



Répartition régionale des places d'EMS Rapport relatif à la motion 284-2015 Amstutz (Schwanden-Sigriswil, UDC)

Rapport du Conseil-exécutif

Date de la séance du CE : 21 octobre 2020
N° d'affaire : 2020.GSI.1083
Direction : Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration
Classification : Non classifié

Table des matières

Rapport du Conseil-exécutif	1
1. Introduction	3
2. Fondements de la planification des EMS	4
2.1 Bases juridiques	4
2.2 Evolution démographique	4
3. EMS.....	5
3.1 Séjour en EMS	6
3.2 Autres séjours résidentiels	7
3.3 Comparatif intercantonal	8
4. Planification des EMS aujourd'hui	9
4.1 Objectifs de la planification	9
4.2 Les EMS, un marché florissant	9
4.3 Principe du contingentement	9
4.4 Contingent actuel	10
4.5 Modalités actuelles d'attribution des places d'EMS et rôle des régions	10
5. Demande de la motionnaire	11
5.1 Redéfinition de la répartition régionale et suppression des attributions dans les arrondissements administratifs.....	11
5.2 Augmentation du nombre de places en cas de travaux de rénovation et d'agrandissement	12
6. Synthèse	12
7. Mesures.....	13
8. Proposition au Grand Conseil	14

1. Introduction

En adoptant la motion 284-2015 (Amstutz, UDC)¹, le Grand Conseil a chargé le Conseil-exécutif d'examiner s'il y avait lieu de redéfinir la répartition régionale des places dans les établissements médico-sociaux (EMS) au sein des arrondissements administratifs par une annulation des attributions régionales actuelles et d'autoriser ces structures, en cas de travaux de rénovation et d'agrandissement, à augmenter le nombre de places si le contingent de l'arrondissement administratif n'était pas épuisé. Le mandat était motivé comme suit : la répartition des places d'EMS dans les arrondissements administratifs n'est pas homogène et pas toujours facile à comprendre, comme celle qui prévaut par exemple dans l'arrondissement administratif de Thoun, où les places d'EMS sont réparties entre des groupes de communes. Dans cet arrondissement, le mode de répartition suit une autre logique que dans d'autres domaines. Le canton doit fixer le nombre de places d'EMS revenant à chaque arrondissement administratif, mais il n'a pas à s'occuper de la répartition des places. Le 7 juin 2016, le Grand Conseil a adopté la motion sous forme de postulat.

La problématique des besoins en places d'EMS et de leur répartition territoriale est de plusieurs ordres. Certains spécialistes parlent « d'un dilemme éthique entre refus de la dépendance et soutien, entre sécurité et autonomie, entre intervention médicale et mort dans la dignité »². Cette discussion fait également écho au rapport de notre société à l'âge et pose la question de la place des personnes âgées et/ou vulnérables. En général, les personnes âgées souhaitent rester le plus longtemps possible chez elles, dans un environnement qui leur est familier, et le placement en EMS n'intervient donc que lorsque le maintien à domicile n'est plus possible et que les prestations de soutien proposées ne suffisent plus. Or, en dépit du nombre croissant de personnes âgées et de l'allongement de l'espérance de vie, le contingent de places d'EMS est resté inchangé. Par ailleurs, il s'avère que l'entrée en EMS se fait de plus en plus tardivement et que les séjours y sont plus courts. Dans le même temps, les besoins en soins se complexifient de par la multimorbidité et la démence. Parallèlement aux offres ambulatoires et résidentielles se développent des solutions intermédiaires telles que la prise en charge de jour ou les courts séjours en EMS, ce qui permet aux personnes relevant des degrés de soins les plus faibles d'envisager d'autres options que l'entrée en institution.

L'examen de la problématique implique la prise en compte d'autres éléments – changements de société, tendance à l'individualisme, avènement de nouvelles structures familiales, évolution démographique se traduisant par une proportion en hausse des personnes très âgées, etc. Il en résulte des défis non seulement en termes de planification des EMS, mais aussi de politique des aînés dans son ensemble, défis que le canton et les communes doivent relever conjointement. Il appartient aux cantons de planifier les besoins, de mettre à disposition les places d'EMS et d'assurer leur financement. Les intérêts des communes doivent de leur côté être pris en compte dans la planification cantonale. Il n'est pas envisagé de modifier cette répartition des tâches, car les compétences décisionnelles doivent coïncider avec les compétences financières.

Pour analyser la situation actuelle, il convient également de relever que dans le canton de Berne, les prestations brutes par personne assurée – concernant tant les EMS que les services d'aide et de soins à domicile – sont supérieures à la moyenne suisse (Monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie, MOKKE)³. Cet élément peut être le signe d'un système d'incitation défaillant. C'est aussi la conclusion d'un rapport de l'Institut de l'âge de la Haute école spécialisée bernoise à propos du financement des places d'EMS sur la base des degrés de soins. En effet, les établissements ont tout intérêt à voir venir chez eux des personnes relevant de degrés de soins élevés et donc plus rémunérateurs. La conséquence est néanmoins que, souvent, l'encouragement à l'autonomie des pensionnaires est insuffisante⁴.

¹ Motion 284-2015 Amstutz (Schwanden-Sigriswil, UDC) du 16 novembre 2015, « Redéfinir la répartition régionale des places d'EMS »

² Höpflinger, François, 2018, *Demografische Alterung - Trends und Perspektiven* (en allemand uniquement)

³ www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/monitoring-zur-kranken-kassenkostenentwicklung.html

⁴ Haute école spécialisée bernoise, Institut de l'âge, *Schlussbericht Evaluation Bewegungs-basierte Altersarbeit in Altersheimen* du 15 mars 2016 (en allemand uniquement)

Le présent rapport s'intéresse à ces défis et à la nécessité qui en découle de modifier l'actuel système de planification des EMS. Il revient sur les fondements mêmes de celui-ci ainsi que sur les étapes de sa création tout en abordant les changements qui y ont déjà été apportés depuis le dépôt de la motion. Il montre par ailleurs que si le Conseil-exécutif estime nécessaire de conserver une répartition des places d'EMS au sein des régions administratives, il prône une modification de la planification des EMS s'inscrivant dans une offre globale destinée aux personnes nécessitant soins et assistance.

2. Fondements de la planification des EMS

Les tâches inhérentes à la planification des EMS sont stipulées dans les législations fédérale et cantonale. Les besoins sont établis sur la base des projections démographiques réalisées par la Conférence des statistiques du canton de Berne.

2.1 Bases juridiques

Les cantons sont tenus d'élaborer la planification des EMS conformément aux articles 39 ss de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)⁵. Les offres ne peuvent être portées à la charge de l'assurance obligatoire des soins que si elles correspondent à une nécessité de couverture en soins mise en évidence par les cantons dans le cadre de la planification des besoins qu'ils doivent établir. Pour être décomptées via le régime de financement des soins, elles doivent par ailleurs avoir été fournies par des établissements admis sur la liste cantonale des EMS. Ces éléments permettent aux cantons de gérer leur offre et d'affecter les moyens financiers dont ils disposent en fonction des besoins existants. Les articles 58a ss de l'ordonnance fédérale du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal)⁶ précisent en outre que les cantons déterminent les besoins selon une démarche vérifiable et qu'ils réexaminent périodiquement leurs planifications.

L'article 59 de la loi du 11 juin 2001 sur l'aide sociale (LASoc)⁷ prévoit enfin que la Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration (DSSI) inventorie et analyse régulièrement les besoins en prestations et qu'elle planifie les prestations sur cette base.

2.2 Evolution démographique

Les statistiques de la Confédération considèrent comme âgées les personnes de 65 ans et plus. Pourtant, une différenciation plus précise s'impose. Du point de vue gériatrique, l'âge chronologique n'est pas le critère déterminant : pour définir les besoins, il s'agit bien plus de prendre en compte l'état de santé et la capacité à gérer son quotidien. La période qui suit le départ à la retraite est en effet influencée par les phases de la vie qui l'ont précédée et dont dépendent les ressources physiques, psychiques et financières à disposition. Tandis que les « jeunes retraités », qui font partie de ce que l'on nomme le « 3^e âge », sont généralement très autonomes et en bonne santé, les personnes qui atteignent le « 4^e âge » (en général au-delà de 80 ans) se révèlent plus fragiles, se voyant de plus en plus entravées dans leur santé et leurs capacités fonctionnelles et, partant, nécessitant un soutien plus conséquent.

En Suisse, 18,5 pour cent de la population est âgée de 65 ans ou plus⁸. Cette proportion s'établit à 20,8 pour cent dans le canton de Berne, différence qui s'observe aussi dans le rapport de dépendance des personnes âgées, à savoir le ratio entre les personnes âgées de 65 ans ou plus (qui, en règle générale, ne sont plus actives économiquement parlant) et les personnes âgées de 20 à 64 ans (qui sont

⁵ RS 832.10

⁶ RS 832.102

⁷ RSB 860.1

⁸ OFS, *Atlas statistique de la Suisse*, 2018

en capacité d'exercer une activité lucrative). En 2018, ce rapport s'élevait à 30 pour cent en Suisse⁹, contre 34,6 dans le canton de Berne¹⁰.

Avec l'avancée en âge de la génération du babyboom, le nombre de personnes âgées est appelé à augmenter encore dans les années à venir. La Conférence des statistiques du canton de Berne établit des projections démographiques régionalisées pour le canton de Berne. Ce dernier reprend le système des trois scénarios (haut, moyen, bas) adopté par l'Office fédéral de la statistique (OFS). L'ACE 158 du 15 février 2017 charge les Directions cantonales d'utiliser les projections démographiques régionalisées du canton de Berne en tant que base de référence pour leurs travaux de planification. Les Directions sont convenues entre elles d'adopter le scénario moyen. Selon l'OFS (2015)¹¹, le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus augmentera de 64 pour cent entre 2015 et 2045 dans le canton de Berne, passant ainsi de 206 000 en 2015 à 338 000 en 2045. Ces personnes représenteront alors 29 pour cent de la population totale, contre 20 pour cent en 2015. Etant donné que, parallèlement au fait que le nombre de personnes âgées augmente, l'espérance de vie continue de progresser, le vieillissement général s'accélère : on assiste à ce que l'on appelle un « double vieillissement démographique ». Actuellement, les femmes de 65 ans ont une espérance de vie de 87,7 ans (donc encore 22,7 ans) et les hommes de 84,9 ans (donc encore 19,9 ans). Or, certains scénarios montrent que les femmes et les hommes nés en 2017 pourront à cet âge espérer vivre en moyenne respectivement 30 et 28 ans¹². Et fait réjouissant : ce n'est pas seulement le nombre d'années de vie qui a progressé, mais aussi le nombre d'années de vie potentiellement en bonne santé, ce que confirme l'âge toujours plus élevé des personnes entrant en EMS (voir ci-après).

3. EMS

Comparativement à celui des autres cantons, le paysage bernois des EMS se caractérise par un grand nombre de petites structures. C'est ce qui ressort des derniers chiffres publiés en 2017 par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) à propos des EMS en Suisse¹³. La Suisse compte au total 1543 EMS, dont 303, soit 19 pour cent, se situent dans le canton de Berne. Sur les 98 880 places à l'échelle du pays, 14 973 sont proposées dans le canton de Berne, soit 15 pour cent.

Le graphique ci-après montre notamment qu'un bon tiers des EMS bernois peuvent accueillir moins de 30 pensionnaires.

⁹ OFS, *Indicateurs de la structure démographique, 1970-2018*

¹⁰ Direction des finances du canton de Berne (FIN), *Etat et structure de la population 2009-2018*

¹¹ OFS, *Scénarios de l'évolution de la population en Suisse 2015-2045*

¹² OFS, *Espérance de vie en Suisse 2018*

¹³ OFSP, *Chiffres-clés des EMS suisses 2017*

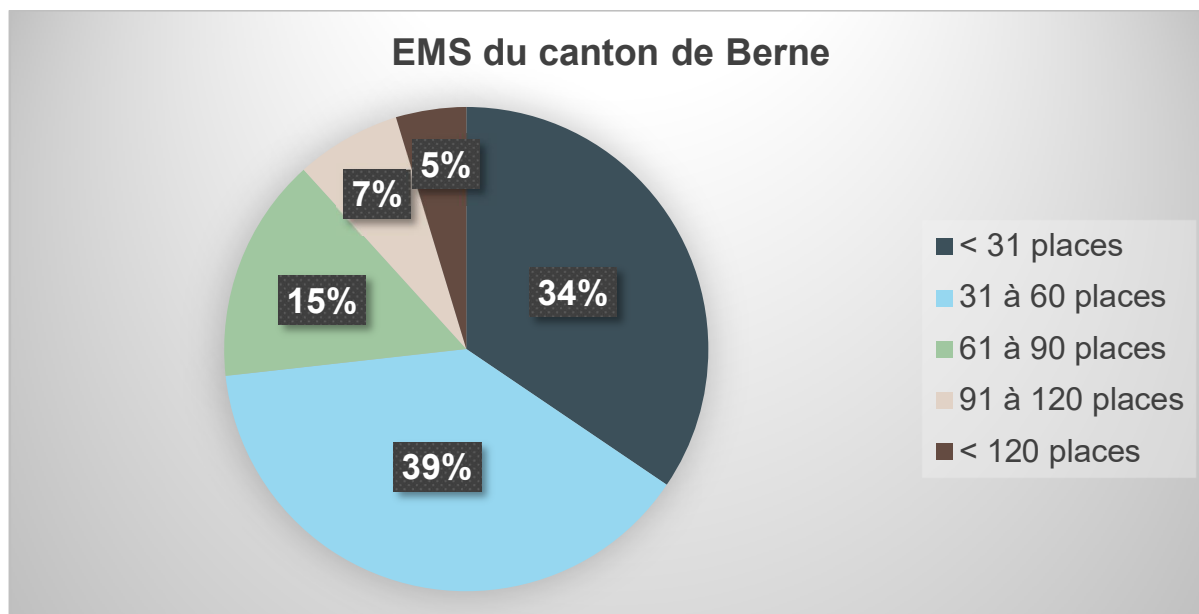


Figure 1 : EMS du canton de Berne en fonction du nombre de places

Cette organisation répond au besoin de bon nombre de personnes âgées qui souhaitent être accueillies dans un EMS aussi proche que possible de leur ancien domicile. Cet aspect concourt largement à leur bien-être, car leurs proches peuvent leur rendre visite plus facilement et elles ne sont pas contraintes de quitter véritablement leur environnement familial. L'impact sur les coûts n'a quant à lui pas été mesuré. Il convient cependant de noter que si beaucoup de petits établissements peuvent compter sur des processus décisionnels courts pour travailler avec grande efficacité et efficience, leur petite taille – qui va de pair avec des frais administratifs élevés et une infrastructure onéreuse – limite les économies d'échelle. Cela dit, aucune donnée n'indique que d'une manière générale, les petites institutions coûtent plus cher que les grandes.

3.1 Séjour en EMS

L'âge moyen d'entrée en EMS n'a cessé de reculer ces dernières années, passant dans le canton de Berne de 80,2 ans en 2008 à 81,9 ans en 2018. La durée de séjour a quant à elle diminué, s'établissant à 2,2 ans en 2018 contre 2,7 ans dix ans plus tôt¹⁴. Cette tendance devrait se confirmer dans les années à venir.

D'après l'OFS, 15,7 pour cent des personnes de 80 ans et plus vivant en Suisse demeuraient dans un EMS au 31 décembre 2017 alors qu'elles étaient encore 17 pour cent en 2012 et même 18,1 pour cent en 2007. Dans le même temps, le nombre total de personnes de 80 ans et plus a progressé de 22 pour cent, tandis que le nombre de places en EMS a connu une hausse de 9 pour cent. Les places d'EMS pour 1000 habitantes et habitants âgés de 80 ans et plus sont par conséquent en baisse, passant de 252 en 2007 à 221 en 2017. Le taux d'occupation des lits en EMS est quant à lui resté stable sur cette période. Ces chiffres laissent à penser que les prestations de soins fournies hors EMS ont augmenté¹⁵. Enfin, il convient de souligner que le nombre d'années de vie en bonne santé a lui aussi progressé et qu'aujourd'hui en Suisse, les femmes et les hommes de 65 ans peuvent espérer vivre plus des trois quarts des années qui leur restent sans amoindrissement significatif de leurs capacités¹⁶.

Les pensionnaires des EMS n'ont pas tous les mêmes besoins en termes de soins. Si l'on s'intéresse aux degrés de soins relevés au 1^{er} janvier 2020 dans ces établissements, on constate qu'un petit cinquième des résident-e-s ont besoin de moins de 60 minutes de soins par jour. L'entrée en EMS peut

¹⁴ Office fédéral de la statistique, *Atlas statistique de la Suisse, Age à l'entrée en établissement médico-social*, 2018

¹⁵ *Actualités OFS : Population des établissements médico-sociaux en 2017*, février 2019

¹⁶ Höpflinger, François (2017), *Wandel des Alters – neues Alter für neue Generationen*

en effet avoir des raisons sociales (domicile dans un lieu reculé, difficultés à tenir son ménage) ou s'expliquer par un cas de démence.

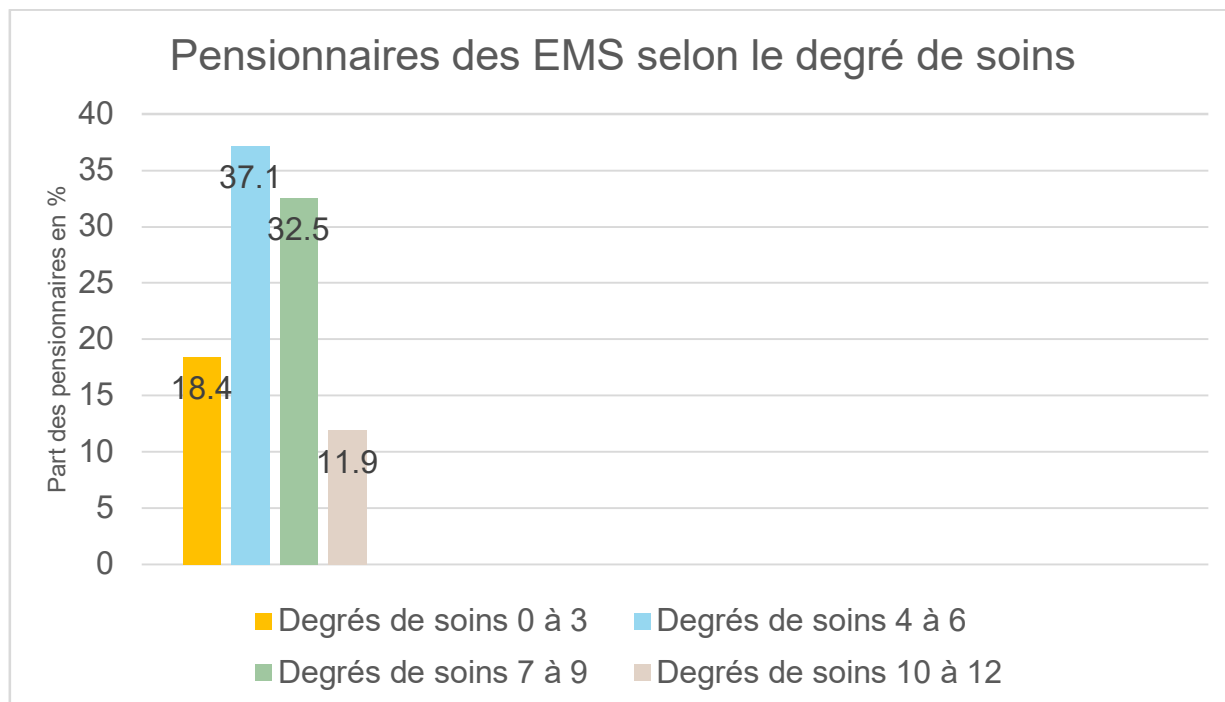


Figure 2 : Répartition des pensionnaires d'EMS selon le degré de soins

Vu les offres intermédiaires tendant à se développer en complément des offres résidentielles et ambulatoires, il est probable qu'à l'avenir, au moins une partie des aînés n'iront pas en EMS ou n'y entreront que plus tard.

3.2 Autres séjours résidentiels

Comme le montre un rapport d'Ecoplan (2017)¹⁷, l'offre de places d'EMS pour courts séjours a tout autant augmenté que la demande en la matière. Les courts séjours font par exemple suite à des hospitalisations en soins aigus ou ont vocation à décharger temporairement les proches aidants. Après une hospitalisation, il peut arriver qu'une solution transitoire résidentielle soit nécessaire avant un accueil en réadaptation ou un retour à domicile. Parmi celles et ceux concernés figurent bon nombre de personnes aux problématiques multiples, par exemple une maladie somatique associée à des troubles psychiques, des dépendances ou encore des troubles du comportement. Ces courts séjours sont tout particulièrement exigeants pour les EMS. En effet, les pensionnaires concernés requièrent non seulement un plus grand soutien dans les gestes du quotidien, mais aussi des soins médicaux accrus se traduisant par des consultations médicales plus nombreuses et une gestion plus compliquée des médicaments. A noter également dans ce contexte un besoin en accompagnement psychiatrique ou psychothérapeutique par des professionnel-le-s.

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) a analysé la trajectoire des personnes en fin de vie entre hôpital et EMS¹⁸ et a identifié différents parcours-types. Le parcours-type le plus courant chez les personnes âgées de 65 à 79 ans (un homme sur deux et deux femmes sur cinq) se compose de plusieurs séjours hospitaliers durant la dernière année de vie¹⁹. Chez les 80 ans et plus, c'est en

¹⁷ Ecoplan, *Nachsorge nach einem somatischen Akutspitalaufenthalt im Kanton Bern*, rapport final du 17 août 2017 (en allemand uniquement)

¹⁸ Obsan Bulletin 2/2019, *Les trajectoires de fin de vie des personnes âgées*

¹⁹ Parcours-type « hôpital plusieurs fois » (G3). Ce parcours se caractérise par ailleurs par un nombre élevé de jours d'hospitalisation durant la dernière année de vie (44 jours cumulés en moyenne) suivi d'un décès à l'hôpital.

revanche le parcours-type du séjour en EMS uniquement qui est le plus fréquent²⁰. Dans cette étude, l'Obsan parvient à la conclusion que, compte tenu des différences majeures relevées entre ces deux tranches d'âge, leurs besoins spécifiques devraient être pris en compte dans la planification.

3.3 Comparatif intercantonal

Les priorités en termes de soins de longue durée sont différentes de canton en canton. C'est ce que montre un rapport de l'Obsan²¹, qui met en évidence trois modèles-types d'organisation :

Cantons misant avant tout sur les EMS

La Suisse compte 61,6 places d'EMS pour 1000 personnes de 65 ans et plus, le canton de Berne 68,3 places, la médiane s'établissant à 61,4 places. Les différences entre cantons sont toutefois marquées, avec par exemple 85 places pour 1000 personnes de 65 ans et plus dans le canton de Glaris contre 53,7 dans celui de Soleure.

Cantons dans lesquels la prise en charge des personnes âgées est avant tout assurée par les services d'aide et de soins à domicile

Les chiffres relevés en 2018 par l'OFS concernant la densité de l'offre des services d'aide et de soins à domicile indiquent qu'en Suisse, ces structures comptent 23 554 emplois à plein temps (EPT), dont 2999 dans le canton de Berne, ce qui correspond à 13,9 EPT pour 1000 personnes de 65 ans et plus. La médiane est de 11,2 EPT. Là encore, les écarts sont manifestes : 25,9 EPT pour 1000 personnes de 65 ans et plus dans le canton de Vaud contre 8 EPT dans celui de Glaris.

Cantons s'appuyant tout autant sur les EMS que sur les services d'aide et de soins à domicile

Ce modèle, qui est celui adopté par le canton de Berne, correspond à la moyenne suisse. Le besoin en offres intermédiaires venant compléter les solutions résidentielles et ambulatoires se fait toutefois de plus en plus ressentir (structures de jour ou de nuit, logements protégés, etc.). L'aide des proches, voisins ou bénévoles, constitue elle aussi un complément à ne pas oublier.

Les modalités de planification des places d'EMS et le contexte de départ diffèrent grandement d'un canton à l'autre. On a constaté dans le canton de Zurich, comme dans celui de Berne, qu'un tiers des pensionnaires d'EMS n'était pas tributaire de soins ou n'en requérait que légèrement. A l'heure actuelle, les besoins en places d'EMS y sont estimés sur la base des projections en termes d'âge et de sexe de la population, mais aussi sur celle du taux de soins spécifiques à l'âge et au sexe²². Dans le canton de Lucerne, un changement méthodologique intervenu dans la planification des EMS en 2017 a conduit à une diminution du nombre de places d'EMS. Le nouveau calcul se fonde sur une estimation du nombre de personnes de 65 ans et plus tributaires de soins et inclut pour chaque région divers facteurs tels que les prestations fournies par les services d'aide et de soins à domicile et le nombre de personnes vivant seules²³.

²⁰ La parcours-type « EMS uniquement » (G6) se caractérise par un ou plusieurs séjours en EMS, où intervient finalement le décès. C'est le cas le plus répandu parmi les personnes âgées étudiées. Ce parcours affiche l'âge de décès le plus élevé (près de 90 ans) ainsi que la plus grande proportion de femmes (72%).

²¹ Obsan Bulletin 13/2016, *Soins de longue durée dans les cantons*

²² Obsan (2016), *Statistische Grundlagen zur Pflegeheimplanung 2013-2035, Kanton Zürich* (en allemand uniquement)

²³ Canton de Lucerne (2017), *Bericht Versorgungsplanung Langzeitpflege 2018 – 2025* (en allemand uniquement)

4. Planification des EMS aujourd'hui

4.1 Objectifs de la planification

La planification des EMS a pour but d'assurer une prise en charge des personnes âgées conforme aux besoins futurs de la population du canton de Berne. Elle vise dans le même temps une couverture homogène de ces besoins de manière à aplanir autant que possible les disparités régionales et à équilibrer l'offre sur l'ensemble du territoire cantonal. Il importe ici de souligner que bon nombre d'EMS ont été créés bien avant l'introduction de la LAMal et donc de la planification des EMS, ce qui explique certaines inégalités entre régions et sous-régions.

4.2 Les EMS, un marché florissant

Dans le canton de Berne, un grand nombre d'EMS sont exploités par des entreprises privées. Il faut dire que de nombreuses communes se sont retirées des organismes responsables des EMS et que, parallèlement, l'exploitation de ces établissements attire les sociétés et investisseurs privés, qui y voient un marché prometteur au financement de surcroît garanti. En conséquence, la création de places d'EMS est conditionnée non pas par la demande, mais principalement par l'offre. Une étude commandée par Crédit Suisse montre que, d'ici à 2040, il faudra à la Suisse quelque 53 000 lits d'EMS, ce qui représente un volume d'investissement de près de 20 milliards de francs.

La limitation du nombre de places d'EMS engendre une demande grandissante en la matière. Pour les petits EMS en particulier, le nombre de places octroyées est aussi un enjeu de survie. La régulation imposée par le canton a pour objectif d'éviter une croissance fulgurante du parc immobilier dédié aux soins et de permettre au canton de contrôler les coûts sur l'ensemble du territoire.

4.3 Principe du contingentement

L'actuelle planification des EMS se fonde sur l'arrêté du Conseil-exécutif 0988 en date du 24 mars 2004²⁴. Le contingent de 15 500 places d'EMS fixé à l'époque repose sur l'hypothèse selon laquelle le développement des services d'aide et de soins à domicile entraînerait une diminution du nombre d'entrées en EMS et que les besoins pourraient ainsi être couverts à long terme. Ce contingent a été confirmé par le gouvernement en 2017 (ACE 292/2017). Il convient de noter que la planification ne porte que sur les établissements proposant un séjour de longue durée avec prestations de soins. Les autres formes d'accueil, telles que les logements protégés, ne relèvent pas de la planification.

Le rapport 2016 sur la politique du 3^e âge du canton de Berne²⁵ indique que « le nombre de places en EMS devra être adapté lorsque le contingent aura été entièrement utilisé, que les places réservées auront été réalisées et mises en service et que le taux d'occupation se sera inscrit en nette hausse ». Il précise en outre que « si le contingent reste inchangé, [...] le nombre de places en EMS dans le canton de Berne s'élèvera [en 2035] à 15,3 pour 100 personnes âgées de 80 ans et plus ». Actuellement, on estime que ce chiffre s'établira plutôt autour de 14,4 places. Fixer un quota de places d'EMS à partir du nombre de personnes âgées de 80 ans et plus se révèle toutefois insuffisant, les projections s'avérant souvent incertaines, d'autant plus que les innovations, les changements de société ou l'émergence de maladies peuvent chambouler les scénarios. Or, une planification des EMS doit pouvoir prendre en compte ce type d'évolutions et de bouleversements.

²⁴ ACE 0988/2004 du 24 mars 2004

²⁵ *Politique du 3^e âge du canton de Berne 2016*, rapport du Conseil-exécutif au Grand Conseil

4.4 Contingent actuel

Sur les 15 500 places d'EMS contingentées, environ 14 300 sont actuellement exploitées. 1097 figurent sur la liste de réserve en vue de projets d'extension ou de construction et sont incluses dans le calcul du niveau de couverture des besoins dans les régions. En conséquence, il se peut que la couverture soit considérée comme suffisante sur la base de la planification cantonale, mais que les listes d'attente soient longues ici ou là. Quant à l'ouverture de nouvelles structures ou à la rénovation d'anciens bâtiments, elle prend plusieurs années, laps de temps durant lequel la région concernée peut donc être confrontée à une pénurie de places. C'est pourquoi celles-ci ne peuvent être réservées que pour deux ans au maximum. Les prolongations sont possibles sur demande, mais preuve doit être apportée d'une avancée dans le projet concerné. Ce mécanisme a pour objectif d'éviter que des places d'EMS ne soient réservées des années durant sans jamais être créées. Les procédures de planification, les demandes de permis de construire et les constructions pouvant s'étendre sur des années, il convient d'en tenir compte au moment de la réservation des places. Dans de rares cas, il arrive aussi que des projets soient modifiés, voire abandonnés. Dans ce cas, les places réservées réintègrent le contingent cantonal et peuvent être réattribuées.

4.5 Modalités actuelles d'attribution des places d'EMS et rôle des régions

Le calcul des places d'EMS par région administrative et sous-région se fonde aujourd'hui sur les projections en termes de population âgée de 80 ans et plus. Pour déterminer les besoins en places d'EMS d'une région, ces projections sont mises en corrélation avec le nombre de places existantes et déjà réservées dans le cadre de projets de construction et d'extension. La répartition au sein de la région s'effectue selon le même principe.

Les demandes d'augmentation du nombre de places d'EMS sont examinées sur la base des besoins établis. Les régions sont invitées à prendre position. Cette démarche a pour objectif d'assurer que des spécificités régionales dont le canton n'aurait pas connaissance puissent être prises en compte dans l'attribution des places. Le canton répond dans la mesure du possible aux sollicitations des régions. C'est ce qui s'est par exemple produit dans l'espace de développement de Thoun, où la répartition des places d'EMS dans les sous-régions est intervenue selon les souhaits de la région.

La collaboration avec les régions pose aussi différentes questions, notamment en raison de l'organisation propre à chacune. A l'heure actuelle, il existe trois conférences régionales dans les périmètres définis par le Conseil-exécutif dans l'ordonnance du 24 octobre 2007 sur les conférences régionales (OCR)²⁶, lesquelles assument des tâches à l'échelle régionale dans les domaines suivants : aménagement du territoire et planification des transports ainsi que leur harmonisation mutuelle, encouragement des activités culturelles, conseil en matière d'énergie et politique régionale. Les conférences régionales ne peuvent s'assigner aucune tâche de première main, c'est-à-dire qu'elles ne peuvent prendre en charge que des tâches qui leur ont été déléguées par le canton ou par des communes. Les tâches cantonales sont déléguées par voie de loi, comme le prévoit l'article 141, alinéa 2 de la loi du 16 mars 1998 sur les communes (LCo)²⁷, et les tâches communales par voie de règlement, comme le précise l'article 142, alinéa 3 LCo.

Dans les régions qui ne sont pas dotées d'une telle conférence, les tâches mentionnées au paragraphe précédent, politique régionale exceptée, relèvent de différents organes régionaux. Outre deux conférences régionales des transports et cinq syndicats de communes pour l'encouragement des activités culturelles, il existe six régions d'aménagement organisées selon le droit des associations, qui, en règle générale, assurent aussi le conseil en matière d'énergie au plan régional. En modifiant les statuts des syndicats ou des associations de communes, les communes membres peuvent leur déléguer des missions supplémentaires. Seules des tâches communales peuvent toutefois être concernées. Or, la

²⁶ RSB 170.211

²⁷ RSB 170.11

planification des EMS est une mission cantonale. La compétence financière dans ce domaine est d'ailleurs également entre les mains du canton. C'est ainsi que ce dernier assume en totalité le financement résiduel des soins dispensés dans les EMS. Les conférences régionales et les régions d'aménagement n'ont de fait aucun pouvoir décisionnel en la matière. Elles ont néanmoins la possibilité de rédiger des prises de position lorsque les communes les y autorisent par voie de règlement.

Dans ce contexte, il s'agit d'examiner quelles sont les tâches revenant en principe aux communes et aux régions. Plusieurs d'entre elles réalisent aujourd'hui des planifications qui ne coïncident toutefois pas toujours avec la planification des EMS réalisée par le canton. Une région a par exemple inscrit dans sa planification que, sur son territoire, aucune place d'EMS ne devait être créée et que les places supprimées ne devaient pas être remplacées alors que la planification cantonale faisait état d'un besoin. De même, les divers intérêts et besoins des communes composant une région administrative ne peuvent pas toujours être pris en compte par la région concernée.

Impliquer les régions dans la politique des aînés reste malgré tout pertinent et important. Le Conseil-exécutif voit d'un très bon œil qu'une réflexion soit menée au-delà des frontières communales dans ce domaine et que des offres coordonnées soient mises sur pied. Outre la planification des EMS, la politique des aînés implique diverses tâches essentielles, qui doivent être assumées conjointement par le canton et les communes. Cependant, il est nécessaire de définir précisément la répartition des tâches entre ces acteurs ainsi que le rôle des régions.

En cas de gros changements, les régions doivent – pour autant qu'elles aient été mandatées par les communes –, prendre part au processus de décision, et ce jusqu'à ce que leurs tâches aient été précisément définies et que les compétences aient été clarifiées. La procédure d'attribution des places d'EMS doit rester proportionnée et permettre une mise en perspective des besoins au-delà des frontières régionales, en particulier dans les cas où les places d'EMS sont proposées à proximité d'une limite territoriale. Il s'agit aujourd'hui de faire preuve de la plus grande flexibilité possible dans la mise en œuvre de la planification des EMS, en particulier là où de petits ajustements peuvent apporter une aide importante aux EMS existants.

5. Demande de la motionnaire

Selon la motionnaire, la répartition des places d'EMS dans les arrondissements administratifs ne serait pas homogène et pas toujours facile à comprendre, comme celle qui prévaut par exemple dans l'arrondissement administratif de Thoun, où les places d'EMS sont réparties entre des groupes de communes. Dans cet arrondissement, le mode de répartition des places d'EMS suivrait une autre logique que dans d'autres domaines. La motionnaire demande que le canton fixe le nombre de places d'EMS revenant à chaque arrondissement administratif, mais qu'il ne s'occupe pas de leur répartition.

Les explications apportées dans le présent rapport sur les modalités actuelles d'attribution des places d'EMS (cf. point 4.5) montrent que la demande de la motionnaire a déjà été satisfaite à plusieurs égards. La répartition des places dans l'arrondissement administratif de Thoun s'est par exemple effectuée conformément aux souhaits de la région. Pour ce qui est des éléments concrets de la motion 284-2015, le Conseil-exécutif prend position comme suit :

5.1 Redéfinition de la répartition régionale et suppression des attributions dans les arrondissements administratifs

Comme indiqué au point 4.5 du présent rapport, l'affectation des places d'EMS d'une région administrative à l'autre s'effectue sur la base du nombre de personnes âgées de 80 ans et plus. Cette même clé de répartition est appliquée à l'intérieur des régions administratives, c'est-à-dire dans les arrondissements administratifs. Supprimer l'attribution à ce niveau n'apparaît pas pertinent car les

régions, faute de base légale, ne sont pas en mesure de décider elles-mêmes de la répartition au sein des arrondissements. D'ailleurs, inscrire une telle compétence dans la législation nécessiterait de revoir le financement résiduel des soins. La répartition par sous-région, en d'autres termes dans les différentes zones d'un arrondissement administratif, constitue (même pour la région) un moyen supplémentaire d'attribution appropriée des places. La région peut demander une modification de la répartition entre les sous-régions, ce que le Conseil-exécutif estime opportun et qui, au demeurant, s'est déjà produit dans la région de Thoun. En revanche, supprimer entièrement cette répartition au sein des arrondissements administratifs risque d'engendrer des déséquilibres au sein de la région. Dans celle de Berne-Mittelland par exemple, attribuer des places d'EMS au Gantrisch ou à Urtenen-Schönbühl ne revient pas au même. Des échanges avec les régions doivent permettre, dans des cas motivés, une application plus souple des règles et un certain assouplissement des frontières.

5.2 Augmentation du nombre de places en cas de travaux de rénovation et d'agrandissement

Aujourd'hui déjà, il est possible d'augmenter le nombre de places d'un EMS lorsque le contingent de places n'est pas encore épuisé dans l'arrondissement administratif ou la sous-région concernée. Là encore, une prise en compte la situation dans la sous-région est nécessaire, l'objectif étant que la planification des EMS assure une couverture moyenne aussi équilibrée que possible sur l'ensemble du territoire et aplanisse au mieux les disparités régionales. Comme déjà indiqué précédemment, il s'agit de tendre vers une plus grande souplesse au sein des régions.

6. Synthèse

Au vu de l'évolution démographique, tout porte à croire que le nombre de personnes tributaires de soins va augmenter à l'avenir. Garantir une offre résidentielle suffisante ne constitue toutefois que l'un des nombreux défis à relever. Par ailleurs, les besoins en places d'EMS dépendent largement du moment où commence la dépendance liée à l'âge et de sa durée. Les mesures précédant l'entrée en EMS, à savoir celles permettant de maintenir l'autonomie et d'optimiser la fourniture des prestations, ont donc ici toute leur importance.

La répartition par région et sous-région des places d'EMS doit s'effectuer selon des modalités claires et pertinentes. Aujourd'hui, l'attribution se fonde sur un calcul purement mathématique, mais au vu de l'évolution démographique, il apparaît que le seul critère du nombre de personnes âgées de 80 ans et plus ne suffit plus à déterminer les besoins en la matière. Les représentants des fournisseurs de prestations soulignent eux aussi que le calcul doit inclure d'autres facteurs tels que l'offre proposée par les services d'aide et de soins à domicile et les structures intermédiaires. C'est ainsi qu'ils ont chargé un service spécialisé interne d'élaborer divers scénarios – remis ensuite à la DSSI – qui contribueront à optimiser la planification des EMS.

Les EMS ont connu ces dernières années de profondes mutations. Nés au départ de la communalisation des soins aux pauvres et aux anciens (qui voulait que la commune de domicile soit responsable des aînés dans le besoin), ils sont le reflet de cette tradition, ce qui explique aussi pourquoi les personnes âgées sont en Suisse plus nombreuses à vivre en EMS que dans les pays voisins²⁸. Aujourd'hui, ces établissements accueillent en particulier des pensionnaires tributaires de soins lourds. Dans le même temps, ils sont également devenus des structures intermédiaires destinées à celles et ceux qui ne peuvent pas immédiatement réintégrer leur domicile après une hospitalisation, tendance qui est appelée à se confirmer. Il est en outre possible que les frontières entre les offres deviennent plus perméables et que, par exemple, les résident-e-s de logements protégés puissent bénéficier d'un environnement de soins sur place sans avoir à être transféré-e-s dans un service dédié. Par ailleurs, la manière dont les personnes concernées utilisent les offres à disposition amène la stratégie dite de « l'ambulatoire avant le

²⁸ Age-Dossier, *Wohnen im Alter gestern – heute – morgen*, 2012

résidentiel » (virage ambulatoire) à s'orienter vers le principe « l'ambulatoire et le résidentiel ». Or, l'actuelle planification des EMS ne tient pas compte de ces évolutions ni des données relatives aux prestations fournies en dehors des EMS.

La tendance est également à la coordination des soins. Dans son rapport « Etat des lieux et perspectives dans le secteur des soins de longue durée »²⁹, le Conseil fédéral fait remarquer que les soins coordonnés et intégrés constituent un défi tout particulièrement dans le domaine du long séjour, les raisons avancées étant la multimorbidité et l'absence de chaîne de traitement définie chez un nombre considérable de personnes âgées. Leur encouragement, qui passe notamment par le développement des soins et de la prise en charge en structure intermédiaire (à mi-chemin entre résidentiel et ambulatoire, p. ex. structures de jour ou de nuit, logements avec prestations de soins et d'assistance, logements protégés), constitue d'ailleurs un objectif de tout premier plan de la stratégie de la santé du canton de Berne. Il s'agit ici de renforcer la collaboration non seulement entre fournisseurs de prestations, mais aussi entre organisations professionnelles du secteur de la santé, services de consultation sociale (Pro Senectute), proches aidants et bénévoles. Backes & Clemens (2013) estiment dans ce contexte qu'une dynamique est à développer entre les réseaux de soutien, qu'ils soient formels ou informels, pour, d'une part, accompagner les personnes âgées dans leur quotidien et, d'autre part, définir et circonscrire le rôle des proches aidants³⁰.

Cette coordination doit débiter dès le stade de la planification. Etant donné que planifier les places d'EMS s'inscrit dans un contexte bien plus large, celui de la couverture en soins, il convient de tenir compte de diverses perspectives. La planification des soins de longue durée doit par exemple être en accord avec la stratégie de la santé du canton ainsi que les planifications relevant d'autres domaines de soins. Sont aussi à prendre en considération d'autres mesures de la politique des aînés – dont la planification des EMS ne constitue que l'une des multiples facettes – mises en œuvre conjointement par le canton et les communes. L'enjeu est de créer ensemble les conditions permettant de soutenir la population cible à un moment charnière de son existence, celui du passage à une nouvelle phase de vie. Les régions ont ici un rôle important à jouer, notamment en termes de coordination des offres et des prestations, par exemple dans une optique supracommunale.

Comme exposé dans le présent rapport, les demandes de la motionnaire sont pour l'essentiel déjà satisfaites. Les EMS existants ont la possibilité de créer des places supplémentaires dès lors que le contingent n'est pas épuisé dans leur région. Dans le même temps, le canton est néanmoins tenu de garantir dans toutes les régions une couverture des besoins résidentiels, raison pour laquelle une répartition des places jusqu'à l'échelon de la commune est nécessaire. Dans ces conditions, le Conseil-exécutif entend maintenir le système de répartition des places d'EMS au sein des régions administratives.

7. Mesures

Les actions à entreprendre évoquées dans le présent rapport vont au-delà des demandes de la motionnaire. En effet, il s'agit à l'avenir d'adapter davantage les places d'EMS aux besoins effectifs de la population. Le Conseil-exécutif prône le développement d'une approche innovante à même de soutenir les personnes âgées en fonction de leurs besoins et de favoriser leur autonomie selon leurs capacités.

Les générations futures voudront conserver leur indépendance à un âge avancé et bénéficier de services individualisés. Dans ce contexte de changement de société et de diversité des offres socio-sanitaires, tout porte donc à croire que les EMS sont appelés à se transformer. Il importe dès lors de ne pas planifier le nombre de lits d'EMS uniquement sur la base du calcul du nombre des aînés, mais de tenir compte de la réalité vécue par les personnes âgées. Dans le même temps, il s'agit de développer des stratégies conférant aux aînés une véritable place dans notre société et axant le soutien non pas uniquement sur les soins, mais aussi sur le maintien de l'autonomie, l'ambition étant de créer un

²⁹ Confédération suisse (2016), *Etat des lieux et perspectives dans le secteur des soins de longue durée*

³⁰ Backes, G. & Clemens, W. (2013), *Lebensphase Alter* (en allemand uniquement)

environnement propice à renforcer leurs ressources et leur potentiel. Les prestations de soins doivent s'inscrire dans une stratégie globale à la jonction entre politique de la santé et politique sociale. Quant aux communes, elles sont aussi appelées, le cas échéant ensemble, à davantage tenir compte des problématiques liées à l'âge dans les domaines qui sont les leurs et à y apporter des réponses en développant des stratégies ou des axes d'action concrets (p. ex. participation sociale ou urbanisation interne tenant compte de l'évolution démographique).

Pour améliorer la planification des EMS, le Conseil-exécutif envisage la mise en place des mesures suivantes :

- prise en compte de critères de planification supplémentaires et définition d'indicateurs de planification par région,
- analyse des effets de la planification sur l'évolution des coûts et le marché des soins résidentiels de longue durée,
- encouragement des offres intermédiaires (à l'échelle des EMS et des structures de jour et de nuit) dans le cadre de la législation sur les programmes d'action sociale, notamment la loi sur les programmes action sociale (LPASoc),
- inventaire des offres intermédiaires (p. ex. pour les personnes souffrant de démence) et analyse de leurs effets sur le paysage des soins en général et sur la consommation de prestations ambulatoires et résidentielles en particulier,
- encouragement d'une information ciblée sur les offres existantes (résidentielles, intermédiaires et ambulatoires) pour les personnes tributaires de soins,
- participation des communes et des régions, selon des modalités appropriées et compte tenu d'éventuelles adaptations législatives, à la conception de la politique cantonale en faveur des personnes âgées.

8. Proposition au Grand Conseil

Le Conseil-exécutif considère avoir mené à bien le mandat d'examen qui lui a été confié par la motionnaire et demande au Grand Conseil de prendre connaissance du présent rapport.