vieillesse. Dans les premières phases, il ne s'accompagne généralement pas du besoin de soins. Le besoin de soutien dans l'accomplissement des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ : notamment faire ses courses, préparer ses repas, faire le ménage, traiter le courrier) se manifeste souvent plus tôt que la perte d'autonomie dans les activités de base nécessaires au maintien de l'hygiène et de la santé (activités de base de la vie quotidienne, AVQ : p. ex. se vêtir, se dévêtir, se lever, s'asseoir, se coucher, manger, faire sa toilette, aller aux toilettes, se déplacer et entrer en contact avec l'environnement). Un accompagnement constant ne devient indispensable que dans des phases avancées.

Fig. 4 : Besoins et formes de soutien aux personnes âgées



Source : représentation OFAS d'après Stettler et al., 2023, p. 7

2.3.2 Importance de la prise en charge des personnes atteintes de démence

Ceci vaut souvent aussi pour les personnes atteintes de démence. En revanche, selon l'évolution individuelle de la maladie, certaines personnes atteintes de démence peuvent présenter des besoins accrus en matière de sécurité et d'accompagnement, alors que leurs fonctions motrices et leur capacité à accomplir les activités de base ne sont pas encore nécessairement diminuées.

Les éléments de la prise en charge des personnes âgées représentés à la fig. 4 revêtent une importance capitale pour les personnes atteintes de démence. En général, une démence sévère nécessitant des soins importants est précédée d'une longue phase de démence légère à modérée, pendant laquelle la prise en charge devient toujours plus indispensable. Les différents aspects de la prise en charge contribuent à renforcer l'autonomie des personnes concernées et à la préserver le plus longtemps possible. Il s'agit de renforcer les capacités et les compétences que la personne a (encore). Les prestations de prise en charge fournies par des tiers⁹ aident par ailleurs à protéger la santé physique et psychique des proches aidants ou soignants et à atténuer les conséquences économiques et sanitaires à long terme de leur travail de prise en charge, parfois très long et intense (2.4).

Il est indispensable d'adopter une attitude axée sur la personne à l'égard des personnes atteintes de démence. Il s'agit d'une attitude empathique et d'une approche respectueuse de la part des professionnels (et des proches) avec la personne concernée et son entourage. Cette attitude implique

⁹ Nous parlons de « tiers » quand nous ne faisons référence ni à la personne atteinte de démence ni à ses proches directement concernés.

la reconnaissance, le respect et la confiance (Alzheimer Suisse et al., 2020).

2.3.3 Approches thérapeutiques

L'accompagnement thérapeutique des personnes atteintes de démence comprend des traitements médicamenteux et non médicamenteux. Il est nécessaire d'intégrer l'attitude axée sur la personne (voir 2.3.2) dans toutes les approches thérapeutiques.

Approches non médicamenteuses

La physiothérapie, l'ergothérapie, la thérapie d'animation, la logopédie, la musicothérapie et d'autres approches thérapeutiques par l'art ainsi que la thérapie assistée par l'animal jouent un rôle central dans l'accompagnement thérapeutique des personnes atteintes de démence. L'importance de ces approches non médicamenteuses est soulignée à la fois dans les recommandations thérapeutiques relatives à la démence (Swiss Memory Clinics, 2024), les recommandations DemCare pour établissements médico-sociaux (Alzheimer Suisse et al., 2020) et les recommandations sur la gestion des SCPD (Savaskan et al., 2024). En plus de favoriser les fonctions cognitives aux stades précoce et intermédiaire, les thérapies non médicamenteuses contribuent aussi à soulager divers symptômes concomitants comme les états dépressifs. Idéalement, elles sont proposées de manière continue, adaptées individuellement aux personnes concernées et ajustées en fonction de l'évolution des capacités au cours de la maladie (SMC, 2024). Il est essentiel que l'approche choisie aborde ou active des éléments importants pour la personne concernée.

Traitement médicamenteux

Des médicaments procognitifs sont disponibles pour le traitement médicamenteux des démences. Ils sont utilisés pour stabiliser les symptômes cognitifs de la démence et les troubles liés aux activités de la vie quotidienne. Ils sont aussi efficaces en cas de symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence (SCPD) les plus fréquents, par exemple la dépression, l'agitation, l'agressivité, les troubles du sommeil, les délires, les hallucinations, l'anxiété et l'apathie.

D'après une étude commandée par la Plateforme nationale démence, le ginkgo biloba est le médicament procognitif le plus acheté en Suisse. Au cours de l'année sous revue (2022), il représentait 88,1 % des médicaments procognitifs achetés en Suisse et remboursés par l'AOS¹⁰, alors que la part des inhibiteurs de la cholinestérase était de 8,6 % et celle de la mémantine de 3,3 %. De plus, l'étude a relevé que si la consommation de ginkgo biloba a aussi sensiblement augmenté entre 2016 et 2022 en taux standardisés¹¹, l'achat d'inhibiteurs de la cholinestérase (-11,9 %) et de mémantine (-10,1 %) a diminué (Schuler et al., 2024).

Nouveaux médicaments contre la maladie d'Alzheimer et défis pour le système de santé

Malgré des décennies de recherche, il n'existe toujours pas de traitement médicamenteux capable de guérir les démences. Ces dernières années, toutefois, certains pays comme les États-Unis, le Royaume-Uni et le Japon ont autorisé des traitements anti-amyloïdes (TAA), notamment les deux principes actifs que sont le lecanemab et le donanemab.

En juin 2023, le fabricant Eisai Pharma SA a déposé une demande d'autorisation de mise sur le marché pour le lecanemab (Legembi) auprès de l'Institut suisse des produits thérapeutiques (Swissmedic). La décision n'a pas encore été rendue au 20 octobre 2025. La Commission européenne a autorisé la mise sur le marché du lecanemab le 15 avril 2025 à des conditions strictes. Dans le cas du donanemab (Kisunla), le fabricant Eli Lilly (Suisse) SA a déposé une demande d'autorisation de mise sur le marché auprès de Swissmedic en août 2023. Aucune décision n'a encore été prise au 20 octobre 2025. Dans l'UE, le Comité des médicaments à usage humain (CHMP) de

¹⁰ Deux restrictions dont il faut tenir compte : 1) Les personnes atteintes de démence ne peuvent pas être identifiées directement dans les données utilisées pour ces analyses. Une approximation est donc effectuée sur la base de l'âge (personnes âgées de 70 ans et plus). 2) Le ginkgo biloba est également utilisé pour traiter d'autres pathologies telles que les troubles circulatoires, les vertiges et les acouphènes. Il n'est pas possible de limiter les résultats aux applications dans le domaine des troubles cognitifs (Schuler et al. 2024).

¹¹ Les taux ont été standardisés selon le sexe et l'âge. Ainsi, l'augmentation de la population âgée pendant les années sous revue n'a par exemple aucune influence sur les résultats.

l'Agence européenne des médicaments (EMA) a émis une recommandation d'autorisation pour le donanemab le 24 juillet 2025 dans le cadre d'un nouvel examen. Celle-ci est toutefois soumise à des règles strictes, en particulier en ce qui concerne l'éligibilité et l'arrêt du traitement. L'autorisation formelle par la Commission européenne est intervenue le 25 septembre 2025. Au 20 octobre 2025, l'OFSP n'avait encore reçu aucune demande d'inscription de ces principes actifs dans la liste des spécialités (LS) sur la base de la procédure à deux étapes.

Les TAA agissent sur les mécanismes de la démence d'Alzheimer et ne bénéficient donc qu'aux personnes atteintes de cette maladie. Pour qu'ils soient efficaces, il est nécessaire de les utiliser très tôt dans l'évolution de la maladie (*MCI* ou démence légère). Cependant, ils présentent un risque d'effets secondaires potentiellement graves, notamment des hémorragies ou des œdèmes cérébraux de différents types. Il est nécessaire de les surveiller régulièrement à l'aide de techniques d'imagerie. D'après les connaissances actuelles, les TAA ne peuvent pas guérir la démence d'Alzheimer, seulement la retarder.

Si les nouveaux médicaments contre la maladie d'Alzheimer sont autorisés, un **diagnostic précoce et précis** gagnerait encore en importance. Cependant, la peur d'un diagnostic, la conscience parfois lacunaire de la maladie (anosognosie) et les méthodes de diagnostic coûteuses¹² compliquent souvent ce processus. De nouveaux tests sanguins, moins invasifs et moins coûteux, permettant d'analyser certains biomarqueurs dans le sang, constituent une avancée prometteuse. Les premières études montrent qu'ils sont aussi précis que les méthodes existantes (Ashton et al., 2024 ; Frisoni et al., 2024). Mais il faudra sans doute encore plusieurs années avant qu'ils puissent être utilisés dans la pratique clinique quotidienne (Ritter, 2024).

Une analyse de Swiss Memory Clinics (Meyer et al., 2024) montre que l'autorisation de mise sur le marché de nouveaux TAA poserait des **défis** au système de santé suisse. Le nombre d'orientations vers un diagnostic précoce augmenterait sensiblement. La capacité actuelle des Memory Clinics (MC) est de 18 000 examens par an, alors qu'à l'avenir, 20 000 à 25 000 examens seraient nécessaires chaque année. Des processus plus efficaces et un développement des offres permettraient de réaliser jusqu'à 3000 examens supplémentaires par an à l'échelle nationale. Mais dans un premier temps, le manque de ressources pourrait entraîner des délais d'attente plus longs pour les examens préliminaires.

De plus, un traitement aux TAA augmenterait considérablement les besoins en thérapies par perfusion. La capacité actuelle est estimée entre 360 et 720 patients TAA par an, mais la demande atteindrait 468 à 995 patients. Dans le meilleur des cas, il n'y aurait donc pas de pénurie. Dans le pire des cas, il manquerait 635 places de traitement à court terme, qui pourraient être créées grâce à des mesures organisationnelles et à des coopérations ciblées (Meyer et al., 2024). Il faudrait aussi tenir compte du fait que, selon les recommandations d'un consortium de sociétés de discipline médicale, il devrait y avoir un accès au service des urgences à proximité immédiate du centre de perfusion (Felbecker et al., 2025). L'accès à des diagnostics complémentaires automatisés et chimiques pour le suivi thérapeutique, notamment les techniques d'imagerie (p. ex. IRM ou PET-Scan) et les analyses de laboratoire (p. ex. tests de biomarqueurs à partir d'échantillons de sang ou de liquide céphalo-rachidien), ne pose en revanche pas de problème majeur en Suisse (Meyer et al., 2024).

2.4 Proches aidants et soignants

Comme il l'a déjà relevé dans son avis du 31 août 2022, le Conseil fédéral estime réglée la question 3 soulevée dans le développement du postulat (voir 1.1). Le financement des offres de répit a été présenté dans le cadre du programme de promotion « Offres visant à décharger les proches aidants 2017-2020 »¹³. Cette section résume les principaux résultats et les développements en cours.

¹² À l'heure actuelle, les méthodes de diagnostic les plus précises reposent sur la détection des protéines bêta-amyloïdes et tau dans le liquide céphalo-rachidien (prélevé par ponction lombaire) ou sur des techniques d'imagerie coûteuses (PET-Scan).

¹³ <https://www.bag.admin.ch/fr/programme-de-promotion-offres-visant-a-decharger-les-proches-aidants-2017->

Les proches jouent un rôle central dans la prise en charge et les soins des personnes atteintes de démence (1.3.2). Des études réalisées dans le cadre du programme de promotion « Offres visant à décharger les proches aidants 2017-2020 » ont montré que la prise en charge des personnes atteintes de démence est assortie de **fardeaux** particulièrement **élevés** : les proches aidants sont souvent eux-mêmes âgés, ils ont une plus forte probabilité d'avoir eux-mêmes des problèmes de santé et fournissent une prise en charge intense, longue et chronophage. Les changements de personnalité et les difficultés de communication liées à la démence entraînent souvent une charge psychique supplémentaire. Les proches aidants de personnes atteintes de démence ont souvent recours très tardivement aux **offres de répit**, ce qui augmente encore leur fardeau et renforce le risque d'isolement social. Afin de prévenir les conséquences à long terme sur la santé, il est particulièrement important de permettre aux proches aidants de personnes atteintes de démence de bénéficier régulièrement d'un soutien pour les décharger d'une prise en charge et d'une surveillance en permanence (OFSP, 2020 ; Ecoplan, 2019a).

Les structures de jour et de nuit offrent un grand potentiel de répit, en particulier pour les proches de personnes atteintes de démence (Neukomm et al., 2019). Le financement de ces offres a été examiné dans le cadre du programme de promotion « Offres visant à décharger les proches aidants 2017-2020 ». L'étude montre que le recours aux structures de jour peut représenter une charge financière en fonction de la situation familiale, raison pour laquelle l'offre n'est pas utilisée (Stutz et al., 2019). Il est aussi apparu que l'allocation pour impotent (API) (voir 3.2) n'est parfois pas connue des personnes concernées et des professionnels et/ou que l'accès aux API de l'AVS ou de l'AI en cas de démence est jugé difficile. Cela s'explique, d'une part, par l'évaluation du degré d'impotence, qui dépend largement du fait qu'une personne a régulièrement besoin de l'aide de proches ou de tiers pour accomplir les tâches quotidiennes. D'autre part, il y a des délais d'attente d'un an (AI) ou de six mois (AVS). La réduction du délai d'attente de douze à six mois pour l'API de l'AVS depuis le 1^{er} janvier 2024 devrait avoir quelque peu atténué la problématique des entraves à l'accès.

Le mécanisme des prestations complémentaires (PC) (voir 3.4) est, lui aussi, souvent peu clair pour beaucoup de personnes concernées. Des dépenses plus élevées pour des offres visant à décharger les proches aidants peuvent, dans certains cas, donner droit à des PC, même en l'absence de droit auparavant (Ecoplan, 2019a).

Le postulat 23.4333 CSSS-E « Définir un **statut de proche aidant** pour pouvoir développer une stratégie de soutien au niveau fédéral »¹⁴ charge le Conseil fédéral de faire un rapport sur l'état des lieux concernant la situation des proches aidants tout en analysant la possibilité et l'utilité de définir un statut juridique unifié de proche aidant au niveau fédéral. Afin de donner suite à ce postulat, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a commandé, en juin 2025, une étude dont les résultats seront disponibles dans le courant de l'année 2026. Cette étude porte notamment sur des questions de définition, la quantification du nombre de personnes concernées, la description de leurs caractéristiques socioéconomiques, un état des lieux dans les cantons et une comparaison internationale.

La situation des **proches aidants salariés** nécessite une attention particulière. Il s'agit de personnes qui s'occupent à domicile de proches dépendants et qui sont employées par une organisation d'aide et de soins à domicile pour fournir les soins de base (voir 3.5.1).

2.5 Conséquences financières

Une étude sur les coûts liés à la démence commandée par Alzheimer Suisse a chiffré les **coûts directs** pour 2017 à 6,3 milliards de francs (Ecoplan, 2019). Une étude réalisée à la demande de l'OFSP sur les coûts des maladies non transmissibles (MNT) arrive à un résultat comparable (Stucki et al., 2025). Les coûts de la santé liés à la maladie d'Alzheimer et aux autres formes de démence s'élevaient à 5,6 milliards de francs en 2012, à 6,4 milliards en 2017 et à 6,7 milliards en 2022. Au

[2020](#)

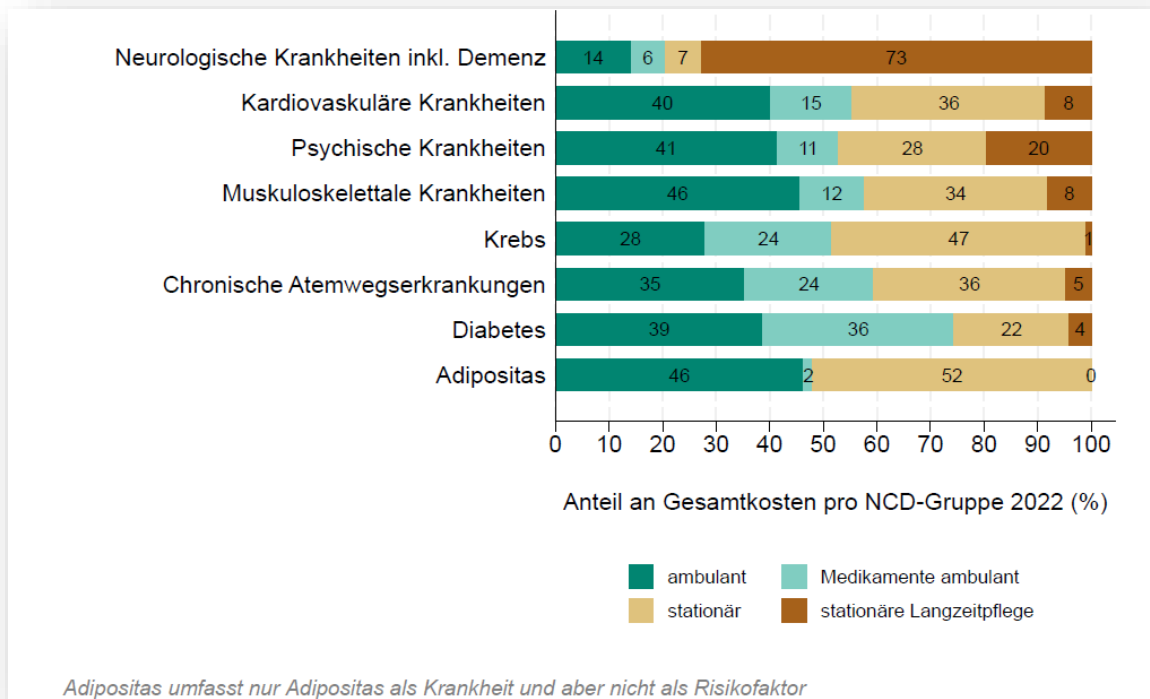
¹⁴ <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20234333>

cours des trois années étudiées, la maladie d'Alzheimer et les autres formes de démence ont généré les coûts les plus élevés parmi les différentes maladies. Les 6,7 milliards de francs correspondaient à 7,4 % de l'ensemble des coûts de la santé en 2022. Malgré la hausse des coûts liés à la maladie d'Alzheimer et aux autres formes de démence en chiffres absolus, leur pourcentage a diminué au cours de la période sous revue : 8,5 % en 2012 et 8,1 % en 2017 (Stucki et al., 2025).

Le vieillissement de la population apparaît comme le principal **facteur de coûts** dans le groupe des maladies neurologiques, qui comprend aussi la maladie d'Alzheimer et les autres formes de démence. Entre 2012 et 2022, il a contribué à l'évolution des coûts à hauteur de 12 points de pourcentage¹⁵. Il est suivi par la croissance démographique (10 points de pourcentage) et les coûts par cas prévalent (4 points de pourcentage). Pour les maladies neurologiques, ce facteur de coût a un poids beaucoup plus important que la moyenne : tous groupes de maladies confondus, seuls 6 points de pourcentage de l'évolution des coûts sont imputables au vieillissement de la population (Stucki et al., 2025).

Les analyses par **domaine de prestations** montrent que, pour la plupart des groupes de maladies, l'augmentation des coûts de la santé est principalement due à la hausse des dépenses pour les prestations ambulatoires. Les maladies neurologiques constituent une exception : dans ce domaine, la croissance des dépenses s'explique surtout par l'augmentation des dépenses pour les EMS. Et ce, même si en 2012, 78 % des dépenses pour les maladies neurologiques, y compris la maladie d'Alzheimer et les autres formes de démence, étaient engagés dans le domaine des soins stationnaires de longue durée, c'est-à-dire en EMS, et que cette part a diminué de manière continue jusqu'en 2022 (2017 : 75 %, 2022 : 73 %) (Stucki et al., 2025). La *fig. 5* montre la part des dépenses des quatre domaines de prestations dans les coûts des sept MNT et de l'obésité en tant que maladie par groupe de maladies en 2022.

Fig. 5 : Part des dépenses de différents domaines de prestations dans les coûts liés aux sept MNT et à l'obésité en tant que maladie, 2022



Source : Stucki et al., 2025, p. 64

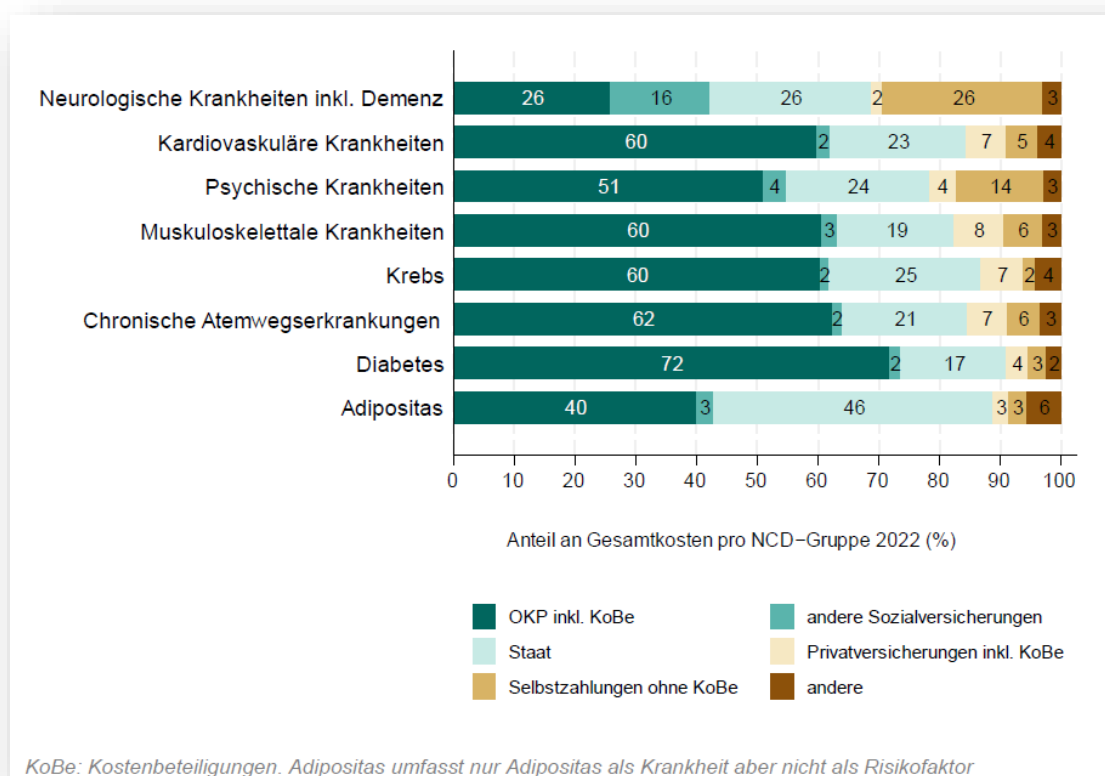
¹⁵ Les points de pourcentage sont utilisés pour décrire la différence absolue entre deux valeurs en pour-cent. Au total, les coûts liés aux maladies neurologiques ont augmenté de 26 % entre 2012 et 2022.

Dans le contexte de ce rapport, les parts de dépenses des **organismes payeurs agréés** présentent un intérêt particulier. L'étude en distingue six :

- l'AOS, y c. la participation aux coûts via la franchise et la quote-part
- les autres assurances sociales (AVS¹⁶, AI¹⁷, AA, AM, PC-AVS, PC-AI)
- l'État (Confédération, cantons, communes)
- les assurances privées, y c. la participation aux coûts
- les paiements personnels sans participation aux coûts
- autres

En 2022, l'AOS (participation aux coûts comprise) a pris en charge en moyenne 43 % du total des coûts de la santé liés aux MNT. La *fig. 6* présente la répartition des dépenses entre les différents organismes payeurs selon les sept MNT et l'obésité en tant que maladie. Dans le groupe des maladies neurologiques, la part de l'AOS (26 %) était nettement inférieure à la moyenne. Cela s'explique par des paiements personnels bien plus élevés (sans participation aux coûts dans le cadre de l'AOS et des assurances privées) de 26 % et par des cotisations plus élevées d'autres assurances sociales (16 %) (Stucki et al., 2025). Mais ce tableau est quelque peu faussé par la part élevée des coûts des soins stationnaires de longue durée et par le fait que les frais de logement sont, par définition, exclus des calculs pour les autres groupes de maladies.

Fig. 6 : Parts des dépenses des organismes payeurs agréés selon les sept MNT et l'obésité en tant que maladie, 2022



Source : Stucki et al., 2025, p. 65

¹⁶ Comprend notamment les API, les CA et les dépenses pour les « moyens auxiliaires » dans le cadre de l'AVS.

¹⁷ Comprend notamment les dépenses pour les « mesures médicales », les API, les CA et les dépenses pour les « moyens auxiliaires » dans le cadre de l'AI.

3 Financement des prestations de prise en charge et de soins pour les personnes atteintes de démence

Le chapitre 3 commence par une présentation du lien entre les cadres de prise en charge, de soins et de traitement et les instruments de financement (3.1). Puis il explique les différents instruments de financement en mettant en évidence leur rôle spécifique dans le financement des prestations de prise en charge et de soins pour les personnes atteintes de démence (3.2 à 3.5). Les aspects évoqués dans le développement du postulat 22.3867 CSSS-N et sa question 1 sont ainsi abordés en détail. La présentation des instruments de financement suit, en s'appuyant sur le point 2.2.1 et la *fig. 4*, les besoins en matière de soutien : dans un premier temps, la prise en charge prime pour les personnes atteintes de démence, avant qu'elles ne deviennent dépendantes des soins à mesure que la maladie progresse. Enfin, le point 3.6 s'intéresse à la question 2 du développement du postulat 22.3867 CSSS-N, qui porte sur la couverture des coûts des séjours hospitaliers stationnaires des personnes atteintes de démence.

3.1 Cadres de prise en charge, de soins et de traitement et instruments de financement

Comme le rapport l'a déjà mentionné au chapitre 2, les personnes atteintes de démence ont besoin d'une prise en charge, de soins et d'un traitement dans différents cadres : en ambulatoire, en EMS et en milieu hospitalier. La *fig. 7* présente les différentes prestations individuelles de prise en charge, de soins et de traitement ainsi que les organismes payeurs ou les instruments de financement correspondants qui entrent en ligne de compte. Ces instruments sont expliqués individuellement dans les prochains points. Le financement des prestations médicales ambulatoires n'est mentionné à la *fig. 7* que par souci d'exhaustivité. Il ne fait pas l'objet du postulat et n'est pas traité plus en détail dans le rapport.

Fig. 7 : Prestations individuelles de prise en charge, de soins et de traitement et organismes payeurs

Prestation Organisme payeur	Prise en charge	Décharge des proches (ambulatoire)	Soins	Traitement hospitalier stationnaire ¹	Prestations médicales et thérapeutiques ambulatoires ²
Allocation pour impotent (indirect)	●	●	●		
Contribution d'assistance pour bénéficiaires de l'AI	●	●	●		
Prestations complémentaires à l'AVS ou à l'AI	●		●	●	●
Assurance obligatoire des soins (AOS)			●	●	●
Cantons (communes) ³	●		●	●	
Versements <i>out-of-pocket</i>	●	●	●	●	●

¹ Traitement de maladies aiguës ou de symptômes de démence en soins somatiques aigus, psychiatrie ou réadaptation.

² Prestations médicales des médecins de famille, médecins des EMS, spécialistes exerçant en cabinet ou en ambulatoire dans un hôpital (y c. Memory Clinics) ou prestations médico-thérapeutiques prescrites par un médecin et fournies par des ergothérapeutes, physiothérapeutes, logopédistes, neuropsychologues ou nutritionnistes.

³ Certains cantons et communes prévoient des contributions à la prise en charge. Les coûts des soins (financement des coûts résiduels) sont pris en charge, selon le canton, exclusivement par le canton, exclusivement par les communes ou par les deux. Les communes ne prennent en charge aucun des coûts d'un traitement stationnaire hospitalier.

Source : représentation OFSP

3.2 Allocation pour impotent de l'AI et de l'AVS

Comme tous les instruments de la sécurité sociale, l'allocation pour impotent (API) n'est pas non plus spécifiquement conçue pour les personnes atteintes de démence. Elle repose plutôt sur des principes généraux (3.2.1). Leur applicabilité aux personnes atteintes de démence est expliquée au point 3.2.2.

3.2.1 Régime de prestations de l'allocation pour impotent

Les personnes qui ont besoin d'une surveillance ou de l'aide de proches ou de tiers pour accomplir les tâches quotidiennes sont considérées comme « impotentes » au sens de l'art. 9 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) et peuvent demander une API (art. 42 ss LAI ; RS 831.20 et art. 43^{bis} LAVS ; RS 831.10).

Les assurés en âge AI¹⁸ peuvent aussi bénéficier d'une API en raison du besoin d'un « accompagnement pour les actes de la vie quotidienne » s'ils ne sont plus en mesure d'agir de manière autonome sans l'aide de proches ou de tiers, par exemple pour structurer leur journée, gérer leur ménage ou effectuer des activités à l'extérieur comme les courses ou les visites chez le médecin.

Le droit aux API existe indépendamment de l'âge et du diagnostic et peut être invoqué de la naissance au décès. Le montant de l'indemnité varie en fonction du degré d'impotence (légère, moyenne, grave) et du cadre de vie (à domicile ou en EMS). En 2025, l'API mensuelle en âge AI pour les assurés à domicile s'élève à 504 francs en cas d'impotence légère, à 1260 francs en cas d'impotence moyenne et à 2016 francs en cas d'impotence grave. En âge AVS, les montants sont moins élevés : l'indemnité s'élève à 252 francs par mois en cas d'impotence légère, à 630 francs en cas d'impotence moyenne et à 1008 francs en cas d'impotence grave. Si une personne assurée en âge AI réside en un foyer, elle reçoit une API mensuelle de 126 francs en cas d'impotence légère, de 315 francs en cas d'impotence moyenne et de 504 francs en cas d'impotence grave. Les personnes en âge AVS vivant en EMS ne reçoivent aucune API en cas d'impotence légère. En cas d'impotence moyenne ou grave, les montants mensuels versés sont les mêmes pour les personnes en âge AVS qui vivent à domicile (630 et 1008 francs).

Les prestations sont versées pendant douze mois en âge AI et six mois en âge AVS après la survenance de l'impotence. Elles doivent permettre aux assurés de rémunérer les prestations de proches et de tiers pour l'accomplissement des tâches de la vie quotidienne. Les assurés peuvent toutefois disposer librement de la prestation en espèces qui leur est accordée.

En 2023, 38 369 adultes ont reçu une **API de l'AI** pour un montant total de 316 millions de francs. Parmi les bénéficiaires de l'AI, 51 % avaient droit à une indemnité pour une impotence légère, 31 % pour une impotence moyenne et 18 % pour une impotence grave. Près de 70 % des bénéficiaires d'une API vivent dans leur propre logement ou chez des proches et perçoivent plus de 85 % des prestations versées. Cette part disproportionnée des coûts s'explique par le fait que les taux d'indemnisation pour les soins à domicile sont quatre fois plus élevés que pour les soins en EMS.

En 2023 également, près de 70 000 personnes ont reçu une **API de l'AVS** pour un montant total de 543 millions de francs. Parmi les bénéficiaires de l'AVS, 30 % avaient droit à une indemnité pour une impotence légère, 44 % pour une impotence moyenne et 25 % pour une impotence grave. La différence dans la répartition de l'impotence légère entre l'API de l'AI et celle de l'AVS tient au fait qu'en âge AVS, aucune « API pour impotence légère » n'est versée si les bénéficiaires vivent en EMS.

3.2.2 Démence et droit à l'allocation pour impotent

Au stade précoce de la maladie (démence légère), les personnes concernées peuvent le plus souvent encore vivre de manière autonome et n'ont besoin que ponctuellement d'une aide dans leur vie quotidienne (voir 2.2.1). Souvent, le problème est seulement de se déplacer¹⁹ (p. ex. désorientation,

¹⁸ L'âge AI correspond à la période comprise entre la naissance et l'âge de référence de l'AVS ou jusqu'à la perception anticipée d'une rente AVS complète.

¹⁹ Ce terme a été défini par la jurisprudence, puis repris dans la circulaire sur l'impotence

aide pour planifier les rendez-vous). À ce stade, une petite aide indirecte peut suffire, par exemple des rappels ou de brèves instructions qui ne peuvent être pris en compte dans le cadre de l'API. Une surveillance intensive n'est pas encore nécessaire. Cela ne donne donc pas droit à une API.

La surveillance seule est rarement la raison principale d'une API, car elle s'accompagne la plupart du temps d'une aide dans plusieurs domaines de la vie quotidienne. Dans les cas de démence légère à modérée, les personnes concernées peuvent souvent rester seules pendant une période relativement courte, par exemple pendant que leurs proches font les courses ou se livrent à d'autres activités. À ce stade, la prise en charge peut encore fréquemment se faire à domicile, notamment avec l'aide des proches et des services d'aide et de soins à domicile. Mais l'entrée en EMS devient souvent nécessaire lorsque les besoins de prise en charge augmentent et s'intensifient (p. ex. en cas de tendance à fuguer ou de mise en danger de soi) et/ou que la charge pour la famille devient trop lourde, par exemple parce que les proches travaillent ou que le réseau de prise en charge ambulatoire se suffit plus.

En âge AI, les critères d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie peuvent être remplis si la personne atteinte de démence est dépassée par les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ). À ce moment-là, le soutien est principalement indirect, par exemple pour structurer la journée. À mesure que la maladie progresse, le besoin d'aide augmente. À partir d'un certain stade, lorsque l'aide dépasse le cadre de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie et qu'une prise en charge permanente est nécessaire, les activités de la vie quotidienne (AVQ) peuvent aussi être prises en compte.

En âge AVS, la démence s'accompagne souvent d'autres diagnostics et une API est plus fréquemment accordée en raison d'un besoin intensif d'aide ou de surveillance. En âge AVS, la démence donne plus rapidement droit à une API, car la maladie est souvent déjà avancée et nécessite, en plus d'une surveillance, une aide pour accomplir les tâches de la vie quotidienne.

3.3 Contribution d'assistance de l'AI

Selon le droit actuel (art. 43^{ter} LAVS et art. 42^{quater} ss LAI), les contributions d'assistance (CA) ne sont versées qu'aux personnes qui perçoivent une API de l'AI ou qui en ont bénéficié avant l'âge de la retraite. Une extension à l'âge AVS est en discussion (3.3.1). Cet instrument de la sécurité sociale pose des défis spécifiques pour les personnes atteintes de démence (3.3.2).

3.3.1 Régime de prestations de la contribution d'assistance

Les personnes qui vivent à domicile et reçoivent une API de l'AI ont droit à une CA. Cette prestation financière leur permet d'engager des personnes qui les aident dans leur vie quotidienne, leur ménage, leurs loisirs, leur travail ou la garde des enfants. En 2023, 4556 personnes ont touché une CA pour un montant total de 123 millions de francs.

Les personnes en âge AVS n'ont droit à une CA que si elles en bénéficiaient déjà en âge AI (garantie des droits acquis). Une augmentation de la contribution est exclue après avoir atteint l'âge AVS. En 2023, 856 bénéficiaires en âge AVS ont fait valoir leur droit à une CA pour un montant total de 20 millions de francs.

Le postulat 22.4262 CSSS-N « L'ambulatoire avant le stationnaire pour les personnes handicapées ayant atteint l'âge de la retraite, grâce à l'accès aux contributions d'assistance »²⁰ charge le Conseil fédéral d'examiner dans quelle mesure l'extension du droit aux CA aux retraités pourrait entraîner une amélioration de la protection sociale et retarder, voire éviter l'entrée en EMS. L'OFAS a commandé une étude à ce sujet, qui doit notamment fournir des données permettant de répondre à ces questions. Étant donné que les CA sont liées au versement d'API, le rapport se penchera aussi là-dessus. Il est probable que les analyses de données réalisées dans le cadre de l'étude permettront de

(<https://sozialversicherungen.admin.ch/fr/d/18480>).

²⁰ <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20224262>

tirer des conclusions sur la non-sollicitation des API, ce qui pourrait présenter un intérêt particulier pour le financement de la prise en charge des personnes atteintes de démence.

3.3.2 Démence et droit à une contribution d'assistance

La contribution d'assistance (CA) présuppose que la personne assurée engage elle-même les personnes chargées de l'assister et assume ainsi les obligations d'un employeur. Pour les personnes atteintes de démence, la perception de ce rôle peut s'avérer ou devenir impossible lorsque, à mesure que la maladie progresse, elles ne disposent souvent plus de la capacité de discernement nécessaire pour exercer cette action hors du commun (art. 16 du code civil [CC] ; RS 210). En pareils cas, elles sont dépendantes du soutien de leurs proches ou d'un représentant légal (au sens des art. 360 et 374 à 376 CC) ou, à titre subsidiaire, de mesures de protection de l'adulte correspondantes, par exemple du soutien d'un curateur (art. 390 ss CC) pour pouvoir faire un usage efficace de la CA.

3.4 Prestations complémentaires à l'AI et à l'AVS

Les prestations complémentaires (PC) à l'AI et à l'AVS garantissent le minimum vital aux personnes bénéficiant d'une rente AI ou AVS et font partie du 1^{er} pilier. Les bases légales et la fonction des PC sont présentées au point 3.4.1. L'importance des PC pour les personnes atteintes de démence est abordée au point 3.4.2. Enfin, le point 3.4.3 explique les modifications légales qui sont regroupées sous le terme « Reconnaissance des logements protégés » et qui pourraient aussi profiter à l'avenir aux personnes atteintes de démence.

3.4.1 Régime de prestations des prestations complémentaires

La Confédération et les cantons versent des PC aux personnes dont les besoins vitaux ne sont pas couverts par les prestations de l'assurance vieillesse, survivants et invalidité. Toute personne dans le besoin, qui remplit les conditions personnelles et économiques, a donc droit aux PC. Celles-ci comprennent la PC annuelle, qui est une prestation en espèces périodique, ainsi que le remboursement des frais de maladie et d'invalidité. Le système des PC repose sur un principe de subsidiarité, selon lequel l'aide publique intervient lorsque les ressources personnelles et les autres assurances sociales sont insuffisantes.

Pour réglementer les PC, la Confédération dispose d'une compétence législative obligatoire et concurrente (art. 112a, al. 2, Cst.), dont elle a fait usage en adoptant la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (LPC ; RS 831.30) ainsi que les dispositions d'exécution correspondantes. Les prestations complémentaires comprennent les prestations complémentaires annuelles et le remboursement des frais de maladie et d'invalidité. Pour ces derniers, le droit fédéral ne fixe qu'un cadre général. Les détails sont réglés par les cantons, qui sont seuls en charge de leur financement.

Les cantons disposent d'une certaine marge de manœuvre pour réglementer certains points en raison des prescriptions minimales du droit fédéral (p. ex. la fixation des taxes journalières des homes et des hôpitaux ainsi que des dépenses personnelles [art. 10, al. 2, LPC], le montant de la consommation de fortune à prendre en compte en cas de séjour en home [art. 11, al. 2, LPC], la prise en charge des frais de maladie et d'invalidité supplémentaires et/ou l'augmentation des montants minimaux [art. 2, al. 2, art. 14, al. 2 à 3, LPC]). En revanche, le droit aux PC est réglementé de manière exhaustive par le droit fédéral. L'organisation de l'exécution incombe aux cantons, les dispositions d'exécution cantonales devant être approuvées par la Confédération (art. 29, al. 1, LPC).

Pour calculer la PC annuelle, on détermine les dépenses reconnues d'une personne ou d'un couple qui dépassent les revenus pris en compte. La différence est versée sous forme de PC. Pour les personnes à domicile, les dépenses reconnues comprennent un montant pour les besoins vitaux, le loyer (jusqu'à un montant maximum), les éventuels frais d'acquisition du revenu, les dépenses pour les intérêts hypothécaires et l'entretien de son propre logement, les cotisations aux assurances sociales fédérales, la prime de l'assurance-maladie obligatoire ainsi que les pensions alimentaires en vertu du droit de la famille. Pour les personnes vivant en institution ou à l'hôpital, la taxe journalière

ainsi qu'un montant à déterminer par le canton pour les dépenses personnelles sont reconnus en lieu et place du montant pour les besoins vitaux généraux et le loyer.

Le remboursement des frais de maladie et d'invalidité est régi par les art. 14 à 16 de la LPC et 19 à 19b de l'OPC-AVS/AI (RS 801.301). Ces dispositions précisent que les prestations d'aide à domicile, y compris les soins et la prise en charge, peuvent être remboursées dans la mesure où elles sont nécessaires et dûment établies. Les montants sont majorés pour les bénéficiaires d'allocations pour impotents de l'AI en cas d'impotence grave ou moyenne, dans la mesure où les frais de soins et de prise en charge ne sont pas couverts par l'allocation pour impotent et la contribution d'assistance. La mise en œuvre relève des cantons, qui définissent notamment de manière précise les prestations prises en charge, les conditions d'octroi et les montants admis.

3.4.2 Démence et droit aux prestations complémentaires

Les PC ne prennent pas en charge des situations liées à la maladie. Ainsi, la démence n'est pas traitée d'une manière particulière. Ce sont la garantie des besoins vitaux, les frais de séjour en home ainsi que les prestations de prise en charge à domicile (de la compétence des cantons) qui interviennent pour la prise en charge, sans distinguer sous quelle une forme la santé est atteinte.

Comme le rapport l'a déjà relevé, les PC remboursent les frais de maladie et d'invalidité. Toutefois, la prise en charge varie d'un canton à l'autre. Pour les personnes atteintes de démence, dont les besoins en matière de prise en charge et de soins sont souvent complexes et évolutifs, cela veut dire que les PC permettent de couvrir subsidiairement les besoins vitaux, les frais supplémentaires de séjour en institution ainsi que certaines prestations de prise en charge à domicile, en fonction des réglementations cantonales. Le coût de l'hébergement peut être partiellement ou entièrement couvert en fonction des revenus et de la fortune à disposition de la personne concernée. Dans le cadre du remboursement des frais de maladie et d'invalidité, la participation de l'assuré aux coûts couverts par l'AOS, y compris la quote-part et la franchise, sont également pris en charge, conformément aux dispositions fédérales. Dans le cadre du régime de financement des soins, les cantons (et/ou les communes) assument légalement le financement résiduel des prestations de soins, conformément à l'art. 25a, al. 5, LAMal. Ce financement est indépendant du droit aux prestations complémentaires.

3.4.3 Reconnaissance des logements protégés dans les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI

Les prestations de prise en charge à domicile sont prises en charge par les cantons dans le cadre du remboursement des frais de maladie et d'invalidité. Le projet de modification de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI relatif aux prestations d'aide et d'assistance²¹ à domicile (24.070) initié par le Conseil fédéral vise principalement à harmoniser ces pratiques entre les cantons et à améliorer la reconnaissance de certaines prestations. En effet, cette réforme prévoit la création de nouvelles prestations de prise en charge à domicile et l'octroi de suppléments dans le cadre des PC, dans le but de favoriser l'autonomie des personnes âgées ainsi que des bénéficiaires de PC à l'AI, et d'encourager leur maintien à domicile.

Les prestations d'aide et de prise en charge à domicile s'étendront aux bénéficiaires de PC à l'AVS et à l'AI vivant à domicile ou en logement protégé. Actuellement, un tiers des personnes vivant en EMS ont besoin de moins d'une heure de soins par jour. Pour ces personnes, un maintien à domicile ou en logement protégé serait plus adapté et permettrait d'éviter une entrée prématurée en institution.

Une liste de prestations minimales sera fixée dans la loi, ce qui veut dire que les cantons pourront en prévoir davantage. Parmi ces prestations reconnues, il y a le financement de services tels que les systèmes d'appel d'urgence, l'aide au ménage, le transport et l'accompagnement, qui visent à assurer une meilleure qualité de vie aux bénéficiaires. Ces prestations peuvent aussi revêtir une grande importance pour les personnes atteintes de démence qui ont droit aux PC, car elles leur permettent de rester plus longtemps à domicile.

²¹ Cette modification législative utilise le terme « assistance » pour désigner la « prise en charge » au sens de Stettler et al. (2023). Dans la version allemande, le terme « Betreuung » est utilisé systématiquement.

Pour éviter aux bénéficiaires de les préfinancer, compte tenu de leur situation modeste et de la durée de ces prestations généralement étendues, elles seront indemnisées sous forme de forfaits. Le projet prévoit également un supplément pour la location d'un logement adapté et le remboursement des frais d'adaptation (seuils, mains courantes, etc.) qui seront calculés sur la base des frais effectifs. Les personnes bénéficiant d'une contribution d'assistance de l'AI auront droit à un supplément pour la location d'une chambre supplémentaire, destinée à une personne qui les assiste de nuit. Le supplément pour la location d'un appartement permettant la circulation d'une chaise roulante sera uniquement réparti entre les ayants droit du ménage et plafonné à deux suppléments.

Conformément à la répartition des tâches entre les cantons et la Confédération, le remboursement des frais de maladie et d'invalidité, concrètement les prestations de prise en charge et d'adaptation du logement, devront être financés par les cantons. Ces derniers seront par conséquent les seuls à profiter des économies réalisées pour les séjours en EMS.

Le projet de modification a été transmis au Parlement à l'automne 2024 et les débats ont pris fin à la session d'été 2025. Le Conseil national et le Conseil des États ont soutenu le projet du Conseil fédéral dans son ensemble. Les dispositions relatives aux prestations d'aide et de prise en charge à domicile devraient entrer en vigueur en 2028. Ce délai permettra aux cantons d'adapter leur législation au projet.

3.5 Prestations de soins selon la LAMal

Le point 3.5.1 présente de manière générale la rémunération et le financement des prestations de soins en vertu de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10). Les défis actuels en matière de prestations de soins pour les personnes atteintes de démence et les travaux en cours sont exposés au point 3.5.2. Enfin, le point 3.5.3 aborde brièvement la coordination entre les instruments de financement et la question de la surindemnisation.

3.5.1 Rémunération et financement des prestations de soins

En vertu de l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire des soins (AOS) prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Les prestations de soins en cas de maladie au sens de l'art. 25a LAMal sont précisées à l'art. 7, al. 2, de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31). Une distinction est faite entre plusieurs types de prestations qui englobent différentes mesures : l'évaluation, les conseils et la coordination, les examens et les traitements ainsi que les soins de base. La définition et l'étendue des prestations sont uniformes dans toute la Suisse, quel que soit le domaine où la prestation est fournie (ambulatoire, EMS, structures de jour et de nuit). Il convient de distinguer les prestations de soins selon la LAMal d'autres prestations telles que la prise en charge, non couvertes par l'AOS.

L'**AOS** verse une **contribution** aux prestations de soins dispensées en ambulatoire et en EMS. Le Conseil fédéral a délégué au Département fédéral de l'intérieur (DFI) la compétence de fixer le montant de cette contribution. Dans le domaine ambulatoire, les contributions prévues pour les prestations de soins dépendent du temps qui leur est consacré et varient en fonction du type de prestation. À l'heure actuelle, l'AOS rembourse 76,90 francs par heure pour les prestations d'évaluation, de conseils et de coordination, 63 francs pour les prestations de traitement et 52,60 francs pour les prestations de soins de base. Le remboursement des contributions s'effectue par unité de temps de cinq minutes (art. 7a, al. 2, OPAS). La contribution de l'AOS aux prestations de soins en EMS est forfaitaire. Le montant de cette contribution dépend des besoins en soins de la personne concernée. L'art. 7a, al. 3, OPAS prévoit douze paliers. Jusqu'à 20 minutes de soins requis par jour, l'AOS rembourse actuellement 9,60 francs sur les prestations de soins, alors que la contribution maximale s'élève à 115,20 francs par jour pour plus de 220 minutes de soins requis.

La réglementation du **financement résiduel** prévoit une limitation des frais de soins non couverts par les assurances sociales, et donc à la charge des assurés, à 20 % au maximum de la contribution aux soins la plus élevée de l'AOS. Le financement des prestations dépassant ce montant, notamment celles à caractère d'intérêt général telles que l'obligation de prise en charge et l'obligation de soins,

relève de la compétence des cantons et doit être pris en charge par ces derniers eux-mêmes ou, le cas échéant, par les communes. Dès le 1^{er} janvier 2032, toutes les prestations selon la LAMal, dont les prestations de soins, seront financées selon une clé de répartition uniforme. Les assureurs prendront alors en charge 73,1 % des coûts au maximum, les cantons au moins 26,9 %²².

Les prestations de soins sont aussi fournies lors d'un traitement stationnaire (art. 25 LAMal). Dans ce cadre, elles ne sont toutefois pas remboursées séparément, mais comprises dans les coûts de la prestation et indemnisées selon le tarif applicable (SwissDRG, TARPSY ou ST Reha, voir 3.6).

Par ailleurs, les prestations de soins peuvent aussi être fournies par des **proches**. D'après la jurisprudence du Tribunal fédéral, les proches qui ne disposent d'aucune formation professionnelle dans les soins peuvent aussi dispenser des prestations de soins de base à la charge de l'AOS s'ils sont employés par une organisation d'aide et de soins à domicile et s'ils sont accompagnés et supervisés de manière adéquate par des infirmiers (cf. en particulier l'arrêt du Tribunal fédéral 145 V 161 du 18.4.2019²³). Le Conseil fédéral a adopté un rapport sur le sujet le 15 octobre 2025 (Conseil fédéral, 2025).

3.5.2 Démence et prestations de soins

Une étude réalisée sur mandat de Spitex Suisse sur l'intensité des prestations fournies aux clients des organisations d'aide et de soins à domicile montre que les personnes ayant reçu un diagnostic de démence ont davantage besoin de soins de base et de traitement que les personnes sans un tel diagnostic et nécessitent comparativement plus d'interventions (Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, 2024). La démence peut donc accroître la **complexité** des soins et avoir un impact sur l'**intensité des prestations**.

Le financement des prestations de soins dans des situations complexes (comme la démence ou les soins palliatifs) présente un potentiel de développement et d'amélioration de la transparence. Il faudrait notamment mieux les prendre en compte et les distinguer des autres prestations non financées par l'AOS (comme la prise en charge) (OFSP, 2024).

Une prise en compte adéquate et une délimitation claire sont des conditions essentielles pour une rémunération appropriée. C'est le seul moyen d'attribuer les coûts de revient aux différents organismes payeurs pour que seuls les coûts des prestations LAMal comptent dans le calcul des tarifs.

Cela vaut en particulier pour la rémunération des prestations de soins par le biais de tarifs, dans le cadre de l'introduction du financement uniforme dès 2032. Ces tarifs seront convenus par les partenaires tarifaires (fournisseurs de prestations et assureurs) et remplaceront le système actuel, où les prestations de soins sont remboursées par des contributions de l'AOS, des personnes nécessitant des soins et le financement résiduel des cantons (et/ou de leurs communes) (voir aussi 1.4.2 et 3.5.1). Les personnes nécessitant des soins devront continuer à contribuer aux coûts des prestations de soins. Les acteurs concernés élaborent actuellement les bases nécessaires à cette fin (révision des listes d'activités, adaptation des outils d'évaluation des besoins en soins).

Par ailleurs, une proposition visant à **adapter l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins** (OPAS ; RS 832.112.31) à des fins de prise en charge des coûts des prestations de soins spécifiques à la démence par l'AOS est en cours d'examen à l'OFSP. Ensuite, la Commission fédérale des prestations générales et des principes (CFPP) se prononcera sur cette proposition et fera une recommandation au DFI, qui prendra la décision finale sur l'inscription d'une nouvelle prestation dans l'OPAS²⁴.

²² Toutes les prestations ambulatoires et stationnaires selon la LAMal – à l'exception des prestations de soins – seront financées dès le 1^{er} janvier 2028 par l'AOS et les cantons selon une clé de répartition identique (voir aussi : <https://www.bag.admin.ch/fr/votation-populaire-concernant-la-modification-de-la-loi-federale-sur-lassurance-maladie-lamal-financement-uniforme-des-prestations>).

²³ Voir : https://www.bger.ch/ext/eurospider/live/fr/php/clir/http/index.php?highlight_docid=atf%3A%2F%2F145-V-161%3Ade&lang=fr&type=show_document&zoom=

²⁴ Voir aussi : <https://www.bag.admin.ch/fr/processus-de-demande-pour-prestations-generales>

3.5.3 Coordination et surindemnisation

À l'automne 2024, le Tribunal fédéral a décidé qu'il ne pouvait y avoir de surindemnisation en cas de cumul des contributions aux soins LAMal et d'une allocation pour impotent (API) de l'AVS ou de l'AI (arrêt du Tribunal fédéral 9C_480/2022 du 29.8.2024²⁵). Les assureurs-maladie ne peuvent donc pas imputer aux API la contribution AOS aux prestations de soins et la réduire proportionnellement pour les personnes nécessitant des soins et ayant droit aux API. Cela signifie que les personnes atteintes de démence ayant droit aux API, de même que toutes les autres personnes ayant droit aux API, peuvent continuer à disposer librement de cette prestation sociale et l'utiliser notamment pour couvrir les frais de prise en charge. Dans le cas de la contribution d'assistance (CA), en revanche, la contribution aux soins fournie par l'AOS en vertu de l'art. 25a LAMal est déduite pour les prestations de soins de base (art. 42^{sexies}, al. 1, let. c, LAI).

3.6 Prise en compte de la démence dans les structures tarifaires stationnaires

Il existe trois structures tarifaires pour les traitements hospitaliers stationnaires : Swiss Diagnosis Related Groups (SwissDRG) pour les soins somatiques aigus, TARPSY pour la psychiatrie stationnaire et ST Reha pour la réadaptation stationnaire. Le point 3.6.1 rappelle brièvement leur fonctionnement de base, alors que le point 3.6.2 s'intéresse à la question de la couverture des coûts des séjours hospitaliers stationnaires des personnes atteintes de démence et répond ainsi à la question 2 posée dans le développement du postulat 22.3867 CSSS-N.

3.6.1 Structures tarifaires stationnaires

Dans le cadre de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, les bases légales ont été définies de manière à uniformiser au niveau national la rémunération des prestations stationnaires des hôpitaux et des maisons de naissance au moyen de forfaits liés aux prestations. Dans ce système, chaque séjour hospitalier est attribué à un groupe de cas de traitement en fonction de différents critères tels que le diagnostic principal, les diagnostics secondaires et d'autres facteurs. C'est ce qu'on appelle les groupes de cas (p. ex. appendicectomies, troubles de la personnalité et du comportement, réadaptation pulmonaire).

La définition des groupes de cas et le montant des coûts relatifs sont les mêmes dans toute la Suisse et constituent la structure tarifaire du système de rémunération. Les coûts relatifs (*cost weight*) d'un groupe de cas reflètent les coûts moyens d'un traitement par rapport aux autres groupes de cas figurant dans la structure tarifaire. Les coûts relatifs sont calculés sur la base des coûts par cas d'un échantillon d'hôpitaux. L'élaboration et le développement, en principe annuel, des structures tarifaires uniformes au niveau suisse constituent l'une des tâches principales de SwissDRG SA, une organisation commune des fournisseurs de prestations, des assureurs et des cantons. La structure tarifaire doit être soumise pour approbation au Conseil fédéral par les partenaires tarifaires.

Trois structures tarifaires nationales ont été développées pour déterminer la rémunération des séjours hospitaliers (SwissDRG, TARPSY, ST Reha) :

- En ce qui concerne la rémunération des prestations hospitalières en soins somatiques aigus, la **structure tarifaire SwissDRG** (Swiss Diagnosis Related Groups) est applicable depuis le 1^{er} janvier 2012 à l'échelon national. Elle est applicable dans les hôpitaux et les maisons de naissance. Pour déterminer le montant remboursé (forfaits liés aux prestations) par groupe de cas, il faut multiplier les coûts relatifs par le prix de base²⁶.

²⁵ Voir : https://www.bger.ch/ext/eurospider/live/fr/php/aza/http/index.php?highlight_docid=aza://29-08-2024-9C_480-2022&lang=fr&zoom=&type=show_document

²⁶ Le prix de base (*base rate*) correspond à une valeur moyenne pour les traitements stationnaires dispensés dans un hôpital déterminé. Les prix de base peuvent varier d'un hôpital à l'autre. Le prix de base est convenu entre les partenaires tarifaires (assureurs et fournisseurs de prestations) et approuvé par le canton concerné. Si les partenaires tarifaires ne parviennent pas à s'entendre sur un prix de base, il revient au canton de le fixer.

- La **structure tarifaire TARPSY** est appliquée depuis le 1^{er} janvier 2018 pour la rémunération des prestations hospitalières en psychiatrie. Elle prévoit des coûts relatifs journaliers et présente la particularité d'avoir des coûts relatifs dégressifs dans le temps : plus la durée de séjour est longue, moins le coût relatif journalier est élevé. Ainsi, pour déterminer la rémunération d'un séjour en psychiatrie, il faut multiplier les coûts relatifs par la durée de séjour et par le prix de base.
- Le domaine de la **réadaptation stationnaire** est rémunéré par le biais de la structure tarifaire ST Reha depuis le 1^{er} janvier 2022. Cette dernière prévoit, à l'instar de TARPSY, des coûts relatifs journaliers. La rémunération d'un séjour en réadaptation est déterminée en multipliant les coûts relatifs par la durée de séjour et par le prix de base.

3.6.2 Prise en compte de la démence

La démence est prise en compte dans les structures tarifaires stationnaires comme diagnostic principal ou comme diagnostic secondaire. Le codage s'effectue à l'aide des codes CIM-10-GM correspondants (F00-F03), qui reflètent le type spécifique de démence et sa cause. Afin d'analyser si certains groupes de cas sont correctement pris en compte dans les structures tarifaires stationnaires, on calcule un **taux de couverture** pour ces groupes de cas. Les taux de couverture sont déterminés à partir d'un prix de base hypothétique. Celui-ci désigne le prix de base qui serait nécessaire pour garantir que tous les cas couvrent en moyenne les coûts à l'échelle nationale. Pour une prise en compte parfaitement adéquate des groupes de cas dans les structures tarifaires stationnaires, on vise un taux de couverture de 100 %. Un taux de couverture sensiblement supérieur à 100 % indique un surfinancement, alors qu'un taux de couverture nettement inférieur signale un sous-financement. À noter qu'un nombre plus important de cas augmente la fiabilité du taux de couverture et que le calcul des taux de couverture est indépendant d'éventuelles recettes provenant de rémunérations supplémentaires. Les valeurs du *tab. 1* reflètent la prise en compte de la démence dans les structures tarifaires stationnaires en 2023.

Tab. 1 : Prise en compte de la démence dans les structures tarifaires stationnaires, 2023

	SwissDRG		TARPSY		ST Reha	
Type de diagnostic	Nombre de cas	Taux de couverture	Nombre de cas	Taux de couverture	Nombre de cas	Taux de couverture
Diagnostic principal	1 161	104,09 %	723	102,65 %	94	110,33 %
Diagnostic secondaire	27 914	93,29 %	3 257	97,54 %	4 127	97,49 %

Source : SwissDRG SA, représentation OFSP

Les taux de couverture indiquent, pour toutes les structures tarifaires stationnaires, une prise en compte globalement correcte de la démence en tant que **diagnostic principal**. Le tableau s'avère disparate pour les cas qui comprennent un **diagnostic secondaire** : des analyses approfondies montrent que les cas de traitement comparativement moins complexes avec un diagnostic secondaire de démence sont pris en compte de manière appropriée. Les cas complexes avec de nombreux diagnostics secondaires présentent une légère sous-couverture. Mais dans ces cas, le diagnostic secondaire de démence joue un rôle plutôt accessoire dans la consommation des ressources. Un diagnostic de démence non spécifique est codé dans plus de 50 % des cas.

Comme le rapport l'a déjà mentionné ci-dessus, SwissDRG SA est chargé du développement régulier des structures tarifaires stationnaires. Cette institution vérifie notamment si les différents groupes de cas (p. ex. ceux concernant la démence) sont correctement pris en compte dans les structures tarifaires. Cela permet de garantir que la démence en tant que diagnostic principal restera correctement prise en compte dans les structures tarifaires stationnaires à l'avenir. Pour que la démence soit mieux prise en compte comme diagnostic secondaire, il est surtout nécessaire de

disposer d'une saisie différenciée des diagnostics de démence. Cette meilleure base de données est la condition préalable à d'autres améliorations dans le développement de la structure tarifaire. Si, malgré une saisie plus différenciée des diagnostics de démence, le Conseil fédéral devait continuer à constater, lors des futures procédures d'approbation des structures tarifaires stationnaires, la nécessité d'agir pour mieux tenir compte des démences au titre de diagnostic secondaire, il aurait par exemple la possibilité de demander à SwissDRG AG ou aux partenaires tarifaires d'accorder une attention particulière à la prise en compte de ce tableau clinique (comme c'était le cas pour la pédiatrie).

4 Les médicaments psychotropes dans le traitement de la démence

L'usage de médicaments psychotropes pour traiter les symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence (SCPD) est controversé à la fois auprès du grand public et parmi les spécialistes. Les principales raisons en sont les risques d'effets secondaires parfois graves et le manque de preuve de leur efficacité (Savaskan et al., 2024). Les benzodiazépines/substances Z (calmants et somnifères) et les antipsychotiques sont particulièrement critiqués, car leur prise au long cours peut entraîner une détérioration des capacités cognitives, des troubles moteurs avec un risque de chute accru, des symptômes cardiaques et des problèmes de dépendance. Il est donc recommandé de n'administrer ces médicaments que de manière très limitée et sous contrôle strict (Savaskan et al., 2024). Les experts jugent aussi nécessaire d'éviter les antidépresseurs tricycliques, qui ont souvent des effets secondaires importants chez les personnes âgées et peuvent altérer les capacités cognitives (Savaskan et al., 2024).

Le point 4.1 donne un aperçu des résultats des analyses relatives à la consommation de médicaments psychotropes par les personnes âgées de 70 ans et plus. Le point 4.2 est consacré à la remise de ces médicaments aux personnes atteintes de démence dans les EMS. Enfin, le point 4.3 explique comment, d'après les experts, il est possible de réduire l'usage de médicaments psychotropes dans le traitement des personnes atteintes de démence.

4.1 Consommation de médicaments psychotropes par les personnes âgées de 70 ans et plus

Sur mandat de la Plateforme nationale démence, l'Obsan a compilé pour la première fois en 2024 des chiffres nationaux sur la consommation et la remise de médicaments psychotropes aux personnes atteintes de démence. Comme ces données d'assurance agrégées ne permettent pas d'identifier directement les personnes atteintes de démence (p. ex. à l'aide des codes de diagnostic), il a réalisé une estimation sur la base de l'âge (Schuler et al., 2024).

Les analyses montrent que la consommation d'antipsychotiques était plus fréquente dans la population générale âgée de 70 ans et plus en 2022 que six ans auparavant (+9 % entre 2016 et 2022). En revanche, l'utilisation de benzodiazépines/substances Z a diminué de 30 %, alors que la remise d'antidépresseurs est restée en grande partie constante (-1 %). Des évolutions similaires apparaissent dans le groupe de référence des moins de 70 ans, mais dans une moindre mesure : l'augmentation des antipsychotiques était deux fois moins importante et la baisse des benzodiazépines/substances Z moins marquée. Par contre, la part des antidépresseurs obtenus dans ce groupe a légèrement augmenté (Schuler et al., 2024).

D'après les auteurs de l'étude, la baisse plus marquée de la consommation de benzodiazépines/substances Z chez les personnes âgées de 70 ans et plus par rapport aux moins de 70 ans pourrait indiquer que ces médicaments sont désormais utilisés avec plus de prudence parmi les personnes présentant des symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence (SCPD). En même temps, l'augmentation comparativement plus forte de la consommation

d'antipsychotiques chez les personnes âgées de 70 ans et plus pourrait suggérer un certain report des benzodiazépines/substances Z vers les antipsychotiques sédatifs (Schuler et al., 2024)²⁷.

4.2 Remise de médicaments psychotropes à des personnes atteintes de démence en EMS

La même étude (Schuler et al., 2024) a aussi analysé la remise de médicaments psychotropes aux personnes vivant en EMS. Contrairement aux données d'assurance précitées (voir 4.1), les données des EMS permettent d'identifier directement les résidents atteints ou suspectés de démence. Pour la première fois, les données issues des outils d'évaluation des besoins en soins RAI/RUG (utilisés dans les cantons alémaniques, Fribourg et Tessin) et PLAISIR (utilisé dans la majorité des cantons romands) ont été comparées en matière de démence. Pour des raisons de transparence, les résultats sont présentés séparément, les données PLAISIR étant indiquées entre parenthèses.

En 2022, 37 % (34 %) des résidents d'EMS âgés de 70 ans et plus (à l'exception des personnes atteintes de schizophrénie) ont reçu des antipsychotiques. Des antidépresseurs ont été administrés à 32 % (47 %) de cette tranche d'âge (à l'exception des personnes souffrant d'un trouble affectif). Environ 2 % des résidents ont reçu des benzodiazépines/substances Z (Schuler et al., 2024).

L'analyse montre par ailleurs des **différences significatives** entre les résidents ayant un diagnostic ou une suspicion de démence et les autres résidents. Les premiers reçoivent nettement plus souvent des psychotropes que les seconds, les personnes souffrant de schizophrénie ou de troubles affectifs ayant été exclues des analyses (voir *tab. 2*).

Les résultats concernant l'utilisation d'antipsychotiques vont dans le même sens que ceux d'une étude de Giger et al. (2022) fondée sur des données des années 2019 et 2020.

Les benzodiazépines/substances Z sont globalement utilisées de manière plus restrictive. Mais elles sont administrées plus souvent aux résidents ayant un diagnostic ou une suspicion de démence (3 %) qu'aux autres résidents sans diagnostic (2 %) ou suspicion de démence (1 %) (Schuler et al., 2024).

Tab. 2 : Part des résidents d'EMS âgés de 70 ans et plus ayant reçu des prescriptions d'antipsychotiques (à l'exclusion des personnes atteintes de schizophrénie), de benzodiazépines/substances Z et d'antidépresseurs (à l'exclusion des personnes souffrant de troubles affectifs), 2022

	Antipsychotiques	Benzodiazépine/substances Z	Antidépresseurs
Avec diagnostic de démence	50 % (44 %)	n.a. (3 %)	35 % (49 %)
Sans diagnostic de démence	25 % (32 %)	n.a. (2 %)	29 % (46 %)
Avec suspicion de démence	49 % (42 %)	n.a. (3 %)	35 % (48 %)
Sans suspicion de démence	20 % (21 %)	n.a. (1 %)	28 % (45 %)

Source : Schuler et al., 2024, p. 6, représentation OFSP

D'après les auteurs de l'étude, cela pourrait suggérer que les recommandations existantes – en particulier celles concernant la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence (SCPD) (Savaskan et al., 2014 ; Savaskan et al., 2024) et les recommandations DemCare

²⁷ À noter que les données ne permettent pas de tirer des conclusions quant à la durée ou à l'intensité du traitement (Schuler et al., 2024).

(Alzheimer Suisse & OFSP, 2020) – ne sont pas encore suffisamment prises en compte dans la pratique et que les antipsychotiques sont bel et bien utilisés en raison de leur effet sédatif. Pour évaluer la situation de manière approfondie, il faudrait toutefois disposer de données sur la durée du traitement et la posologie (Schuler et al. 2024). Les experts consultés dans le cadre de l'étude considèrent que ces résultats révèlent la nécessité d'améliorer encore la prise en charge des personnes atteintes de démence dans les EMS.

4.3 Réduction de l'utilisation de médicaments psychotropes

D'après les experts, afin de réduire l'usage de médicaments psychotropes – en particulier les antipsychotiques – dans le traitement des personnes atteintes de démence, il est nécessaire d'adopter une **attitude adaptée** à leur égard. De nombreuses publications récentes soulignent l'importance de cette approche axée sur la personne (Savaskan et al., 2024 ; Schuler et al., 2024 ; SMC, 2024) (voir 2.3.2). De plus, un plan thérapeutique personnalisé est jugé essentiel pour surveiller les effets secondaires potentiels et vérifier l'efficacité du traitement (Savaskan et al., 2024).

Les recommandations DemCare pour établissements médico-sociaux (Alzheimer Suisse & OFSP, 2020) ont été élaborées dans le cadre de la Stratégie nationale en matière de démence 2014-2019. Elles se basent sur un concept de critères de qualité élaboré en 2013 par les centres de soins de la ville de Zurich et proposent, en sept chapitres – qui vont des principes généraux à l'interprofessionnalité et à l'alimentation –, des approches concrètes. D'après les experts, il existe un potentiel d'optimisation dans tous ces domaines afin de minimiser, voire d'éviter complètement le traitement médicamenteux, en particulier des symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence (SCPD).

La **mise en œuvre** partielle de ces recommandations peut déjà avoir un effet **positif** sur les résidents atteints de démence. Des chiffres non publiés du *Gesundheitszentrum für das Alter Bachwiesen (Stadt Zürich)*²⁸ montrent par exemple qu'entre 2021 et 2023, parallèlement à la mise en œuvre des recommandations DemCare au sein de l'institution, l'usage d'antipsychotiques parmi les résidents atteints de démence a diminué de plus de 6,5 % (passant de 18,8 % à 12,1 % ; évaluation RAI de la prévalence de la prise d'antipsychotiques). En même temps, de l'avis des experts, le personnel soignant (en grande partie peu qualifié) des EMS se sent plus à même de gérer les situations difficiles. Cela augmente non seulement la satisfaction au travail, mais contribue aussi au maintien dans la profession. Ainsi, les centres de santé pour personnes âgées de la ville de Zurich constatent que la rotation du personnel est moins importante dans les services spécialisés dans la démence que dans d'autres services (observation non publiée).

Diverses initiatives visent à mieux ancrer les recommandations DemCare dans la pratique. CURAVIVA, l'association de branche des prestataires de services pour les personnes âgées, a par exemple recueilli, sur mandat de la Plateforme nationale démence, l'avis de représentants de la pratique issus des institutions de soins de longue durée. L'objectif était de mieux identifier les facteurs favorables et défavorables à la mise en œuvre des recommandations dans la pratique. Des approches ont été développées conjointement afin de permettre une mise en œuvre réussie et durable des recommandations dans les institutions (OFSP, 2024a).

La nécessité d'accorder une **attention particulière** à la médication dans les EMS a également été reconnue ailleurs et traitée en conséquence :

- Le **projet de recherche** « Les cercles de qualité interprofessionnels améliorent la médication dans les établissements médico-sociaux » a été financé dans le cadre du Programme national de recherche (PNR) 74. À partir des résultats, les chercheurs concluent que le développement et la mise en œuvre de procédures interprofessionnelles à plusieurs niveaux visant à optimiser la médication dans les EMS semblent judicieux²⁹.

²⁸ <https://www.stadt-zuerich.ch/gesundheitszentren/de/standorte/spezialisierte-pflege/bachwiesen.html> (en allemand)

²⁹ <https://www.nfp74.ch/fr/L3YeDk2hQvJYrE53/projet/projet-bugnon>

- Fin mai 2025, CURAVIVA et la Société suisse des pharmaciens (pharmaSuisse) ont publié une version révisée du **guide** « Fourniture des médicaments dans les homes médicalisés » (CURAVIVA & pharmaSuisse, 2025).
- Début 2025, la Commission fédérale pour la qualité (CFQ) a lancé un appel d'offres public pour l'adjudication du projet « **Plan d'action national** Sécurité de la médication pour la Suisse ». L'élaboration du plan d'action comprend également l'élaboration d'une feuille de route sur la marche à suivre pour améliorer la sécurité de la médication³⁰.

Par ailleurs, dans son avis du 24 mai 2024 sur la motion 23.3384 Bircher (Herzog) « Empêcher le surdosage de médicaments psychotropes et promouvoir la sécurité de la médication dans les EMS »³¹, le Conseil fédéral avait déjà souligné certains aspects décisifs qui, à ses yeux, devraient pouvoir garantir la sécurité de la médication : les tâches et les obligations du corps médical (observation des règles reconnues des sciences médicales et pharmaceutiques), celles des sociétés de discipline médicale (en particulier l'élaboration de directives et de guides à l'attention du corps médical) et celles des autorités cantonales (surveillance des personnes exerçant une profession médicale universitaire). De plus, le Conseil fédéral a souligné que, dans le cadre de la mise en œuvre de la motion 18.3512 Stöckli « Droit à un plan de médication en vue de renforcer la sécurité des patients »³², il examine le droit d'obtenir un plan de médication sous forme électronique ou sur papier comme nouvelle mesure visant à améliorer la sécurité de la médication.

5 Conclusions du Conseil fédéral

Le point 5.1 présente les observations générales du Conseil fédéral. Le point 5.2 traite des différentes questions soulevées dans le postulat 22.3867 CSSS-N. Le Conseil fédéral expose ses considérations complémentaires au point 5.3.

5.1 Observations générales

En raison de l'**évolution démographique**, il y aura davantage de personnes atteintes de démence à l'avenir, et donc aussi davantage de proches qui accompagnent et prennent souvent en charge les personnes concernées pendant de nombreuses années. Par ailleurs, on peut supposer que le nombre de personnes seules atteintes de démence va aussi augmenter. Le Conseil fédéral juge nécessaire d'accorder aux personnes atteintes de démence et à leurs proches l'attention qu'ils méritent. Dans sa Stratégie en matière de politique de la santé 2020-2030 (Santé2030), il a déjà souligné que les structures actuelles sont trop axées sur les soins aigus³³. Dans cette optique, il estime indispensable que les soins de santé soient mieux adaptés aux personnes atteintes de démence.

Les personnes atteintes de démence ont besoin d'un suivi, d'une prise en charge, de soins et d'un traitement étendus, et ce de manière croissante à mesure que la maladie progresse (voir chap. 2). Comme le montre le présent rapport, le financement des différentes prestations de prise en charge et de soins est en principe réglementé (3.2 à 3.5). Toutefois, il n'est pas assuré par une seule entité, car le **système de prise en soins et de financement est fragmenté**. Cette situation comporte des obstacles.

Les personnes atteintes de démence et leurs proches ont besoin de savoir « où obtenir quoi et comment », qu'il s'agisse de prestations ou d'aides financières. Ils ont besoin de compétences ou, le cas échéant, d'aide pour pouvoir accomplir les démarches administratives nécessaires. Il est évident que ces conditions ne sont pas les mêmes pour tout le monde, mais dépendent fortement du contexte

³⁰ <https://www.fedlex.admin.ch/eli/fga/2025/34/fr>

³¹ <https://www.parlament.ch/FR/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20233384>. Le Conseil fédéral a proposé de rejeter la motion, mais le Conseil national l'a adoptée le 11 septembre 2024.

³² <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20183512>

³³ <https://www.bag.admin.ch/fr/politique-de-la-sante-strategie-du-conseil-federal-20202030>

de vie (formation, revenu, origine, etc.) et de l'environnement familial des personnes concernées (type de ménage, présence, disponibilité et capacités des proches aidants, etc.).

De plus, cette fragmentation implique que les personnes concernées sont en contact avec de nombreux services différents (p. ex. organisations d'aide et de soins à domicile, structures de jour, médecins de famille, EMS du côté de la prise en soins ; organes d'exécution de l'AI, de l'AVS et des PC, assureurs-maladie, etc. pour les questions de financement). Il ne s'agit donc pas seulement d'une question d'accès à l'information et à l'aide éventuellement nécessaire, mais aussi d'une question de coordination : qui garde une vue d'ensemble et comment ? Qui dispose d'un tableau complet et neutre des offres de prise en soins disponibles à l'échelle régionale ? Qui connaît les différents instruments de financement et leurs interactions ?

Le manque d'informations et de coordination peut avoir pour conséquence que des prestations de la sécurité sociale (ainsi que d'autres prestations sociales) ne soient pas perçues alors qu'elles seraient dues. Dans ce contexte, le Conseil fédéral considère les organisations de personnes concernées et des organisations d'aide aux personnes âgées comme des acteurs indispensables. Les activités de conseil d'Alzheimer Suisse, de ses sections cantonales ainsi que de Pro Senectute et de ses organisations cantonales sont essentielles et bénéficient déjà d'aides financières de la Confédération (fonds AVS). Le travail de ces organisations en faveur de la déstigmatisation de la démence, qui peut aussi constituer un obstacle au recours à des prestations de la sécurité sociale, est tout aussi important.

5.2 Prise de position sur les différentes questions

Le Conseil fédéral prend position ci-après sur les différentes questions soulevées par le postulat 22.3867 CSSS-N.

5.2.1 Question 1 – Soins stationnaires et ambulatoires de longue durée

Selon la Plateforme nationale démence, il faut intégrer « les analyses sur le financement dans les évaluations en cours et les développements des systèmes de financement en place ». Le rapport présentera les résultats de ce projet, ou son statut actuel.

Les points 3.1 à 3.5 montrent que les instruments de financement existants profitent aussi aux personnes atteintes de démence. L'allocation pour impotent (API), qui doit permettre aux personnes concernées de payer des prestations d'aide et de prise en charge, n'est notamment pas liée au revenu ni à la fortune. Mais comme elle n'est pas affectée à un usage particulier, les bénéficiaires et leurs proches peuvent avoir l'impression que beaucoup de prestations de prise en charge utilisées doivent être payées « de leur poche ». Or c'est une conclusion erronée, car l'API est une prestation de transfert de l'État.

Les prestations complémentaires (PC) sont quant à elles une aide destinée à garantir le minimum vital. Elles sont aussi versées aux personnes atteintes de démence qui, en vertu de la loi sur les prestations complémentaires (LPC), ne disposent pas de ressources financières suffisantes. La reconnaissance des logements protégés dans les PC à l'AI et à l'AVS bénéficie également aux personnes atteintes de démence.

En ce qui concerne les prestations de soins, le Conseil fédéral relève que la transparence des coûts et des prestations est une condition indispensable à une tarification et donc à une rémunération appropriées. C'est pourquoi il est aussi essentiel, dans le cas des personnes atteintes de démence, de rendre correctement compte des prestations de soins dispensées.

Jusqu'à l'introduction du financement uniforme, les prestations de soins doivent être rémunérées de manière appropriée, en premier lieu dans le cadre du financement résiduel par les cantons (ou, à titre subsidiaire, par les communes, conformément aux réglementations cantonales applicables). En même temps, il appartient aux partenaires tarifaires d'élaborer, ces prochaines années, un tarif pour la rémunération des prestations de soins qui seront financées de manière uniforme dès 2032. Étant donné que le financement uniforme ne modifiera que le financement des prestations LAMal, mais pas

l'étendue de ces prestations, ce tarif ne pourra prendre en compte et rémunérer que ce qui y figure. À cet égard, le développement des outils d'évaluation des besoins en soins est essentiel. Ces instruments devraient permettre de saisir de manière appropriée les situations de soins complexes, telles qu'elles se présentent chez les personnes atteintes de démence, aussi bien en termes de temps que d'intensité des prestations (voir 3.5).

Quant à l'étendue des prestations LAMal, une proposition visant à adapter l'OPAS (RS 832.112.31) à des fins de prise en charge des coûts des prestations de soins spécifiques à la démence par l'AOS est en cours d'examen à l'OFSP. Ensuite, la Commission fédérale des prestations générales et des principes (CFPP) examinera la proposition et fera une recommandation au DFI, qui prendra la décision finale quant à l'inscription d'une nouvelle prestation dans l'OPAS.

Approches / recommandations :

- **Meilleure prise en compte des maladies neurodégénératives telles que la démence dans les critères d'éligibilité :** dans la perspective d'une future révision de l'AI (autre que celle annoncée par le Conseil fédéral le 20 juin 2025), il convient notamment d'examiner l'optimisation des prestations de l'API, de la contribution d'assistance et du supplément pour soins intenses. À cet égard, il est aussi nécessaire de bien tenir compte des maladies neurodégénératives telles que la démence.
- **Développement de l'évaluation des besoins en soins :** le Conseil fédéral invite les fournisseurs de prestations à poursuivre, de concert avec les assureurs et les cantons, le développement de l'évaluation des besoins en soins afin de pouvoir mieux cerner les besoins des personnes atteintes de démence. Les cantons peuvent soutenir cette démarche en exigeant la saisie systématique des prestations correspondantes et une comptabilité transparente. Sur cette base, ils peuvent définir un financement résiduel approprié et compréhensible.

5.2.2 Question 2 – Hôpitaux

L'actuel DRG (Diagnosis Related Groups ; groupes de cas par diagnostic) couvre-t-il tous les coûts de prise en charge des personnes atteintes de démence dans des hôpitaux de soins aigus, lorsqu'il n'est pas permis de recourir aux rémunérations supplémentaires au sens de la classification suisse des interventions chirurgicales CHOP 99.cx (traitement de soins infirmiers complexes) ?

Les trois structures tarifaires (SwissDRG, TARPSY et ST Reha) prennent correctement en compte la démence au titre de diagnostic principal, même sans l'application de rémunérations complémentaires. S'agissant de la démence comme diagnostic secondaire, on constate un léger déficit de couverture. D'après des analyses plus détaillées, la démence n'est pas précisée dans plus de 50 % des diagnostics secondaires. Il est donc nécessaire d'agir pour différencier davantage le diagnostic de démence dans le domaine stationnaire. C'est la seule façon de créer la base de données nécessaire pour améliorer encore la prise en compte de la démence dans le suivi des tarifs par SwissDRG SA (voir 3.6.2).

Approche / recommandation :

- **Saisie différenciée des diagnostics de démence :** le Conseil fédéral recommande aux partenaires tarifaires et à SwissDRG SA d'œuvrer en faveur d'une saisie plus précise et différenciée des diagnostics de démence lors des séjours hospitaliers.

5.2.3 Question 3 – Décharge des proches aidants

Comment le financement d'offres de décharge (hôpitaux de jour notamment) peut-il être amélioré afin que tous les proches de personnes atteintes de démence puissent en profiter, quelle que soit leur situation financière ?

Les proches fournissent depuis toujours une contribution essentielle à la garantie des soins de santé en Suisse. Ils contribuent à fournir les capacités de prise en charge et de soins nécessaires et devraient aussi œuvrer, jusqu'à un certain point, à soulager la situation tendue du personnel qualifié dans le domaine de la prise en charge et des soins. Les proches aidants ont une grande valeur pour la société dans son ensemble ainsi que pour la personne prise en charge dans chaque cas particulier.

Comme le Conseil fédéral l'a déjà mentionné dans son avis du 31 août 2022 sur le postulat 22.3867 CSSS-N, le financement des offres de répit a déjà été présenté dans le cadre du programme de promotion « Offres visant à décharger les proches aidants 2017-2020 ». Il est apparu que les prestations de la sécurité sociale telles que l'API ou les PC, qui pourraient contribuer au financement, sont peu connues ou que leur obtention soit associée à des obstacles importants. Le Conseil fédéral renvoie à cet égard aux observations formulées au point 5.1.

5.2.4 Question 4 – Usage de médicaments psychotropes

Lorsque la prise en charge est insuffisante, des médicaments psychotropes, et plus particulièrement des neuroleptiques, sont très souvent administrés aux personnes atteintes de démence. Comment limiter leur utilisation ?

La prise en charge, les soins et le traitement des personnes atteintes de démence nécessitent bien plus que des interventions médicamenteuses. D'après les experts, il convient de privilégier les approches non médicamenteuses, en particulier en cas de symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence (SCPD). L'administration fréquente et/ou prolongée de médicaments psychotropes peut entraîner des effets secondaires importants et nuire considérablement à la qualité de vie des personnes concernées (voir 2.3.3 et chap. 4).

Les analyses de données présentées aux points 4.1 et 4.2 indiquent clairement la nécessité d'agir en matière d'administration de médicaments psychotropes. Des travaux en ce sens sont déjà en cours (voir 4.3). Dans ce contexte, les travaux de la Plateforme nationale démence jouent un rôle central. Cette plateforme soutient les sociétés de discipline médicale et d'autres acteurs pertinents dans l'élaboration et la diffusion de documents de base. Le Conseil fédéral ne voit pas d'autres mesures à prendre dans les limites de ses compétences.

5.3 Considérations complémentaires

Du point de vue du Conseil fédéral, la responsabilité d'une prise en charge, de soins et d'un traitement adaptés à la démence incombe à tous les professionnels et institutions exerçant dans le domaine de la santé et du social.

Pour ce faire, il est nécessaire de promouvoir en permanence les compétences du personnel de santé. Une **formation initiale, continue et postgrade** ciblée dans le domaine de la démence renforce l'assurance dans l'action – pour le bien des personnes atteintes de démence et des professionnels eux-mêmes (voir 4.3). Les effets positifs attendus sont notamment une satisfaction accrue au travail, un meilleur diagnostic de la démence, une détection précoce des symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence (SCPD) et l'application d'approches thérapeutiques non médicamenteuses avant le recours aux médicaments psychotropes.

En plus de la formation du personnel de santé, les **soins prodigués par les médecins de famille dans les institutions de soins de longue durée** revêtent aussi une importance cruciale. Ils contribuent de manière significative à un traitement médicamenteux individualisé, approprié et en même temps modéré. De plus, ils permettent de faciliter le diagnostic de la démence, d'éviter des hospitalisations inappropriées et de favoriser le projet de soins anticipé (ProSA), pour autant qu'il n'ait pas déjà été effectué dans le cadre ambulatoire.

La Stratégie nationale démence a réalisé un état des lieux des **soins adaptés à la démence dans les hôpitaux et les cliniques** (Berger, 2017). Il en ressort clairement combien des connaissances spécialisées sur la démence sont importantes pour toutes les professions de la santé. La manière dont les soins dispensés aux personnes atteintes de démence peuvent être intégrés structurellement

dans les hôpitaux de soins aigus fait notamment l'objet d'une étude du Centre de compétence sur la démence de la Haute école spécialisée de Suisse orientale (Adlbrecht et al., 2024).

Le Conseil fédéral tient en outre à souligner que toutes les améliorations dans le domaine de la prise en charge, des soins et du traitement des personnes atteintes de démence ne dépendent pas (exclusivement) d'un financement supplémentaire (régulier). Le développement de **modèles de prise en soins innovants** peut s'avérer efficace pour améliorer durablement la prise en charge, le suivi et le traitement des personnes atteintes de démence.

Les plateformes d'échange telles que celle gérée par l'OFSP pour les projets liés à la santé www.ofsp-blueprint.ch et les programmes d'encouragement tels que « Efficience dans le domaine des soins médicaux de base (ESMB) » de l'OFSP ou « Prévention dans le domaine des soins (PDS) » de Promotion Santé Suisse offrent des **possibilités d'inspiration et d'innovation**. Dans le cadre de ce dernier programme d'encouragement, trois projets sur la démence sont en cours depuis janvier 2025 pour une durée de quatre ans. L'un d'eux est le projet « PortoFaro – Ein Hafen für junge Menschen mit Demenz und ihre Familien » (Promotion Santé Suisse, 2024), qui s'adresse aux personnes atteintes de démence qui, en raison de leur âge comparativement jeune, sont confrontées à des défis particuliers, notamment parce qu'elles exercent encore une activité professionnelle ou en exerçaient une au moment du diagnostic, ou parce qu'elles ont des enfants mineurs.

Un âge relativement jeune peut constituer un **facteur de vulnérabilité** supplémentaire pour les personnes atteintes de démence. Il en va de même pour les personnes issues de l'immigration, celles en situation de handicap intellectuel, les membres de la communauté LGBTQIA+, les femmes et les personnes défavorisées sur le plan socio-économique. La situation devient particulièrement difficile si plusieurs de ces facteurs sont cumulés : qu'en est-il alors de l'égalité des chances dans le domaine du social et de la santé ?

La **Plateforme nationale démence** mise en place par la Confédération et les cantons a déjà donné des impulsions précieuses pour nombre d'aspects précités. Le Conseil fédéral continue de soutenir son engagement en faveur de la mise en réseau des acteurs au niveau national, de l'élaboration et de la diffusion de documents de base en collaboration avec des spécialistes du domaine, ainsi que son engagement pour que la démence soit prise en compte dans tous les domaines pertinents de la politique sanitaire et sociale. La plateforme livre ainsi une contribution importante à la création de passerelles au sein d'un système fragmenté.

Bibliographie

- Adlbrecht, L., Zeller, H., & Helfenberger, N. (2024). *Praxisleitfaden Dementia Care im Akutspital. Empfehlungen für die Praxisentwicklung*. Ostschweizer Fachhochschule. https://www.ost.ch/fileadmin/dateiliste/3_forschung_dienstleistung/institute/ipw/koc_demenz/praxisleitfaden_dementia_care_im_akutspital.pdf
- Alzheimer Suisse (2017). *Les démences fronto-temporales – tableaux cliniques, questions juridiques et soutien aux proches*. <https://www.alzheimer-schweiz.ch/fr/publications-produits/produit/detail/les-demences-fronto-temporales-tableaux-cliniques-questions-juridiques-et-soutien-aux-proches-1> (consulté le 2 août 2025)
- Alzheimer Suisse (2022). *Causes fréquentes de démence*. https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/Dokumente/Publikationen-Produkte/163-05F_2022_causes-frequentes-de-demence.pdf
- Alzheimer Suisse (2025). *Faits et chiffres 2025. Alzheimer et maladies apparentées*. https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/Dokumente/Medien/Factsheet_DemenzCH_2025_FR.pdf
- Alzheimer Suisse (2025). *Qu'est-ce que la démence ?* <https://www.alzheimer-schweiz.ch/fr/les-demences/article/quest-ce-que-la-demence> (consulté le 2 août 2025)
- Alzheimer Suisse & Office fédéral de la santé publique (2020). *DemCare : Recommandations pour établissements médico-sociaux. La prise en soins de personnes atteintes de démence*. <https://www.bag.admin.ch/dam/fr/sd-web/67oPFUHHYxE/empfehlungen-langzeitpflege.pdf>
- Ashton, N. J., Brum, W. S., Di Molfetta, G., Benedet, A. L., Arslan, B., Jonaitis, E., Langhough, R. E., Cody, K., Wilson, R., Carlsson, C. M., Vanmechelen, E., Montoliu-Gaya, L., Lantero-Rodriguez, J., Rahmouni, N., Tissot, C., Stevenson, J., Servaes, S., Therriault, J., Pascoal, T., ... Zetterberg, H. (2024). *Diagnostic accuracy of a plasma phosphorylated tau 217 immunoassay for Alzheimer disease pathology*. *JAMA Neurology*, 81(3), 255–263. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2023.5319>
- Berger, S. (2017). *Demenzgerechte Versorgung in den Spitälern und Kliniken: Bestandesaufnahme im Rahmen von Projekt 3.4 der Nationalen Demenzstrategie 2014-2019*. H+ Die Spitäler der Schweiz. 2017-09 Hplus Bericht NDS-3.4 Demenzgerechte Versorgung.pdf
- Bopp-Kistler, I. (2016). *Demenz. Fakten Geschichten Perspektiven*. Rüffer & Rub.
- Conseil fédéral (2016). *État des lieux et perspectives dans le secteur des soins de longue durée : Rapport du Conseil fédéral donnant réponse aux postulats 12.3604, 14.3912 et 14.4165*. <https://www.parlament.ch/centers/eparl/curia/2012/20123604/Bericht%20BR%20F.pdf>
- Conseil fédéral (2025). *Prestations de soins fournies par les proches aidants dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins*. <https://www.bag.admin.ch/dam/fr/sd-web/TODPM1JGU4IH/Rapport%20CF%2020251015%20Proches%20aidants.pdf>
- Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale (2021). « *Démence : monitoring de la prise en charge* » : indicateurs. *Estimations de la prévalence de la démence en Suisse*. Office fédéral de la santé publique. https://www.bag.admin.ch/dam/fr/sd-web/zy2kR7RPz2Sv/praevaenzschaetzung_demenz.pdf
- Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale (2023). « *Démence : monitoring de la prise en charge* » : indicateurs. *Décès liés à un diagnostic de démence établi*. Office fédéral de la santé publique. <https://www.bag.admin.ch/dam/fr/sd-web/zKsoUqVdKRnw/FB1%20Sterbef%20C3%A4lle%20mit%20Demenzerkrankung.pdf>

- CURAVIVA & pharmaSuisse (2025). *Guide « Fourniture des médicaments dans les homes médicalisés »*.
https://www.curaviva.ch/files/SMBI424/fourniture_des_medicaments_dans_les_homes_medicalises_guide_curaviva_pharmasuisse_2025.pdf
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft – Landesverband Bayern e. V. (2025). *Ursachen einer Demenz*.
<https://www.alzheimer-bayern.de/index.php/demenz/ursachen-einer-demenz> (consulté le 2 août 2025)
- Dutoit, L., Zufferey, J., & Pellegrini, S. (2024). *Trajectoires de soins des patients atteints de démence : exploration des données existantes* (rapport Obsan 15/2024). Observatoire suisse de la santé.
https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2024-10/obsan_15_2024_rapport.pdf
- Ecoplan (2019). *Étude d'Alzheimer Suisse sur les coûts des démences 2019 : perspectives sociétales*. Alzheimer Suisse. <https://www.alzheimer-schweiz.ch/fr/les-demences/article/etude-dalzheimer-suisse-sur-les-couts-des-demences-2019-perspectives-societales> (consulté le 2 août 2025)
- Ecoplan (2019a). *Les proches aidants de personnes atteintes de démence. Rapport final dans le cadre du programme de promotion « Offres visant à décharger les proches aidants 2017-2020 »*. Office fédéral de la santé publique. <https://www.bag.admin.ch/dam/fr/sd-web/qTjg7Aq7owNM/betreuende-angehoerige-demenz.pdf>
- Felbecker, A., Rouaud, O., Lathuiliere, A., Allali, G., Sollberger, M., Meyer-Heim, T., Monsch, A.U., Lövlblad, K., Becker, S., Barro-Belaygues, N., Popp, J., Bürge, M., Lindheimer, K., Gietl, A., Jung, H.H., Georgescu, D., Meyer, R., Frisoni, G.B. (2025). *Anti-Amyloid Monoclonal Antibodies for the Treatment of Alzheimer Disease: Intersocietal Recommendations for their Appropriate Use in Switzerland*. *Neurodegenerative Diseases* 25, 114-125. <https://doi.org/10.1159/000545799>
- Frey, K., Frey, M., Schläpfer, B., & Suri, M. (2019). *Evaluation de la « Stratégie nationale en matière de démence 2014-2019 »*. *Executive Summary*. Office fédéral de la santé publique.
<https://www.bag.admin.ch/dam/fr/sd-web/fPMnZ4rGpZom/2019-evaluation-nationale-demenzstrategie-2014-2019-executive-summary.pdf>
- Frisoni, G. B., Festari, C., Massa, F., Cotta Ramusino, M., Orini, S., Aarsland, D., Agosta, F., Babiloni, C., Borroni, B., Cappa, S. F., Frederiksen, K. S., Froelich, L., Garibotto, V., Haliassos, A., Jessen, F., Kamondi, A., Kessels, R. P. C., Morbelli, S. D., O'Brien, J. T., ... Nobili, F. (2024). *European intersocietal recommendations for the biomarker-based diagnosis of neurocognitive disorders*. *The Lancet Neurology*, 23(3), 302–312. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(23\)00447-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(23)00447-7)
- Giger, M., Anliker, M., & Bartelt, G. (2022). *Polymedikation und Neuroleptika in Schweizer Pflegeheimen in den Jahren 2019 und 2020*. *Praxis*, 111(11), 612–617. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a003909>
- Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., Costafreda, S. G., Selbæk, G., Alladi, S., Ames, D., Banerjee, S., Burns, A., Brayne, C., Fox, N. C., Ferri, C. P., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Nakasujja, N., Rockwood, K., ... Mukadam, N. (2024). *Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission*. *The Lancet*, 404(10452), 572–628. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01296-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0)
- Meyer, R., Monsch, A., Allali, G., Barro-Belaygues, N., Becker, S., Bürge, M., Frisoni, G. B., Georgescu, D., Gietl, A., Jung, H. H., Lathuilière, A., Lindheimer, K., Lövlblad, K. O., Meyer-Heim, T., Popp, J., Rouaud, O., Sollberger, M., ... Felbecker, A. (2024). *Alzheimer-Krankheit – Systembereitschaft im Kontext neuer Entwicklungen*. *Praxis*, 113(11–12), 293–296.
<https://doi.org/10.23785/PRAXIS.2024.11.002>
- Neukomm, S., Götzö, M., Baumeister, B., Bock, S., Gisiger, J., Kaiser, N., Kehl, K., Gisler, F., & Strohmeier, R. (2019). *Tages- und Nachtstrukturen – Einflussfaktoren der Inanspruchnahme. Schlussbericht des Forschungsmandats G5 des Förderprogramms «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017–2020»*. Bundesamt für Gesundheit.
https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/yuQ7kzOFtpSA/Schlussbericht_Tages-Nachtstrukturen.pdf

Office fédéral de la santé publique (2020). *Rapport de synthèse. Programme de promotion « Offres visant à décharger les proches aidants 2017–2020 »*. https://www.bag.admin.ch/dam/fr/sd-web/XLx7hwm5a2/synthesebericht_fp_ba.pdf

Office fédéral de la santé publique (2024). *État de la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins. Rapport de l'Office fédéral de la santé publique au Conseil fédéral*. <https://www.news.admin.ch/news/message/attachments/87373.pdf>

Office fédéral de la santé publique (2024a). *DemCare : Diffusion des recommandations pour établissements médico-sociaux*. <https://www.bag.admin.ch/dam/fr/sd-web/qQaiFw8JfKzv/bericht-demcare-verbreitung-der-empfehlungen-fuer-langzeitinstitutionen.pdf>

Office fédéral de la santé publique & Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (2016). *Stratégie nationale en matière de démence 2014–2019. Résultats acquis 2014-2016 et priorités 2017-2019*. <https://www.bag.admin.ch/dam/fr/sd-web/NJ2ewdhmQ3pl/nds-2014-2019.pdf>

Office fédéral de la statistique (2024). *Statistique des causes de décès 2023*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.gnpdetail.2024-0101.html#t> (consulté le 2 août 2025)

Podgorski, C. A., Anderson, S. D., & Parmar, J. (2021). *A biopsychosocial-ecological framework for family-framed dementia care*. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 744806. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.744806>

Promotion Santé Suisse (2024). *Soutien de projets Prévention dans le domaine des soins. Projet «PortoFaro – Ein Hafen für junge Menschen mit Demenz und ihre Familien»*. <https://promotionsante.ch/prevention-dans-le-domaine-des-soins/soutien-de-projets/projets-soutenus/portofaro> (consulté le 28 octobre 2025)

Ritter, A. (2024). *Un simple test*. *Bulletin des médecins suisses*, 105(16), 18–20. <https://www.fmh.ch/files/pdf30/saez-bms-2024-16-fr.pdf>

Savaskan, E., Bopp-Kistler, I., Buerge, M., Fischlin, R., Georgescu, D., Giardini, U., Hatzinger, M., Hemmeter, U., Justiniano, I., Kressig, R. W., Monsch, A., Mosimann, U. P., Mueri, R., Munk, A., Popp, J., Schmid, R., & Wollmer, M. A. (2014). *Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD)*. *Praxis*, 103(3), 135–148. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a001547>

Savaskan, E., Georgescu, D., Becker, S., Benkert, B., Blessing, A., Bürge, M., Felbecker, A., Hatzinger, M., Hemmeter, U. M., Hirsbrunner, T., Klöppel, S., Latour Erlinger, G., Lornsen, F. J., Peter, J., Schlögl, M., Sollberger, M., Ngamsri, T., Verloo, H., Vögeli, S., ... Zúñiga, F. (2024). *Empfehlungen für die Diagnostik und Therapie der Behavioralen und Psychischen Symptome der Demenz (BPSD)*. *Praxis*, 113(2), 34–43. <https://doi.org/10.23785/PRAXIS.2024.01.001>

Schlögl, M. (2025, 21. April). *Interview zum Umgang mit Aggression bei Menschen mit Demenz [Podcast-Episode]*. In *Chopfsach – Demenz-Podcasts* (Folge 16: Aggression – sind Menschen mit Demenz aggressiv?). Podcastschmiede AG, Stiftung Plattform Mäander. <https://www.podcastschmiede.ch/podcasts/chopfsach> (consulté le 2 août 2025)

Schuler, D., Roth, S., & Pellegrini, S. (2024). *Les psychotropes dans le traitement de la démence* (Obsan Bulletin 01/2024). Observatoire suisse de la santé. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2024-06/obsan_bulletin_2024_01_f.pdf

Académie suisse des sciences musicales (2017). *Directives médico-éthiques. Prise en charge et traitement des personnes atteintes de démence*. https://www.samw.ch/dam/jcr:389a7c7c-316e-4615-badb-05b5255a5302/directives_assm_dementia.pdf

Socialdesign (2022). *Prévention dans le domaine des soins (PDS) en lien avec la démence. Document de référence pour les professionnels des domaines de la démence et de la PDS*. Office fédéral de la santé publique. <https://www.bag.admin.ch/dam/fr/sd-web/63BDFifkCRf3/referenzdokument-pgv-demenz.pdf>

- Spector, A., & Orrell, M. (2010). *Using a biopsychosocial model of dementia as a tool to guide clinical practice*. *International Psychogeriatrics*, 22(6), 957–965. <https://doi.org/10.1017/S1041610210000840>
- Spectra (2025). *Diagnostic et traitement de la démence : mieux tenir compte des différences liées au sexe/genre*. *spectra*, 143. Office fédéral de la santé publique. <https://www.spectra-online.ch/fr/spectra/articles/Geschlechtsspezifische%20Unterschiede%20bei%20der%20Diagnose%20und%20Behandlung%20von%20Demenz%20beachten-1199-29.html> (consulté le 2 août 2025)
- Stettler, P., Jäggi, J., Heusser, C., Gajta, P., & Stutz, H. (2023). *Betreuung im Alter – Bedarf, Angebote und integrative Betreuungsmodelle*. (Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 07/2023). Bundesamt für Sozialversicherungen. https://www.bsv.admin.ch/dam/bsv/de/dokumente/fgg/studien/07-23D-eBericht_23112023.pdf.download.pdf/07-23D-eBericht_23112023.pdf
- Stucki, M., Vinci, L., Vetsch-Tzogiou, C., Grobet, C., Cakir, L., Müller, B., Kohler, A., Marzetta, J., Schäfer, X., Sharakin, M., Thommen, C., Zemlyanska, Y., Eichler, K., Kauer, L., Berger, F., Hughes-Brühlmann, S., Boes, S., Mattli, R., Lutz, N., & Wieser, S. (2025). *Kosten der übertragbaren und nichtübertragbaren Krankheiten sowie Kosten der Risikofaktoren Übergewicht/Adipositas und Bewegungsmangel in der Schweiz*. Bundesamt für Gesundheit. <https://www.bag.admin.ch/de/forschungsberichte-nichtuebertragbare-krankheiten-ncd> (consulté le 13 novembre 2025)
- Stutz, H., Liesch, R., Guggenbühl, T., Morger, M., Rudin, M. & Bannwart L. (2019). *Finanzielle Tragbarkeit der Kosten für Unterstützungs- und Entlastungsangebote*. *Schlussbericht des Forschungsmandats G03 des Förderprogramms «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017–2020»*. Bundesamt für Gesundheit. https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/WKD06LYhG0xU/Schlussbericht_finanzielle_Trugbarkeit.pdf
- Swiss Memory Clinics (2024). *Recommandations thérapeutiques relatives à la démence*. *Les recommandations de Swiss Memory Clinics pour le traitement des syndromes démentiels*. Swiss Memory Clinics & Office fédéral de la santé publique. <https://www.bag.admin.ch/dam/fr/sd-web/5vll-Ls37v9k/therapieempfehlungen-demenz.pdf>
- Swiss Memory Clinics (2024a). *Recommandations de diagnostic relatives à la démence*. *Les recommandations de Swiss Memory Clinics pour le diagnostic des troubles cognitifs – mise à jour 2024*. Swiss Memory Clinics & Office fédéral de la santé publique. <https://www.bag.admin.ch/dam/fr/sd-web/85-JJvunZKA1/broschuere-diagnostikempfehlungen-demenz.pdf>
- Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (2024). *Leistungsintensität von Spitex-Klientinnen und -Klienten und ihre Abbildung im Vergütungssystem*. Spitex Schweiz. https://www.spitex.ch/files/QNSWAUO/spitex_schweiz_komplexitaet_sb_240206f.pdf