



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

Impressum

Edition

Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (SAP)

Auteurs

Katharina Frischknecht et Andrea Hornung

Collaboration

Theres Bellwald, Georg von Below, Roland Gasser, Laleh Gharatchedaghi, Andrea Hausammann, Danny Heilbronn, Karen Hofmann, Rahel Huber Vonlanthen, Lucas Kemper, Manuela Kopke, Christa Rudolf von Rohr, Anja Tschannen, Peter Widmer, Sandra Wiederkehr, Thomas Zürcher

Traduction

Division linguistique de la SAP

Lectorat

Service central de traduction, Chancellerie d'État du canton de Berne

Correction

Marion Elmer, www.kontrast.ch

Photos

Couverture: © Perry Wunderlich, 2012

Page 24: © rundum mobil GmbH (à gauche); © Beat Mumenthaler (à droite)

Autres: © Promotion Santé Suisse

Graphisme et mise en pages

Verena Berger, Köniz / Atelier Bläuer, Berne

Table des matières

Avant-propos	7
Introduction et résumé	8
PARTIE A	10
Etat des lieux et objectif du rapport	10
Vieillesse démographique: signification, faits et conséquences	12
Le modèle de la communauté bienveillante ou « <i>caring community</i> »	13
Prise en charge intégrée	13
Défis spécifiques au domaine de la prise en charge	14
Autres thèmes en relation avec la politique du 3 ^e âge	14
Migration de personnel soignant	15
Compatibilité entre travail et soins aux proches	16
Personnel âgé: le changement démographique et son impact sur le monde du travail	16
Stratégies nationales	16
Stratégie nationale en matière de démence 2014–2017	16
Stratégie nationale en matière de soins palliatifs 2010–2012 et 2013–2015	17
Stratégie nationale pour les soins de longue durée	17
Prévoyance vieillesse 2020	18
PARTIE B	19
Domaine d'intervention n° 1: Soutien à l'autonomie et promotion de la santé des personnes âgées	19
Promotion de la santé des personnes âgées	19
« <i>Zwäg Ins Alter</i> » (ZIA) – Promotion de la santé des personnes âgées à l'échelon cantonal	19
VIA – Promotion de la santé des personnes âgées à l'échelon fédéral	20
Caritas – Age et migration	21
Cours CRS pour migrants et migrantes 55 +	23
<i>rundum mobil</i> – Cours de préservation de la mobilité en transports publics	23
Mouvement des Aînés, section bernoise	24
Conseils et information	25
Formation continue	25
Cycle de formation Organisation de la vie quotidienne axée sur le mouvement	25
Domaine d'intervention n° 2: Soutien aux soins et à la prise en charge à domicile et aide aux personnes soignant un proche	27
Soutien aux personnes soignant ou accompagnant un proche	27
Prise en charge de jour	28
Information	28
« <i>Work and care</i> » – Conciliation du travail et des soins aux proches	30

Renforcement de la prise en charge ambulatoire	31
Services d'aide et de soins à domicile	31
Etude sur l'aide et les soins à domicile	31
Etude sur la disposition future des proches et des bénévoles à assurer la prise en charge	33
Offre de formation continue	34
Domaine d'intervention n° 3: Offre de logement et de prise en charge axée sur le long terme	36
Infrastructure adaptée aux personnes âgées au lieu de domicile: une tâche importante de la politique communale du 3 ^e âge	36
Programme des locaux modernisé pour la prise en charge résidentielle	37
Domaine d'intervention n° 4: Prise en charge des personnes âgées atteintes de maladie	39
Encouragement de la médecine de premier recours et de la médecine d'urgence	39
Point de départ: rapport «La médecine de premier recours dans le canton de Berne»	39
Projets novateurs de coopération dans le domaine des soins ambulatoires lancés par des acteurs privés	40
Soutien à des projets innovants de desserte médicale de base	41
Planification des soins selon la loi sur les soins hospitaliers	42
Soins post-aigus	42
Soins aigus et de transition	43
Soins gériatriques	43
Prestations psychiatriques destinées au 3 ^e âge	44
Intégration des malades psychiques chroniques dans les EMS	45
Soins palliatifs	46
Mesures à prendre	47
Mise en œuvre	47
Perspectives	49
Institutions spécialisées pour personnes atteintes de démence sénile	49
Prise en charge de jour	49
Centre Schönberg	49
Domaine d'intervention n° 5: Sensibilisation aux besoins du 3^e âge	52
Intégration des intérêts de la population âgée dans le débat public	52
ProSenior Berne: Forum bernois pour les questions du 3 ^e âge	52
Dialogue des générations: projet «Jung mit Alt»	53
Guide sur la participation des aînés	54
Planifications communales du 3 ^e âge	54
Planification continue	54
Critères et objectifs de la planification	55
Mise en œuvre des lignes directrices en matière de politique du 3 ^e âge dans les communes bernoises: analyse de la situation actuelle	55
Outils pour la planification communale de la politique du 3 ^e âge	56
Planifications régionales du 3 ^e âge et des besoins	56
Critères et objectifs	58
Forums régionaux du 3 ^e âge	58

Domaine d'intervention n° 6: Offre résidentielle conforme aux besoins	60
Planification des EMS et liste des EMS dans le secteur AVS	60
Bases de planification	60
Pratique de la planification des EMS	60
Objectif de la planification des EMS et allocation de places supplémentaires	61
Mécanisme de calcul et répartition des places en EMS entre les périmètres de conférence régionale ou de planification	62
Liste des EMS	67
Perspectives	68
Séjours de courte durée	68
Personnes âgées handicapées tributaires de soins	69
Evolution	69
Planification des EMS et liste des EMS	70
Domaine d'intervention n° 7: Recrutement du personnel soignant et du personnel d'encadrement	71
Formation du personnel soignant	71
Projet pilote CRS Berne « Tremplin »	73
Domaine d'intervention n° 8: Assurance de la qualité	75
Qualité de l'aide et des soins à domicile	75
Qualité des EMS: surveillance des foyers pour personnes âgées	75
Autorisation d'exploiter	75
Surveillance	76
Exigences envers Le cadre de vie	80
Equipped du logement et infrastructure, critère de qualité de vie en EMS	80
Aide à la préservation de la santé et des capacités physiques, critère de qualité de vie en EMS	80
Maintien des contacts sociaux (famille et amis notamment), autre critère de qualité de vie en EMS	81
Domaine d'intervention n° 9: Mécanismes de financement	82
Nouveau régime de financement des soins	82
Financement des soins en EMS	82
Coût du financement résiduel	83
Financement des soins dans l'aide et les soins à domicile	83
Soins aigus et de transition (SAT)	84
Perspectives	85
Annexes	86
Tableau synoptique des projets de la politique du 3 ^e âge	86
Récapitulatif des interventions parlementaires mentionnées dans le rapport	88
Bibliographie	91

Liste des abréviations

ALZ	Association Alzheimer Suisse
BFH	Haute école spécialisée bernoise
CRS	Croix-Rouge suisse
EMS	établissement médicosocial
LAMal	Loi sur l'assurance-maladie
LASoc	Loi (cantonale) sur l'aide sociale
OAS	Office des affaires sociales
ODH	Office des hôpitaux
OFoy	Ordonnance sur les foyers
OMC	Office du médecin cantonal
OPAH	Office des personnes âgées et handicapées
RPT	Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons
SAP	Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale
VIA	Promotion de la santé des personnes âgées (projet national)
ZIA	«Zwäg ins Alter» – Promotion de la santé des personnes âgées (programme cantonal)



Viellir et être vieux un jour, tel est notre destin commun. En l'espace d'un siècle, les avancées de la médecine et de l'hygiène ont allongé la durée de vie moyenne, ce qui nous place tous devant des situations, des tâches et des défis nouveaux.

A l'instar des très jeunes enfants, qui dépendent de la présence attentive et du soutien de leurs parents, certaines personnes âgées et très âgées peuvent, au terme d'une longue existence, nécessiter de nouveaux soins et assistance. Se préoccuper d'autrui est un devoir social qui doit être rempli là où vivent les gens : dans les villages, les quartiers, les villes et les régions. C'est donc là que la politique du 3^e âge a sa place. Face au vieillissement de notre population, nous devons tous nous efforcer d'accorder à la cohésion sociale et au souci de l'autre l'importance qu'ils méritent. Notre cadre de vie doit être aménagé pour permettre aux personnes fragiles et vulnérables de mener elles aussi une existence faite de contacts sociaux, de participation à la vie commune grâce à des structures et des infrastructures autorisant la mobilité malgré les restrictions dues à l'âge. C'est ce que la gérontologie résume dans le concept de « *caring community* » (communauté bienveillante). Cette expression signifie assumer la responsabilité de prendre soin l'un de l'autre et acquérir une confiance mutuelle. Car n'est-il pas vrai qu'en fin de compte, une collectivité ne peut fonctionner que si elle développe un certain degré de fiabilité et de cohésion sociales ? Dans une « *caring community* », la prise en charge doit être répartie équitablement. Ainsi, ce modèle octroie des responsabilités à l'individu et à la communauté dans laquelle il vit, tout comme à la société et à l'Etat. Nous sommes tous responsables de la mise en place des conditions indispensables pour offrir une vie agréable aux personnes âgées, car nous y avons tous intérêt.

La politique du 3^e âge consiste à anticiper les défis de l'évolution démographique et à se préparer à les affronter. Cette mission n'est pas seulement celle du canton, elle est notre mission à toutes et tous, car toutes et tous, nous serons un jour concernés très directement et personnellement par ce que l'on appelle la vieillesse. Le présent rapport se penche sur la question de savoir quelles sont et quelles pourraient être les conséquences de l'évolution démographique et apporte des ébauches de réponses. Mes collaboratrices et collaborateurs comme moi-même savons que la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale n'est pas seule responsable de la question du vieillissement de la population. Son domaine de compétence englobe en revanche des thématiques essentielles et fondamentales qui la concernent. C'est en dépit de cela ou justement pour cette raison que nous tentons, dans la première partie plus générale du rapport, d'analyser la question du vieillissement de la population dans une optique plus large que celle de nos attributions officielles. Le vieillissement concerne plusieurs sphères de l'existence et ses conséquences s'étendent au-delà du domaine strictement sanitaire et social. Elles concernent aussi la construction et les infrastructures, l'aménagement du territoire et l'urbanisme, la planification des transports ou le monde du travail. Ainsi, à moyen terme, d'autres Directions de l'administration cantonale devront prendre des mesures. Nous voulons nous employer ensemble à faire du canton de Berne un canton où il fait bon vivre pour les personnes de tous âges. C'est la mission dans laquelle ma Direction s'investit depuis longtemps.

Philippe Perrenoud, directeur de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne

Alors que suite à la publication des dernières projections démographiques par l'Office fédéral de la statistique (OFS), les médias parlent de manière réductrice d'« Altersheim Schweiz » (EMS Suisse)¹, il est d'autant plus important de porter sur le vieillissement et la vieillesse un regard plus nuancé. Il ne fait aucun doute que le vieillissement de la société soulève des questions nouvelles qui constituent un défi pour tous. Parler d'« EMS Suisse », c'est schématiser exagérément une situation complexe et consolider encore l'image négative et surtout faussée du vieillissement et de la vieillesse. Selon la statistique SOMED², en 2013, les habitants du canton de Berne âgés de 80 ans et plus (80+) étaient environ 18,1 pour cent à résider en établissement médico-social. Cela signifie qu'à la même date, ils étaient plus de 80 pour cent à vivre à leur domicile (voir domaine d'intervention n° 5, p. 52). On ne peut donc en aucun cas, ni aujourd'hui ni à l'avenir, parler d'« EMS Suisse ».

Le présent rapport définit plusieurs grands domaines dans lesquels l'évolution démographique se fera sentir :

- **Logement et services :** avoir un chez soi est primordial pour chacun d'entre nous. A mesure que l'on vieillit, le logement prend une place de plus en plus importante, car dans la phase de l'existence qui suit la vie active, la plupart des gens passent bien plus de temps qu'auparavant entre leurs quatre murs. Rien d'étonnant dès lors que les personnes âgées souhaitent terminer leur vie dans leur environnement familial ou du moins y rester le plus longtemps possible. La santé se fragilisant avec l'âge, il est important de pouvoir disposer de logements sans obstacles où la liberté de mouvement est assurée malgré une mobilité réduite. Habiter dans un appartement ou une maison dont l'aménagement n'est pas adapté peut pousser certaines personnes âgées à déménager alors qu'un déambulateur leur permettrait d'être encore suffisamment mobiles. Dans ce contexte, les règlements des constructions des communes et leur sensibilité aux impératifs de la politique du 3^e âge sont essentiels (voir domaine d'intervention n° 3, p. 36). Il est probable que les besoins d'assistance augmenteront avec le vieillissement de la population. Les services propres à y répondre seront recherchés et devront se développer pour que les personnes âgées puissent continuer à vivre chez elles.
- **Monde du travail :** le vieillissement démographique confronte employeurs et salariés à des situations inédites. Sur le marché du travail, la main-d'œuvre avance en âge et la relève est insuffisante. Les employeurs sont contraints de se demander comment maintenir leur personnel vieillissant dans les processus de travail, comment le soutenir et quels modèles de travail lui proposer (voir partie A, p. 16). Les salariés sont quant à eux de plus en plus nombreux à supporter une double charge, car ils doivent concilier activité professionnelle et assistance et soins à ceux de leurs proches qui en ont besoin. Lorsqu'ils choisissent de donner la priorité à leurs parents âgés, ils doivent veiller à ce que leurs propres rentes de vieillesse n'en pâtissent pas (voir partie A, p. 16). A l'avenir, cette question sollicitera certainement les employeurs comme les salariés.
- **Soins et médecine :** avec le vieillissement démographique, la probabilité de voir s'accroître le nombre de personnes âgées requérant des soins augmente. Simultanément, une pénurie de personnel soignant s'annonce, car le monde du travail n'est

¹ P. ex. émission « 10vor10 » du 29.9.2015.

² Statistique des institutions médico-sociales (SOMED, Office fédéral de la statistique).

pas en mesure de fournir toute la relève nécessaire. Ainsi, la promotion de la santé des personnes âgées continuera à jouer un rôle important en les aidant à réaliser leur souhait de rester chez elles. Il faudra en même temps accorder plus de poids à la réadaptation gériatrique (voir domaine d'intervention n° 4, p. 43), qui contribue elle aussi au retour des personnes âgées à la maison après un séjour hospitalier et leur évite d'entrer en EMS. Les offres résidentielles de longue durée nécessitent une importante dotation en personnel et il est possible de remédier partiellement à la pénurie future de professionnels des soins de santé suffisamment bien formés par un soutien systématique de la promotion de la santé et de la réadaptation gériatrique. Parallèlement, l'obligation de formation aidera à garantir que la Suisse dispose de suffisamment de personnel soignant qualifié (voir domaine d'intervention n° 7, p. 71).

- La question de la migration du personnel soignant (voir partie A, p. 15) s'inscrit dans la même optique.
- Mise en œuvre dans les communes et les régions: bénéficier d'un environnement de qualité et sans obstacle dans toutes les communes est de plus en plus important pour les personnes âgées. Il est donc indispensable que les quartiers soient aménagés en conséquence et que les localités prennent les mesures nécessaires dans les plans d'aménagement du territoire. En effet, la société dans son ensemble doit veiller à ce que ses membres se soutiennent mutuellement et forment une « caring community » (voir partie A, p. 13).

Comme les précédents, le présent rapport expose les développements récents dans les différents domaines d'intervention ainsi que les progrès de la mise en œuvre de la politique du 3^e âge dans le canton. Il convient de souligner à ce propos que bon nombre de projets pilotes se sont entretemps solidement enracinés et ont évolué en offres régulières, notamment les programmes de promotion de la santé des personnes âgées (voir domaine d'intervention n° 1, p. 19), le projet Age et migration (voir domaine d'intervention n° 1, p. 21 et 22) et les cours de mobilité pour seniors (voir domaine d'intervention n° 1, p. 23).

Etat des lieux et objectif du rapport

Le vieillissement croissant de l'ensemble de la population dans tous les pays industrialisés occidentaux concerne aussi la Suisse et donc le canton de Berne. Il constitue le point de départ du présent rapport. Cette évolution est due, d'une part, à un allongement constant de l'espérance de vie et, de l'autre, au recul des naissances depuis les années 1970. La relation entre jeunes générations et générations plus âgées se décale progressivement. Le nombre de personnes âgées augmente par rapport à celui des personnes jeunes, ce qui se traduit par un vieillissement général de la population. Ce phénomène ne touche pas que le canton de Berne. On l'observe dans toute la Suisse, mais à des degrés différents. Le canton de Berne fait partie de ceux qui, proportionnellement, présentent déjà et présenteront une part importante de retraités.

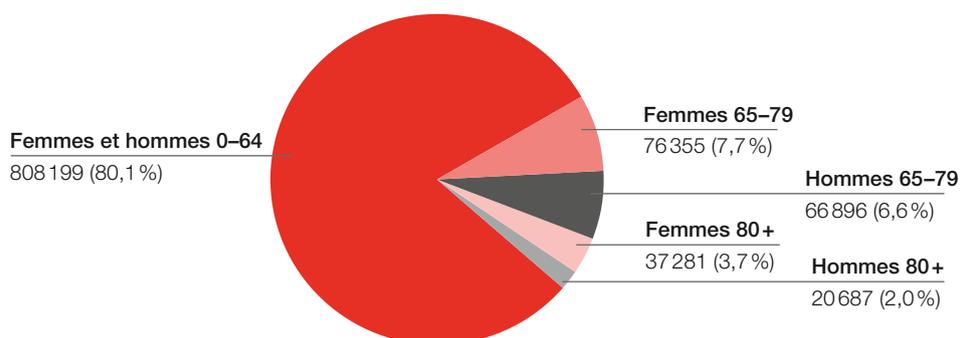
« A la fin de l'année 2013, la Suisse compte 4,1 millions de femmes et 4,0 millions d'hommes. Si les hommes sont plus représentés dans les classes d'âges plus jeunes, entre 0 et 24 ans, l'écart se resserre pour atteindre une égalité presque parfaite entre les deux sexes dans la tranche d'âge des 35-44 ans. A partir de 60 ans, les femmes, dont l'espérance de vie est plus grande, sont de plus en plus représentées. Actuellement, en Suisse, une femme sur cinq et un homme sur six ont plus de 64 ans. Plus d'un quart de ces seniors a 80 ans ou plus. Les indicateurs relatifs à l'âge montrent, d'une part, que le *vieillissement est plus marqué* au Tessin, Bâle-Campagne, Schaffhouse, Jura, Bâle-Ville et Berne. Dans ces régions, on compte plus de 32 personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 personnes en âge de travailler, alors qu'en Suisse on n'en recense que 28. »³

Selon la statistique de la population et des ménages (STATPOP ; 27.8.2015) de l'OFS, la population résidente permanente du canton de Berne s'élevait à 1 009 418 personnes, dont 201 219 âgées de 65 ans et plus (19,9%). 57 968 personnes sont âgées de 80 ans et plus (5,7%).

Population selon l'âge et le sexe 31.12.2014 Valeurs absolues et part en %

Illustration 1

Population du canton de Berne selon l'âge et le sexe au 31.12.2014



Tant dans l'ensemble de la Suisse que dans le canton de Berne, les 65 et plus sont en majorité des femmes : ce groupe de population, qui totalise 201 219 personnes, compte 87 583 hommes et 113 636 femmes.

La part des femmes augmente avec la durée de vie : dans la tranche d'âge des 80 ans et plus (80+), qui englobe 57 968 personnes, on dénombre 20 687 hommes et 37 281 femmes.

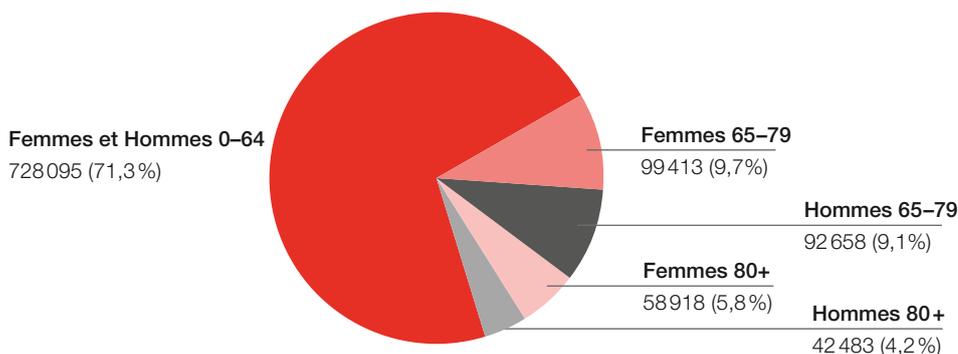
³ Communiqué OFS du 24.4.2014 à propos de l'effectif de la population au 31.12.2013.

Cette tendance se poursuit dans les projections jusqu'en 2035. A cette date, la part des 65+ dans la population totale du canton de Berne aura nettement augmenté, et ce, tant dans le « scénario moyen » que dans le « scénario haut ». Alors qu'au 31 décembre 2014, la proportion de 65+ était encore de 19,9 pour cent, la Conférence cantonale des statistiques prévoit dans son « scénario moyen » qu'elle aura passé à près de 28,7 pour cent en 2035 (moyenne CH: 24,5% selon les scénarios les plus récents A-00-2015 (moyens) de l'Office fédéral de la statistique⁴ pour une population totale attendue d'environ 1 021 500 personnes.

Population selon l'âge et le sexe 2035, scénario moyen, valeurs absolues et part en %

Illustration 2

Population selon l'âge et le sexe 2035, scénario moyen

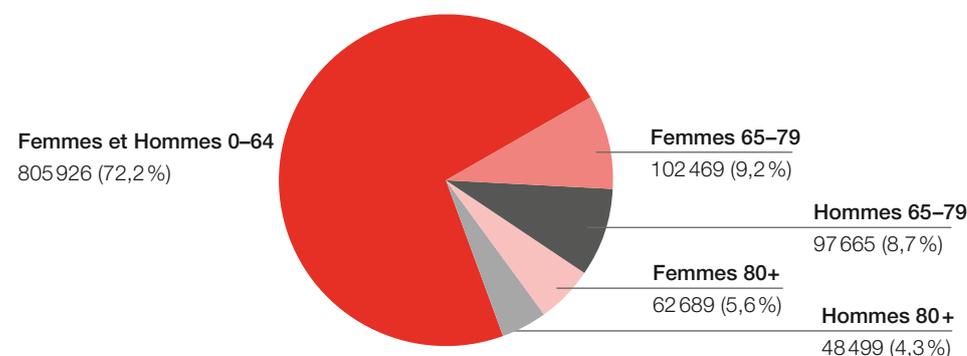


Selon le « scénario haut », la Conférence cantonale des statistiques table sur le fait que d'ici 2035, la part des 65+ aura augmenté à 27,8 pour cent (moyenne CH: 23,6%) pour une population totale attendue de près de 1 117 000 personnes.

Population selon l'âge et le sexe 2035, scénario haut, valeurs absolues et part en %

Illustration 3

Population selon l'âge et le sexe 2035, scénario haut



Autrement dit, dans les deux scénarios, bien plus d'un quart de tous les habitants du canton de Berne auront 65 ans et plus en 2035, leur part étant légèrement moins élevée dans le « scénario haut » que dans le « scénario moyen ».

D'ici 2035, dans les deux scénarios, la part des 80+ dans la population totale passera de 5,7 pour cent aujourd'hui à quelque 10 pour cent. Ces chiffres sont nettement plus élevés que la moyenne suisse (moyenne CH: 7,9% ou 7,7% selon le scénario⁵. Ainsi, le canton de Berne fait partie de ceux où la part des 65+ et 80+ est supérieure à la moyenne.

Cette évolution démographique est déjà en cours. Elle ne peut être ni stoppée ni contrôlée. Dès lors, il incombe d'autant plus au canton de se préparer à la maîtriser. Par rapport à 1950, les personnes du quatrième âge (80+) sont en bien meilleure santé et

⁴ <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/03/blank/key/intro.html> (1.9.2015)

⁵ Voir scénarios les plus récents A-00-2015 (moyen) et B-00-2015 (haut) de l'Office fédéral de la statistique.

beaucoup plus autonomes dans leurs activités quotidiennes, donc moins dépendantes d'une aide extérieure.

L'objectif du présent rapport est d'exposer les conséquences possibles du vieillissement de la population, de définir les mesures à prendre et de mettre en œuvre celles qui sont du ressort du Conseil-exécutif et des Directions cantonales. Vieillir est un phénomène qui porte sur différentes sphères de l'existence. Le vieillissement de la population n'est pas déterminant uniquement pour la santé et le social. Il influence de plus en plus d'autres domaines et requiert une attention croissante, notamment en ce qui concerne l'aménagement du territoire (planification urbaine), l'économie et le travail (politique à l'égard du personnel âgé, « *work and care* »).

Ce rapport décrit également l'évolution de la politique du 3^e âge dans le canton de Berne ainsi que les mesures mises en place. La partie B rend compte des projets (pilotes) cofinancés par la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale (SAP) dans le cadre de la politique du 3^e âge et de leur développement. Cette partie s'articule autour des neuf domaines d'intervention définis dans les rapports précédents.

Vieillesse démographique : signification, faits et conséquences

Le changement démographique se traduit par un accroissement du nombre de personnes âgées voire très âgées. Une grande partie d'entre elles bénéficient ainsi d'une tranche de vie supplémentaire au cours de laquelle elles jouissent d'une bonne ou même d'une excellente santé et restent autonomes. Cependant, certaines d'entre elles courent le risque de cumuler les maladies et de voir leurs activités quotidiennes restreintes. La probabilité d'être atteint de démence, notamment, augmente fortement à mesure que l'on avance en âge. Conscient des défis que pose cette évolution, le canton de Berne a pris la question en main il y a plusieurs années déjà et a apporté et apporte toujours son soutien financier à plusieurs mesures et projets⁶.

Les chiffres de l'Office fédéral de la statistique montrent une tendance nette à l'accroissement du nombre de ménages d'une personne dans l'ensemble de la Suisse. A la fin de 2013, le canton de Berne en comptait environ 161 300 contre un peu plus de 157 000 à la fin 2010. Le vieillissement démographique contribue au fait que de plus en plus de personnes âgées vivent seules, non seulement et de manière générale en raison de l'augmentation du nombre de personnes qui vivent et vieillissent dans un ménage d'une personne, mais aussi parce que les séparations et les divorces se multiplient une fois la phase familiale terminée ou qu'une compagne ou un compagnon décède. Une autre raison de cette évolution est la mobilité accrue de la jeune génération : les enfants travaillent et habitent plus loin de chez leurs parents. Même si pour une personne âgée, vivre seule ne signifie pas automatiquement s'isoler, la probabilité grandit avec le nombre croissant de ménages d'une personne.

Les risques, à savoir l'isolement, la restriction de la mobilité (physique ou intellectuelle) et donc la diminution de la participation à la vie sociale, constituent un défi pour l'ensemble de la société. C'est la raison pour laquelle les conditions d'existence des personnes âgées sont importantes. La collectivité doit donc évoluer en une « *caring community* » (voir partie A, p. 13) pour prendre soin de ses membres, les faire participer à la vie sociale et, partant, les intégrer.

Par ailleurs, l'évolution de la société se traduit par un accroissement du nombre de femmes exerçant une activité professionnelle. Etant donné que dans la plupart des cas, ce sont elles qui continuent à jouer le rôle de proches aidants, elles ont de plus en plus souvent à supporter une charge multiple : s'occuper de leurs enfants et de leurs parents tout en travaillant.

⁶ Association Alzheimer Suisse, Berne ; centres de jour ; Centre Schönberg de prise en charge de la démence et de soins palliatifs, Berne.

Le modèle de la communauté bienveillante ou «*caring community*»

«*Caring community*» est une expression issue de la gérontologie et utilisée à l'échelon international. Elle signifie que la prise en charge d'autrui est une tâche qui incombe à l'ensemble de la collectivité. Le vieillissement de la population et le nombre grandissant de personnes âgées dans la société requiert, dans l'optique gérontologique, une nouvelle culture du «prendre soin». C'est ce qu'explique très bien Thomas Klie, directeur du Centre pour l'étude de l'évolution de la société civile à l'Université évangélique de Fribourg-en-Brisgau, dans un entretien à podcaster où il décrit ce modèle⁷.

Selon le modèle de «*caring community*», la prise en charge, le soutien et les soins sont au centre de la société et donc ancrés politiquement là où vivent les gens, autrement dit dans les villages, les quartiers, les villes et les régions. On ne peut ni ne doit les déléguer tout simplement à une assurance ou s'en remettre aux seules familles, qui sont souvent proches de l'épuisement. Thomas Klie insiste sur le fait que le «vivre ensemble» et le «souci de l'autre» doivent retrouver leur place dans notre société. Dans ce contexte, les communes doivent assumer un rôle de coordination en créant des conditions qui permettent aux gens, même fragiles, de vivre une existence agréable et aussi indépendante et autonome que possible. Pour s'épanouir, l'individu a besoin d'une société solidaire, qui se préoccupe de ses membres et pratique une responsabilité anticipatrice. Nous devons tous nous efforcer d'entretenir des contacts sociaux de qualité et devons nous préparer à accepter la dépendance sans pour autant perdre notre libre choix de décision. Il est important, selon Thomas Klie, de soigner nos réseaux sociaux, nos liens de parenté, nos affinités et nos amitiés anciennes et nouvelles. Ce n'est qu'ainsi que nous pouvons disposer d'un réseau social porteur. Dans les cas où cela ne fonctionne pas spontanément, le canton et les communes sont appelés à intervenir. La politique du 3^e âge doit avoir pour but de créer les conditions permettant la naissance de communautés bienveillantes (p. ex. par une planification urbaine intelligente, par les aménagements de quartier, par la technique assistante). Créer subsidiairement des conditions pour une vie de qualité par des mesures adéquates de politique du 3^e âge fait partie des missions primordiales du canton et des communes. La prise en charge des personnes âgées doit devenir une préoccupation publique et ne peut pas être laissée aux seules familles et aux seuls individus.

Prise en charge intégrée

La nécessité d'une meilleure mise en réseau et d'une coordination des multiples mesures, offres et acteurs est un thème commun à tous les domaines d'intervention considérés ci-après. S'agissant plus spécifiquement de la santé, une intégration plus pous-



⁷ Entretien mené à la Heinrich-Böll-Stiftung le 11 mars 2014, <https://www.boell.de/de/2014/03/18/das-konzept-der-caring-communities>

sée des différents secteurs et fournisseurs de prestations s'impose afin de développer une offre sanitaire régionale relevant d'une responsabilité partagée. Elle doit bénéficier avant tout aux malades chroniques et aux personnes âgées. La SAP est chargée de procéder à une analyse rigoureuse des besoins pour définir les mesures qui s'imposent en matière de recherche et de développement, de planification et de pilotage. Au cours des deux années écoulées, elle a mis sur pied une série d'essais pilotes permettant de tester et d'évaluer des éléments nouveaux et de tirer ensuite parti des expériences acquises pour optimiser l'intégration des soins.

Si les médecins de premier recours, les hôpitaux, les EMS et les organisations d'aide et de soins à domicile sont des acteurs de premier plan dans l'intégration des soins, un rôle capital revient aussi aux communes et aux régions, à leur planification respective et aux conférences régionales.

Toute forme de mise en réseau et d'intégration présuppose que l'on sache où et comment se renseigner sur les offres et prestations pouvant répondre aux différents besoins et que cette information soit facilement accessible au grand public et aux personnes en quête de conseils comme aux professionnels des différents secteurs. Internet étant l'un des grands vecteurs de l'information, Pro Senectute canton de Berne a mis en ligne deux plateformes sur mandat de la SAP : www.infosenior.ch, qui recense les adresses des fournisseurs de prestations dans l'ensemble du canton et fournit des informations utiles sur le logement, la santé, la prévention, l'aide à domicile, la mobilité et le conseil, et www.logement60plus.ch, qui détaille les offres et les prix des différents types d'habitat destinés au 3^e âge. En cas de maladie, le site www.geriatrie-kantonbern.ch/fr fournit un aperçu des structures gériatriques existantes et assure aux professionnels du domaine un accès aux normes et lignes directrices des soins gériatriques.

Défis spécifiques au domaine de la prise en charge

Dans le domaine de la prise en charge, le nombre croissant de personnes souffrant de démence, de maladies psychogériatriques et d'addictions chroniques constitue un défi important. Lorsque les personnes concernées sont issues de la migration, le contact, l'encadrement et les soins requièrent d'autant plus de compétences en raison des différences de langue et de culture. Pour encadrer et soigner des personnes atteintes de démence, de maladies psychogériatriques graves – qui nécessitent parfois une prise en charge individuelle – ou d'addictions chroniques, il faut disposer à la fois de personnel possédant des qualifications spécifiques, de savoir-faire et de ressources financières. Autant de gageures pour le personnel soignant comme pour l'environnement social, auxquelles répondre implique pour le domaine de la prise en charge un effort majeur. Le financement des soins aux personnes âgées constituera lui aussi un défi permanent. Dans ce contexte, le système des prestations complémentaires (PC) joue un rôle central, puisqu'il évite aux personnes âgées nécessitant des soins de dépendre de l'aide sociale. Une révision de la loi sur les prestations complémentaires (LPC) est actuellement à l'examen à l'échelon national.

Autres thèmes en relation avec la politique du 3^e âge

La Suisse est un pays d'immigration. Sans les immigrés, notre population diminuerait depuis longtemps, car le nombre de naissances ne suffit pas à assurer le remplacement des générations⁸. Simultanément, grâce à la main-d'œuvre étrangère qualifiée, la Suisse a pu conserver sa compétitivité. L'acceptation de l'initiative populaire contre l'immigration de masse aggraverait la pénurie de main-d'œuvre qualifiée, particulièrement perceptible en ce qui concerne le corps médical et le personnel soignant, où le pour-

⁸ On parle de remplacement des générations quand le nombre de filles dans la génération des enfants est égal au nombre de femmes dans la génération des parents. A cause du rapport de masculinité à la naissance et de la faible mortalité infantile, le niveau de remplacement est atteint lorsque les femmes ont environ 2,1 enfants. Or en Suisse, le nombre de naissances n'avoisine que 1,5 enfant par femme.

centage de personnes issues de la migration est élevé (formation et perfectionnement dans les professions de santé non universitaires, voir domaine d'intervention n° 7, p. 71). Une participation accrue des femmes et des personnes âgées peut remédier partiellement à cette situation, mais nécessite la mise en place d'un cadre correspondant : mesures de conciliation entre prise en charge et vie professionnelle, assouplissement de l'âge de la retraite, adaptation des postes de travail et du contenu de l'activité pour les personnels âgés.

Migration de personnel soignant

Depuis l'entrée en vigueur de l'extension de la libre circulation des personnes en mai 2011, la migration de la main-d'œuvre a pris en Suisse une nouvelle forme que l'on rencontre depuis de nombreuses années en Autriche et en Allemagne. Il s'agit de la « *care migration* », expression désignant le phénomène des personnes, venues en majorité de l'Europe de l'Est, qui, 90 jours durant (et souvent 24 heures sur 24), prodiguent dans des ménages privés aide et soins à des personnes âgées qui en ont besoin.

Cette tâche en continu est la plupart du temps assurée par des migrantes pendulaires qui viennent en Suisse pour trois mois et habitent pendant ce temps chez les personnes âgées dont elles s'occupent avant de rentrer dans leur pays. Pour assurer une prise en charge ininterrompue de leur clientèle, deux migrantes pendulaires se relaient tous les trois mois. Il n'existe aucun chiffre officiel concernant leur nombre. On sait seulement que plus de quarante agences de placement⁹ opèrent en Suisse dans ce secteur en pleine croissance.

Etant donné qu'il s'agit d'un placement privé, cette forme de prise en charge échappe au contrôle de l'Etat. Pour les personnes qui l'assurent, les conditions de travail peuvent donc être précaires, car elles sont parfois mal payées et leurs horaires de travail ne sont pas suffisamment encadrés sur le plan juridique.

Le nombre croissant de personnes âgées ayant besoin d'aide et de soutien qui désirent continuer à vivre chez elles se traduit par une augmentation de la demande de services correspondants et, partant, de personnel. Il est donc nécessaire de mettre en place des dispositions claires pour protéger les migrantes pendulaires comme les personnes âgées ayant besoin d'aide et de soins qui les engagent. Le sujet doit être réglé à l'échelon national. A cet effet, le Conseil fédéral a adopté le postulat déposé par la conseillère nationale Barbara Schmid-Federer qui le charge d'examiner si et dans quelle mesure il est possible d'améliorer les conditions de travail des migrantes pendulaires. Le 29 avril 2015, il a adopté le rapport intitulé « Soins aux personnes âgées : encadrer la migration pendulaire ». Les départements fédéraux concernés devront, en collaboration avec les cantons et les partenaires sociaux, présenter au Conseil fédéral une proposition concrète de solution d'ici fin 2016.



⁹ Schilliger, Sarah. 2014. « Transnationale Care-Arbeit : Osteuropäische Pendelmigrantinnen in Privathaushalten von Pflegebedürftigen », in: Schweizerisches Rotes Kreuz (éd.). Who cares? Pflege und Solidarität in der alternden Gesellschaft, Zurich.

Compatibilité entre travail et soins aux proches

Suite au changement démographique, les personnes de 26–50 ans sont de plus en plus nombreuses à (devoir) prodiguer aide et soins à des proches qui en ont besoin, généralement leurs parents ou leurs beaux-parents. Or, concilier travail et soins aux proches nécessite beaucoup d'énergie et de temps.

Cette situation confronte les salariés comme les employeurs à des défis nouveaux. Il s'agit donc d'introduire des modèles souples qui permettent de prendre soin de ses proches sans (devoir) renoncer précocement à exercer une activité rémunérée. Aujourd'hui, ce sont surtout les femmes qui abandonnent leur métier et mettent de ce fait en danger leur propre avenir financier. Les employeurs pâtissent eux aussi de cette évolution, car dans les deux décennies à venir, le nombre de personnes en âge de travailler reculera en raison du départ à la retraite des *baby boomers* (générations issues des années de forte natalité). Les personnes nées dans les périodes ayant suivi le baby boom ne parviendront pas à combler le déficit qui s'ensuivra. A l'avenir, la compatibilité entre travail et soins aux proches sera économiquement décisive pour l'ensemble d'entre nous, salariés et employeurs, femmes et hommes. Lui-même employeur, le canton de Berne ne peut ignorer le problème et devra s'atteler à la recherche de solutions.

Sa nouvelle stratégie relative au personnel prévoit de maintenir les modèles actuels de travail et d'horaire de travail, de les adapter à l'évolution des conditions générales et d'en mettre en place de nouveaux. Dans ce cadre, il lui faudra examiner la réduction du taux d'occupation permettant de s'occuper d'un ou d'une proche adulte.

Personnel âgé: le changement démographique et son impact sur le monde du travail

Le changement démographique contribue par ailleurs au vieillissement moyen du personnel des entreprises. Le marché du travail sera plus nettement touché encore. Il convient donc de répondre à plusieurs questions urgentes, par exemple: comment conserver les collaboratrices et collaborateurs âgés au sein de l'entreprise? Que faut-il mettre en place pour leur permettre de continuer à fournir des prestations de qualité et de rester un précieux atout pour l'entreprise ou l'employeur? Sur le plan démographique, la pénurie de relève rendra de plus en plus difficiles les départs à la retraite anticipée et le renoncement à la force de travail, au savoir-faire et à l'expérience professionnelle des collaborateurs âgés. Pour bon nombre d'employeurs, cela signifie qu'il faut non seulement disposer d'une politique du personnel, mais aussi pratiquer une politique active à l'égard du personnel âgé. Là également, le canton de Berne, en sa qualité d'employeur, ne peut ignorer le problème et devra multiplier les efforts pour le résoudre.

Stratégies nationales

Les stratégies nationales portent avant tout sur le domaine de la santé et les questions ayant trait à la prise en charge. Il en existe une en matière de démence et une autre en matière de soins palliatifs. Toutes deux concernent également le domaine du 3^e âge. Par ailleurs, le postulat 12.3604 de la conseillère nationale Jacqueline Fehr charge le Conseil fédéral de définir une stratégie pour les soins de longue durée.

La Prévoyance vieillesse 2020 constitue elle aussi un jalon important dans la politique fédérale du 3^e âge.

Stratégie nationale en matière de démence 2014–2017

Le canton de Berne a participé à l'élaboration de la Stratégie nationale en matière de démence 2014–2017 approuvée le 21 novembre 2013 par le « Dialogue Politique nationale suisse de la santé », la plateforme permanente de la Confédération et des cantons. Les personnes atteintes de démence et leur entourage sont au centre de cette stratégie, qui vise à alléger la charge inhérente à la maladie et à améliorer la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes. Les personnes concernées doivent, durant toute

l'évolution de leur maladie, avoir accès à des prestations coordonnées et adaptées à leurs besoins.

La Stratégie nationale en matière de démence 2014–2017 s'articule en quatre champs d'action :

- compétences en matière de santé, information et participation,
- offres adaptées au besoin,
- qualité et compétences spécifiques,
- données et transmission des connaissances.

Ces quatre champs d'action sont assortis de neuf objectifs, que le canton de Berne approuve et a déjà réalisés au travers de plusieurs mesures (voir domaine d'intervention n° 2, p. 27 et domaine d'intervention n° 4, p. 49).

Il reste à formuler de manière détaillée et à développer les projets qui serviront à la réalisation de ces objectifs. Le canton de Berne participera activement à cette phase importante.

Une attention toute particulière devra être portée au financement des offres adaptées au besoin. Etant donné que le financement des soins est réglé à l'échelon fédéral, il convient dans un premier temps d'attendre les résultats du projet qui y est consacré. Le canton de Berne devra ensuite décider si des mesures supplémentaires sont nécessaires à son niveau et, le cas échéant, si elles requièrent une coordination intercantonale.

La mise en œuvre concrète de la Stratégie nationale en matière de démence 2014–2017 constitue une mission exigeante pour les cantons, car l'évolution démographique lui confère une importance majeure. Le Grand Conseil en est conscient, et l'une de ses membres a d'ores et déjà adressé au Conseil-exécutif une première intervention¹⁰, à laquelle la SAP a répondu lors de la session de novembre 2014.

Stratégie nationale en matière de soins palliatifs 2010–2012 et 2013–2015

Dans son rapport, la Confédération estime qu'en raison de l'évolution démographique, les besoins en matière de soins palliatifs sont destinés à augmenter¹¹. Le nombre absolu de personnes âgées nécessitant des soins s'inscrira en hausse. L'évolution de la pyramide des âges – progression de la population âgée par rapport à la population jeune – se traduira également par un accroissement du nombre de décès. Il faut donc s'attendre à voir s'élever le nombre de personnes ayant besoin de soins palliatifs. La Confédération situe cette augmentation des besoins essentiellement dans les soins de longue durée, dans les soins aigus hospitaliers ainsi que dans les soins ambulatoires. Le canton de Berne fait la même constatation dans son document stratégique « Programme du canton de Berne en matière de soins palliatifs » publié en hiver 2013/14 (voir domaine d'intervention n° 4, p. 47).

Stratégie nationale pour les soins de longue durée

Suite au postulat déposé le 15 juin 2012 par la conseillère nationale Jacqueline Fehr, le Conseil fédéral a été chargé de récapituler les rapports et autres enseignements existants en les complétant au besoin par une analyse détaillée, qui déterminera les domaines où il sera nécessaire d'intervenir pour répondre aux défis à prévoir dans le domaine des soins de longue durée. Ensuite, à partir de cette analyse, il élaborera une stratégie. La direction des travaux a été confiée à l'Office fédéral de la santé publique. Tous les services de l'administration fédérale concernés par le thème des soins y participent, au même titre que les cantons.

¹⁰ Interpellation Striffeler-Mürset du 27 février 2014, « Mise en œuvre dans le canton de Berne de la Stratégie nationale en matière de démence » (I 058-2014).

¹¹ Stratégie nationale en matière de soins palliatifs 2013–2015 : Bilan de la Stratégie nationale en matière de soins palliatifs 2010–2012 et actions requises de 2013–2015. Version abrégée <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13769/index.html?lang=fr> (consultée en février 2015).

Prévoyance vieillesse 2020

La Prévoyance vieillesse 2020, qui fait également partie des stratégies nationales, a pour objectif de maintenir le niveau des prestations de la prévoyance vieillesse à long terme. A cet effet, le Conseil fédéral veut adapter l'AVS et la prévoyance professionnelle (2^e et 3^e piliers) au nombre croissant de rentiers et à l'augmentation de leur espérance de vie. Il a présenté trois mesures principales : l'abaissement du taux de conversion du 2^e pilier, le relèvement du taux de TVA et l'harmonisation de l'âge de référence à 65 ans pour les femmes et les hommes¹².

¹² Lors de la session d'automne 2015, le Conseil des Etats a approuvé la proposition du Conseil fédéral en lui apportant quelques légères adaptations et l'a transmis au Conseil national pour délibération.

PARTIE B

Cette partie expose les développements intervenus dans chacun des domaines d'intervention depuis la parution du précédent rapport en 2011. Ces neuf domaines d'intervention, qui ont été définis dans le premier rapport sur la politique du 3^e âge du canton de Berne datant de 2004, en constituent le cadre. L'avancement de la mise en œuvre des mesures diffère considérablement d'un domaine d'intervention à l'autre, mais la plupart de celles concernant le domaine d'intervention n° 9 consacré au financement sont d'ores et déjà en place.

Domaine d'intervention n° 1 : Soutien à l'autonomie et promotion de la santé des personnes âgées

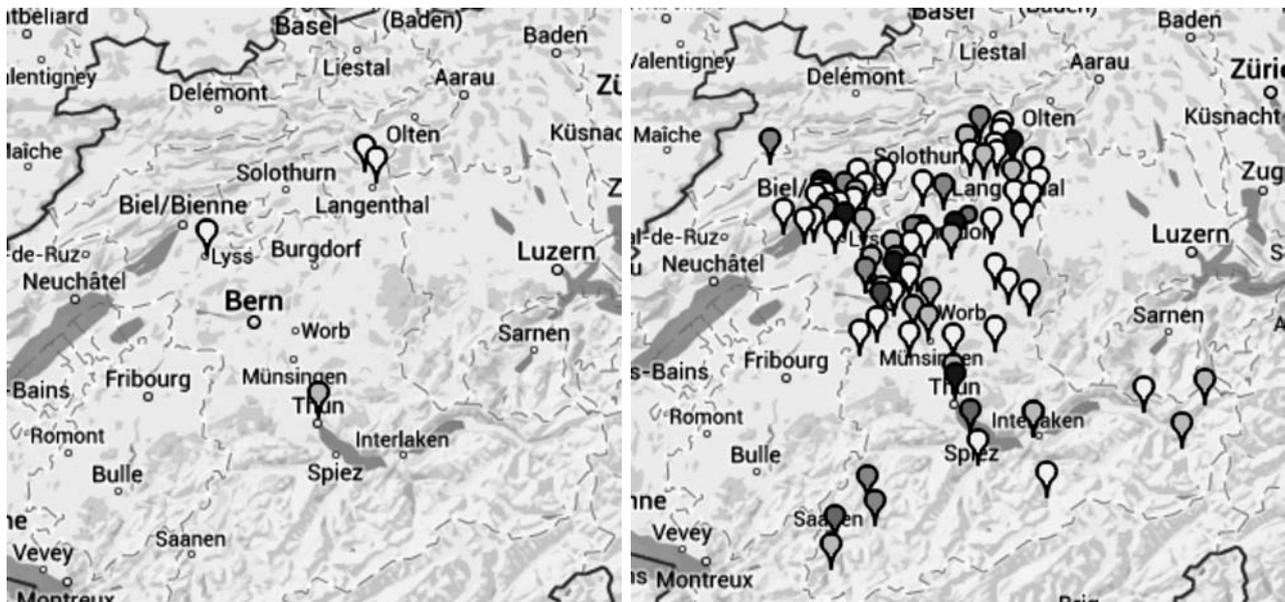
A tout âge, l'autonomie et la santé sont essentielles pour la qualité de vie. Conserver à la fois le meilleur état de santé possible et son indépendance fait partie des besoins fondamentaux de l'être humain et constitue le principal souhait exprimé par la plupart des personnes âgées. La politique du 3^e âge a pour ambition de les aider à le réaliser.

Promotion de la santé des personnes âgées

C'est la raison pour laquelle la politique cantonale du 3^e âge accorde une place de choix à la prévention et à la promotion de la santé des personnes âgées. Notre mode de vie actuel, qui se caractérise souvent par un manque d'exercice, une majorité d'activités en position assise et de mauvaises habitudes alimentaires, exerce une influence négative sur l'évolution de l'état de santé de la population et peut avoir des répercussions particulièrement graves lorsqu'on avance en âge. Il s'agit donc de créer des conditions générales qui permettent à la population vieillissante de conserver le meilleur état de santé possible ou de le stabiliser pour jouir d'une qualité de vie optimale.

«Zwäg Ins Alter» (ZIA) – Promotion de la santé des personnes âgées à l'échelon cantonal

Le programme cantonal «Zwäg Ins Alter» (ZIA) contribue notablement à préserver la santé de la population retraitée. Selon les groupes cibles, qui vont des personnes âgées relativement mobiles et en bonne santé à celles de santé fragile et confrontées aux premiers problèmes allant de pair, les mesures du programme ZIA comprennent des composantes de promotion de la santé et de prévention. Le programme applique une démarche de santé publique : il est axé sur la pratique, interdisciplinaire et fondé sur une conception globale de la santé et de la maladie. En effet, la santé des personnes âgées dépend d'une multitude de facteurs, qu'ils soient biologiques, psychologiques, socio-économiques, socio-culturels ou encore institutionnels. Le programme ZIA dépasse le cadre des prestations spécifiquement destinées à des groupes cibles hétérogènes et différents (séances d'information, cours, cafés santé ou conseil personnalisé à domicile) pour s'étendre à la collaboration en réseau avec d'autres prestataires dans le cadre de diverses manifestations. Il travaille étroitement avec les paroisses, les réseaux de seniors et les associations féminines. L'expérience montre que les après-midis seniors organisés par les paroisses, en particulier, donnent accès au programme ZIA à des personnes qui ne participeraient pas à ses manifestations, mais qui apprécient son offre dans ce cadre. L'offre du programme est intégrée dans des canaux existants, ce qui lui permet d'atteindre ses publics. Cette démarche est l'une des principales clés de



Illustrations 4 et 5
 Bassin d'activité ZIA 2008
 Bassin d'activité ZIA 2014

son succès, tout comme l'est la collaboration avec des seniors, avec des acteurs de la société civile et avec les autorités communales pour les résultats positifs atteints à ce jour en matière de promotion de la santé des personnes âgées dans le canton de Berne. Aujourd'hui, les responsables du programme ZIA sont invités par des acteurs très divers à venir proposer des manifestations dans des communes qui n'en bénéficient pas encore. La demande croît en permanence.

Le programme ZIA ne se limite pas au travail de contact. Il opère aussi systématiquement dans des réseaux ayant des buts communs. Dans le domaine Age et migration, par exemple, une collaboration exemplaire réglementée par une convention volontaire s'est mise en place depuis quelques années déjà entre le programme ZIA, la Croix-Rouge suisse (CRS) canton de Berne et Caritas Berne. Les partenaires développent ensemble des prestations destinées aux personnes âgées issues de la migration, défavorisées sur le plan économique et social et peu intégrées. Il s'avère en effet judicieux et même indispensable de s'adresser aussi à ce groupe de population et de l'inclure (voir Caritas – Age et migration, p. 21 et Cours CRS pour migrants et migrantes 55+, p. 22). Toujours dans le domaine Age et migration, le programme ZIA, Caritas et la CRS organisent régulièrement des manifestations communes pour les personnes d'origine italienne et espagnole. Le programme ZIA dirige également un projet de formation d'«agents multiplicateurs» auquel participent également les responsables du programme Age et migration de Caritas Berne. Ce projet consiste à apprendre aux spécialistes, aux personnes de contact et aux intervenants des services de visite à identifier les risques d'isolement. Il est en effet prouvé que la solitude a un impact négatif sur la santé et la qualité de vie.

En un laps de temps relativement court, le programme de promotion de la santé ZIA est parvenu à déployer ses activités avec une qualité égale dans presque toutes les régions du canton de Berne. Il s'est étendu non seulement au Mittelland, mais aussi aux régions rurales et périphériques moins peuplées. Il est par ailleurs présent dans le Jura bernois depuis 2014 (« Vieillir en forme»). Le nombre de localités où il propose des manifestations de promotion de la santé des personnes âgées est passé de quatre en 2008 à plusieurs centaines en 2014. La plupart de ces événements s'adressent non seulement aux habitants de la commune où ils ont lieu, mais aussi à ceux des plus petites communes voisines. Compte tenu de ces «regroupements», l'offre du programme ZIA couvre actuellement quelque deux cents communes bernoises.

VIA – Promotion de la santé des personnes âgées à l'échelon fédéral

Le projet lancé en 2010 à l'échelle nationale par Pro Senectute canton de Berne et la ville de Zurich sous la dénomination « Bonnes pratiques de promotion de la santé des

personnes âgées» s'appelle aujourd'hui «VIA». Géré par Promotion Santé Suisse, il est désormais établi au niveau fédéral, ce qui lui a conféré une dynamique supplémentaire. Cela étant, VIA reste un projet intercantonal, et les cantons partenaires continuent à le marquer de leur empreinte. Berne, qui compte au nombre de ses membres fondateurs, fait toujours partie des dix cantons représentés dans l'organisme responsable¹³. Notamment à travers l'organisation Pro Senectute canton de Berne, chargée de la mise en œuvre de la promotion de la santé des personnes âgées, le canton apporte un précieux savoir-faire à l'échelon national. En contrepartie, il a la possibilité de tester de nouvelles approches avec le soutien financier de Promotion Santé Suisse, de les concrétiser et de mettre en pratique les expériences acquises dans le cadre du développement du projet. Le programme ZIA, par exemple, a collaboré à des évaluations VIA, a participé et participe encore à des rencontres nationales de réseaux et est engagé dans les groupes d'échange intercantonaux. Ainsi, entre 2011 et 2013, le canton de Berne a contribué de façon décisive au développement de VIA. Pour le programme cantonal ZIA, les échanges avec les responsables de la promotion de la santé des personnes âgées d'autres cantons s'avèrent particulièrement utiles.

VIA constitue aujourd'hui le cadre de référence du programme cantonal ZIA, qui a bénéficié de l'aide de son centre de coordination dans diverses situations. Dans le cadre de VIA, ZIA a pu piloter et tester de nouvelles méthodes, par exemple lors de la mise en place du réseau «Rencontre et mouvement» à Bienne ou du projet «*Soziale Teilhabe*» dans la commune d'Ittigen.

En 2014, VIA est entré avec dix cantons dans la deuxième phase du projet (2014–2016), au cours de laquelle des modules pratiques sur les grands thèmes que sont la promotion de l'activité physique, la prévention des chutes, l'alimentation et l'intégration sociale sont développés. Aujourd'hui, les nouveaux instruments et les recommandations ainsi élaborés sont appliqués dans quelque cinquante communes pilotes appartenant à huit cantons partenaires. Le transfert de VIA dans un programme national est prévu à partir de 2017.

Le canton de Berne a cofinancé la première phase du projet VIA (2011–2013) à hauteur de 100 000 francs par an et alloué à la seconde (2014–2016) une contribution annuelle réduite de 50 000 francs.

Caritas – Age et migration

Le projet Age et migration de Caritas Berne existe depuis 2007 et a évolué avec succès en un programme ayant pour objectif de soutenir le développement du travail bénévole pour et par les migrants.

Son but premier est et reste la création d'une offre adaptée à leurs besoins. Il met l'accent sur la population âgée issue de la migration. A partir de la région pilote Seeland-Bienne, d'autres prestations ont été mises en place en Haute-Argovie, dans l'Emmental et à Berne, où elles sont désormais bien établies, puisque la demande provenant d'autres groupes de population issus de la migration augmente. En 2014, les régions de Thoune-Oberland bernois et du Jura bernois ont été contactées et des entretiens préliminaires ont eu lieu. Les nouveaux contacts ont été consolidés en 2015 et une extension à Interlaken et au Pays de Gessenay est prévue. Thoune et Bienne cherchent à établir une collaboration avec les nouveaux «coordinateurs du 3^e âge» locaux engagés depuis 2015.

Alors qu'à ses débuts, le projet s'adressait essentiellement aux migrants italiens et espagnols, qui représentaient le groupe principal de retraités AVS issus de la migration, les responsables du programme ont, grâce au travail en réseau, pu atteindre de nouvelles catégories de population : les migrants albanais et turcs (surtout en ville de Berne et dans sa région), un groupe de seniors tamouls de Langenthal et Berthoud ainsi que des personnes ou agents multiplicateurs bénéficiant de bons réseaux en provenance de divers pays d'Afrique (notamment en ville de Bienne). L'offre Age et migration a donc

¹³ AR, BE, GR, NW, SG, SH, TG, UR, VD, ZG.

dépassé le cadre du groupe de population étrangère le plus important pour s'étendre à ceux où le nombre des personnes ayant atteint l'âge de l'AVS augmentera fortement à l'avenir.

La direction du programme Age et migration s'engage et travaille dans des domaines très variés et à plusieurs niveaux. Quelques exemples illustrent cette diversité. D'une part, elle s'emploie activement à réunir en réseau les différents acteurs de ces deux domaines et met en place des manifestations et des outils adaptés comme la « table ronde » qui a lieu dans plusieurs communes. De l'autre, elle a conclu il y a plusieurs années déjà un accord de collaboration dans la région Bienne- Seeland avec le programme ZIA ainsi qu'avec la CRS canton de Berne. Caritas Berne, la paroisse catholique, le programme ZIA et la CRS canton de Berne sont convenus d'une autre collaboration en ce qui concerne la table ronde de Thoune. Le projet d'agentes multiplicatrices avec la population espagnole de Bienne « L'avenir en commun: informer – questionner – gagner » réunit Caritas Berne, la CRS canton de Berne, effe¹⁴ Bienne, Femaes¹⁵, AdentroCH¹⁶ ainsi que l'Office des personnes âgées et des assurances de la Ville de Berne en tant que partenaire.

Enfin, différents groupes d'intérêts et acteurs consultent les responsables du programme en ce qui concerne la planification et l'animation de manifestations et d'ateliers, par exemple :

- Association de parents tamouls de Berthoud (présentation du programme Age et migration dans le cadre de la fête annuelle)
- Association *Kulturbrücke* de Münchenbuchsee: manifestation consacrée à l'âge pour migrants turcophones
- Collaborateurs de la paroisse de Täuffelen et d'Anet pour les manifestations « *Incontro* »
- Paroisses catholique et réformée de Lyss
- Groupe d'intérêt italo-espagnol de Lyss
- Organisation *interunido* de Langenthal (institut de formation et office de référence dans le domaine de la migration et de l'intégration)
- Service d'interprétariat interculturel « *comprendi?* » (Caritas Berne)
- Responsables locaux du programme ZIA (entre autres formation d'agents multiplicateurs dans le domaine de la solitude organisée sous l'égide du ZIA)
- Commissions et coordinateurs « personnes âgées »
- Office des personnes âgées et des assurances de la Ville de Berne (collaboration à la formation d'animateurs de tables rondes destinées aux migrants seniors)
- Décanat des unités pastorales de Bienne et Berne-Mittelland (organisation d'ateliers dans le cadre de la formation continue consacrée à l'altérité et à la patrie)

Même si elle n'est pas exhaustive, cette liste montre le réseautage actif et toute la diversité du programme. Selon ses responsables, les conditions sont différentes d'une région à l'autre et la réalisation des objectifs doit être abordée parfois de manière identique et d'autres fois tout différemment. Cela étant, l'ancrage local, la mise en réseau et les bons contacts avec les autres acteurs locaux sont les principaux facteurs de réussite.

Ce programme a également suscité l'intérêt à l'échelon national. Caritas St-Gall envisage de lancer une offre cantonale et a demandé à Caritas Berne de lui fournir des informations concernant les contenus, les offres, les méthodes et le financement.

Le programme Age et migration est doté d'un montant annuel de 155 000 francs conformément au contrat de prestations 2014–2017 conclu entre la SAP et Caritas Berne.

¹⁴ effe Bienne: Espace de formations – formation d'espaces.

¹⁵ Femaes: Federación del movimiento asociativo español en Suiza.

¹⁶ Adentro CH est un programme de formation sociopolitique permettant aux migrants seniors de se qualifier dans les domaines de l'animation socioculturelle et du travail communautaire.

Cours CRS pour migrants et migrantes 55+

La CRS canton de Berne dispose elle aussi d'un solide réseau dans le domaine Age et migration: elle collabore avec le programme cantonal de promotion de la santé des personnes âgées ZIA, le programme Age et migration de Caritas, le groupe de travail Age et migration de Köniz et, depuis 2012, avec l'Office des personnes âgées et des assurances de la Ville de Berne. Après le départ de la coordinatrice du 3^e âge, dont le contrat à durée limitée se terminait à la fin de 2012, la collaboration avec la Ville de Bienne s'est provisoirement interrompue pour reprendre en 2015 avec l'entrée en fonction d'une nouvelle responsable.

Les cours pour personnes issues de la migration jouissent d'une demande croissante. Ils s'adressent aux migrants qui atteindront bientôt ou ont atteint l'âge de la retraite AVS. La plupart des participants perçoivent des prestations complémentaires, raison pour laquelle la contribution au prix des cours est symbolique et ne couvre pas les frais. Les cours sont appréciés et utiles, puisqu'ils sont aussi bénéfiques à la santé qu'aux contacts sociaux.

Ils sont actuellement proposés à Bienne, Berne, Ostermundigen, Herzogenbuchsee et Köniz. Ceux consacrés à l'exercice physique sont très prisés. En raison de la demande croissante et des ressources limitées, certains d'entre eux ont été partiellement supprimés (périodes), ce que les participants ont vivement regretté. Le canton a donc adapté son financement afin que l'ensemble des périodes puisse de nouveau être offert à partir de 2015 et que l'offre puisse être élargie, par exemple à des cours de danse et au programme de fitness Zumba Gold. Il est prévu de s'adresser à d'autres groupes linguistiques et d'étendre l'offre à d'autres communes ou régions intéressées. Le cours pilote «Mes compétences hier, aujourd'hui et demain», qui a rencontré un grand succès, sera proposé en quatre langues. Les intervenants sont en cours de formation.

Le canton de Berne cofinance les cours pour migrants qui atteindront bientôt ou ont atteint l'âge de la retraite AVS à hauteur de 64 000 francs par an conformément au contrat de prestations 2014–2016 conclu entre la SAP et la CRS canton de Berne. Depuis 2015, ce montant a été porté à 82 000 francs pour les motifs évoqués.

rundum mobil – Cours de préservation de la mobilité en transports publics

La société rundum mobil GmbH, dont le siège est à Thoun, propose depuis quelques années des cours de préservation de la mobilité destinés aux retraités AVS. La mobilité est à la fois un pivot et une condition essentielle de l'autonomie, de l'indépendance, de la participation à la vie publique, de la vie sociale et du lien que chaque individu établit avec son environnement. Elle est une composante majeure de l'identité humaine et revêt un rôle important pour l'individu – a fortiori à un âge avancé lorsque les obstacles physiques se multiplient. L'encouragement à la mobilité des personnes âgées va dans le sens de la politique du 3^e âge du canton, qui met l'accent sur la préservation de l'autonomie. L'offre de rundum mobil GmbH a largement fait ses preuves et est proposée dans plusieurs communes bernoises ainsi que dans vingt cantons. rundum mobil GmbH dirige le projet dans le canton de Berne et sa mise en œuvre dans l'Oberland bernois, en même temps qu'il en assume la direction nationale.

Considérant qu'elle contribue de manière essentielle à la mobilité des seniors, le canton de Berne apporte depuis 2009 son soutien financier à l'offre proposée sur son territoire.

Le nombre de participants est en constante progression et l'offre existe aujourd'hui dans 18 communes ou régions¹⁷. Pour le seul canton de Berne, 18 cours ont eu lieu en 2015. Dans les années à venir, ils seront organisés dans de nouveaux lieux comme Gessenay/Gstaad, Kiesen et St-Imier. Les seniors y apprennent comment conserver

¹⁷ Belp/Gürbetal, Bern-Brünnen, Bolligen, Berthoud, Frutigen, Interlaken, Kirchberg-Alchenflüh, Meiringen, Moutier, Münsingen, Muri-Gümligen, Steffisburg, Spiez, Uetendorf, Utzenstorf, Wichtrach, Worb et Zweisimmen.

leur mobilité après avoir renoncé à leur propre voiture. Les transports publics ou combinés doivent les aider à **rester autonomes dans leurs déplacements le plus long-temps possible**. L'objectif de l'offre consiste à garantir aux personnes âgées un accès égal et socialement équitable à la mobilité, autrement dit à donner les moyens de rester mobiles à celles et ceux qui ne peuvent ou ne souhaitent plus conduire. Les cours combinent théorie et exercices pratiques dans l'espace public et enseignent comment se comporter pour éviter les dangers de la circulation routière et utiliser le bus et le train en toute sécurité.

Considérant que l'extension de l'offre à de nouveaux lieux (environ trois par an) dans le canton de Berne entre 2015 et 2017 est conforme à la politique du 3^e âge, la SAP continue à cofinancer le projet en lui allouant un montant lui permettant d'ouvrir de nouveaux lieux de cours et de pratiquer une administration centralisée des formations. Les pouvoirs publics ne cofinancent que l'ouverture de nouveaux lieux de cours. L'organisation de cours supplémentaires est quant à elle financée par les partenaires. Le nouveau système d'administration uniforme introduit en 2015 dans le canton de Berne bénéficie d'une dotation supplémentaire qui permet d'éliminer les inégalités entre régions. Le montant annuel maximum alloué à l'ouverture de nouveaux lieux de cours et à l'administration des formations s'élève à 22 500 francs.

Mouvement des Aînés, section bernoise

Les prestations du Mouvement des Aînés (MDA) section bernoise relèvent pour l'essentiel du domaine socioculturel et de la formation. Elles s'adressent aux seniors du Jura bernois, qui ont également accès au programme des sports de la section neuchâtoise. Les multiples activités du MDA visent à valoriser le rôle et la place des personnes âgées dans notre société, à leur témoigner de l'estime et à leur donner la possibilité d'accomplir, à l'étape de la retraite, des tâches qui donnent un sens à leur vie. Il s'agit essentiellement de favoriser la rencontre avec les autres et de stimuler la curiosité des aînés, afin d'éviter le repli social et partant, l'isolement. L'offre du MDA constitue une précieuse contribution à la préservation de la santé au sens large. La santé est une construction multidimensionnelle et forme une condition essentielle du bien vieillir. Aussi la politique cantonale du 3^e âge a-t-elle grand intérêt à favoriser des mesures qui concourent à la maintenir. Le MDA y contribue par son offre multiple et variée. En 2008, le MDA a bénéficié pour la première fois d'un soutien financier à hauteur de 7200 francs suite au désengagement financier de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) découlant de la Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT). En 2009, la SAP a conclu avec le MDA un contrat de prestations reconductible tous les trois ans. Le contrat de prestations 2015–2017 est actuellement en cours et la section bernoise du MDA continue à bénéficier d'une contribution annuelle de 7200 francs.



Conseils et information

Il est capital de renforcer les personnes âgées dans leur savoir et donc de leur fournir les informations et les conseils nécessaires. Pro Senectute a mis en place dans l'ensemble du canton un réseau de bureaux de consultation régionaux qui répondent aux questions en lien avec l'âge. L'information est disponible à la fois par leur biais et sur le site Internet www.infosenior.ch (anciennement www.senioren-info.ch), qui sert aujourd'hui de plateforme aux organisations Pro Senectute de plusieurs cantons. Il propose un espace pour toutes les offres et manifestations et tous les services destinés aux personnes âgées et à leurs proches, ainsi qu'aux professionnels et prestataires de services dédiés aux 3^e et 4^e âges. Les données relatives au canton de Berne sont gérées et mises à jour par Pro Senectute canton de Berne dans le cadre de son mandat de prestations avec la SAP.

La plateforme Internet www.logement60plus.ch fournit des informations sur le logement autonome comme sur les places en foyer médicalisé. On y trouve un aperçu des appartements protégés vacants, des places libres en EMS ainsi que des offres spécifiques telles que les communautés d'habitation pour personnes atteintes de démence ou les foyers de jour. Des renseignements sur le financement des séjours en EMS y sont également disponibles. Le site est géré et mis à jour à la fois par Pro Senectute canton de Berne dans le cadre de son mandat de prestations avec la SAP et par les institutions et les prestataires eux-mêmes, qui ont ainsi la possibilité de publier leurs vacances.

Formation continue

Contrairement aux projets décrits ci-dessus, l'offre de formation continue s'adresse non pas aux personnes âgées, mais aux agents multiplicateurs et agentes multiplicatrices travaillant dans le domaine du 3^e âge.

Cycle de formation Organisation de la vie quotidienne axée sur le mouvement¹⁸

Depuis 2009, la Haute école spécialisée bernoise propose un cycle de formation continue en travail auprès des personnes âgées axé sur l'exercice physique, aujourd'hui intitulé «Organisation de la vie quotidienne axée sur le mouvement». Comme son nom l'indique, il est centré non pas sur la promotion de la santé des personnes âgées en général, mais sur une organisation de la vie quotidienne qui lui confère un sens pour la personne concernée. La SAP a soutenu financièrement cinq étudiants du canton de Berne participant à la première édition de ce cycle de formation.

La prévention ainsi que la promotion et le maintien de l'autonomie constituent l'un des piliers de la politique cantonale du 3^e âge. La mobilité et l'autonomie gagnent en importance à mesure que l'on vieillit, car la réduction de la mobilité est synonyme de diminution de l'autonomie et donc de la qualité de vie. Le prolongement de l'indépendance exige, tout particulièrement chez les personnes peu actives ou physiquement handicapées, des offres d'exercice physique nouvelles et structurées différemment qui les renforcent dans leurs activités quotidiennes et préservent leur qualité de vie. Le cycle de formation allie théorie, pratique et méthodologie du mouvement et s'appuie sur le modèle de la mobilité et de la participation intellectuelles, psychiques, sociales et communautaires. Il forme des agents multiplicateurs qui aident les personnes âgées à rester mobiles, les sensibilisent à cette nécessité et leur enseignent à remédier à leurs problèmes de mobilité voire à les éviter par l'exercice physique.

Le projet d'évaluation prévu a deux objectifs : d'une part, appliquer dans des EMS pilotes du canton de Berne le modèle de mobilité enseigné lors du cycle de formation et, de l'autre, en mesurer les effets dans la pratique. En effet, ce modèle implique une

¹⁸ Cycle de formation proposé par la Haute école spécialisée bernoise et débouchant sur l'obtention du *Diploma of Advanced Studies* (DAS).

nouvelle compréhension de la mobilité qui, contrairement aux autres, ne repose pas sur la mesure des performances physiques, mais vise une perception du corps plus différenciée dans le cadre des activités quotidiennes, ici celles des pensionnaires des EMS. Il ne s'agit plus de mesurer leurs déficits en identifiant ce qu'ils ne sont plus capables de faire et où les soins et l'encadrement doivent intervenir, mais d'évaluer leurs compétences et de les rendre ainsi créatifs au quotidien. Cette culture du mouvement a pour but de conférer un sens à la vie de tous les jours, de donner envie de faire de l'exercice et de développer une image positive de son propre corps. Elle a un impact positif sur le libre choix, l'autonomie et le comportement en matière de santé des personnes concernées, augmente leurs compétences et améliore leur qualité de vie. Le contenu de l'enseignement est appliqué et testé dans la pratique et contribue à développer chez les pensionnaires des EMS comme parmi leur personnel une culture du mouvement consciente et bénéfique. Le projet a par ailleurs pour but de développer un modèle d'action et d'évaluation permettant de mesurer les effets monétaires de cette approche de la mobilité. On suppose en effet qu'elle peut aussi se traduire par un recul relatif des besoins de soins et d'encadrement, des plus bienvenus eu égard à la pénurie croissante de personnel soignant et d'encadrement.

Aucun résultat n'est disponible au moment de la rédaction du présent rapport, mais les premières expériences indiquent que cette démarche holistique d'organisation de la vie quotidienne individuelle en EMS est très prometteuse.

Le canton de Berne a financé cette évaluation par une contribution de 98 390 francs répartie sur la période 2013-2015.

Soutien aux personnes soignant ou accompagnant un proche

Au cours de l'existence, notamment lors de ses débuts et de son aboutissement, nous traversons tous des périodes où nous dépendons de l'attention et de l'aide d'autrui. Une grande partie de l'accompagnement et des soins dispensés aux personnes très âgées vivant encore à leur domicile est assurée par leurs proches et leur environnement social, la plupart du temps par les femmes, que ce soient des épouses, des filles ou des belles-filles. Celles de ces femmes, nombreuses, qui exercent une activité rémunérée sont contraintes soit à réduire leur temps de travail ou à renoncer entièrement à travailler parce qu'elles ne parviennent pas à concilier profession et soins aux proches. A cette charge imputable à l'accompagnement et aux soins dispensés à un membre de la famille vient s'ajouter une diminution des revenus qui perdure au-delà de l'âge de la retraite. L'impact sur les conditions financières dans lesquelles ces femmes vivront leur propre vieillesse est très négatif, notamment pour celles qui vivent seules ou élèvent seules leurs enfants.

S'occuper des autres, établir des relations de confiance et assumer des responsabilités pour autrui dans son propre contexte fait partie des besoins humains. La prise en charge de proches peut apporter de la satisfaction et donner un sens supplémentaire à l'existence. Par contre, le fait de dispenser accompagnement et soins pendant des mois voire des années devient à la longue pesant pour les proches. Lorsque les soins nécessaires sont très lourds ou s'étendent dans la durée, ils peuvent engendrer chez ceux qui les prodiguent une surcharge physique et psychique et, lorsqu'ils exercent une activité rémunérée, des problèmes financiers et d'organisation.

Pour éviter ce type de situation, la politique cantonale du 3^e âge a fait du soutien et de l'aide aux proches aidants l'un de ses piliers. Ils ont besoin d'un environnement porteur et qui apprécie leur démarche à sa juste valeur. Ils doivent avoir la possibilité, même lorsque les soins aux membres de leur famille sont lourds, de jouer un rôle central dans la prise en charge, ce qui permet aux personnes ayant besoin de soins de continuer à vivre dans leur cadre familial. Dans ce contexte, le travail bénévole gagne en importance. De nombreuses institutions et organisations y font appel pour créer des offres de soutien aux proches aidants comme le projet beocare ou BENEVOL. En 2012 et 2013, un groupe de travail interne de la SAP s'est penché sur la nécessité de créer un service cantonal de coordination du travail bénévole. Après avoir étudié plusieurs options, la SAP a décidé de renoncer à ce projet, étant donné que la mobilisation de bénévoles est plus efficace à l'échelon des institutions, des organisations et des communes.

Le postulat 262-2014 Vanoni incite le canton de Berne à envisager d'introduire le système de prévoyance-temps, un modèle innovant d'accompagnement bénévole des seniors vivant à domicile. La SAP prévoit de rédiger un rapport sur les investigations approfondies qu'il faudra mener à cet effet, et sur le potentiel de synergie avec la motion 059-2014 Striffeler-Mürset visant à mieux soutenir les personnes prodiguant des soins à leur entourage.

Le soutien et la décharge en faveur des proches aidants peuvent prendre différentes formes: leur donner plus de temps pour dispenser les soins, les aider financièrement lorsqu'ils doivent réduire leur activité professionnelle pour assister des membres de leur famille, leur proposer des services et des offres de décharge comme les soins à domicile, des services d'aide et de visite, des foyers de jour, des places de vacances en EMS ou encore des informations et une assistance organisationnelle.

La charge qu'assument les proches de personnes atteintes de démence étant particulièrement lourde, le canton de Berne soutient depuis des années déjà de nombreuses mesures également encouragées par la Stratégie nationale en matière de démence. En vertu d'un contrat de prestations avec la SAP, l'Association Alzheimer Suisse Berne est ainsi chargée de conseiller et de soutenir les personnes concernées et leurs proches.

Prise en charge de jour

L'offre de prise en charge de jour occupe une place importante dans la décharge de proches aidants de personnes atteintes de démence. Il s'agit non pas d'une offre socioculturelle destinée aux personnes âgées vivant seules, mais d'une prestation qui vise à permettre aux personnes atteintes de démence de continuer à vivre chez elles tout en étant assistées, aidées ou soignées par leurs proches. Le nombre de places de prise en charge de jour est en augmentation constante (voir domaine d'intervention n° 4, p. 49). L'expérience démontre que même si au début, les proches ressentent une certaine culpabilité à demander une telle aide, la décharge qu'elle représente n'en est que plus appréciée. Ce n'est souvent qu'ainsi que les proches aidants prennent conscience de l'ampleur de la tâche et de la fatigue qu'elle engendre. Les responsables de l'offre concernée rapportent que les proches mettent beaucoup trop de temps à y recourir et ne s'y résolvent, dans la plupart des cas, que lorsque l'état de santé de la personne atteinte de démence exige une entrée en foyer.

La SAP contribue depuis plusieurs années au financement des offres de prise en charge de jour par un montant de 80 francs par jour d'accueil. Cette somme est destinée à inciter les proches aidants à faire usage de cette offre de décharge et à en ouvrir également l'accès aux personnes dont les ressources financières sont modestes.

Information

Conscient que l'information est un élément essentiel du soutien aux proches aidants, le canton de Berne a conclu au cours de ces dernières années des mandats de prestations réguliers avec l'Association Alzheimer Suisse Berne et Pro Senectute canton de Berne et également soutenu de nombreux autres projets et prestations.

CRS Berne-Oberland beocare.ch – Décharge en faveur des proches

Le service beocare.ch fait désormais partie des éléments-clés de l'aide aux proches soignants dans l'Oberland bernois. Sa permanence est située à Thoune et, en mai 2011, il a ouvert une antenne à Interlaken pour aider plus efficacement les proches aidants de la région Interlaken-Oberhasli et être plus présent sur place. Cette antenne extérieure est intégrée dans le service de soins à domicile Interlaken et environs. L'offre jouit aujourd'hui d'une bonne notoriété et la demande est en augmentation constante. La collaboration avec les soins à domicile régionaux permet aux proches aidants de bénéficier à temps d'une décharge.

Depuis plusieurs années, le nombre d'heures d'intervention fournies par les bénévoles de beocare.ch ne cesse de croître. Le service a également vu le nombre d'heures de conseil progresser et sa clientèle s'élargir. La décharge offerte par les bénévoles est très demandée, tout comme les services de conseil. Depuis le 1^{er} janvier 2015, beocare.ch réagit à l'augmentation de la demande par des « interventions courtes » qui durent deux heures au plus et sont utilisées essentiellement par des personnes présentant un risque de chute et qui souhaitent ou ont besoin d'être accompagnées dans leurs déplacements.

beocare.ch continue par ailleurs à contribuer à la mise en réseau ciblée des acteurs de l'Oberland bernois. Sa permanence de Thoune ainsi que son antenne d'Interlaken entretiennent d'excellentes relations avec les autres intervenants. Des échanges d'expérience ont régulièrement lieu entre les régions de Frutigen-Kandertal, d'Oberhasli-Oberer Brienzensee et de La Lenk-Zweisimmen dans le but de renforcer le réseau, de resserrer la collaboration et d'exploiter ainsi les effets de synergie. beocare.ch participe en outre à divers groupes d'échange: réseau de soins palliatifs de la région de Thoune, forum des soins palliatifs BEO-Interlaken, rencontres annuelles ou semestrielles de prestataires d'offres de décharge de l'Oberland bernois, rapport social de l'Oberland bernois, table ronde Age et migration, foires ouvertes au public et manifestations destinées aux personnes âgées dans l'Oberland bernois.

Pour la période 2015–2017, les prestations de beocare.ch – recrutement, coordination et coaching de bénévoles pour la décharge des proches aidants, conseils à ces

derniers, travail de mise en réseau – font l'objet d'un contrat de prestations entre la SAP et la CRS Berne-Oberland. La subvention pour 2015 a été réduite de 10 pour cent et s'élève à 225 000 francs. Elle sera renégociée pour 2016 et 2017 et fixée en fonction des possibilités du budget cantonal.

Vidéo consacrée aux proches soignants

En 2013, l'association Familien- und Frauengesundheit (FFG) a produit une vidéo consacrée aux proches soignants.

Le DVD «*Zwischen Wunsch und Verpflichtung*» (entre souhait et obligation, disponible en allemand uniquement) montre à quoi il faut prêter attention lorsqu'on soigne un proche et comment éviter l'épuisement. Il encourage les personnes concernées à prendre soin d'elles-mêmes, illustre tous les aspects de leur engagement et fait également intervenir des professionnels. Il sensibilise les proches soignants à l'importance de bénéficier de réseaux de relations et d'aide qui peuvent offrir une décharge psychique et physique.



Il encourage les personnes concernées à prendre soin d'elles-mêmes, illustre tous les aspects de leur engagement et fait également intervenir des professionnels. Il sensibilise les proches soignants à l'importance de bénéficier de réseaux de relations et d'aide qui peuvent offrir une décharge psychique et physique.

La SAP a financé la production de ce DVD par une contribution unique de 9000 francs qui permet aux organisations professionnelles bernoises comme les services d'aide et de soins à domicile, la CRS canton de Berne ou ALZ Berne, de bénéficier d'un prix préférentiel de 5 au lieu de 38 francs. De cette manière, le DVD parvient aux proches soignants par l'intermédiaire de contacts de conseil avec les organisations professionnelles. La vidéo est également accessible au grand public sur un site Internet, où elle ne peut toutefois être obtenue qu'au prix normal.

Guide de l'Association Alzheimer Suisse Berne

Suivant l'exemple lucernois, l'Association Alzheimer Suisse Berne a publié en octobre 2014 un guide pour les malades d'Alzheimer et leurs proches, comblant ainsi une importante lacune dans le canton. En 96 pages et dix chapitres, il fournit des informations utiles, succinctes et compréhensibles pour tous. Son annexe contient en outre des conseils et des adresses.

Ce guide s'adresse aux malades, à leurs proches ainsi qu'aux personnes intéressées, qui y trouvent un aperçu des symptômes de la maladie ainsi que diverses offres de soutien et de décharge disponibles dans la partie germanophone du canton. La version française est parue à la fin de juillet 2015.

La SAP a soutenu l'élaboration de ce guide par une subvention unique de 10 000 francs.

Projet Travail avec les proches aidants de Pro Senectute Frutigland

Né de l'initiative de diplômées issues des trois cycles de formation de la Haute école spécialisée bernoise¹⁹, ce projet a été lancé et concrétisé pour la première fois en 2014. Combinant théorie acquise lors de la formation et pratique, il s'adresse principalement aux proches aidants de gens âgés de 55 ans et plus, mais aussi à d'autres personnes intéressées. L'un de ses objectifs principaux consiste à centrer le regard non seulement sur les malades mais également sur leur entourage. Son domaine d'action englobe donc tous les proches aidants de personnes qui habitent encore à leur domicile ou résident en foyer. Il soutient les proches dans leur travail d'accompagnement en leur fournissant une aide gratuite en deux volets et leur indique comment s'organiser dans leur fonction de proche aidant ou soignant. L'expérience démontre que les échanges renforcent la solidarité entre participants et créent des contacts. Les deux éléments

¹⁹ DAS Démence et cadre de vie, DAS Soutien aux proches et aux bénévoles et DAS Organisation de la vie quotidienne axée sur le mouvement.

que sont l'encouragement de l'autonomie et la solidarité sont essentiels pour la viabilité d'une société vieillissante. Le projet Travail avec les proches aidants apporte dans ce domaine une précieuse contribution grâce à sa proximité géographique avec le cadre quotidien des personnes concernées. Son offre remplit le critère de la prise en charge de proximité et participe à la mise en réseau de divers acteurs.

En 2014, les pouvoirs publics ont accordé à ce projet une aide unique de 6000 francs.

Depuis 2015, les séances d'information et les réunions du groupe d'entraide sont organisées et proposées gratuitement sous l'égide de Pro Senectute Frutigland et de la Conférence du 3^e âge Frutigland.

BENEVOL Bienne/Berne et projet VA BENE

Jusqu'à la fin de 2010, la coordination du bénévolat était assurée par l'association «*Koordination Freiwilligenarbeit Kanton Bern (KFA)*», avec laquelle la SAP avait conclu un contrat de prestations par l'intermédiaire de l'Office cantonal des affaires sociales (OAS). Ce contrat englobait deux prestations :

- financement du cycle de formation à l'accompagnement des bénévoles,
- publication de la brochure infoBENEVOL dans le cadre des activités de relations publiques.

La politique cantonale du 3^e âge accordant une grande importance au bénévolat, BENEVOL Berne et BENEVOL Bienne ont bénéficié de 2011 à 2013 d'un soutien financier prélevé sur son budget.

En 2012 et 2013, le canton a également aidé financièrement le projet VA BENE, qui recrute, accompagne et encadre des bénévoles. Ceux-ci offrent aux personnes âgées et handicapées une assistance concrète et ponctuelle mais régulière dans le cadre d'activités quotidiennes comme les achats hebdomadaires, les démarches auprès des autorités, les rendez-vous, les promenades et les petites excursions. Ils leur font aussi la lecture, les écoutent, les aident à accrocher un tableau, à rédiger leur correspondance, etc. VA BENE organise à l'intention des bénévoles des cours d'introduction, des formations continues spécifiques et des échanges.

Les prestations de VA BENE ont bénéficié de 2011 à 2013 d'une subvention de 228 360 francs. Elles existent toujours, mais depuis 2014, leur financement est passé de la responsabilité de l'OPAH à celle de l'OAS suite à une nouvelle réglementation interne à la SAP en ce qui concerne le bénévolat et sa rémunération. Désormais, l'OAS chapeaute intégralement ce domaine et décide de son financement concret.

«*Work and care*» – Conciliation du travail et des soins aux proches

Le temps consacré aux soins est un sujet qui préoccupe les proches exerçant une activité professionnelle ou encore les personnes qui s'occupent à la fois de leurs enfants et de proches âgés. Il convient toutefois de souligner que le problème de conciliation se pose différemment lorsqu'il s'agit d'enfants ou de personnes âgées : la durée de l'accompagnement des enfants est la plupart du temps prévisible et la tâche se réduit à mesure qu'ils grandissent. Il en va tout autrement de l'encadrement de proches âgés, dont l'évolution et la durée sont incertaines et qu'il est beaucoup plus difficile de planifier. Souvent, le besoin de soins augmente progressivement jusqu'à ce que des tiers prennent partiellement le relais ou que la personne décède. Le risque est grand de voir un événement imprévu (chute, AVC, etc.) bouleverser soudainement la situation.²⁰

La Suisse ne possède aucune base légale concernant la réduction du temps de travail en cas de prise en charge prolongée de proches. De même, le droit helvétique ne comporte aucune norme de droit du travail permettant de résoudre le problème des proches aidants qui exercent une activité professionnelle. Les soins aux personnes âgées ne concernent pas le droit du travail. Il s'agit donc d'un domaine strictement privé.

²⁰ Travail de care, Département fédéral de l'intérieur (DFI), Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes (BFEG), 2010.

Les proches aidants de personnes âgées tributaires de soins s'exposent à des difficultés financières lorsqu'ils réduisent ou abandonnent leur activité professionnelle.

La perte de revenu se répercutant sur la rente AVS est compensée, en partie du moins, par des bonifications pour tâches d'assistance. Les proches aidants n'en bénéficient cependant qu'à condition de vivre dans le même ménage que la personne nécessitant des soins, ce qui est de moins en moins souvent le cas aujourd'hui.

Dans le cadre de l'étude *SwissAgeCare-2010*, François Höpflinger et Pasqualina Perig-Chiello constatent que la décharge que représentent les interventions des services de maintien à domicile est primordiale dans le soutien apporté aux proches aidants.

Si l'on veut que les proches aidants puissent continuer à travailler, les solutions permettant de concilier activité rémunérée et soins aux proches doivent être fiables et finançables. En cas d'incompatibilité, le choix se porte souvent sur une entrée en foyer avec les coûts supplémentaires qui vont de pair et qui doivent être pris en charge tant par la personne concernée que par la collectivité.

Les proches aidants ont aujourd'hui déjà une possibilité de compenser les pertes de revenu et de rente : la législation sur les prestations complémentaires (LPC) dispose que les soins et tâches d'assistance dispensés par des membres de la famille sont indemnisés à hauteur d'un tarif maximum si ceux-ci subissent une perte de gain notable et prolongée. Les cotisations d'employeur aux assurances sociales obligatoires sont prises en compte dans le calcul de l'indemnisation.

En complément, le canton de Berne soutient diverses offres de décharge en faveur des proches aidants et soignants, notamment l'aide et les soins à domicile et la prise en charge de jour, qui constituent un changement bienvenu pour les personnes âgées tributaires de soins et une décharge utile pour leurs proches. Le canton cofinance également des services de conseil et de soutien proposés par exemple par Pro Senectute, l'Association Alzheimer Suisse Berne ou le Service de relève canton de Berne.

Renforcement de la prise en charge ambulatoire

Garantir la prise en charge ambulatoire et résidentielle fait partie des défis majeurs eu égard au vieillissement démographique prévu. La plupart des personnes âgées tributaires d'aide et de soins souhaitent rester dans leur environnement familial, de préférence entre les quatre murs où elles ont toujours vécu. Les soins ambulatoires dispensés par des organisations professionnelles telles que l'aide et les soins à domicile ainsi que l'encadrement et les soins par les proches revêtent par conséquent une importance décisive, qui fait du renforcement de la prise en charge ambulatoire l'un des piliers de la politique cantonale du 3^e âge.

Services d'aide et de soins à domicile

Depuis l'entrée en vigueur du nouveau régime de financement des soins le 1^{er} janvier 2011, les organisations privées d'aide et de soins à domicile ainsi que les infirmières et infirmiers indépendants peuvent conclure un contrat de prestations avec le canton. Cette innovation a accru l'offre de soins ambulatoires. Pour garantir que l'ensemble de la population bernoise y ait accès, la SAP a conclu avec les organisations d'aide et de soins à domicile d'utilité publique un contrat de prestations par lequel elles s'engagent à prendre en charge tout habitant du canton dont le besoin de soins est avéré (voir domaine d'intervention n° 9, p. 82).

Etude sur l'aide et les soins à domicile

L'étude réalisée par Robert Fluder et al. a permis de réunir des données statistiques représentatives ainsi que des données qualitatives concernant la prise en charge ambulatoire actuelle des personnes retraitées dans le canton de Berne. En effet, les chances de vivre ses vieux jours de manière autonome entre ses quatre murs dépendent surtout de la disponibilité et de l'engagement des proches et des bénévoles. C'est leur

apport qui permet aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible dans leur environnement familial. Un état des lieux des soins et de la prise en charge de cette population est indispensable pour définir un plan d'action pertinent en matière de politique du 3^e âge.

Englobant les cantons de Berne, d'Argovie et de Zurich, cette étude montre que l'aide et les soins apportés aux personnes qui en sont fortement tributaires et vivent encore chez elles le sont en majorité par des services d'aide et de soins à domicile et par leurs proches, principalement par leurs conjoints et dans une plus faible mesure par leurs enfants. L'entourage élargi (amis, connaissances, voisins) contribue à cette prise en charge de manière ponctuelle et surtout hors du cadre des soins proprement dits en assurant des transports, l'accompagnement lors des achats ou le maintien des contacts sociaux. En comparaison, le recours aux offres de services bénévoles professionnels est moins fréquent. Etant donné que de manière générale, le nombre de personnes âgées vivant seules s'inscrit en hausse, l'étude prévoit qu'un important effort devra être consenti en ce qui concerne leur prise en charge ambulatoire. Pour que l'absence de partenaire ne les contraigne pas à entrer en foyer, ce qui engendre des coûts importants, il faut que les personnes vivant seules qui nécessitent une aide et des soins accrus puissent elles aussi bénéficier de services à domicile appropriés. Cela nécessite non seulement l'intervention d'organisations professionnelles telles que l'aide et les soins à domicile, mais aussi la présence régulière d'amis, de connaissances et de voisins. L'un des éléments décisifs dans ce contexte est le maintien des contacts sociaux. Le fait de disposer d'un réseau social dense réduit le risque d'absence de soutien et donc d'entrée prématurée en EMS. Enfin, 99 pour cent des personnes interrogées ont indiqué qu'il est important voire très important à leurs yeux de continuer à vivre le plus longtemps possible une existence autonome chez elles et dans leur environnement familial.

L'étude sur l'aide et les soins à domicile révèle que, dans ce domaine, les services bénévoles sont trop peu utilisés, eu égard surtout au nombre croissant de personnes âgées vivant seules. Le potentiel de soutien hors soins peu coûteux qu'ils représentent est très loin d'être entièrement exploité. Les auteurs suggèrent donc de multiplier les recours à ce type de travail bénévole.

L'étude indique également un manque fréquent de coordination entre prestataires d'aide et de soins, qui peut se traduire par une baisse de qualité lorsque plusieurs d'entre eux se partagent les interventions auprès d'une personne nécessitant un encadrement étroit. Elle recommande donc la création de services de coordination, ce qui requiert des bases légales et un mécanisme de financement.

Parallèlement aux services de maintien à domicile, les proches, notamment les partenaires et les enfants de personnes nécessitant une aide et des soins intenses, fournissent une grande part de ces prestations. Cela se traduit fréquemment par une surcharge qui peut aller jusqu'au *burn-out*. L'un des objectifs de la prise en charge ambulatoire doit donc consister à stabiliser son contexte et à soutenir et décharger les proches. Il est par ailleurs important pour ceux qui ont une activité rémunérée (*work*) de pouvoir la concilier avec l'aide et les soins à la maison (*care*). L'étude recommande donc une amélioration de la conciliation « *work & care* » (voir domaine d'intervention n° 2, p. 30). Le fait que les femmes qui assument l'aide et les soins aux proches sont de plus en plus nombreuses à exercer une profession devrait créer une lacune dans la prise en charge ambulatoire des personnes âgées nécessitant une aide et des soins intenses (voir domaine d'intervention n° 2, p. 33).

Le logement adapté est considéré tout aussi important pour les personnes nécessitant une aide et des soins intenses qui vivent seules. L'absence d'obstacles à domicile et dans les environs les aide à rester autonomes malgré une mobilité réduite.

Etude sur la disposition future des proches et des bénévoles à assurer la prise en charge

Des données allemandes indiquent qu'à l'avenir, il est probable que la disposition à assurer la prise en charge de proches accuse une baisse en raison de l'évolution de la société et de l'augmentation du nombre de femmes exerçant une activité professionnelle. Par ailleurs, comme la Suisse, l'Allemagne est menacée depuis longtemps par une pénurie de personnel soignant. Ces deux facteurs laissent augurer l'apparition de lacunes dans la prise en charge ambulatoire. Or celle-ci, combinée à un entourage bienveillant et porteur, contribue grandement au maintien de l'autonomie des personnes âgées. Dès lors qu'il s'agit de deux piliers de la politique cantonale du 3^e âge, la SAP a voulu savoir si une évolution semblable se dessine dans le canton de Berne. Elle a donc chargé la Haute école spécialisée bernoise de réaliser en Suisse alémanique la première étude dressant un bilan représentatif du futur potentiel d'aide et de soins ambulatoires prodigués par des proches et des bénévoles. Rédigée par Matthias Riedel, elle s'inscrit dans la droite ligne de celle évoquée plus haut (Robert Fluder et al.) sur l'aide et les soins ambulatoires aux personnes âgées et jette un regard sur l'avenir.

Dans le canton de Berne comme dans le reste de la Suisse alémanique, la préférence est accordée plus fréquemment qu'en Allemagne à l'aide et à la prise en charge professionnelles lorsqu'un proche nécessite des soins. La proportion de pensionnaires d'EMS est plus élevée en Suisse qu'en Allemagne. Si à l'avenir, le besoin de prise en charge croissant devait être couvert par l'accueil résidentiel, il s'ensuivra une hausse massive des coûts. La prise en charge ambulatoire, par leurs proches et à domicile, des personnes âgées nécessitant des soins s'en trouvera par conséquent valorisée tant sur le plan social qu'économique. Cela étant, cette tâche aussi lourde que primordiale ne peut être assumée que par les proches. Elle est l'affaire de toute la société. Pasqualina Perrig-Chiello, psychologue, déclare à ce propos :

«Le grand âge reste une phase vulnérable, durant laquelle nous souhaitons, pour la plupart d'entre nous, ardemment demeurer dans notre environnement familial jusqu'à la fin de notre vie. Les proches sont très sollicités et accomplissent en silence un travail inestimable – souvent jusqu'à l'épuisement. Les soins prodigués aux proches ne peuvent et ne doivent pas être uniquement une affaire de famille; c'est aussi un devoir de notre société!» [trad.]²¹

On observe que la disposition à assister à domicile les proches nécessitant des soins recule à mesure que le niveau de formation et le statut social de la personne prodiguant ces soins augmentent. Or la catégorie des personnes bien formées et diplômées du tertiaire augmente. En outre, les femmes sont de plus en plus nombreuses à bénéficier de qualifications et à exercer une profession. Lorsque la génération active doit assumer des tâches de prise en charge, les coûts dit d'opportunité (= coût de l'abandon d'autres activités, baisse de revenu) sont importants, raison pour laquelle l'étude prédit un recul futur de la disposition à assumer la prise en charge des proches.

Dans les villes, la proportion de personnes vivant seules et de celles indiquant ne connaître personne qui soit prêt à les prendre en charge un jour est nettement plus élevée que dans les agglomérations ou les régions rurales. Dans leur cas, l'étude prédit donc également l'apparition d'une lacune dans la prise en charge par les proches soignants.

Les conclusions et les mesures nécessaires qui découlent de cette étude sont les suivantes :

- Les réseaux sociaux doivent être renforcés. Disposer d'un réseau social dense diminue le risque de ne pas bénéficier d'aide en cas de besoin et réduit la probabilité d'entrée prématurée en EMS (voir partie A, p. 14).
- Gestion centralisée des cas qui coordonne toutes les mesures destinées à décharger les proches aidants (qui exercent une activité rémunérée).

²¹ Source: <http://www.alleshatseinezeit.ch/fr/medias.html> (consultée le 1.12.2015)

- Il faut améliorer la conciliation du travail rémunéré (*work*) et des activités d'aide et de soins à domicile (*care*).
- Même si la migration du personnel soignant est d'ores et déjà une réalité et contribue à la prise en charge à domicile des personnes âgées, elle ne fait l'objet d'aucune règle ou presque. Il est donc nécessaire de réglementer à l'échelon national le financement et la qualité des prestations fournies.
- L'offre de structures de jour souples, disponibles à court terme, à horaire prolongé, avec service de transport et possibilité d'accueil le week-end doit être augmentée.
- Des informations concernant la vieillesse et la dépendance doivent être communiquées pour corriger l'image négative et fautive que la population se fait de la proportion de personnes dépendantes et du risque de dépendance et d'entrée en foyer. Toutes les personnes très âgées ne sont pas dépendantes et en EMS, loin de là.

Offre de formation continue

Cycle d'études Soutien aux proches et aux bénévoles²²

La SAP a soutenu financièrement les deux premiers cycles d'études (2008–2010 et 2010–2012) de la Haute école spécialisée bernoise. Cette formation s'adresse aux travailleurs sociaux, au personnel infirmier ainsi qu'aux personnes amenées dans l'exercice de leur profession à accompagner, à aider ou à former des proches ou des bénévoles. Le travail fourni par ceux-ci auprès de personnes tributaires d'une aide et de soins est très exigeant en termes de temps, de charge physique et d'investissement psychique. Leur tâche se fait souvent trop lourde et peut mettre leur santé en danger. Les soutenir dans leur travail permet de leur offrir un répit momentané et de leur témoigner publiquement appui et reconnaissance.

Suite à ces deux premiers cycles, une évaluation, également cofinancée par la SAP, a été effectuée pour mesurer leur impact sur l'accompagnement, l'aide et la formation de proches et de bénévoles, et ce, à plusieurs niveaux : parmi les étudiants, les proches et les bénévoles soignants ainsi que parmi les professionnels des institutions qui ont employé ou emploient encore des étudiants ou des diplômés issus de cette filière.

Elle a révélé que le savoir des diplômés est bénéfique pour les institutions. Grâce à eux, l'apport des proches et des bénévoles y occupe une place nouvelle et est volontairement intégré dans les réflexions. Dans les organisations d'aide et de soins à domicile comme dans les EMS, le soutien professionnel apporté aux proches et aux bénévoles aide le personnel à se concentrer sur son cœur de métier. Les prestations destinées aux proches et aux bénévoles sont utilisées de manière plus ciblée et plus solidement établies à l'échelon institutionnel. On remarque également que la relation entre organisa-



²² Cycle d'études de la Haute école spécialisée bernoise aboutissant au *Diploma of Advanced Studies* (DAS).

tions et institutions, d'une part, et proches, de l'autre, s'améliore considérablement, ce qui permet d'éviter les conflits. Dans le cadre de l'évaluation, une étudiante travaillant dans un EMS du canton de Berne a résumé la situation (traduction):

«A mon avis, les proches sont les principales personnes extérieures à fréquenter l'EMS. Rien que cette constatation devrait être suffisante pour qu'on leur propose un soutien. Notre institution est parvenue à réduire au minimum les conflits avec les proches. Parenté et personnel soignant se considèrent comme des partenaires et non plus comme des 'adversaires'. [...] Nous avons intégré le soutien aux proches dans l'organigramme ainsi que dans la démarche et le processus de soins. On remarque que les uns et les autres savent mieux quel est leur rôle et travaillent ensemble.»²³

Ce cycle d'études existe toujours, mais n'est plus cofinancé par la SAP.

²³ http://www.alter.bfh.ch/de/weiterbildung/diploma_of_advanced_studies_das/interviews/susanne_aeschlimann.html

Domaine d'intervention n° 3: Offre de logement et de prise en charge axée sur le long terme

Tout être humain habite quelque part. Le logement est un besoin élémentaire qui gagne encore en importance après la retraite. En effet, la qualité de l'environnement dans lequel nous habitons conditionne en bonne partie notre qualité de vie. Outre l'aménagement intérieur du logement, l'endroit où il se trouve, la manière dont il est intégré dans le village ou le quartier, les infrastructures proches sont des éléments tout aussi importants pour l'organisation et la maîtrise du quotidien. Les quartiers, les zones d'habitation et les communes où il fait bon vivre et habiter sont essentiels. De leur aménagement dépend la capacité des personnes du 3^e et du 4^e âge à continuer à vivre une existence aussi autonome que possible malgré une diminution de leur mobilité et de leurs facultés cognitives. Ainsi, le développement territorial durable comprend également une dimension sociale qui ne doit plus être ignorée, comme le déclare l'Office fédéral du développement territorial (ARE):

« Bien que l'aspect social constitue une des trois dimensions du développement durable, avec l'économie et l'écologie, les débats l'ont largement négligé à ce jour. Il y a pourtant de bonnes raisons d'accorder une égale importance aux effets sociaux des mesures prises et des évolutions. [...] Répartition équitable des biens, égalité des chances, bien-être, santé, formation, intégration: tels sont les facteurs définissant, avec d'autres encore, la dimension sociale du développement durable. »²⁴

« En effet, les quartiers connaissent actuellement de fortes sollicitations: développement à l'intérieur du milieu bâti, changement démographique et mixité sociale et culturelle en hausse y sont autant de phénomènes clairement perceptibles. Or, par ses dimensions, le quartier est un espace particulièrement approprié pour faire face à de tels défis en utilisant les approches du développement durable. »²⁵

Le plan directeur cantonal 2030 adopté par le Conseil-exécutif le 2 septembre 2015 déclare entre autres qu'il faut encourager l'identification avec l'espace environnant:

« Les besoins de la population notamment ceux des femmes, des enfants et des personnes âgées ou handicapées sont pris en considération dans l'agencement du milieu bâti. »²⁶

Infrastructure adaptée aux personnes âgées au lieu de domicile: une tâche importante de la politique communale du 3^e âge

Les résultats de l'*Age Report III* (2014)²⁷ montrent qu'en Suisse, les personnes du 3^e et du 4^e âge qui vivent à la maison sont généralement très attachées à leur lieu de domicile. La politique communale du 3^e âge doit tenir compte de cet aspect, qui nécessite des offres décentralisées et de proximité, notamment lorsque ces personnes ont besoin d'aide et de soins. Des commerces proches et une bonne desserte par les transports publics sont essentiels, tout comme la qualité de l'environnement immédiat. Chez les personnes âgées qui ont une perception négative de l'environnement dans lequel elles habitent, par exemple en raison du bruit ou de l'insécurité dans l'espace public, le degré de satisfaction envers l'habitat baisse. En conséquence, elles se cloîtent dans leurs quatre murs et courent le risque de s'isoler socialement. Selon l'*Age Report III*, de bons contacts de voisinage, un environnement calme, une sécurité publique suffisante et

²⁴ Communiqué de presse du 23 juin 2015.

²⁵ Communiqué de presse du 29 mai 2015.

²⁶ Plan directeur du canton de Berne, Plan directeur 2030, Projet de territoire du canton de Berne, p. 9. Source: Internet: <http://www.be.ch/richtplan/fr> (consultée le 1.10.2015)

²⁷ Höpflinger, François et Joris van Wezemaal (édit.) 2014. *Age Report III: Wohnen im höheren Lebensalter, Grundlagen und Trends*. Zurich. Seismo Verlag.

l'existence d'espaces verts à proximité sont décisifs en ce qui concerne le degré de satisfaction vis-à-vis du logement. Or, le choix des lieux où sont proposées les offres ainsi que l'aménagement des zones d'habitation sont du ressort de la politique communale du 3^e âge. Par son intermédiaire, le vieillissement de la population et les questions qui vont de pair doivent être intégrés dans tous les autres domaines, dont l'aménagement du territoire et la planification des transports. C'est le seul moyen pour les autorités de garantir que le milieu bâti de la commune ou du quartier reste attrayant pour les personnes du 3^e et du 4^e âge et encourage leur autonomie au lieu d'y faire obstacle.

Programme des locaux modernisé pour la prise en charge résidentielle

En 2013, la SAP a revu et actualisé les consignes de son programme des locaux pour les projets de construction ou de transformation dans les établissements médico-sociaux (EMS) du canton de Berne. Les exigences générales correspondent aujourd'hui à l'état actuel des connaissances en la matière. Même si elles diffèrent selon qu'il s'agit d'un projet de construction ou de rénovation, les rénovations doivent dans la mesure du possible respecter les normes applicables aux constructions nouvelles.

L'un des principaux points du programme des locaux en vigueur est la souplesse d'utilisation des bâtiments. Le canton a volontairement renoncé à définir des programmes des locaux différents selon les groupes cibles. Pour les plans des nouveaux bâtiments et les projets de rénovation d'assez grande envergure, il faut s'efforcer d'optimiser la souplesse d'utilisation de manière à permettre un changement d'affectation des locaux (adaptation à de nouvelles catégories d'occupants ou à des besoins nouveaux) sans grandes transformations. L'expérience des dernières décennies a montré que, dans les EMS, les tâches d'assistance et de soins, tout comme les formes d'habitation, n'ont cessé d'évoluer. On peut donc supposer que cette évolution va se poursuivre. Il est dans l'intérêt de toutes les parties concernées de prévoir des infrastructures aussi souples que possible et d'éviter les systèmes rigides.

Dans ses consignes, le programme des locaux définit une norme et des valeurs minimales qui doivent être respectées quelle que soit la catégorie de personnes que l'institution sera appelée à accueillir. La tendance actuelle va aux chambres individuelles. En effet, les chambres doubles sont de moins en moins prisées et ne peuvent souvent être louées qu'à une seule personne. Dans les bâtiments neufs, chaque pensionnaire dispose d'au moins 16 mètres carrés d'espace individuel et d'au moins 4 mètres carrés d'espaces communs au sein de son groupe d'habitation. Dans le cas des bâtiments existants devant subir une rénovation, il est possible de déroger à cette norme minimale si la structure de la construction rend toute adaptation impossible.

En dépit des besoins d'assistance élevés des pensionnaires, l'accent doit être mis sur des conditions de vie normales ainsi que sur l'organisation de la vie quotidienne. Certes, une assistance et des soins prodigués par du personnel professionnel sont requis, mais ils ne doivent pas dicter la vie en EMS. Il importe de prendre en considération l'environnement social et personnel des pensionnaires de même que leur suivi et leur assistance dans les activités quotidiennes. Leur importance est souvent sous-estimée. L'institution doit disposer d'espace pour chacun des pensionnaires, leur permettant de se retirer, en proposant des chambres individuelles. Le programme cantonal des locaux se fonde sur le modèle du groupe d'habitation. Celui-ci doit pouvoir accueillir 12 à 16 personnes; il doit être le foyer des pensionnaires, à l'instar d'un propre appartement. L'espace communautaire au sein du groupe d'habitation constitue le pôle de la vie des pensionnaires. C'est un lieu de rencontre et d'échanges informels, c'est ici qu'ont lieu les activités communes, notamment les repas.

Le canton privilégie un passage souple entre logement indépendant à domicile et vie en EMS. Certaines offres peuvent être précieuses à ce niveau, notamment les structures intermédiaires et les prestations d'accueil temporaire suivantes :

- formes alternatives d'habitation et de prise en charge, par exemple appartements avec prestations. Cette formule donne aux organismes responsables des EMS la possibilité d'utiliser les synergies ;
- séjours de courte durée dans les EMS pour décharger les proches ou séjours de vacances pour les personnes tributaires de soins ;
- places de soins aigus et de transition pour faciliter le retour à domicile après un séjour à l'hôpital ; elles sont cependant limitées à 14 jours et n'ont pas réussi à faire leurs preuves ; cette offre ne rencontre presque aucune demande ;
- places de jour ou de nuit. Les premières sont subventionnées par la SAP à raison de 80 francs par jour d'accueil.

L'intégration des structures intermédiaires et de l'accueil temporaire doit être prise en compte dans la planification des infrastructures.

Domaine d'intervention n° 4: Prise en charge des personnes âgées atteintes de maladie

Tout patient et toute patiente a besoin de traitements et de soins spécifiques à sa maladie. Dans le cas des personnes âgées, qui souffrent d'affections multiples et chroniques, le processus thérapeutique s'avère souvent plus complexe. Il est donc d'autant plus important qu'elles bénéficient d'un traitement coordonné obéissant au principe de la gestion intégrée des soins («*care management*»). Cette situation confronte la prise en charge médicale à des défis inédits auxquels les assurances et les prestataires réagissent par des modèles novateurs de gestion intégrée des soins. Ces modèles s'articulent autour de la mise en réseau des différents intervenants. Une instance (p. ex. le médecin de premier recours) coordonne l'ensemble du processus thérapeutique, ce qui permet d'éliminer la plupart des lacunes et des situations de double emploi ainsi que les erreurs de médication. Le passage d'un traitement résidentiel à une prise en charge ambulatoire ou vice-versa fait également partie de la gestion intégrée des soins. L'outil sur lequel elle s'appuie en règle générale comprend un logiciel moderne et une carte de patient électronique. Il permet aux prestataires comme aux patients de gérer et consulter des données et d'échanger des informations.

Depuis plusieurs années, la SAP apporte un soutien financier et conceptuel à plusieurs projets de gestion intégrée des soins. Parallèlement et indépendamment de la SAP, des acteurs privés ont développé et mis en place leurs propres modèles. Plusieurs mesures ont été prises pour garantir la prise en charge adaptée et aussi permanente que possible des malades âgés.

En ce qui concerne le secteur ambulatoire, divers moyens ont été mis en œuvre, surtout dans les régions périphériques, pour promouvoir la relève en médecine de premier recours et réorganiser les services médicaux d'urgence. Dans ces régions en effet, la faible densité de cabinets médicaux se traduit par un rythme de sollicitation du service d'urgence nettement plus élevé que dans les zones urbaines. De même, les cabinets de médecine de premier recours situés à la campagne sont beaucoup plus difficiles à remettre que ceux implantés en ville.

Encouragement de la médecine de premier recours et de la médecine d'urgence

Point de départ: rapport «La médecine de premier recours dans le canton de Berne»

En 2011, diverses interventions parlementaires déposées au cours de la décennie écoulée ont amené le Conseil-exécutif à procéder sous l'égide de l'Office du médecin cantonal à une analyse de la médecine de premier recours dans le canton de Berne (rapport au Grand Conseil concernant la mise en œuvre des motions 035/2005 Heuberger et 090/2005 Kilchherr)²⁸. Le groupe de travail interdisciplinaire chargé de cette tâche réunissait des représentants de la Société des médecins du canton de Berne, de la faculté de médecine, de l'Instance facultaire de médecine générale, de la Direction de l'instruction publique, de la Direction de l'économie publique ainsi que d'autres milieux. Le rapport examine les principaux problèmes, définit des champs d'actions possibles et propose des solutions et des mesures propres à garantir l'accès à la médecine de premier recours et à la médecine d'urgence. Les mesures suivantes ont été réalisées depuis:

²⁸ Interventions du député Thomas Heuberger (M 035-2005) «Pénurie de médecins généralistes», du député Carlo Kilchherr (M 090-2005) «Manque de médecins dans les régions rurales», de la députée Franziska Fritschy (M 123-2005) «Promotion de la médecine générale» et du député Markus Meyer (M 239-2008) «Pénurie de médecins de famille et soins ambulatoires».

Promotion de la relève en médecine de premier recours

Avant même la conclusion du rapport, des stages pratiques dans les cabinets de médecins généralistes ont été introduits pendant les études de médecine et un projet pilote a été lancé en vue de promouvoir la formation postgrade au cabinet du praticien de premier recours (assistantat au cabinet médical) (ACE n° 2035/2007). En juin 2010, le Conseil-exécutif a débloqué un crédit supplémentaire pour la poursuite de cet essai et son élargissement à neuf postes d'assistante et d'assistant en cabinet par an (ACE n° 0904/2010). Enfin, en janvier 2012, le Grand Conseil a approuvé le programme « Formation postgrade au cabinet du praticien de premier recours (assistantat au cabinet médical) » (ACE n° 1599/2011 et affaire no 2011.RRGR.1528). Ainsi, le canton de Berne garantit à long terme 21 postes d'assistante et d'assistant en cabinet.

Le rapport final sur le projet pilote « Formation postgrade au cabinet du praticien de premier recours (assistantat au cabinet médical) » montre que cet assistantat a permis aux médecins de premier recours partant à la retraite de trouver reprenneur pour leur cabinet. Par ailleurs, ce modèle améliore l'interaction entre les hôpitaux et les généralistes: les médecins assistants qui ont suivi une formation complémentaire en cabinet de premier recours bénéficient d'un apport important en termes de formation et se familiarisent avec le fonctionnement d'un cabinet même s'ils choisissent par la suite de travailler en milieu hospitalier.

Soutien du service médical de garde

Une première fois en 2008 (ACE n° 2141/2008) et une seconde en 2012 (ACE n° 1004/2012), le Conseil-exécutif a alloué une subvention à la centrale d'appels Medphone AG pour promouvoir une réorganisation du service médical de garde et d'urgence. Les médecins de garde collaborant avec Medphone détournent leur ligne téléphonique vers le centre d'appels, centre que les patients et patientes peuvent également contacter directement en cas d'urgence. Un personnel au bénéfice d'une formation médicale (y compris des non-médecins) trie les appels entrants et met les patients en relation avec un prestataire à même de leur dispenser le traitement nécessaire (médecin de garde ou service d'urgence hospitalier). En cas de blessure ou de maladie sans gravité, il indique les mesures à prendre à l'appelant. Grâce à ce modèle, toute personne n'ayant pas de médecin traitant attiré ou nécessitant une prise en charge médicale en dehors des heures d'ouverture des cabinets peut bénéficier d'une prestation parfaitement adaptée à ses besoins. En outre, Medphone peut recourir si nécessaire à un médecin de garde à disposition pour des visites à domicile.

Suite des mesures

En février 2012 (ACE n° 250/2012), le Conseil-exécutif a décidé, pour apporter un soutien supplémentaire à la médecine de premier recours, de subventionner les projets innovants dans le domaine des soins médicaux de base. La SAP encourage l'échange d'informations et d'expériences entre les médecins de premier recours qui appliquent d'ores et déjà un nouveau modèle de gestion intégrée des soins, sont parvenus à régler leur succession grâce à des démarches innovantes ou recherchent des solutions. Sur demande, les projets peuvent bénéficier d'un financement initial.

Projets novateurs de coopération dans le domaine des soins ambulatoires lancés par des acteurs privés

Parallèlement aux mesures citées prises par le canton de Berne, des acteurs privés (médecins) et institutionnels (assurances-maladie) ont, sans intervention des pouvoirs publics, développé divers modèles de gestion intégrée des soins ambulatoires:

- a) **Réseaux privés de soins intégrés:** des spécialistes de diverses disciplines médicales se sont organisés en réseaux de soins (mediX bern, mednetbern, SeelandNet) et se sont engagés à collaborer. Ils assurent la prise en charge intégrée de leur patientèle par une optimisation du processus thérapeutique: ils coordonnent les thérapies et traitements dispensés par des prestataires différents et évitent ainsi les redondances.

- b) Centre médical de Schüpfen, Lyss, Anet, Messen et Täuffelen (depuis 2015):** il assure une prise en charge médicale intégrée dans la région du Seeland bernois en traitant les patients de manière adaptée, globale, optimale sur le plan de la qualité et des coûts et correspondant à l'état le plus récent de la médecine. Il offre des soins de base complets qui comprennent également des consultations avec des spécialistes et soutient la formation des futurs médecins généralistes et d'autres professionnels de la santé.
- c) Modèles de coopération créés par les assureurs-maladie dans le domaine des soins ambulatoires:** les assureurs-maladie mettent en place dans toute la Suisse des réseaux et des formes d'assurance avec choix restreint du médecin (modèles du médecin de famille, du «*gatekeeper*» et HMO) appelés modèles de gestion intégrée des soins. Les médecins participant à ces modèles sont chargés de la gestion des budgets. Le but de ces modèles d'assurance est de permettre aux assurés de réaliser des économies par la coopération organisationnelle et professionnelle des prestataires et par une amélioration de la qualité.
- d) Reconversion d'anciens sites hospitaliers en centres de santé:** suite à la fermeture d'hôpitaux, divers acteurs tels que des communes, des médecins en pratique privée, des assurances et des associations d'hôpitaux ont pris l'initiative de créer sur le même site des centres de santé qui offrent sous un même toit différentes prestations ambulatoires et résidentielles. Exemples: Tramelan, Meiringen et Huttwil.
- e) Cabinets de garde associés à l'hôpital:** les médecins assurant les services de garde ont développé un modèle de service d'urgence novateur associé à l'hôpital. Il s'agit d'une collaboration entre médecins en pratique privée et un hôpital régional dans laquelle les premiers se partagent le service de garde avec des médecins hospitaliers. Ce modèle présente deux avantages pour les patients: d'une part, les «entrées» sont triées par un médecin de premier recours au centre d'appels d'urgence ou au service des urgences de l'hôpital. De l'autre, il répond aux besoins des patients et patientes qui n'ont pas de médecin de famille et se rendent donc à l'hôpital lorsqu'ils sont malades.
- f) Futuro Chronic Care Management (Futuro CCM):** MediX bern et zürich ont lancé le projet Futuro Chronic Care Management en 2009. Ce modèle de prise en charge basé sur la médecine de premier recours structure le déroulement des traitements et les coordonne de manière proactive. Certaines tâches sont confiées à des assistantes médicales au bénéfice d'une formation complémentaire spécifique. Futuro CCM utilise également une plateforme en ligne par laquelle prestataires et patientèle peuvent communiquer et gérer et analyser les données et les informations nécessaires. Le modèle examine la manière dont la prise en charge des patients chroniques et multimorbides peut être améliorée malgré la pénurie de médecins de premier recours.

Soutien à des projets innovants de desserte médicale de base

Projet pilote de desserte médicale de base dans le Haut-Simmental et le Pays de Gessenay (MeGOS)

Sur mandat de la SAP et en étroite collaboration avec celle-ci, le centre hospitalier régional (CHR) STS AG a conçu et réalisé le projet pilote MeGOS entre 2012 et 2014. Le but premier était de créer les conditions garantissant à long terme les soins de base en association avec les partenaires locaux. Il s'agissait d'élaborer et d'évaluer un modèle de soins intégrés dans une région périphérique, préalpine et alpine qui pourrait servir d'exemple. Les résultats étaient destinés à entrer dans la planification cantonale des soins.

MeGOS avait pour origine l'évolution de la desserte médicale des régions périphériques et les défis allant de pair: eu égard à la pression croissante qui s'exerce sur les prestataires et à la pénurie qui se profile en matière de relève médicale (professions de la santé universitaires et non universitaires), la couverture en soins (ambulatoires et résidentiels) est souvent menacée dans ces régions. Souvent peu nombreux, les presta-

taires de soins médicaux doivent travailler en collaboration relativement étroite et assument généralement plusieurs fonctions (urgences, soins de longue durée, diagnostics, etc.). Du point de vue du canton, MeGOS devait, à l'exemple d'une région périphérique, répondre à des questions précises sur la situation en matière de couverture des besoins. Ces questions devaient ensuite être analysées et bénéficier à d'autres processus de changement analogues dans d'autres régions périphériques.

MeGOS se composait de trois volets: l'analyse et, le cas échéant, l'amélioration des services de sauvetage, l'extension du réseau de santé et enfin, l'évaluation de la nécessité pour la couverture en soins des sites hospitaliers et de leurs prestations. Alors qu'à ses débuts, le projet mettait principalement l'accent sur la couverture hospitalière, il a paru par la suite plus urgent – après la fermeture de l'hôpital régional de Gessenay et la constatation de la nécessité d'une offre hospitalière en mode résidentiel à l'hôpital de Zweisimmen (ACE n° 814/2013) – d'écarter la menace planant sur la couverture en soins ambulatoires, et particulièrement sur la médecine de premier recours. L'association MeGSS (*Medizinische Grundversorgung Simmental-Saananland*) a été fondée dans ce but le 17 juin 2013. Son objectif consiste à mettre en réseau les différents acteurs régionaux afin de garantir la desserte médicale de base à moyen et à long terme dans la région. En septembre 2013, le CHR STS AG a par ailleurs décidé d'implanter les services de sauvetage du Haut-Simmental et du Pays de Gessenay dans la région de Saanenmöser à partir du 1^{er} décembre 2013.

Bien que le projet MeGSS suive encore son cours, il est d'ores et déjà permis d'affirmer que MeGOS a contribué de manière déterminante à l'amorce d'un changement dans la région concernée et à l'identification des facteurs nécessaires à son succès. La réussite du projet ne pourra cependant être établie de manière définitive que lorsque le projet pilote sera achevé.

Planification des soins selon la loi sur les soins hospitaliers

En Suisse, la tâche consistant à garantir des soins hospitaliers et des prestations de sauvetage conformes aux besoins ainsi que la disponibilité en suffisance de personnel de santé non universitaire incombe aux cantons. Par conséquent, la planification des soins pour le canton de Berne est du ressort de la SAP et repose sur la loi sur les soins hospitaliers (LSH; RSB 812.11). Cette planification a pour fonction d'assurer des prestations accessibles à tous, conformes aux besoins, de bonne qualité et économiques ainsi que de poser des priorités pour la couverture médicale, gériatrie comprise. Le canton de Berne est bien préparé à affronter les conséquences présentes et à venir du changement démographique. La planification des soins cantonale couvre les soins aigus somatiques, la réadaptation, la psychiatrie, le sauvetage et les professions de santé non universitaires. Compte tenu du vieillissement de la population, les éléments de planification englobant la prise en charge gériatrique, l'accès aux soins palliatifs résidentiels et les prestations psychiatriques destinées au 3^e âge occupent une place primordiale. Le site internet de la SAP fournit des informations sur la planification des soins cantonale selon la LSH ainsi qu'à propos des priorités citées: <http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheits/gesundheits/spitalversorgung/Versorgungsplanung-gemaessspvg.html>.

Soins post-aigus

La planification des soins 2007–2010 avait prévu d'introduire dans tous les centres hospitaliers régionaux une unité de soins post-aigus comme offre standard. Ces soins sont destinés aux personnes qui ont été hospitalisées pour une affection aiguë (maladie, accident ou opération), dont les problèmes médicaux sont stabilisés et qui ne requièrent plus de prise en charge ou de suivi médical quotidien. En revanche, ces

patients ont besoin chaque jour, pour une période limitée dans le temps, de soins infirmiers et thérapeutiques. L'objectif est de leur redonner suffisamment d'autonomie pour leur permettre de retourner vivre dans leur logement et leur environnement habituel. N'étant pas (encore) en mesure de suivre une réadaptation, ils doivent rester à l'hôpital, raison pour laquelle les soins post-aigus sont intégrés aux soins aigus. Actuellement cependant, aucun hôpital n'applique ces soins intermédiaires comme prévu à l'origine. L'Office des personnes âgées et handicapées (OPAH) et l'Office des hôpitaux (ODH) de la SAP sont en train de procéder auprès des prestataires à une enquête détaillée qui permettra de définir les besoins en matière de soins post-aigus et la patientèle concernée. Les premiers résultats seront communiqués au cours du 2^e semestre 2016 au plus tôt.

Soins aigus et de transition

Les forfaits par cas (DRG) entrés en vigueur le 1^{er} janvier 2012 dans le cadre du nouveau financement des hôpitaux se traduisent par une réduction de la durée moyenne des séjours hospitaliers. Pour offrir une solution de relais aux patients qui ne nécessitent plus de prise en charge hospitalière mais ont encore besoin de soins, le législateur fédéral a introduit les soins aigus et de transition. Les soins aigus et de transition sont des prestations prescrites par un médecin hospitalier et prodiguées au maximum durant les 14 jours qui font suite à un séjour en hôpital (financement, voir domaine d'intervention 9, p. 82). Cette offre n'a pas rencontré le succès escompté, notamment parce que le laps de temps imposé est trop court pour permettre un retour à la maison de personnes âgées et pour la plupart malades. Pour mettre en place une prise en charge transitoire efficace, il faudrait, de l'avis de la SAP, la prolonger jusqu'à six semaines. Le canton de Berne s'engagera en faveur d'une modification de la législation allant dans ce sens.

Soins gériatriques

Un groupe de travail constitué de spécialistes, notamment en gérontologie, a élaboré entre 1999 et 2002 les grands principes devant déterminer l'organisation de la gériatrie en fonction des besoins dans l'ensemble du canton. Sur cette base, le Conseil-exécutif a décidé, dans le cadre de la planification des soins 2007–2010, de créer de nouvelles structures : pour les hôpitaux de soins aigus, des centres de gériatrie régionaux dans tous les centres hospitaliers régionaux (y compris l'Hôpital du Jura bernois [HJB]) et, pour la réadaptation, une nouvelle catégorie de prestations, la « réadaptation gériatrique ».

«Chaque personne âgée a droit à la réadaptation gériatrique. Ne pas laisser un patient passer du degré de soins 1 au degré de soins 2 doit être un objectif de la prise en charge. La primauté de la réadaptation sur les soins est un principe.»²⁹

Ce principe complète et soutient la philosophie qui s'attache à faire primer l'ambulatoire sur le résidentiel et à favoriser le maintien à domicile plutôt que le transfert en foyer. Une étude réalisée en Bavière a montré que 80 pour cent des patients ayant bénéficié d'une rééducation gériatrique vivaient encore dans leur propre logement deux ans après³⁰. La réadaptation gériatrique est donc complémentaire de la démarche qui consiste à promouvoir le maintien à domicile plutôt que l'entrée en EMS et est de ce fait essentielle.

La gériatrie aiguë et la réadaptation gériatrique ont toutes deux été implantées dans

²⁹ Walter Swoboda, médecin-chef de l'unité de gériatrie du *Nürnberger Zentrum für Altersmedizin*, in: *Pro Alter*, 01/2014 KDA, p. 31.

³⁰ *Pro Alter*, 01/2014 KDA, p. 31 (traduction).

l'ensemble du canton en 2012 lors de l'entrée en vigueur des listes des hôpitaux pour les soins aigus somatiques et la réadaptation. Par la suite, l'offre de soins gériatriques a connu une amélioration avec l'entrée en force d'une nouvelle liste des hôpitaux dans le secteur des soins aigus somatiques le 1^{er} mai 2014.

A la demande de la SAP, la clinique universitaire de gériatrie de Berne élabore des offres de soutien et aide les CHR qui le demandent à organiser les centres de gériatrie. Elle met à disposition, comme interlocuteur, une équipe interprofessionnelle de spécialistes (représentants du corps médical, des infirmières et infirmiers, des thérapeutes et des assistantes et assistants sociaux).

Le site www.geriatrie-kantonbern.ch/fr/ donne un aperçu des structures existantes ; il permet d'accéder aux normes et aux directives déjà élaborées pour les soins gériatriques. Les exigences de base pour les soins aigus et la réadaptation gériatriques se trouvent également à l'adresse <http://www.gef.be.ch/> sous la forme des « Critères de qualité pour la prise en charge en gériatrie dans le canton de Berne I – Centres de gériatrie régionaux: gériatrie aiguë » et des « Critères de qualité pour la prise en charge en gériatrie dans le canton de Berne II – Réadaptation gériatrique ».

Animé par la volonté d'encourager les soins intégrés, le canton de Berne a lancé un essai-pilote de soins intégrés en gériatrie qui s'est terminé à la fin de 2014 et qui visait à examiner si une stratégie globale de soins intégrés améliore la qualité et l'économicité des soins fournis aux patients âgés et très âgés. Dans ce cadre, le canton a, dans deux hôpitaux appliquant une démarche de prise en charge différente,

- examiné si une mise en réseau avec les prestataires ambulatoires et résidentiels et une gestion commune des traitements sont à même d'améliorer les soins fournis aux personnes âgées et très âgées ;
- identifié les obstacles et les facteurs favorables à cette intégration des soins.

Les résultats de cet essai-pilote sont résumés dans le rapport qui lui a été consacré.

Prestations psychiatriques destinées au 3^e âge

Avec l'accroissement de la population âgée, la question de la psychiatrie gériatrique prend de plus en plus d'importance, à côté des questions sociales et des questions de santé d'ordre général. Sont particulièrement concernées les personnes du 4^e âge, dont le nombre va nettement augmenter. Comme, à partir de 65 ans, la fréquence des démences double environ tous les cinq ans, la psychiatrie de la personne âgée est particulièrement sollicitée. De manière générale, on considère que la prévalence³¹ des maladies psychiques nécessitant des soins se situe autour de 20 pour cent chez les personnes âgées, comme dans les autres phases de la vie.

Les personnes âgées souffrant de maladies psychiques font souvent partie de celles et ceux « qui souffrent en silence », attirent peu l'attention et ont difficilement accès aux offres thérapeutiques. Les raisons en sont diverses : mobilité réduite, peur de la stigmatisation et idée fautive selon laquelle il serait normal de souffrir de dépression et de troubles de la mémoire dans la vieillesse.

Les maladies psychiatriques de la personne âgée passent souvent inaperçues. Or les maladies psychiques non diagnostiquées ou non traitées sont des facteurs d'augmentation des coûts, entre autres parce qu'elles dégradent le pronostic des maladies physiques et accélèrent l'entrée en institution.

Selon diverses études internationales³², la prévalence des maladies psychiatriques chez les personnes âgées est particulièrement élevée dans les EMS et les hôpitaux de

³¹ On entend par prévalence d'une maladie le pourcentage de la population qui en est atteint.

³² Références : Matthews, F. E. & Dening, T. (2002), Ferri, C. P. et al. (2005), Young, J. & Inouye, S. K. (2007), Trolor, J. N. et al. (2007); tableaux in : Mosimann, Peter et Lore Billie Legrand (2009). *Bericht Alterspsychiatrie Kanton Bern: Weiterentwicklung Psychiatrie Bern (WePBE) 2011–2014*. Berne: Services psychiatriques universitaires.

soins aigus, comme le montre le tableau ci-dessous. Il faut donc que les offres de psychiatrie gériatrique atteignent les patients sur le lieu où ils résident.

Tableau 1

Prévalence des maladies psychiatriques chez les personnes âgées à domicile, en EMS et en hôpital de soins aigus

Lieu de résidence	Prévalence des maladies psychiatriques de la personne âgée		
	Démence	Délire	Dépression
Domicile	5–6 %	0,5–1 %	3–12 %
EMS	50–70 %	1–2 %	15–42 %
Hôpital de soins aigus	5–15 %	11–42 %	25–40 %

Malgré tous les efforts accomplis jusqu'ici, force est de constater que, dans le canton de Berne, la psychiatrie de la personne âgée n'a pas réussi à suivre l'augmentation de la demande ces dernières années.

De ce fait, la planification des soins psychiatriques 2011–2014 a accordé une attention toute particulière à la psychiatrie gériatrique et posé la base d'un développement à long terme et axé sur les besoins. La première phase est consacrée à l'élaboration des bases conceptuelles pour ce développement. Les Services psychiatriques universitaires ont élaboré une stratégie de prise en charge gérontopsychiatrique qu'ils ont soumise à la SAP en été 2014.

Le développement de la psychiatrie de la personne âgée devra respecter plusieurs principes : facilité d'accès, flexibilité, proximité de la commune, de l'EMS et de l'hôpital, et coordination avec d'autres fournisseurs de prestations. La psychiatrie de la personne âgée constituera à l'avenir une composante importante des soins psychiatriques régionaux de premier recours et sera fournie par les services régionaux. Elle met l'accent sur le lien avec la médecine somatique et gériatrique, sur la psychiatrie de consultation et de liaison³³ et sur les soins ambulatoires et résidentiels de longue durée.

Il est urgent de mettre en place d'autres prestations ambulatoires, p. ex. des équipes multidisciplinaires de psychiatrie communautaire qui rendent visite aux patients et à leurs proches à domicile ou en EMS. Ces équipes assurent les diagnostics, les traitements et les consultations spécialisées nécessaires.

Intégration des malades psychiques chroniques dans les EMS

Depuis l'introduction du nouveau financement des hôpitaux le 1^{er} janvier 2012, les séjours hospitaliers des patients ne nécessitant pas de traitement hospitalier³⁴ sont pris en charge selon les règles du financement des soins. Cette nouvelle réglementation s'est soldée dans les cliniques psychiatriques par un manque à gagner que le canton a partiellement compensé dans le cadre des contrats de prestations.

Lors de l'examen des offres et des structures (EOS) et du débat sur l'élimination du déficit structurel, le Grand Conseil a décidé par 83 voix contre 53 et 9 abstentions de supprimer le cofinancement du séjour en clinique psychiatrique des personnes ne nécessitant plus une hospitalisation. Suite à cette décision, les cliniques psychiatriques sont contraintes de transférer les personnes concernées plus rapidement dans d'autres structures d'hébergement.

³³ La psychiatrie de consultation englobe les évaluations psychiatriques effectuées à la demande des médecins traitants. La psychiatrie de liaison désigne les interventions psychiatriques durant les séjours hospitaliers à la demande des médecins traitants.

³⁴ La jurisprudence actuelle considère qu'une personne nécessite un traitement hospitalier aussi longtemps qu'il y a lieu d'attendre de la continuation d'un traitement une sensible amélioration de son état de santé. Notamment dans le cas de personnes atteintes de maladies à évolution chronique progressive, la nécessité d'un traitement hospitalier est difficile à faire reconnaître. Elle dépend donc d'une évaluation médicale et des possibilités thérapeutiques et n'est pas obligatoirement conditionnée par la durée du séjour hospitalier.

Par ailleurs, une déclaration de planification émise à l'occasion de la prise de connaissance du rapport sur la politique du 3^e âge de 2011 exige du canton de Berne qu'il développe une réflexion sur les formes de vie des personnes atteintes d'une maladie psychique chronique à l'âge de la retraite.

Certains patients séjournent parfois depuis des années en clinique psychiatrique alors qu'un traitement aigu ne s'impose plus dans leur cas. Il est impossible de les transférer dans d'autres structures d'hébergement car contrairement aux hôpitaux, les EMS ne sont pas soumis à une obligation d'admission. Il n'est donc pas toujours aisé pour les cliniques psychiatriques de transférer des patients « difficiles », ce qui constitue pour elles un problème majeur.

Pour les aider, la SAP a lancé au printemps 2014 un projet intitulé « Déshospitalisation », qu'elle a confié à l'ODH et à l'OPAH. Ce projet a pour objectif de transférer les patients psychiatriques de longue durée dans des structures d'hébergement adaptées et de réduire le nombre de nouveaux cas au strict minimum. Il vise en outre à offrir un appui aux foyers qui accueillent les malades psychiatriques (âgés) et ainsi à les encourager à accueillir durablement des patients en provenance de cliniques psychiatriques.

Pour qu'une solution de prise en charge soit optimale et durable, il faut qu'elle repose sur les besoins individuels des personnes concernées. Une fois ces besoins connus, il s'agit de rechercher ou de créer des structures adaptées. Le projet définit donc également les mesures de soutien nécessaires pour la prise en charge des patients psychiatriques. Il vise en outre à améliorer et à institutionnaliser la collaboration entre les cliniques psychiatriques et les foyers pour accélérer le placement hors milieu hospitalier et le rendre durable.

Les compétences en psychiatrie du corps médical et du personnel soignant sont très différentes d'un EMS à l'autre. Pour pérenniser la réussite des transferts, il faut que les foyers disposent de personnel formé aux relations avec des malades psychiques. Il est par ailleurs probable que les cliniques psychiatriques devront mettre en place un service de consultation et de liaison pour conseiller les établissements en cas de crise.

Ces questions sont à l'étude au sein de groupes de travail composés de représentants de la SAP, des cliniques psychiatriques et des foyers, qui élaboreront en commun des solutions propres à y répondre.

Soins palliatifs

Les soins palliatifs³⁵ contribuent à soulager les souffrances des personnes en fin de vie atteintes d'une maladie incurable. Ils constituent une prise en charge et un accompagnement complets permettant de leur garantir la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la fin de leur vie. Ils visent à éviter la souffrance et les complications. Ils comprennent les traitements médicaux, les soins ainsi que le soutien psychologique, social et spirituel.

Les précédents rapports sur la politique du 3^e âge soulignaient les besoins croissants en matière de soins palliatifs. Cette tendance se poursuit : la Confédération et les cantons prévoient que l'évolution sociale et démographique se traduira par une augmentation constante du nombre de personnes (notamment celles âgées de 80 ans et plus) souffrant de maladies incurables, potentiellement mortelles et/ou chroniques³⁶. Dans le canton de Berne également, la forte augmentation du nombre de personnes âgées dans la population totale se traduira par un accroissement considérable des besoins en soins palliatifs³⁷. Pour la Confédération et les cantons, la garantie des soins de santé pose un défi à la fois pour la santé et pour la société.

³⁵ L'expression « soins palliatifs » désigne la médecine, les soins, l'assistance et l'accompagnement palliatifs.

³⁶ Office fédéral de la santé publique (OFSP) et Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)

³⁷ Conférence des statistiques du canton de Berne (2012) : Projections régionalisées de l'évolution démographique du canton de Berne jusqu'en 2035.

Mesures à prendre

Bien que suite à un grand nombre d'initiatives diverses, le canton de Berne ait d'ores et déjà complété certaines offres de soins palliatifs et en ait créé d'autres, il est indispensable d'améliorer encore la prise en charge.

A travers le programme cantonal en matière de soins palliatifs, la SAP se fixe l'objectif de garantir l'accès à des soins palliatifs adaptés aux besoins sur tout le territoire. Toute personne atteinte d'une maladie incurable ou évolutive chronique potentiellement mortelle qui est en fin de vie doit pouvoir, quel que soit son âge, bénéficier des meilleurs traitements et prises en charge possibles, à définir en fonction de ses propres besoins. S'appuyant sur les objectifs de la « Stratégie nationale en matière de soins palliatifs », le programme cantonal en matière de soins palliatifs définit le cadre qui permettra à tous les intervenants jouant un rôle de premier plan dans les soins de base (hôpitaux, EMS, organismes de soins à domicile, médecins de famille et autres spécialistes de la santé) de proposer cette prise en charge comme un élément constitutif du système de santé.

Suite à une enquête sur les soins palliatifs réalisée en 2010, la SAP estime que la majorité des prestataires les ont intégrés dans leurs bases stratégiques ou qu'ils travaillent actuellement à l'élaboration de telles bases, mais que la conception des soins palliatifs, de même que les qualifications spécifiques en la matière, varient considérablement d'un prestataire à l'autre.

L'objectif de la stratégie cantonale en matière de soins palliatifs consiste donc à les promouvoir et à les intégrer progressivement dans la pratique sanitaire. Les lacunes doivent être comblées en fonction des besoins. Les conditions organisationnelles et structurelles ne sont toutefois pas encore réunies pour une coordination à l'échelle du canton. Elles restent à mettre en place dans de nombreuses régions. Pour assurer des soins palliatifs en accord avec la demande et garantir des traitements et un accompagnement au plus près des besoins des patients et de leurs proches et qui tienne compte de la planification prospective, il faut nécessairement s'appuyer sur un réseau de prestataires ou de prestations performant. La mise en place d'un réseau porteur réunissant tous les acteurs, particuliers et institutions, qui participent à la prise en charge des malades concernés, s'inscrit dans le droit fil des objectifs de la politique du 3^e âge.

Mise en œuvre

A l'origine, la stratégie élaborée par le canton s'était fixé comme objectif – sur l'impulsion d'interventions déposées au Grand Conseil entre 2004 et 2008 – de promouvoir l'intégration des soins palliatifs dans les soins hospitaliers. La liste des hôpitaux 2012 a ainsi concrétisé, dans les soins aigus somatiques, la volonté de considérer les soins palliatifs comme devant être proposés dans tous les centres hospitaliers régionaux en tant que prestations relevant des soins de base. Par ailleurs, le canton a confié un mandat de prestations en soins palliatifs spécialisés à la Fondation Diaconis (ville de Berne) et au Centre de soins palliatifs « La Chrysalide » (La Chaux-de-Fonds).

En outre, la SAP a publié à l'hiver 2013/14 le « Programme du canton de Berne en matière de soins palliatifs »³⁸. Celui-ci s'appuie largement sur la stratégie nationale 2013-2015, dont il reprend la définition ainsi que la présentation des structures et du dispositif de formation. Le programme cantonal, en cours de réalisation depuis 2014, dresse également un catalogue des mesures et des exigences qui seront posées aux différents fournisseurs de prestations.

Cela étant, des lacunes subsistent en dépit de l'introduction des soins palliatifs en milieu résidentiel dans l'ensemble du territoire. Des mandats de prestations en soins palliatifs spécialisés ont donc été attribués en automne 2015 aux hôpitaux de soins aigus afin de garantir la qualité de l'offre et la conformité aux besoins dans tout le canton. La SAP a fait appel à une experte externe pour élaborer le profil d'exigences applicable

³⁸ Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (SAP) (2013 / 2014) : Programme du canton de Berne en matière de soins palliatifs.

dans le cadre de la planification hospitalière du canton de Berne. C'est sur cette base que le canton a défini les conditions générales, évalué les fournisseurs de prestations intéressés et octroyé les mandats, en fonction des besoins.

Des équipes mobiles spécialisées en soins palliatifs sont chargées de sensibiliser les prestataires de soins de base de longue durée, de les conseiller, de les former et de les mettre en relation pour optimiser la qualité des soins palliatifs. Ces équipes sont interdisciplinaires et interviennent à la demande des prestataires de soins de base. Les prestations médicales et thérapeutiques de ces derniers sont rémunérées séparément selon le système tarifaire régulier. La mise en place des équipes mobiles de soins palliatifs tiendra compte des structures et réseaux existants et en cours de création dans les régions. A l'heure actuelle, la SAP soutient deux modèles de soins palliatifs :

- La convention intercantonale signée en mai 2009 par les directeurs de la santé des cantons du Jura, de Berne et de Neuchâtel est appliquée avec succès. Elle coordonne le développement et la coordination des soins palliatifs et reconnaît le Centre de soins palliatifs de l'Hôpital Neuchâtelois (HNE) « La Chrysalide » à La Chaux-de-Fonds comme centre de référence en soins palliatifs. Dans le sillage de cette initiative, un service mobile de soins palliatifs intercantonal (équipe mobile en soins palliatifs BEJUNE [EMSP]) a vu le jour³⁹. Depuis 2011, les cantons du Jura, de Berne et de Neuchâtel aident cette équipe mobile à coordonner, former et soutenir administrativement les prestataires de soins de base. Elle est entrée en fonction en 2012.
- En 2011 et 2012, pour promouvoir les soins palliatifs de premier recours, la SAP a contribué par une subvention initiale à la mise en place d'un service de soins palliatifs 24 heures sur 24 par les organisations d'aide et de soins à domicile de la région de Thoun. Ce service, qui fonctionne normalement depuis 2013, est intégré dans le réseau régional de soins palliatifs, où il assiste les services d'aide et de soins de base ainsi que les EMS de la région. L'équipe mobile de soins palliatifs et le réseau de soins palliatifs de la région de Thoun bénéficient d'une subvention pluriannuelle depuis 2013.

Les soins palliatifs jouent un rôle majeur en ce qui concerne les personnes âgées. La deuxième priorité définie par la SAP – sur la base des rapports sur la politique du 3^e âge – s'attache au développement des secteurs de soins dédiés aux personnes nécessitant des soins dans le domaine résidentiel de longue durée et en mode ambulatoire. Le Programme en matière de soins palliatifs paru en 2014 définit des stratégies et des mesures propres à les améliorer⁴⁰. Vu l'importance des soins palliatifs pour les personnes du 3^e âge, il est essentiel que tant les organisations d'aide et de soins à domicile que les EMS revoient leur démarche et leurs prestations dans cette perspective, et les adaptent si nécessaire. Il s'agira d'encourager activement ces efforts durant les années à venir. Dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie cantonale, la SAP soutient, en plus des deux modèles précités, les projets suivants :

- Le « Centre Schönberg, centre cantonal de compétences en matière de démence et de soins palliatifs » ouvert à Berne en 2014 est destiné à fournir une offre complète et indispensable à l'avenir dans les soins tant résidentiels et semi-résidentiels qu'ambulatoires. Combinant l'enseignement et la recherche avec les connaissances pratiques, il a pour mission d'améliorer la situation spécifique des personnes atteintes de démence. Cette institution est dédiée à la fois à la démence et aux soins palliatifs, sachant que dans les années et les décennies à venir, le vieillissement de la population se traduira par un accroissement considérable du nombre de personnes atteintes de démence. Le projet, en cours de développement, est unique en son genre et particulièrement important pour le canton de Berne du point de vue de la politique du 3^e âge ; il est décrit en détail plus bas (voir p. 49).

³⁹ La contribution du canton de Berne est calculée directement sur la base du nombre de personnes prises en charge dans le Jura bernois.

⁴⁰ Disponible sur le site Internet de la SAP : <http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheit/gesundheit/palliativecare.html>

- Par ailleurs, la SAP soutient les prestations fournies par la section Oberland bernois de la CRS dans le cadre de beocare.ch, un service de tri et de coordination destiné aux proches soignants. Les bénévoles de beocare accompagnent les personnes âgées, malades et mourantes. beocare coordonne les engagements de bénévoles formés pour la prise en charge quotidienne de personnes gravement malades, l'accompagnement de personnes en fin de vie et le service de garde, que ce soit à domicile ou en institution, mais sans assurer ni soins ni suivi médical. La SAP finance les offres de conseils destinées aux personnes soignant un proche, de même que les prestations de placement, de coordination et de coaching des bénévoles appelés à les décharger et à prendre temporairement le relais. La SAP est intéressée à perpétuer une offre bien établie et très sollicitée qui contribue à une meilleure mise en réseau dans l'Oberland bernois.

Perspectives

Pour que chaque prestataire de soins ait la même conception des soins palliatifs et les prodigue selon les mêmes critères, la SAP va commencer par édicter des normes qualitatives. Cette conception commune des soins palliatifs est également la condition du développement de réseaux de soins régionaux intersectoriels qui permettront d'assurer la continuité et la coordination des prises en charge. Conformément aux objectifs formulés dans le Rapport sur la politique du 3^e âge du canton de Berne 2011, la SAP soutien et encourage activement les projets pilotes visant le développement, l'aménagement et l'amélioration de l'offre de soins palliatifs.

Dans un deuxième temps, la SAP s'attachera à développer les soins palliatifs spécialisés de manière ciblée et en fonction des besoins. Des équipes interdisciplinaires mobiles, spécialisées en soins palliatifs doivent apporter un soutien spécifique et complémentaire aux prestataires de soins de base de longue durée (services d'aide et de soins à domicile et EMS), de sorte que les patients nécessitant ce type de prise en charge puissent, dans la mesure du possible, se faire soigner à l'endroit de leur choix. De même, des structures résidentielles de soins aigus et de longue durée, spécialisées en soins palliatifs, doivent venir compléter les structures prodiguant les soins de base (hôpitaux, EMS).

Dans un proche avenir, la SAP définira les mesures de soins palliatifs nécessaires dans les secteurs de prise en charge non prioritaires dans de l'actuel programme cantonal, comme l'encadrement des personnes handicapées en institution, la prise en charge hospitalière et ambulatoire des patients psychiatriques et, dans le domaine de l'aide sociale, les soins résidentiels et ambulatoires dispensés aux personnes souffrant d'addiction.

Institutions spécialisées pour personnes atteintes de démence sénile

Prise en charge de jour

Entre 2011 et 2014, les offres de prise en charge de jour pour personnes atteintes de démence se sont multipliées et sont de plus en plus utilisées. Cette évolution va de pair avec l'augmentation du nombre de personnes concernées. De 37 010 en 2011, le nombre de jours d'accueil fournis et facturés est passé à 47 344 en 2014. Aujourd'hui, 60 institutions de prise en charge de jour – EMS ou organisations spécialisées – offrent leurs services dans le canton de Berne et ont conclu avec lui des contrats de prestations.

Centre Schönberg

Le 1^{er} avril 2014, le centre Schönberg, situé dans le quartier de la ville de Berne du même nom, a ouvert ses portes. Ce centre cantonal de compétences en matière de démence et de soins palliatifs propose des prestations résidentielles, semi-résidentielles et ambu-

latoires. L'un de ses piliers consiste en un pôle de connaissances. Le centre Schönberg, qui est à la fois un lieu de pratique et un centre de recherche et de formation, est exploité par le service de maintien à domicile de la ville de Berne (Spitex Bern) et par la fondation tilia pour soins de longue durée.

Le centre Schönberg axe son activité sur les besoins des personnes atteintes de démence et de leurs proches. Il s'attache, d'une part, à préserver l'autodétermination, la sécurité et le bien-être de ces personnes et à les aider en leur fournissant des prestations variées. D'autre part, conscient que leur comportement peut devenir lourd à gérer pour leur entourage, le centre Schönberg entend proposer une offre destinée à délester les proches, par exemple un service de conseil et une structure de jour et de nuit. Il propose également une structure d'intervention de crise pour les proches aidants. Dans le cadre de la prise en charge résidentielle, les personnes atteintes de démence bénéficient d'un encadrement et de soins individuels et adaptés au degré de gravité de leur maladie. Enfin, l'« oasis de soins » se consacre aux soins palliatifs pour soulager les souffrances et permettre une fin de vie digne.

Dans un premier temps, en vertu de l'ordonnance sur les foyers⁴¹, la SAP a autorisé 46 places d'accueil dans le domaine de la démence. Dans les années à venir, les 120 autres places des unités de soins seront utilisées par la fondation tilia pour soins de longue durée. Elles servent de structures provisoires pour les sites de Köniz et d'Iltigen pendant la rénovation de ces deux foyers. Il est prévu d'intégrer définitivement tilia Wittigkofen dans le centre Schönberg, où l'ensemble des 166 places seront utilisées en permanence.

L'offre de prestations du centre Schönberg est unique en son genre et essentielle pour la politique du 3^e âge du canton de Berne. De 2011 à la fin de 2013, les pouvoirs publics ont cofinancé l'organisation, le développement et la concrétisation des travaux de conception à hauteur d'un million de francs. Pendant les trois premières années d'exploitation, soit depuis 2014, le pôle de connaissances, qui est responsable de la formation et de la recherche appliquée, bénéficie pour sa création et sa consolidation d'une subvention publique de départ. A cet effet, la SAP a conclu avec le centre un contrat de prestations s'étendant de 2014 à 2016. Pour les trois années suivant son ouverture, le centre Schönberg bénéficie d'une contribution cantonale annuelle de 1 280 000 francs.

Etant donné que son ouverture ne date que du printemps 2014, il est difficile de se prononcer sur la mise en œuvre et l'évaluation des projets concrets du centre Schönberg. Le canton de Berne en attend cependant qu'il fasse œuvre de pionnier et génère et valide des savoirs nouveaux. Le centre doit donc encourager la coordination avec les principaux protagonistes et assurer la transmission du savoir-faire à d'autres institutions.

Depuis son inauguration au printemps 2014, le centre a entamé ses activités et introduit progressivement diverses offres, dont la formation et les prestations spécialisées. La recherche et la formation ont lieu à plusieurs niveaux.

Sur la base des premières expériences réalisées, les unités de formation ont été raccourcies et de nouveaux types de formation continue en soins intégrés ont été élaborés. Désormais, les offres de formation spécifiques s'adressent non plus aux seuls infirmiers et infirmières, mais aussi au personnel auxiliaire. Une nouvelle forme de transmission des compétences est actuellement mise au point pour développer chez ces personnes une compréhension aussi pratique et globale que possible des soins intégrés et améliorer leurs compétences en la matière.

La recherche appliquée propose aujourd'hui aux personnes atteintes de démence trois prestations spécialisées. La première est la rythmique selon la méthode Jaques-Dalcroze. Des études ont en effet démontré que les programmes de mouvement ont sur ces patients des effets positifs. Ensuite, un « café-échange » a été créé pour permettre aux personnes atteintes de démence de communiquer les unes avec

⁴¹ Ordonnance du 18 septembre 1996 sur les foyers et les ménages privés prenant en charge des personnes tributaires de soins (Ordonnance sur les foyers, OFoy; RSB 862.51).



les autres et revigorer leurs souvenirs. Les cafés-échange permettent également au personnel d'établir des liens avec les patients, dont ils vivifient la mémoire. Enfin, une série de manifestations est organisée au centre Paul Klee pour emmener les personnes atteintes de démence dans un voyage en images qui réveille leur univers mental et sensoriel et leur donne simultanément la possibilité de participer à des activités artistiques.

Les questions de politique du 3^e âge prennent une importance croissante à mesure de l'évolution démographique. Il est donc nécessaire et même essentiel qu'un large débat sur le vieillissement ait lieu à tous les niveaux et de manières très diverses. Il doit s'intégrer également dans les lignes directrices et les planifications régionales et communales. Cela dit, se pencher sur la question du vieillissement n'est pas qu'une mission politique. Le sujet nous concerne tous. Un autre, et non des moindres, est l'engagement utile et socialement déterminant des retraités: ils peuvent et doivent – s'ils le souhaitent – s'impliquer activement dans le débat public et contribuer à le façonner. Ce faisant, ils influencent de manière très significative l'image que la société se fait de la vieillesse.

En effet, cette image est trop souvent négative, notamment en ce qui concerne la dépendance des personnes du 4^e âge et leurs séjours en EMS. Il y a donc urgence à la modifier.

Contrairement à l'opinion régnant dans la population selon laquelle la quasi-totalité des personnes âgées sont tributaires de soins et vivent en EMS, seuls quelque 9 pour cent des 80–84 ans, environ 21 pour cent des 85–89 ans et approximativement 42 pour cent des 90 ans et plus sont concernés⁴². Si l'on considère l'ensemble de la catégorie 80+, 18,6 pour cent de la population suisse est dépendante et réside en EMS. Cela signifie que 81,4 pour cent des personnes de cette tranche d'âge vivent à leur domicile⁴³.

Le vieillissement ne doit pas mener à l'exclusion pour la simple raison que l'âge se traduit par un risque de dépendance.

L'égalité est un droit fondamental qui englobe toutes les sphères de l'existence et donc tous les domaines politiques. C'est ce qu'illustre très bien la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDAPH), qui reconnaît entre autres leur droit à une accessibilité sans barrière (art. 9), à l'autonomie de vie (art. 19), à la mobilité personnelle (art. 20), à l'accès à l'information (art. 21), à l'éducation (art. 24), à l'accès aux services de santé (art. 25), au travail et à l'emploi (art. 27) ainsi qu'à la participation à la vie politique et à la vie culturelle (art. 29 et 30).

Intégration des intérêts de la population âgée dans le débat public

La politique du 3^e âge à l'échelon communal et régional ne doit pas être mise en œuvre sans consultation des personnes âgées. Les offres doivent être développées non seulement pour les seniors, mais aussi **avec** eux, car c'est eux qui savent ce que signifie vieillir et être vieux. Leurs expériences doivent donc venir enrichir les prestations qui leur sont destinées et qui peuvent ainsi bénéficier de la qualité, de la crédibilité et de la popularité nécessaires. Au niveau communal et régional, la politique du 3^e âge ne peut être active, vivante et efficace qu'à condition d'intégrer la population concernée. La participation des aînés leur permet de se faire entendre, de contribuer aux décisions et d'adhérer à la politique du 3^e âge de leur commune ou de leur région. Dans de très nombreuses communes, les seniors s'engagent d'ores et déjà sous de multiples formes. Deux offres de ce type sont cofinancées par la SAP.

ProSenior Berne: Forum bernois pour les questions du 3^e âge

ProSenior Berne se considère comme une charnière entre la population âgée et les autorités communales ainsi que les professionnels et organisations qui se consacrent au 3^e âge. Son comité comporte une majorité de personnes dans la phase post-active de leur vie qui souhaitent participer à la définition de la politique du 3^e âge et contribuer

⁴² « Demografischer und gesellschaftlicher Wandel des Alters und Folgen für die Pflege im Alter » et « Langlebigkeit und Hochaltrigkeit: Gesellschaftliche und individuelle Dimensionen ». Source: Internet: <http://www.hoepflinger.com/fhtop/WandelAlter-Pflege.pdf> et <http://www.hoepflinger.com/fhtop/ViertesLebensalter.pdf>

⁴³ Chiffres datant de 2010.

à son succès. L'association organise une Journée d'échanges annuelle en allemand⁴⁴ et, tous les deux ans, le Forum Arc jurassien⁴⁵ de Tramelan, dont la première édition a eu lieu en 2013 et la deuxième à l'automne 2015.

La Journée d'échanges annuelle attire régulièrement un grand nombre de conseillers communaux, de membres de groupes et d'organisations de seniors ainsi que de professionnels. Pour de nombreux acteurs, cette rencontre de réseautage et d'échanges est devenue essentielle. Le Forum Arc jurassien est une tentative d'instituer la formule dans le Jura bernois. La région étant de nouveau représentée depuis quelques années au comité de ProSenior Berne, la mission consistant à s'adresser à la population francophone du canton et à l'englober dans les activités est mieux prise en compte. L'objectif du Forum Arc jurassien consiste à réunir les groupes et organisations francophones de seniors, les autorités, les acteurs ainsi que les organisations se consacrant au 3^e âge pour discuter de questions déterminantes à l'échelon communal, leur permettre de se rencontrer et d'échanger des informations.

Depuis peu, ProSenior Berne organise également des forums d'échanges régionaux qui abordent les thèmes de la Journée d'échanges à l'échelon local et dont les résultats seront intégrés dans les futures éditions de cette rencontre. Cette démarche permet d'assurer les contacts avec la base et de garantir la transmission de ses réactions au niveau cantonal.

L'association ProSenior Berne continue à effectuer un précieux travail de base en ce qui concerne la sensibilisation à la politique du 3^e âge et à son ancrage. Diverses régions ont prévu d'organiser ou organisent déjà des rencontres à leur niveau. La SAP et ProSenior Berne ont conclu un nouveau contrat de prestations pour la période 2015 à 2018, dans le cadre duquel les pouvoirs publics ont alloué à l'association une contribution annuelle de 35 000 francs.

Dialogue des générations: projet «Jung mit Alt»

Le projet «Jung mit Alt» existe depuis 2005. Jusqu'à l'année scolaire 2014/15 comprise, il a été géré par le *Bernischer Verband für Seniorenfragen* (BVSF, association bernoise des aînés et des rentiers). Faute de relève, l'association s'est dissoute elle-même lors de son assemblée générale. Pour poursuivre le projet, les personnes qui y étaient engagées ont fondé le *Verein Senioren Region Bern* (SeReBe, association des seniors de la région de Berne). Des visites ont donc également lieu au cours de l'année scolaire 2015/16, mais dans un plus petit nombre de classes.

Le projet «Jung mit Alt» constitue une démarche proactive de la part des aînés: ils prennent la parole dans des classes et discutent en petits groupes avec les élèves d'un sujet choisi à l'avance⁴⁶. Seniors et jeunes reconnaissent que le monde a beaucoup changé, mais que les thèmes centraux de l'existence sont (restés) les mêmes et que les générations se ressemblent plus qu'elles ne le pensent. Les réactions des seniors engagés dans le projet et celles des élèves du secondaire sont très positives. Les jeunes apprécient particulièrement les échanges et souhaitent qu'ils se perpétuent, car ils leur permettent de rencontrer des personnes âgées et de discuter avec elles de sujets qu'ils n'osent pas aborder avec leurs grands-parents par exemple. D'autres y trouvent l'occasion de faire connaissance avec la génération des aînés avec laquelle ils n'ont pas ou peu de contact, soit parce qu'ils n'ont plus de grands-parents ou parce que ceux-ci habitent très loin. Certains élèves déclarent n'avoir quasiment aucun contact avec

44 2011: Envisager la vieillesse comme un âge où l'on peut rester autonome et se savoir entre de bonnes mains – ou le défi de la qualité de vie – aussi dans l'espace public!; 2012: Ma commune est-elle accueillante pour les aînés?; 2013: Ma commune est-elle accueillante pour les personnes atteintes de démence?; 2014: Privilégier l'ambulatoire sur le résidentiel – Un conflit d'intérêt pour les communes; 2015: Pour que les seniors vivent bien, il faut tout un village (traductions).

45 2013: Ma commune est-elle conviviale pour les personnes âgées?; 2015: Logement et environnement dans une commune qui vieillit – chance ou défi pour nos communes?

46 2010: Modération, retenue, décélération, gratitude; 2011: Les loisirs des jeunes maintenant et par le passé; 2012: Consommation, dettes, responsabilité; 2013: Liberté et responsabilité; 2014: Les dépendances

des personnes âgées en dehors de leur famille. Ils admirent l'initiative des seniors et s'étonnent de les voir s'intéresser à eux.

Ce petit projet, qui vit du grand engagement des seniors, participe de façon originale à garantir la défense des intérêts des personnes âgées dans la société et à promouvoir le dialogue intergénérationnel. La SAP apprécie beaucoup cet apport bénévole et considère que le projet est une contribution active importante à la compréhension entre les générations.

Pour l'année scolaire 2015/16, le projet «*Jung mit Alt*» bénéficie d'une subvention, légèrement plus faible que par le passé, de 3000 francs. Ce montant est une participation aux frais administratifs d'organisation et de planification. La SAP marque ainsi sa reconnaissance pour l'engagement infatigable des seniors.

Guide sur la participation des aînés

En 2012, Pro Senectute canton de Berne a publié un guide intitulé «*Partizipation – ein Gewinn für alle*» (Participation – un bénéfice pour tous) qui s'adresse aux responsables des politiques communales du 3^e âge. A la lumière d'exemples, il montre comment permettre aux seniors de participer à la vie de la communauté et comment réussir à les y intégrer. Le guide souligne des points essentiels à prendre en compte dans ce contexte et fournit aux responsables des idées et une marche à suivre. Il est disponible (en version allemande seulement) au prix de 15 francs auprès de Pro Senectute Region Emmental-Haute-Argovie à Langenthal. La SAP a subventionné la rédaction de ce guide à hauteur de 15 000 francs.

Planifications communales du 3^e âge

A l'heure actuelle (1.1.2015), 336 communes du canton de Berne sur 356 disposent de lignes directrices pour la politique du 3^e âge. Les 20 communes qui ne se sont pas encore attelées à cette tâche sont de petites entités (moins de mille habitants pour la plupart). En chiffres extrapolés à la population résidante permanente (1.1.2015), ces lignes directrices couvrent 98,6 pour cent de la population. Par ailleurs, de nombreuses communes sont en train de réviser et d'actualiser les leurs, qui datent d'il y a dix ans ou plus.

Planification continue

La politique du 3^e âge est une tâche permanente qui, à l'agenda politique, acquiert de plus en plus de poids. Elle a pour base légale la loi sur l'aide sociale (LASoc). Les planifications communales du 3^e âge doivent être régulièrement mises à jour. Comme le précisait déjà le rapport sur la politique du 3^e âge 2011, il est pertinent de les réviser tous les cinq ans, ce qui permet d'identifier à temps les tendances qui se dessinent et de planifier les mesures qui s'imposent. Les communes continuent à bénéficier, pour la mise à jour et le remaniement de leurs lignes directrices pour la politique du 3^e âge, d'une subvention cantonale qui est calculée en fonction du nombre d'habitants de la commune âgés de 65 ans et plus. Le montant alloué pour la mise à jour est de deux francs par personne concernée⁴⁷. Il dépend de la taille du bassin de population auquel les lignes directrices communales se réfèrent :

- Petites communes jusqu'à 4999 habitants : deux francs par an et par habitant de 65 ans et plus pour une période de cinq ans au maximum.
- Bassin de population comprenant entre 5000 et 9999 habitants : calcul identique, mais montant plafonné à 20 000 francs.
- Bassin de population englobant 10 000 habitants et plus : calcul identique, mais montant limité là aussi. La subvention maximale à la révision des lignes directrices communales est de 35 000 francs.

⁴⁷ 5 × CHF 2.00 × nombre de 65+ parmi les habitants.

La durée du subventionnement est limitée à cinq ans. Cela signifie que les communes qui ne mettent leurs lignes directrices à jour que tous les sept voire tous les dix ans ne perçoivent la subvention qu'une fois, pour cinq ans. Cette règle garantit que les communes qui ne procèdent qu'à des révisions sporadiques et se penchent plus rarement sur leur politique du 3^e âge ne soient pas avantagées sur le plan financier. En revanche, celles qui mettent leurs lignes directrices à jour régulièrement, soit à intervalles de cinq ans, peuvent prétendre par deux fois à la subvention sur une période de dix ans.

Critères et objectifs de la planification

Les critères de révision des lignes directrices communales pour la politique du 3^e âge restent inchangés. Les lignes directrices doivent contenir les informations suivantes :

- Démographie : situation actuelle = population actuelle de la commune, par classe d'âge (on optera pour des tranches d'âge de 5 ans : 65–69, 70–74, 75–79, 80–84, 85–89, 90+).
- Démographie : situation future = projection de l'évolution de la population de la ou des communes, pour les classes d'âge citées, dans les 5, 10, 15 et 20 prochaines années. Ces chiffres sont disponibles auprès de l'Office des personnes âgées et handicapées (OPAH). Ils figurent dans la base de données de la Conférence cantonale des statistiques à laquelle la SAP a accès.
- Comparaison avec les lignes directrices précédentes et les objectifs et mesures qui y étaient définis : éléments restant valables, éléments à revoir, expériences acquises et dans quel domaine, mesures mises en œuvre et résultats, mesures abandonnées et pourquoi.
- Contrôle des tâches, compétences et responsabilités dans le domaine du 3^e âge, ainsi que leur répartition entre les personnes, les organes, les organisations et les autres acteurs compétents.
- Thèmes en lien avec la politique cantonale du 3^e âge qui sont traités (également) à l'échelon de la commune : promotion de l'autonomie et de la santé, soutien aux soins et à la prise en charge à domicile, notamment appui des proches aidants, logements pour les aînés (des appartements aux EMS) et aménagement du territoire (mobilité, aménagement d'un environnement sans obstacles), prise en compte garantie du groupe de population concerné (politique du 3^e âge pour les seniors, mais aussi avec les seniors).
- Autres thèmes considérés par les autorités, les seniors eux-mêmes et les organisations comme pertinents pour le 3^e âge dans la commune.

Si les critères ci-dessus sont remplis, la commune peut prétendre à un soutien financier pour la mise à jour de ses lignes directrices de politique du 3^e âge. La demande doit être soumise à la SAP avant le début des travaux. La subvention est versée une fois la mise à jour terminée et lorsque la SAP a reçu un exemplaire (sur papier ou sous forme électronique) des lignes directrices.

Depuis 2012, la SAP constate un regain d'activité dans la mise à jour des lignes directrices ou des planifications communales de politique du 3^e âge. Début août 2015, 16 communes ou associations intercommunales y avaient procédé. A la fin de 2015, la SAP avait alloué à cette démarche une subvention totale de 193 862 francs.

Mise en œuvre des lignes directrices en matière de politique du 3^e âge dans les communes bernoises : analyse de la situation actuelle

En 2011, la SAP et Pro Senectute canton de Berne ont commandé une analyse de la mise en œuvre des lignes directrices en matière de politique du 3^e âge dans les communes bernoises. L'objectif était de dresser un bilan en la matière alors que plus 90

pour cent des communes disposaient alors de telles lignes directrices. Le rapport est disponible en ligne en versions française et allemande⁴⁸.

Au moment de l'enquête, la grande majorité des communes (347 sur 383) disposaient de lignes directrices. Sur les 383 communes interrogées par Internet, 286 ont participé au sondage, ce qui représente un taux de réponse de 75 pour cent. Le plus grand nombre d'entre elles sont sur la bonne voie pour atteindre les objectifs de leurs lignes directrices. Dans deux tiers des communes, des groupements de bénévoles s'engagent pour la réalisation des objectifs et mesures définis et des échanges ont lieu régulièrement entre les différents responsables. Une politique du 3^e âge vivante requiert donc l'engagement de professionnels, de responsables politiques, des autorités communales tout comme de la catégorie de population concernée, qui veille à défendre ses intérêts. Les communes sont aujourd'hui conscientes que la politique du 3^e âge fait partie intégrante de la politique communale. Cette évolution réjouissante se traduit aussi par le nombre important d'entre elles qui, depuis 2014/15, ont demandé à la SAP son appui financier pour la mise à jour de leurs lignes directrices et planifications de politique du 3^e âge. Le sujet semble avoir pris la place qui lui revient à l'échelon communal.

L'analyse de la situation actuelle décrit trois exemples très différents de mise en œuvre réussie des lignes directrices. Tous⁴⁹ démontrent qu'il est possible de pratiquer une politique du 3^e âge active à peu de frais. Les auteurs citent comme conditions essentielles « une conception minutieuse des questions liées à la politique du 3^e âge, une sensibilisation de la population et des personnes compétentes aux objectifs visés ainsi que la coordination et la mise en réseau des communes et des acteurs chargés de la mise en œuvre des mesures ».

La SAP a cofinancé cette analyse de la situation actuelle, traduction française comprise, à hauteur de 49 075 francs.

Outils pour la planification communale de la politique du 3^e âge

La Société Suisse de Gérontologie (SSG) s'est penchée sur la notion de « villes amies des aînés » définie par l'OMS et a développé pour les communes un outil contenant les critères qui rendent une commune conviviale pour les personnes âgées ainsi qu'un questionnaire d'auto-évaluation. Cet outil est destiné aux responsables politiques, aux autorités, aux administrations, aux prestataires de services ainsi qu'à la population. A l'échelon du pays, il permet de dresser le bilan de la situation de la commune et fournit des bases pour la planification des mesures nécessaires.

Il fournit aux communes des informations précieuses concernant leur planification de politique du 3^e âge et dresse une liste des éléments à ne pas négliger.

Les cantons de Berne et de Zoug ayant subventionné l'impression de cette brochure avec questionnaire et CD (canton de Berne: 5000 francs), les communes bernoises peuvent la commander au prix préférentiel de 20 francs (au lieu de 90 francs) au secrétariat de la SSG.

Planifications régionales du 3^e âge et des besoins

Les planifications communales ne suffisent pas pour résoudre des problèmes situés dans un contexte régional. Aussi la SAP s'engage-t-elle depuis plusieurs années pour l'élaboration d'une planification à l'échelon régional dans chacun des six périmètres des conférences régionales. Comme les planifications communales, les planifications régionales bénéficieront du soutien financier des pouvoirs publics. En effet, cet outil est

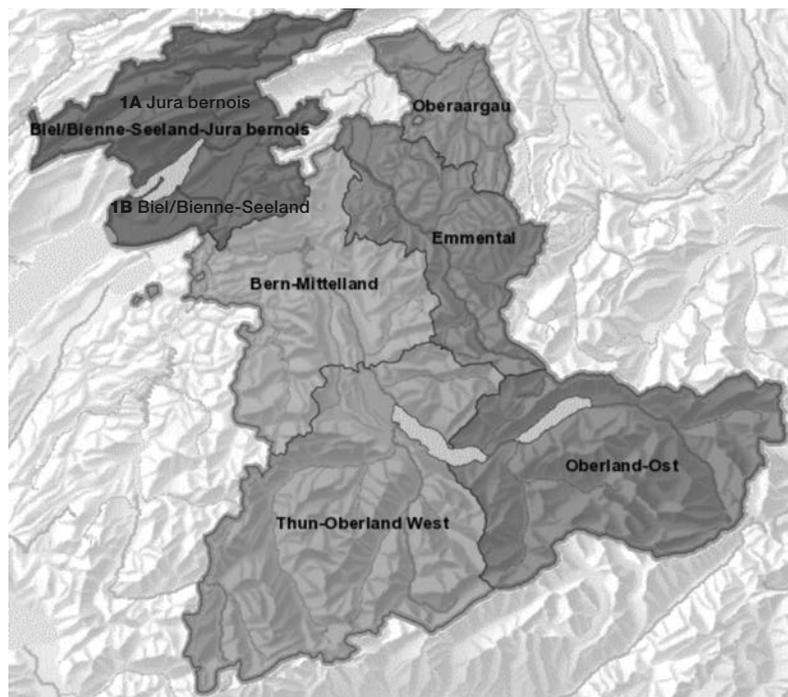
⁴⁸ http://www.buerobass.ch/studienPopup_f.php?projektId=375

⁴⁹ Berthoud, Grindelwald et groupement Brügg, Aegerten, Montmenil, Orpond, Safnern, Scheuren, Schwadernau et Studen.

essentiel pour la planification des EMS, puisque les 365 communes du canton de Berne ne disposent pas toutes de leurs propres places en EMS. Cela n'étant ni pertinent ni économique, la planification des EMS est effectuée à l'échelon régional. La planification régionale du 3^e âge permet aux autorités cantonales de répartir les places libres en EMS en tenant compte dans la mesure du possible des particularités et des besoins de chaque région. La SAP exige cette planification pour pouvoir allouer de manière ciblée le contingent de places. C'est la raison pour laquelle les régions sont consultées à propos des projets de construction et de rénovation d'EMS qui créent des places supplémentaires. Cette démarche leur permet de faire entendre leur voix, de prendre position et d'identifier les mesures nécessaires à leur niveau.

Pour des motifs linguistiques, le périmètre de la Conférence régionale Bienne-See-land-Jura bernois a été divisé en deux régions (voir Illustration 6 : Périmètres des conférences régionales) disposant chacune de leur propre planification.

Illustration 6
Périmètres
des conférences
régionales



Aujourd'hui, cinq régions ou périmètres de conférences régionales sur sept ont défini leur planification du 3^e âge :

- Région Jura bernois
- Région Bienne-Seeland
- CR Berne-Mittelland
- CR Emmental
- Région de Haute-Argovie

Celles ne disposant d'aucune planification sont Thoune/Oberland-Ouest et Oberland-Est.

L'outil de planification régionale du 3^e âge a fait ses preuves. Les objectifs consistent désormais à perpétuer les processus entamés, à transférer aux régions la tâche de planification de la politique du 3^e âge et à les soutenir financièrement, tout en sachant que de nombreux budgets communaux sont déjà mis à rude épreuve et que jusqu'à présent, la planification de cette politique ne faisait pas partie des tâches obligatoires des conférences régionales. Il convient par ailleurs de souligner que seules trois conférences régionales sur six sont en place. Etant donné toutefois que la SAP exige une planification du 3^e âge de toutes les régions, qu'elles aient ou non institué une conférence régionale, chacune d'entre elles bénéficie du même soutien reposant sur le nombre d'habitants de 65 ans et plus. La SAP prévoit par conséquent de conclure avec les sept régions des contrats de prestations portant sur l'élaboration, la mise à jour régulière et

la concrétisation des planifications du 3^e âge. Les négociations sont en cours et il est permis de supposer qu'en 2016, toutes les régions et conférences régionales citées auront conclu un contrat de prestations avec le canton et défini leur politique du 3^e âge. Car pour être efficace et active, celle-ci doit trouver sa place à tous les échelons : communes, régions et canton.

Entre 2011 et 2015, la SAP a contribué à hauteur de 80 000 francs à l'élaboration de planifications du 3^e âge dans le Jura bernois ainsi que dans les régions de Berne-Mittelland et de l'Emmental.

Critères et objectifs

Les critères de la planification régionale du 3^e âge restent inchangés. Elle doit fournir les informations suivantes :

- Démographie : situation actuelle = population actuelle de la région, par classe d'âge (on optera pour des tranches d'âge de 5 ans : 65–69, 70–74, 75–79, 80–84, 85–89, 90+).
- Démographie : situation future = projection de l'évolution de la population des communes de la région, pour les classes d'âge citées, dans les 5, 10, 15 et 20 prochaines années. Ces chiffres sont disponibles auprès de l'OPAH. Ils figurent dans la base de données de la Conférence cantonale des statistiques à laquelle la SAP a accès. C'est à partir de là que sont déterminés les besoins futurs de places en EMS, soumises à planification selon la LAMal.
 - Détermination du besoin et attribution de l'offre aux sous-régions :
 - qui reçoit des places et combien ?
 - qui offre quoi ?
 - quelles sont les mesures permettant une répartition aussi adaptée aux besoins que possible (surtout dans les régions où elle est inégale) ?
- Planification des prestations supra-communales dans le domaine du 3^e âge, compte tenu de la coordination nécessaire avec les objectifs communaux dans ce domaine.
- Renforcement de la coordination et intensification de la mise en réseau des fournisseurs, des organisations et des prestations, de façon à offrir les meilleurs soins possibles à la population âgée.
- Prise en compte garantie des intérêts des seniors ainsi que de leurs organisations ou groupements.

Forums régionaux du 3^e âge

Actuellement, la Haute-Argovie est la seule parmi les régions germanophones citées à disposer d'une commission de planification de la politique du 3^e âge (anciennement Groupe de travail «*Altersfragen*» Haute-Argovie). Cette commission organise chaque année le forum du 3^e âge de Haute-Argovie et se prononce sur les projets de construction d'EMS dans la région à l'intention de la SAP, dans l'optique de la planification des besoins. Par ailleurs, elle veille par des rencontres régulières à l'échange d'informations entre les différents acteurs régionaux qui se consacrent au 3^e âge et établit la planification régionale dans ce domaine. De 2011 à 2013, le travail de la commission a bénéficié d'un soutien de 20 000 francs en raison de son rôle précurseur dans une région-pilote. Elle ne perçoit plus de subventions cantonales depuis 2014 et est cofinancée par toutes les communes de Haute-Argovie sur la base du nombre d'habitants.

Le Jura bernois s'est doté d'une « Commission Politique du 3^e âge » qui se réunit régulièrement pour se pencher sur la planification régionale. Elle a déjà organisé trois Forums, la première édition en collaboration avec Pro Senectute Arc Jurassien (PSAJ) et la seconde avec PSAJ et ProSenior Berne. Le dernier forum, qui s'est tenu en octobre 2015, a permis une nouvelle fois aux acteurs locaux, aux autorités et aux représentants des seniors de se rencontrer, d'échanger des informations et de créer des liens.

Les cinq autres régions ne possèdent ni commission de planification ni forums ré-

gouliers. Des mesures sont donc nécessaires. Dans le cadre des négociations sur la planification régionale de la politique du 3^e âge, toutes les régions devront à l'avenir pouvoir conclure un contrat de prestations avec la SAP et bénéficier d'un appui financier cantonal pour les tâches de planification dans ce secteur.

Il existe dans le secteur des personnes âgées (AVS) comme dans celui des personnes handicapées (AI) des prestations résidentielles destinées aux personnes ayant besoin de soins et d'assistance. Ces deux catégories de places figurent sur la liste des EMS. Contrairement à celles du secteur AI, les places du secteur AVS sont soumises à la planification des EMS.

Planification des EMS et liste des EMS dans le secteur AVS

Les points suivants décrivent les mécanismes de la planification des EMS pour le secteur AVS et la manière dont ils sont mis en œuvre.

Bases de planification

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10) exige des cantons qu'ils établissent une planification afin de couvrir les besoins en soins par le biais d'institutions qui prodiguent des soins, une assistance médicale et des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée (art. 39, al. 1, lit. d et al. 3 LAMal)⁵⁰. Aux termes de la loi du 11 juin 2001 sur l'aide sociale (LASoc; RSB 860.1), le canton et les communes sont tenus de veiller à ce que les institutions nécessaires soient disponibles pour fournir les soins et l'assistance.

Le calcul du besoin de places de soins résidentiels en EMS repose sur la planification des établissements de soins de longue durée dans le secteur AVS (planification des EMS). Cette planification se concrétise dans la liste des EMS, qui mentionne tous les établissements autorisés à porter leurs prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Pour y figurer, les établissements doivent répondre à un besoin avéré et disposer d'une autorisation d'exploiter conforme à l'ordonnance du 18 septembre 1996 sur les foyers et les ménages privés prenant en charge des personnes tributaires de soins (ordonnance sur les foyers, OFoy; RSB 862.51). Les établissements au bénéfice d'une autorisation d'exploiter mais qui ne figurent pas sur la liste des EMS ne peuvent pas porter leurs prestations à la charge des assureurs-maladie et ne reçoivent pas de financement résiduel des soins de la part du canton.

Pratique de la planification des EMS

Dans la planification des EMS du 24 mars 2004 (ACE 0988/2004), le Conseil-exécutif a fixé un contingent de 15 500 places en EMS dans le secteur AVS. Actuellement (1.10.2015), le canton de Berne compte 14 053 places en exploitation, auxquelles s'ajoutent 1 248 places réservées en cours de création ainsi que 99 déjà attribuées par les régions et que la SAP réservera bientôt. 100 sont encore disponibles⁵¹. Ce petit

⁵⁰ Art. 39 Hôpitaux et autres institutions

¹ Les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis s'ils :

a. garantissent une assistance médicale suffisante ;
b. disposent du personnel qualifié nécessaire ;
c. disposent d'équipements médicaux adéquats et garantissent la fourniture adéquate des médicaments ;
d. correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate ;
e. figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats. (...)

³ Les conditions fixées à l'al. 1 s'appliquent par analogie aux maisons de naissance, aux établissements, aux institutions et aux divisions d'établissements ou d'institutions qui prodiguent des soins, une assistance médicale et des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée (établissements médico-sociaux).

⁵¹ La planification des EMS 2004 partait de l'hypothèse selon laquelle le contingent de 15 500 places serait épuisé dès 2008. Cela n'a pas été le cas, en raison notamment du fait que les places en EMS du secteur AI ne figurent plus dans le contingent du secteur AVS, mais constituent une catégorie propre sur la liste des EMS ainsi que dans la planification correspondante.

nombre de places libres ne se situe pas dans des institutions concrètes. Il constitue un pool qui ménage à la SAP la marge de manœuvre nécessaire pour piloter l'offre en fonction de la demande avérée dans les régions et autoriser les projets correspondants rapidement et sans formalités excessives. 50 de ces 100 places peuvent être affectées à une augmentation de une à trois places au maximum dans les institutions existantes. Les places sont attribuées selon les priorités suivantes (voir tableau 2 : Répartition des places en EMS, p. 63):

- Seules les régions de planification Bienne-Seeland et Thoune/Oberland-Ouest sont encore prises en considération.
- La Ville de Thoune, où manquent plus de 200 places, a la priorité absolue. 50 places au maximum peuvent encore lui être attribuées.
- La 2^e priorité revient aux institutions
 - situées dans les deux périmètres de planification cités,
 - qui augmentent de trois au maximum leur nombre de places,
 - qui appartiennent aux sous-régions suivantes: Lyss/Aarberg, Ville de Thoune, Haut-Simmental, Pays de Gessenay, Frutigland et Innertport.

La planification des EMS repose sur les données relatives à la population âgée de 80 ans et plus. Selon Höpflinger et al.⁵², c'est sur ce groupe de personnes que se concentre la prise en charge institutionnelle en Suisse, un constat étayé par les données SOMED annuelles.

Les dernières projections régionalisées de l'évolution démographique de la Conférence des statistiques du canton de Berne servent de base de données pour la planification des EMS⁵³. Leur dernière mise à jour date de l'été 2012 et elles ont été adoptées le 15 août 2012 par le Conseil-exécutif.

La planification des EMS n'a rien de statique. Elle doit au contraire s'adapter aux changements démographiques. A elle seule, la progression du nombre de personnes âgées ne justifie pas une augmentation des places en EMS. En effet, on constate simultanément une tendance à la hausse de l'espérance de vie sans limitations fonctionnelles ni dépendance (compression de la morbidité). Autrement dit, globalement, la population reste plus longtemps en bonne santé et est dépendante pendant un plus court laps de temps, ce qui se traduit par un raccourcissement de la durée de séjour en foyer médicalisé.

La politique du 3^e âge du canton de Berne définit diverses mesures propres à assurer une couverture suffisante des besoins de la population âgée. Toutes reposent sur le même principe fondamental: réduire à long terme le nombre relatif de places en EMS destinées au 3^e âge et stabiliser le nombre de celles attribuées à la population âgée de 80 ans et plus. Etant donné que les 15 500 places en EMS du contingent ne sont pas toutes construites et en exploitation, la planification des EMS du 24 mars 2004 (ACE no0988/2004) reste en vigueur.

Objectif de la planification des EMS et allocation de places supplémentaires

C'est sur cette planification que s'appuie la SAP pour procéder à des adaptations ou allouer des places supplémentaires en EMS dans le cadre du contingent de 15 500 places.

Si l'on considère les projections relatives à la population âgée de 80 ans et plus en 2035, le contingent de 15 500 places correspond à un taux de couverture moyen de 15,3 pour cent, soit 15,3 places en EMS pour 100 personnes âgées de 80 ans et plus. Cette moyenne cantonale est appliquée aux projections pour 2035 dans les différentes régions et zones desservies et y est comparée au nombre actuel de places. Des places

⁵² Höpflinger, François, Lucy Bayer-Oglesby et Andrea Zumbrunn. 2011. La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée. Scénarios actualisés pour la Suisse (en allemand). Berne, Verlag Hans Huber. p. 106.

⁵³ Conférence des statistiques du canton de Berne (éd.). 2012. Projections régionalisées de l'évolution démographique du canton de Berne jusqu'en 2035.

en EMS sont allouées aux régions où leur nombre est inférieur à la projection 2035. L'objectif de cette démarche consiste à assurer dans toutes les régions et sous-régions une couverture aussi équilibrée que possible, c'est-à-dire située dans la moyenne, et à éliminer les disparités régionales autant que faire se peut.

Les places en EMS sont réparties de différentes manières entre les régions du canton : de nombreux établissements ont ouvert leurs portes bien avant l'entrée en vigueur de la LAMal et donc de la planification des EMS. C'est pourquoi des places supplémentaires ne sont allouées qu'aux régions où la couverture sera inférieure à la moyenne en 2035, à la fois dans le périmètre de la conférence régionale concernée et dans ses sous-régions ou zones desservies. La SAP gère à cet effet un inventaire des places de chacun des six périmètres de conférence régionale.

En cas de couverture excédentaire dans une région, le canton ne peut pas tout simplement supprimer des places allouées. Cela reviendrait en effet à retirer des autorisations d'exploiter, ce qui n'est légalement possible que pour des motifs graves (p. ex. défauts substantiels de qualité) et l'obligerait donc à verser des compensations.

Les planifications régionales des besoins sont par conséquent de première importance. Elles recensent la répartition actuelle des places et permettent, le cas échéant, de formuler des stratégies propres à compenser les lacunes et les excédents. A la demande de la SAP, une partie des régions ont élaboré des planifications du 3^e âge et lui remettent, dans le cadre du processus de réservation, une prise de position sur la planification des besoins. Les communes où se situent les EMS font de même. Ces corapports et les données démographiques font partie des bases utilisées pour la réservation de places en EMS supplémentaires. Actuellement, les régions du Jura bernois, de Bienne-Seeland, de Berne-Mittelland, de l'Emmental et de la Haute-Argovie ont élaboré une planification du 3^e âge. Les deux périmètres des conférences régionales de l'Oberland sont les seules à ne pas en disposer.

Mécanisme de calcul et répartition des places en EMS entre les périmètres de conférence régionale ou de planification

Remarque liminaire

La Conférence des statistiques du canton de Berne publie des projections démographiques régionalisées. Pour ce faire, elle définit – sur la base des données de l'Office fédéral de la statistique – trois scénarios d'évolution démographique cantonale (« scénario bas », « scénario moyen » et « scénario haut »). L'ACE no 1185 du 15 août 2012 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 (édition 2012 ; projection jusqu'en 2035). Les Directions sont convenues entre elles d'adopter le « scénario moyen ».

Les données les plus récentes publiées par l'Office fédéral de la statistique le 27 août 2015 (STATPOP2014) indiquent cependant que la population du canton de Berne augmente plus vite que ne le prévoyait la projection de 2012. Etant donné que l'évolution est même supérieure au « scénario haut », la Conférence cantonale des statistiques recommande aux Directions de passer immédiatement à celui-ci, et ce, au moins jusqu'à la prochaine actualisation des projections à la fin de 2016.

La planification des EMS s'appuie elle aussi sur ces projections démographiques et sur le « scénario moyen ». Le « scénario haut » fait passer le taux de couverture moyen jusqu'en 2035 de 15,3 pour cent à un peu moins de 14 pour cent. Cette valeur a été utilisée pour procéder à un contrôle pour les sept périmètres de planification. Aucune région n'enregistre de changements significatifs par rapport au nombre de places en EMS qui devront être disponibles d'ici 2035. Les écarts entre les objectifs (nombre de places en EMS par région en 2035) du « scénario moyen » et ceux du « scénario haut » sont de l'ordre de l'unité et peuvent donc être considérés comme négligeables.

Comme on l'a vu (voir Pratique de la planification des EMS, p. 60), le contingent actuellement en vigueur (15 500 places) est pratiquement épuisé. Le nombre des places

en EMS sera 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. Cette adaptation reposera sur une nouvelle planification des EMS, qui sera élaborée sur la base des projections démographiques valables à la date concernée.

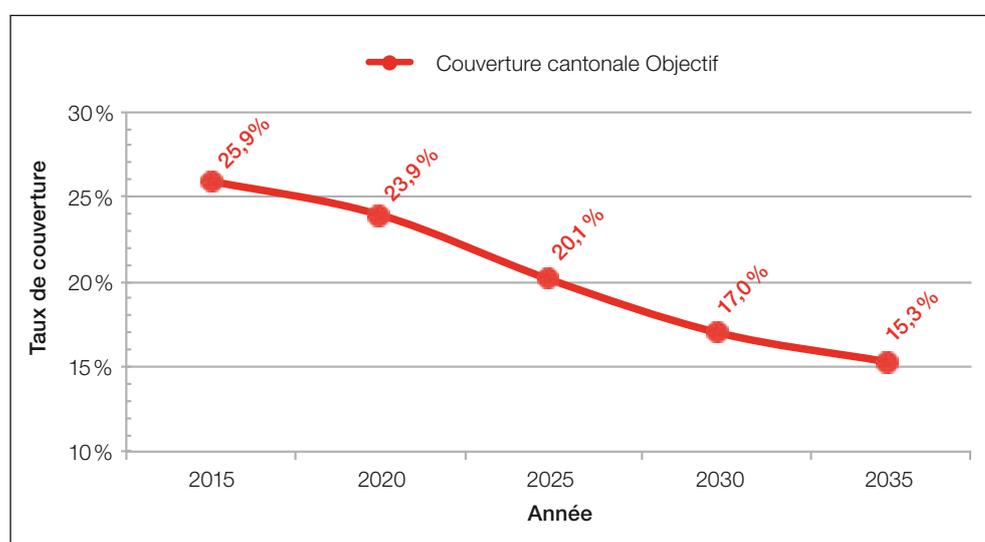
On a donc volontairement renoncé à modifier les planifications des EMS encore en vigueur mais échues sous peu en fonction du « scénario haut ». Les considérations qui suivent se réfèrent par conséquent au « scénario moyen ».

Selon le « scénario moyen », le canton de Berne comptera en 2035 environ 101 400 habitants de 80 ans et plus. En 2010, leur nombre s'élevait à 54 650. Cela signifie que d'ici 2035, la population âgée de 80 ans et plus augmentera de quelque 85 pour cent. Avec le contingent actuel de 15 500 places en EMS, on obtient une couverture moyenne d'à peu près 15,3 places pour 100 personnes âgées de 80 ans et plus. En d'autres termes, le taux de couverture diminuera constamment pour s'établir à près de 15,3 pour cent en 2035 (voir figure ci-dessous).

Evolution couverture ensemble du canton

Illustration 7

Evolution de la couverture cantonale moyenne pour 15 500 places en EMS



Une projection concernant le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus en 2035 est disponible pour chacun des sept périmètres de planification. Ce chiffre est multiplié par 15,3 pour cent pour obtenir le nombre de places en EMS de référence pour chaque région. En voici un résumé (au 1^{er} septembre 2015):

Tableau 2

Répartition des places en EMS

Région	Nombre de personnes âgées de 80 ans et plus en 2035	Nombre de places Objectif	Nombre de places Situation actuelle ⁵⁴	Différence (= situation actuelle – objectif)
Région Jura bernois	4 906	750	809	+ 59
Région Bienne-Seeland	16 173	2 473	2 415	- 58
CR Berne-Mittelland	39 432	6 028	6 027	- 1
CR Emmental	9 845	1 505	1 505	0
CR Haute-Argovie	7 908	1 209	1 200	- 9
CR Thoue-Oberland Ouest	18 148	2 775	2 649	- 126
CR Oberland Est	4 989	763	793	+ 30

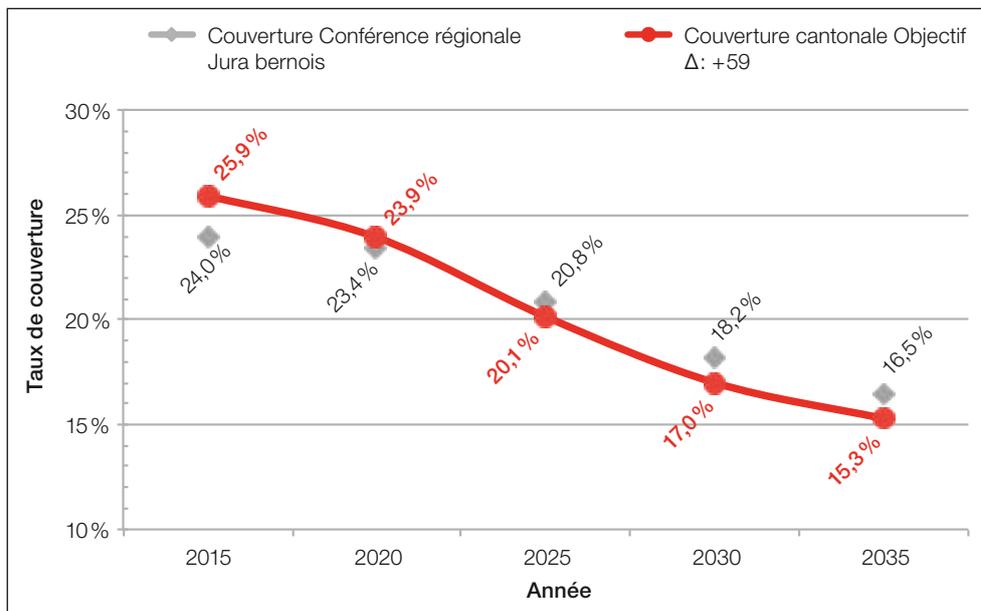
⁵⁴ Places réservées comprises.

La répartition des places en EMS entre les sept périmètres de planification est illustrée ci-dessous par sept graphiques accompagnés d'un bref commentaire.

Evolution couverture région Jura bernois

Illustration 8

Couverture Jura bernois

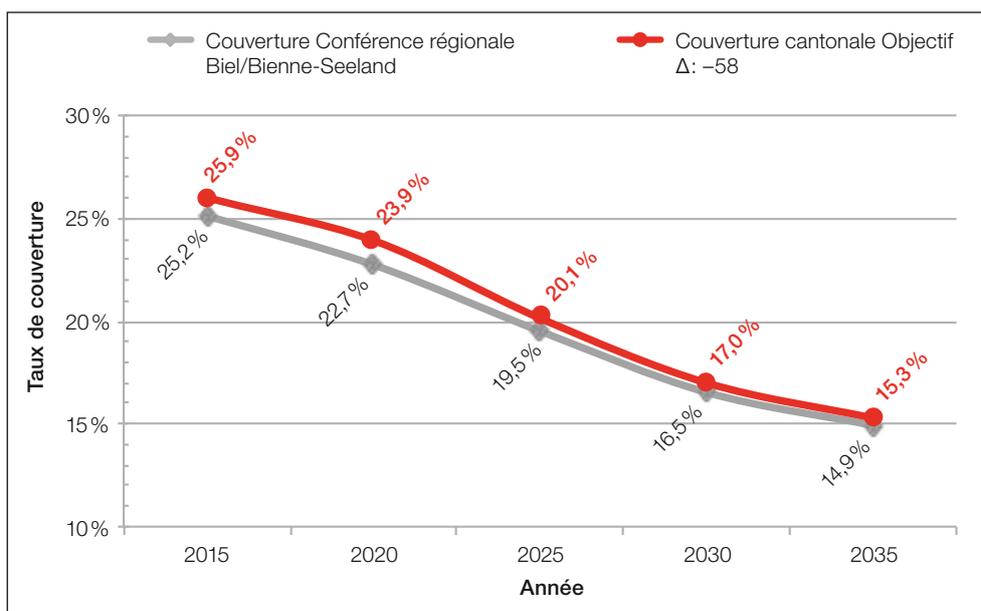


Le nombre de places disponibles et déjà réservées fait que la région du Jura bernois disposera d'une couverture prévisionnelle nettement supérieure à la moyenne cantonale. En chiffres absolus, elle présentera en 2035 une **différence positive de près de 60 lits**. Cette situation est due au fait que dans le Jura bernois, la population âgée de 80 ans et plus n'augmentera que d'un peu plus de 58 pour cent contre 85 pour cent en moyenne cantonale. Alors qu'à l'heure actuelle, la part des personnes âgées de 80 ans et plus y est supérieure à la moyenne cantonale, en 2035, elle sera légèrement inférieure à cette moyenne telle qu'elle est prévue. Ces faits conjugués expliquent le ralentissement de la croissance de la population âgée de 80 ans et plus.

Evolution couverture région Bienne-Seeland

Illustration 9

Couverture CR Bienne-Seeland

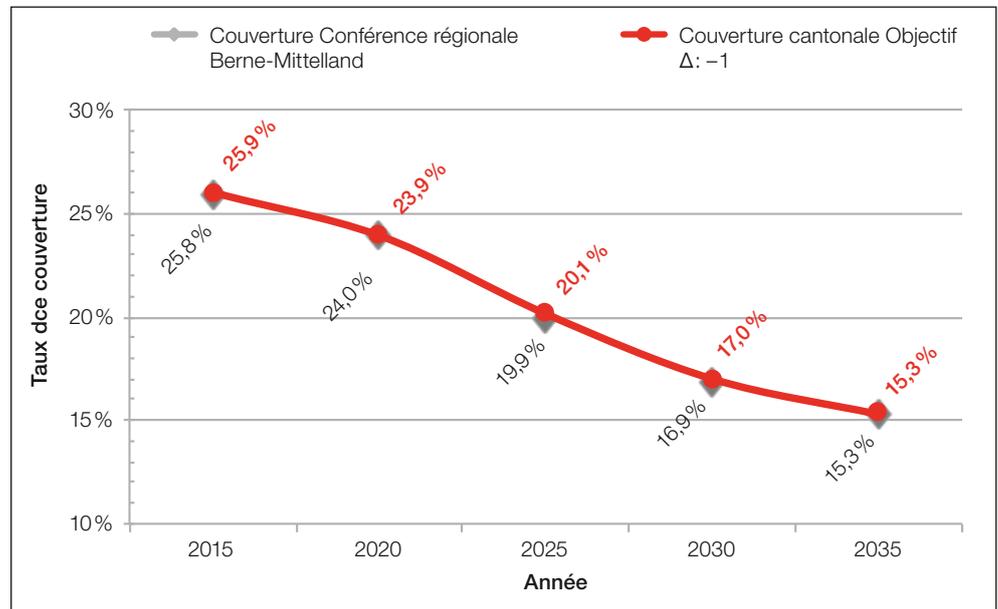


Compte tenu du nombre de places existantes, déjà réservées et en construction, la couverture de la région de Bienne-Seeland n'est que légèrement inférieure à la moyenne

cantonale. En chiffres absolus, elle présentera en 2035 une **différence négative de 58 lits seulement**. Il y a cinq ans, à la parution du dernier rapport sur la politique du 3^e âge, le déficit de lits s'établissait à bien plus de 300 lits. Sur la base de sa planification du 3^e âge, la région a pratiqué une gestion active de la répartition des nouvelles places en EMS, ce qui lui permet de se rapprocher du taux de couverture cantonale moyen de 15,3 pour cent.

Evolution couverture Berne-Mittelland

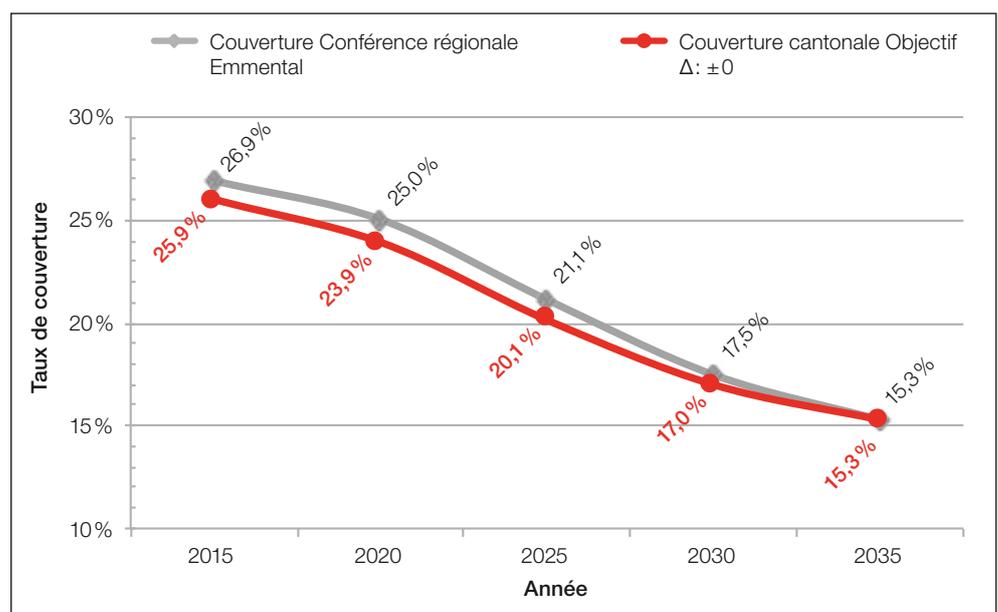
Illustration 10
Couverture CR
Berne-Mittelland



Compte tenu des places existantes, déjà réservées et en construction, la Conférence régionale Berne-Mittelland atteint un taux de couverture égal à la moyenne cantonale. En chiffres absolus, la couverture en 2035 présentera une **différence négative de un lit seulement**. Le taux de couverture moyen de 15,3 pour cent est donc atteint dans cette région.

Evolution couverture Conférence régionale Emmental

Illustration 11
Couverture CR
Emmental

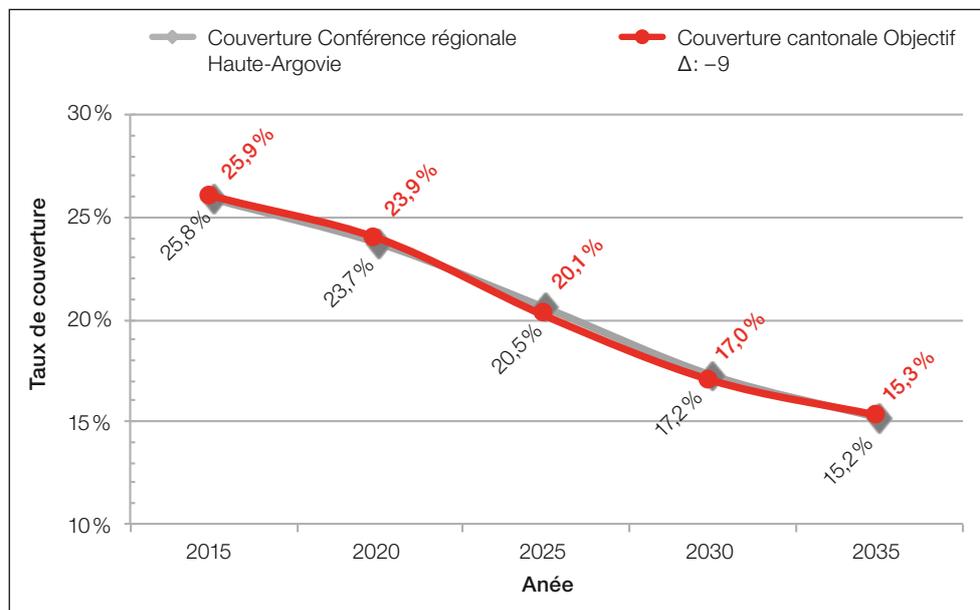


Compte tenu des places existantes, déjà réservées et en construction, la Conférence régionale Emmental atteint un taux de couverture égal à la moyenne cantonale. En chiffres absolus, la couverture en 2035 présentera une **différence nulle**. Sur la base

de sa planification du 3^e âge, la région a pratiqué une gestion active de la répartition des nouvelles places en EMS, ce qui lui permet d'égaliser le taux de couverture cantonale moyen de 15,3 pour cent.

Evolution couverture Conférence régionale Haute-Argovie

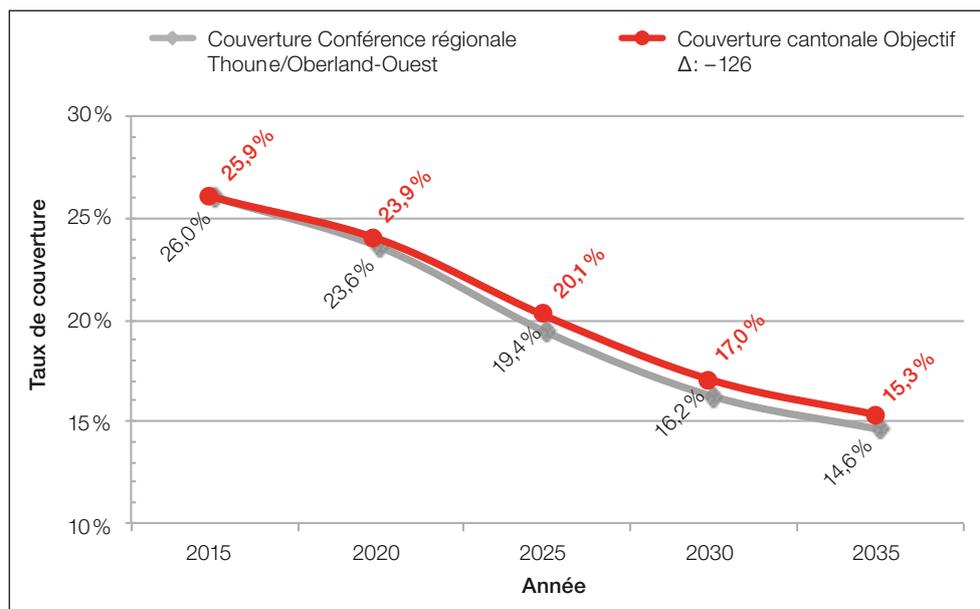
Illustration 12
Couverture CR
Haute-Argovie



Compte tenu des places existantes, déjà réservées et en construction, le périmètre de la Conférence régionale Haute-Argovie atteint un taux de couverture très légèrement inférieur à la moyenne cantonale. En chiffres absolus, la couverture en 2035 présentera une **différence négative de neuf lits**. Sur la base de sa planification de politique du 3^e âge, cette région a elle aussi pratiqué une gestion active de la répartition des nouvelles places en EMS, ce qui lui permet d'égaliser ou presque le taux de couverture cantonale moyen de 15,3 pour cent.

Evolution couverture Conférence régionale Thoune/Oberland-Ouest

Illustration 13
Couverture CR
Thoune/Oberland-Ouest



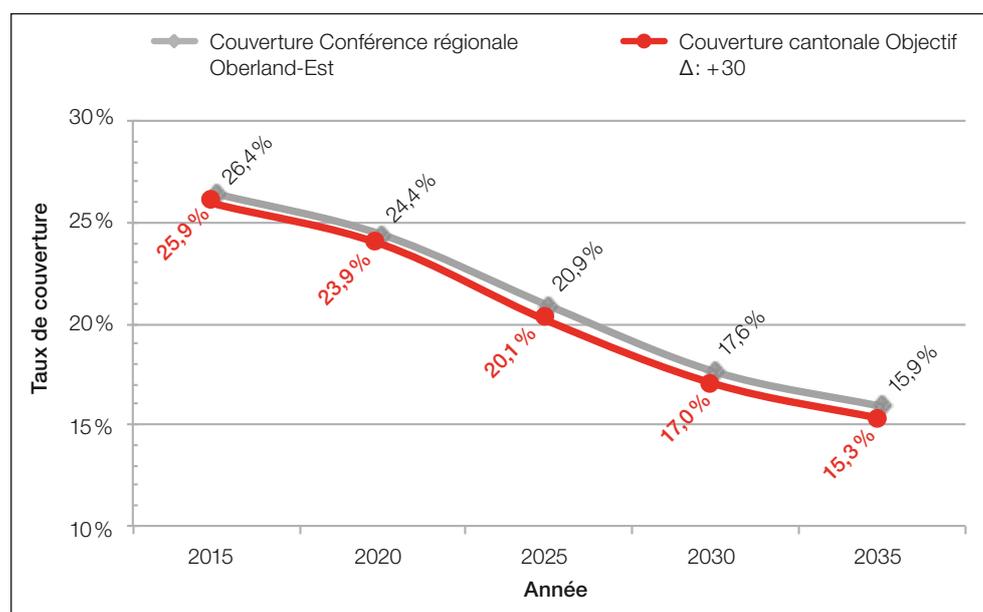
Compte tenu des places existantes, déjà réservées et en construction, le taux de couverture du périmètre de la Conférence régionale Thoune/Oberland-Ouest est très inférieur à la moyenne cantonale. En chiffres absolus, la couverture en 2035 présentera une

différence négative de 126 lits. Cette situation est due au fait qu'entre 2010 et 2035, la population âgée de 80 ans et plus aura, dans cette région, augmenté de près de 98 pour cent, autrement dit quasiment doublé alors que le taux de croissance cantonal de cette même population n'est que de quelque 85 pour cent.

Dans le périmètre de la Conférence régionale Thoune/Oberland-Ouest, la couverture diffère très fortement d'une sous-région à l'autre. Alors qu'en ville de Thoune, en fonction de la population prévisionnelle âgée de 80 ans et plus, le nombre de places en EMS est nettement inférieur à la moyenne avec la différence négative la plus forte (-206), il se situe bien au-dessus sur les rives droite et gauche du lac et dans la sous-région de l'est de Thoune (entre +30 et +103). En l'absence de planification régionale du 3^e âge, la SAP a jusqu'à présent géré à elle seule la répartition de nouvelles places supplémentaires en EMS dans la région Thoune/Oberland-Ouest en fonction des critères mentionnés à la p. 55.

Evolution couverture Oberland-Est

Illustration 14
Couverture CR
Oberland-Est



Compte tenu des places existantes et en construction, le taux de couverture de la Conférence régionale Thoune/Oberland-Est est supérieur à la moyenne cantonale. En chiffres absolus, la couverture en 2035 présentera une **différence positive de 30 lits**. Cet excédent a diminué de moitié ou presque depuis la parution du dernier rapport sur la politique du 3^e âge du fait de la fermeture de quelques établissements de cure dans l'Oberland-Est et de l'intégration des places en EMS correspondantes dans le contingent cantonal. Cela étant, le taux de couverture reste supérieur à la moyenne, ce qui a incité la SAP à refuser les requêtes d'autres institutions de l'Oberland-Est qui demandaient à reprendre les places devenues libres à la suite de ces fermetures.

Liste des EMS

Les assureurs-maladie et le canton cofinancent la prise en charge en EMS à condition que les places correspondantes figurent dans la planification cantonale. Par conséquent, la liste des EMS ne mentionne que les établissements autorisés à facturer les soins résidentiels de longue durée selon la LAMal. Cette situation n'a pas changé suite à l'entrée en vigueur du nouveau financement des soins (art. 25a LAMal). Ce nouveau régime régleme le financement des soins résidentiels – contribution des assureurs-maladie et des habitants selon le degré de soins et réglementation du financement résiduel par les cantons – mais non l'admission en tant que fournisseurs de prestations.

Les soins ne peuvent être facturés à charge de la LAMal que pour le nombre de places en EMS autorisé. C'est pourquoi l'autorisation d'exploiter de chaque établisse-

ment mentionne le nombre maximum de places autorisées, qui ne peut être dépassé sans permission expresse du canton. Sur les formulaires de facturation destinés au financement des soins, les EMS doivent indiquer en détail quels résidents et résidentes nécessitaient quel degré de soins et durant quelle période. Ces formulaires sont à envoyer deux fois par an à l'OPAH. Un autre contrôle est effectué sur la base des plans annuels de dotation minimale en personnel, qui mentionnent le nombre de places en EMS occupées par degré de soins et par an ainsi que le taux d'occupation moyen. L'OPAH peut donc vérifier en tout temps le taux d'occupation des places à disposition dans les EMS de la liste.

Perspectives

Comme on l'a vu, les places en EMS sont attribuées dans le cadre du contingent défini dans la planification. Or, il apparaît que le contingent actuel de 15 500 places sera bientôt épuisé. Il s'agira donc, sur la base des chiffres démographiques et statistiques, de décider quand et combien de places supplémentaires devront être créées.

Si le contingent reste inchangé, les prévisions démographiques indiquent qu'en 2035, le nombre de places en EMS dans le canton de Berne s'élèvera à 15,3 pour 100 personnes âgées de 80 ans et plus, une proportion très faible en comparaison intercantonale. Le canton de Berne risque donc de ne pas pouvoir couvrir les besoins de sa population. La moyenne suisse selon Höpflinger et al. – qui, il convient de le souligner, est inférieure à l'actuelle moyenne du canton de Berne calculée sur la base des données SOMED – permet de supposer que la proportion de personnes âgées qui ont besoin d'une place en EMS restera stable voire, dans le meilleur des cas, s'inscrira en léger recul. Pour être suffisante à long terme, la couverture de places en EMS devrait dans ces conditions correspondre à environ 20 pour cent du nombre de personnes âgées de 80 ans et plus. Pour atteindre ce taux de couverture moyen de 20 pour cent en 2035, le canton de Berne devra – compte tenu des prévisions démographiques actuelles selon le « scénario moyen » – augmenter son contingent à 20 300 places en EMS, autrement dit de 4 800 places. Selon le « scénario haut » (voir remarque liminaire p. 62), le contingent passerait à 22 000 places, soit 6 500 de plus qu'actuellement. Les places devront alors être réservées aux personnes présentant un degré de dépendance moyen à élevé et qui ne peuvent plus vivre chez elles, même avec une aide ambulatoire.

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. Dans ce contexte, le suivi de l'occupation des places est essentiel. Depuis quelques années, le taux actuel d'occupation stagne à un bas niveau, oscillant entre 92 et 94 pour cent. Cette tendance se maintient et rien n'indique pour l'heure qu'il devrait augmenter. En 2014 également, il ne s'établissait qu'à 92,5 pour cent.

Eu égard au nombre croissant de personnes âgées de 80 ans et plus, le contingent doit être surveillé en permanence et adapté si nécessaire. Même si le pourcentage de ces personnes résidant en EMS reste stable ou recule légèrement grâce à un meilleur état de santé général, leur nombre absolu augmente en raison de l'accroissement de la population âgée. La courbe démographique des 80 ans et plus ne s'aplatit qu'après 2050. Jusqu'à cette date, il faut, selon le « scénario moyen », tabler sur une croissance continue dans cette tranche d'âge.

Séjours de courte durée

Suite à l'introduction du nouveau financement hospitalier et du raccourcissement des séjours en hôpital qui s'est ensuivi, le besoin de places en EMS rapidement disponibles pour des séjours de durée limitée – entre plusieurs jours et plusieurs semaines – augmente. Pour étoffer l'offre correspondante, la SAP a versé aux EMS jusqu'à fin 2014 une indemnité supplémentaire de 20 francs par jour pour les séjours brefs durant

jusqu'à 56 jours. L'objectif, qui consistait à créer une offre souple de places de courte durée, n'a pas été atteint. Selon les EMS, l'indemnité ne couvrait pas les frais supplémentaires.

Dans le canton de Berne, seuls deux établissements offrent uniquement des séjours de courte durée : l'institution «*Haus für Pflege*» à Berne et le «*Lädelizentrum*» de la fondation WiA à Heimberg. L'institution «*Haus für Pflege*» est la seule à pratiquer la gestion intégrée des soins, grâce à laquelle les personnes qui recourent à son offre peuvent retourner chez elles ou, si c'est nécessaire, entrer en EMS en étant plus autonomes et moins tributaires de soins. En plus des séjours de courte durée, le «*Lädelizentrum*» propose des places de soins palliatifs.

Personnes âgées handicapées tributaires de soins

Evolution

Grâce aux progrès de la médecine, de l'hygiène et de la technique mais aussi de l'éducation et des soins, l'espérance de vie des personnes handicapées ne cesse d'augmenter et un grand nombre d'entre elles atteignent aujourd'hui l'âge de la retraite.

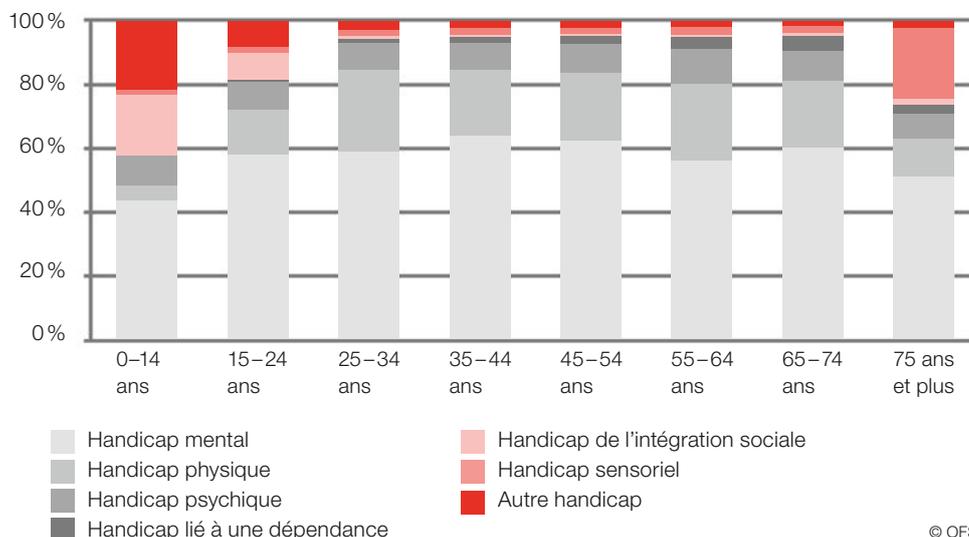
Si en 1930, les personnes atteintes d'un handicap mental vivaient en moyenne jusqu'à 20 ans, leur âge moyen dépasse aujourd'hui 70 ans et se rapproche progressivement de celui de l'ensemble de la population. Selon l'Office fédéral de la statistique, rien qu'au cours de la période 2006–2010, la moyenne d'âge a augmenté de 1,1 an pour les hommes, s'établissant à environ 38,5 ans en 2010. Durant le même laps de temps, celle des femmes a même progressé de 1,8 an pour atteindre environ 40 ans.

Cette évolution réjouissante confronte les proches, les foyers, les ateliers protégés et la société toute entière à des défis nouveaux. Le vieillissement et le besoin accru de soutien de ces personnes se traduit par des exigences modifiées envers les lieux de vie, les structures quotidiennes et le personnel de soins et d'encadrement.

Les personnes handicapées qui résident en foyer lorsqu'elles atteignent l'âge de la retraite y restent souvent, jusqu'à leur décès si leur dépendance aux soins le permet. D'autres quittent les foyers pour entrer en EMS ou, comme les personnes sans handicap, vivent chez elles aussi longtemps que possible avant d'entrer en EMS lorsque leurs besoins de soins et d'accompagnement augmentent.

Comme le montre le graphique ci-dessous, la part des types de handicap varie selon la tranche d'âge :

Personnes handicapées en institution, par classe d'âge et type de handicap, en 2010



© OFS

S'appuyant sur les exigences de l'Association de branche nationale des institutions pour personnes avec handicap (INSOS), le canton de Berne soutient les objectifs suivants :

- Les personnes handicapées ont le droit de vivre le plus longtemps possible dans leur environnement familial, si elles le souhaitent.
- L'arrivée à l'âge de la retraite ne doit pas conduire à ce que des personnes handicapées vivant dans un foyer n'aient plus la possibilité de bénéficier des offres d'encadrement et de soins qui leur sont nécessaires.
- L'apprentissage, la recherche et la formation doivent tenir compte de l'évolution démographique dans le domaine du handicap. Les institutions doivent appliquer l'expertise correspondante dans la pratique.
- Les politiques cantonales de prise en charge des personnes handicapées doivent être coordonnées avec celles concernant le secteur AVS.

En outre, la politique cantonale du handicap favorise l'autodétermination et l'intégration sociale des adultes handicapés dans toutes les phases de la vie⁵⁵.

Planification des EMS et liste des EMS

La liste des EMS mentionne également les établissements du secteur AI à condition qu'ils fournissent un nombre important de soins résidentiels réguliers et puissent prouver qu'ils disposent du personnel médical et soignant nécessaire. La liste contient une rubrique destinée à cet effet, étant donné que le contingentement des places n'est applicable qu'au secteur AVS. A l'heure actuelle, 14 foyers pour personnes handicapées sur les 130 que compte le canton figurent sur cette liste et sont par conséquent en droit de facturer leurs prestations à la charge de la LAMal. Ces 14 établissements fournissent 27 pour cent de toutes les journées de séjour pour personnes handicapées cofinancées par la SAP.

Les sommes versées aux foyers par les assureurs et les résidants sont déduites des subventions cantonales d'exploitation et se traduisent par conséquent par une économie pour le budget cantonal du secteur AI.



⁵⁵ Sources: Office fédéral de la statistique (OFS); Association de branche nationale des institutions pour personnes handicapées (INSOS); Plan stratégique du canton de Berne en matière de handicap, 2011.

Domaine d'intervention n° 7 : Recrutement du personnel soignant et du personnel d'encadrement

Du personnel doté de bonnes qualifications est absolument indispensable pour assurer les prestations médicales et de soins nécessaires dans les secteurs du long séjour et du maintien à domicile. Former suffisamment de professionnels qualifiés en fonction de la planification des soins est une mission de longue haleine que la SAP, la Direction de l'instruction publique (INS), l'OdA Santé Berne et les prestataires de formation remplissent en partenariat à tous les niveaux. Une assistance médicale de qualité est impossible sans un nombre suffisant de spécialistes. Le canton de Berne compte près de 20 000 professionnels qualifiés exerçant des professions de la santé non universitaires. Ce chiffre comprend le personnel des hôpitaux et des EMS, des services d'aide et de soins à domicile et des services de sauvetage. En plus des professionnels formés, les établissements bernois emploient environ 3 800 auxiliaires de santé CRS répartis comme suit dans le système de santé : 0,2 pour cent seulement du personnel de soins et d'encadrement dans les hôpitaux de soins aigus contre 33 pour cent dans les EMS et 29 pour cent dans les services d'aide et de soins à domicile.

La Planification des soins 2011–2014 en vigueur dans le canton de Berne chiffre les besoins annuels de relève. A l'instar des périodes précédentes, les formations dispensées n'ont pas réussi à couvrir les besoins du canton ces dernières années. Le recrutement de personnel de la santé reste dès lors l'un des enjeux majeurs du système de santé publique en Suisse. La SAP a réagi à ce problème en introduisant l'obligation de formation dans les professions de la santé non universitaires. L'annexe 1 de l'ordonnance sur la santé publique et l'annexe 2 de l'ordonnance sur l'aide sociale énumèrent les professions désignées par le Conseil-exécutif comme nécessaires à la couverture en soins, ainsi que les formations correspondantes allant du degré secondaire II au niveau HES. Depuis 2012, les hôpitaux et, depuis 2014, les institutions de long séjour ainsi que toutes les organisations d'aide et de soins à domicile sont tenues de fournir certaines prestations de formation, l'indemnité forfaitaire versée aux établissements de formation étant inchangée.

Quatre domaines d'intervention restent prioritaires pour remédier à la pénurie de personnel qui menace les professions de la santé :

- exploitation du potentiel de recrutement pour les professions de la santé,
- exploitation du potentiel de formation pratique des établissements,
- optimisation de l'utilisation du personnel en place,
- fidélisation du personnel.

Formation du personnel soignant

La pénurie de personnel et plus particulièrement de personnel qualifié reste le défi majeur auquel est confronté le système de santé publique. A l'heure actuelle, la situation des effectifs de la santé est tendue dans certains des secteurs et régions sanitaires, et d'importantes lacunes se profilent en ce qui concerne la relève. La SAP considère qu'il est nécessaire d'agir tant dans le domaine de la formation qu'en matière de fidélisation du personnel à tous les niveaux. C'est pourquoi, depuis l'entrée en vigueur de la modification indirecte de la loi sur l'aide sociale le 1^{er} janvier 2014, les EMS et les services d'aide et de soins à domicile sont tenus eux aussi de former du personnel. Dans le canton de Berne, les institutions de la santé et de la formation ont entrepris ces dernières années des efforts significatifs pour mettre en place un nouveau système de formation et former de nouveaux professionnels. En 2014, l'offre de formations d'assistant ou assistante en soins et santé communautaires (ASSC) a été augmentée pour atteindre 874 places d'apprentissage. Les ASSC assument de nombreuses tâches de soins et d'assistance et des responsabilités en matière de planification et d'organisation journalière. Ils contribuent à couvrir les besoins croissants de personnel dans le secteur du

long séjour et représentent un important potentiel de recrutement pour les formations de degré tertiaire. Les institutions continuent par ailleurs à former également des adultes par le biais d'apprentissages abrégés et à qualifier ainsi le personnel paramédical dont elles disposent déjà. Elles encouragent donc activement leur propre personnel à se former. La formation professionnelle initiale d'aide en soins et accompagnement, filière d'une durée de deux ans sanctionnée par une attestation de formation professionnelle (AFP), est désormais très bien implantée, puisque 180 places d'apprentissage ont trouvé preneur en 2014. Un nombre plus que proportionnel de places de formation a pu être créé dans le secteur des soins de longue durée comme dans celui de l'aide et des soins à domicile.

Il faut résoudre les problèmes de recrutement pour la formation en soins infirmiers en école supérieure (ES). Grâce à plusieurs mesures, le nombre de diplômés ES a atteint 314 en 2013, ce qui représente environ 70 pour cent de l'objectif défini dans la planification des soins. Afin de débloquer cette situation, la SAP, le *Berner Bildungszentrum Pflege* et l'organisation cantonale du monde du travail (OdA Santé Berne) ont pris plusieurs mesures :

- En automne 2015, le plan d'études des infirmières et infirmiers ES a été adapté aux besoins spécifiques du 3^e âge pour rendre la profession plus attrayante.
- Le Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation (SEFRI) a adopté en 2015 le règlement du brevet fédéral d'assistant spécialisé et assistante spécialisée en soins de longue durée et accompagnement. L'Office de l'enseignement secondaire du 2^e degré et de la formation professionnelle de l'INS augmente ses subventions aux cours de préparation correspondants sur demande des prestataires de formation.
- Le programme d'encouragement destiné aux personnes adultes a pris fin en 2014. Il a atteint ses objectifs puisque le budget alloué et les indemnités de formation ont permis de former chaque année 20 adultes supplémentaires dans le domaine des soins infirmiers.
- Le *Berner Bildungszentrum Pflege* tente d'améliorer la situation sur le front du recrutement par de nouveaux programmes de formation à temps partiel et en cours d'emploi. En collaboration avec l'OdA Santé Berne, il a lancé en 2015 une filière pilote de formation duale (engagement par l'entreprise).
- La SAP continue à financer des cours de réinsertion professionnelle dispensés par l'Association professionnelle pour les soins et l'encadrement ainsi que par l'école du Lindenhof à Berne. Elle prend par ailleurs en charge les frais de cours du personnel soignant diplômé qui n'a plus exercé la profession apprise depuis au moins trois ans, est domicilié dans le canton de Berne et n'est pas employé par une institution de la santé au moment de l'inscription.

Les places de stages proposées par les institutions bernoises pour les filières HES en soins infirmiers, ergothérapie, nutrition et diététique ainsi qu'en physiothérapie correspondent aux besoins définis dans la planification des soins. Dans le cadre d'un partenariat recherche-pratique avec la société Domicil Bern AG et d'entente avec son propre Institut de l'âge, la Haute école spécialisée bernoise approfondit par ailleurs divers thématiques actuelles et futures liées à la vieillesse et au vieillissement.

La SAP a organisé plusieurs réunions pour informer et sensibiliser les cadres dirigeants des institutions de la santé au sujet de l'obligation de formation. La plupart des institutions soutiennent l'objectif qui consiste à couvrir les futurs besoins en personnel autant que possible par leurs propres prestations de formation. Par ailleurs, d'importantes mesures destinées à promouvoir la formation et le perfectionnement pratiques ont été prises dans le secteur des professions de la santé non universitaires. Pour inciter les jeunes en fin de scolarité à choisir de telles professions, le canton finance chaque année des stands à la Foire bernoise de la formation, la Journée cantonale des professions de la santé ainsi que d'autres séances d'information appropriées. La mise en œuvre de ces mesures a été confiée à l'OdA Santé Berne.

Outre l'accroissement des prestations de formation, des mesures destinées à fidéliser le personnel sont impératives. Dans ce contexte, les résultats de l'étude «*Nurses at work*», qui analyse la durée totale d'emploi du personnel infirmier en Suisse, promettent d'être intéressants.

L'analyse des besoins en personnel et de la situation de la formation, le modèle de pilotage et de financement, ainsi que les mesures mises en œuvre et prévues sont décrits de manière plus détaillée dans la Planification des soins 2011–2014 du canton de Berne. L'éventail des mesures possibles, monétaires ou non, permettant de fidéliser le personnel des professions de la santé est large. Le canton a déjà entrepris de très gros efforts dans ce sens dans le cadre du projet «Amélioration de la situation professionnelle du personnel soignant» (APERS). Au nombre des priorités stratégiques fixées par la SAP pour les années à venir figurent l'épuisement du potentiel de formation des institutions et le maintien du personnel. Elle a décidé de poursuivre la mise en œuvre des stratégies et des mesures qui ont déjà fait leurs preuves. Les mesures envisagées sont également décrites dans la Planification des soins 2011–2014.

Le nombre de soignants nécessaire pour les années à venir dépend avant tout de l'état de santé global de la population. C'est pourquoi les mesures citées dans le cadre du domaine d'intervention n° 1 et destinées à promouvoir la santé revêtent une importance cruciale.

Parallèlement à l'objectif qui vise à augmenter le nombre d'apprentis et d'étudiants suivant une filière de formation en santé, la bonne qualité de la formation est un facteur-clé pour assurer une relève durable. La SAP a donc lancé avec la Direction de l'instruction publique un projet intitulé «Qualité de la formation» qui donne la parole aux entreprises formatrices et leur permet de définir les conditions à réunir pour dispenser une formation de qualité. Ce projet a pour but d'inciter les entreprises à s'épauler mutuellement dans le domaine de la formation («*learning from the best*») ainsi que de diminuer et maintenir à un bas niveau le nombre d'interruptions d'apprentissage. La phase d'analyse étant terminée, la phase de conception a démarré au deuxième semestre de 2015 et se terminera en 2016. Là également, les entreprises et leurs représentants à tous les échelons seront les principaux interlocuteurs du canton.

Projet pilote CRS Berne «Tremplin»

Il y a quelques années, l'association cantonale bernoise de la Croix-Rouge avait mis sur pied un cours de langue appelé Tremplin à l'intention des personnes issues de la migration et qui n'avaient pas les connaissances en français ou en allemand suffisantes pour suivre le cours d'auxiliaire de santé CRS. Les participants y acquéraient en contexte des notions du jargon des professions de la santé et les capacités nécessaires pour gérer le quotidien en tant que personnel soignant. Ce cours préparatoire permettait aux participants d'atteindre le niveau de langue requis pour participer au cours précité. La CRS l'a proposé jusqu'à fin 2013 avec le soutien financier de la SAP. Sa situation budgétaire s'étant détériorée, le canton a averti à temps les responsables qu'il ne pourrait plus subventionner cette formation à partir de 2014. De 2007 à 2013, 16 cours ont été organisés, dont un en français et les autres en allemand. Ils ont réuni 158 participants et participantes au total. En 2013, le nombre d'inscriptions a pris une telle ampleur que des listes d'attentes ont dû être créées.

A l'automne 2013, l'association cantonale bernoise de la CRS a proposé et organisé à titre d'essai un troisième cours Tremplin en collaboration avec l'Ecole-club Migros Aar; la perte auparavant compensée par la SAP a été prise en charge conjointement par la CRS et l'Ecole-club. Assumant déjà les tests linguistiques d'admission pour les futurs auxiliaires de santé, l'Ecole-club a manifesté son intérêt à reprendre le cours Tremplin. Sa qualité de grand organisme de cours de langues lui permet en effet de remplir tous les critères nécessaires. Ainsi, depuis 2014, l'Ecole-club Migros Aar propose le cours Tremplin, rebaptisé «*Deutsch Sprachkompetenz im Pflegeberuf: Vorbereitung Lehr-*

gang Pflegehelfer/in CRS » (L'allemand dans les professions de soins : préparation à la formation d'auxiliaire de santé CRS). Les trois cours annuels sont aujourd'hui subventionnés par la Direction de l'instruction publique du canton de Berne et la CRS bernoise continue à appuyer l'Ecole-club pour répondre aux questions spécifiques aux soins posées durant les cours.

Domaine d'intervention n° 8: Assurance de la qualité

La loi sur l'aide sociale (LASoc) oblige le canton, avec les communes, à planifier et à assurer la prise en charge des personnes âgées en collaboration avec des organismes responsables publics et privés. Il est également tenu de contrôler régulièrement l'efficacité et la qualité des prestations offertes dans le secteur ambulatoire comme dans le secteur résidentiel.

Le rapport sur la politique du 3^e âge de 2011 déclarait que l'amélioration permanente de la qualité des EMS et des services d'aide et de soins à domicile s'avère indispensable pour assurer une offre répondant aux besoins et que le législateur doit à cet effet fixer des critères minimaux permettant de procéder à une assurance de la qualité.

Pour les institutions résidentielles, la qualité est un facteur concurrentiel qu'elles ont tout intérêt à préserver. C'est la raison pour laquelle le canton ne fixe que des critères minimaux de qualité visant à garantir la sécurité des résidents.

Qualité de l'aide et des soins à domicile

Le canton de Berne a été l'un des derniers à introduire une autorisation d'exploiter pour les services d'aide et de soins à domicile le 1^{er} janvier 2012. L'autorisation accordée dans le cadre de l'ordonnance du 24 octobre 2001 sur les activités professionnelles dans le secteur sanitaire (ordonnance sur la santé publique, OSP; RSB 811.111) doit permettre de contrôler le respect de conditions de police sanitaire garantissant la sécurité de la clientèle. Les soins, notamment, touchent à la sphère psychique, physique et personnelle de catégories de personnes particulièrement vulnérables. Les services d'aide et de soins à domicile doivent en particulier disposer d'un professionnel titulaire d'une autorisation d'exercer ainsi que de personnel au bénéfice d'une formation spécialisée suffisante, posséder un programme d'exploitation et appliquer un système d'assurance qualité.

Entre 2012 et 2014, quelque 90 organisations ont obtenu une autorisation d'exploiter, dont 54 d'utilité publique et 34 privées. Une autorisation d'exploiter a également été attribuée en vertu de la loi sur le marché intérieur à cinq organisations déployant essentiellement leurs activités dans d'autres cantons et qui y sont autorisées. Dans les années à venir, la surveillance des organisations d'aide et de soins à domicile sera développée et mise en œuvre.

Qualité des EMS: surveillance des foyers pour personnes âgées

Autorisation d'exploiter

En vertu de la loi sur l'aide sociale et l'ordonnance sur les foyers, l'octroi des autorisations d'exploiter et la surveillance des foyers des secteurs du 3^e âge, du handicap et de l'addiction incombent à la SAP. Pour obtenir une autorisation d'exploiter, l'organisme responsable doit élaborer divers programmes, disposer d'une direction opérationnelle et d'une direction des soins au bénéfice de la formation correspondante, d'un personnel soignant quantitativement et qualitativement adéquat et d'une infrastructure suffisante pour répondre aux besoins de ses pensionnaires.

Normes relatives à l'autorisation d'exploiter un foyer

Pour uniformiser autant que possible les exigences, un groupe de travail composé de plusieurs Directions et offices a élaboré entre 2012 et 2014 des normes relatives à l'autorisation d'exploiter un foyer, qui sont entrées en vigueur le 1^{er} juillet 2015 après plusieurs consultations des associations. Les exigences sont désormais les mêmes pour toutes

les institutions et transparentes pour l'organisme responsable. La majorité des institutions répond d'ores et déjà à ces normes, des adaptations restant nécessaires en ce qui concerne les programmes et la gestion de la qualité. Les institutions bénéficient d'un délai de deux ans pour remplir les critères définis.

Surveillance

La SAP exerce avec ses offices compétents la surveillance des institutions titulaires d'une autorisation d'exploiter. Dans ce cadre, elle vérifie le respect des conditions définies dans l'ordonnance sur les foyers ainsi que l'évolution de l'offre des institutions. Ce faisant, elle contribue à l'assurance et au développement de la qualité dans les établissements. L'objectif consiste à garantir la sécurité des résidents fragiles et de leur assurer des soins et un encadrement de qualité. L'organisme responsable, qui assure la direction stratégique, est le titulaire de l'autorisation d'exploiter et répond par conséquent pour l'ensemble de l'institution. Il en fixe la stratégie, qui est mise en œuvre par la direction opérationnelle, la direction des soins et le personnel. La direction opérationnelle, notamment, est une mission très exigeante car depuis quelques années, les tâches des EMS sont devenues plus complexes, leurs résidents ayant besoin d'une protection accrue. Les soins sont au centre des prestations d'un EMS. Les personnes qui entrent aujourd'hui dans ce type d'institution souffrent pour la plupart de multiples maladies chroniques et sont fragiles. Une partie croissante d'entre elles présente en outre des déficits cognitifs ou une forme de démence.

Le personnel soignant, un facteur-clé

La réponse à l'évolution des besoins des résidents constitue un défi majeur pour le personnel soignant et d'encadrement. Disposer d'un effectif quantitativement et qualitativement adéquat est absolument essentiel pour la qualité dans les EMS. C'est la direction des soins qui en est responsable. Elle veille à ce que les pensionnaires bénéficient du soutien quotidien nécessaire en élaborant des programmes, en définissant des normes de qualité et en affectant le bon personnel au bon endroit.

Contrôle du respect des normes

L'autorité de surveillance vérifie le respect des normes en consultant des documents tels que les programmes, les normes internes et les dotations types en personnel. Elle procède également à des contrôles sur place et s'entretient avec l'organisme responsable, la direction opérationnelle et la direction des soins. L'OPAH entretient donc des contacts étroits avec les institutions auxquelles elle a délivré une autorisation d'exploiter, même si elle ne dispose pas de suffisamment de personnel pour procéder à des contrôles réguliers sur place dans chacune d'entre elles.

En règle générale, les visites de contrôle ont lieu tous les cinq ans. Si des lacunes sont constatées à cette occasion ou suite à des réclamations ou à des dénonciations à l'autorité de surveillance, le rythme des visites augmente. Certaines institutions ont été contrôlées sur place à quatre reprises en l'espace de trois mois. Chaque visite représente une charge de six jours de travail pour assurer la conformité au droit. Deux collaborateurs de l'OPAH vérifient les documents, préparent la visite et rédigent ensuite un rapport interne et l'évaluation destinée aux institutions. Ce processus permet de respecter le principe du double contrôle. La somme de travail augmente en proportion lorsqu'il faut, en raison des manquements constatés, imposer certaines charges et accorder un droit d'être entendu.

Contrôle de la dotation type en personnel

La surveillance est illustrée ici par un exemple de contrôle de la dotation type en personnel de soins. L'OPAH vérifie chaque année et dans chaque institution le respect de cette dotation. Le formulaire mis en ligne sur le site de la SAP permet aux institutions de contrôler en tout temps si elles respectent les exigences. Le 15 février 2015, toutes ont dû communiquer leur dotation type en personnel au 31 janvier 2014. Le contrôle

exhaustif des indications fournies par tous les EMS est très long, car de nombreuses précisions doivent être demandées dans la plupart des cas. Voici le résultat de l'analyse des dotations types au 31 janvier 2014 :

Sur les 303 institutions, 236 ont communiqué leur dotation type en personnel dans les délais. Un, voire plusieurs rappels ont dû être envoyés aux autres. La dernière dotation est parvenue à l'OPAH le 9 avril 2015. 98 pour cent des institutions satisfont la dotation minimale et 89 pour cent la dotation type en personnel. 91 pour cent des institutions remplissent les exigences qualitatives en ce qui concerne la dotation minimale en personnel soignant diplômé. S'agissant du personnel auxiliaire, la dotation minimale est respectée par 70 pour cent des institutions. Dans presque tous les cas, celles-ci compensent le personnel auxiliaire manquant par un effectif supérieur en collaborateurs et collaboratrices dotés de qualifications supérieures.

On constate donc que les institutions sont conscientes de leurs responsabilités. Elles réagissent à l'évolution des besoins de leurs résidents en dépassant la clé de répartition sur le plan qualitatif et en engageant du personnel mieux formé. Elles se montrent cependant circonspectes en ce qui concerne le recours à du personnel semi-qualifié.

Pétition relative aux exigences en matière de dotation en personnel

En juin 2013, l'Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées (senesuisse) a remis à la SAP une pétition demandant que la proportion de personnel soignant diplômé soit réduite de 20 pour cent dans les exigences en matière de dotation minimale en personnel. Cette pétition a été refusée par 90 pour cent des voix lors d'une assemblée de l'Association Bernoise des établissements médico-sociaux (abems). Les membres de l'association sont conscients du fait que les défis qui attendent les EMS – résidents multimorbides et très âgés souffrant de déficits cognitifs, personnes sortant de l'hôpital et dont l'état de santé est instable, malades psychiatriques de longue durée, personnes nécessitant des soins palliatifs – ne peuvent être relevés qu'à condition de disposer d'effectifs quantitativement et qualitativement adéquats. Les EMS qui accueillent aujourd'hui déjà ce type de pensionnaires respectent la dotation type en personnel voire la dépassent, car ils savent que les attentes envers le personnel sont élevées. Or ce sont ces établissements qui seraient particulièrement affectés par une réduction des exigences en matière de dotation. N'étant soumis à aucune obligation d'admission, ils refuseraient d'accueillir les cas lourds. Ceux-ci seraient alors soit hospitalisés, soit, faute de trouver une place en EMS après une hospitalisation, occuperaient des places de soins aigus, une situation qui se révélerait coûteuse pour le canton, comme on l'a constaté dans les domaines du handicap et de la psychiatrie.

Déclaration de planification relative à la dotation en personnel

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'Examen des offres et structures (EOS), le Grand Conseil a adopté une déclaration de planification chargeant le Conseil-exécutif d'ajuster substantiellement à la baisse les exigences qualitatives et quantitatives posées aux foyers et d'examiner la possibilité pour les EMS d'engager des bénévoles et du personnel peu qualifié (voir p. 88).

La SAP a examiné cette exigence. Celle-ci semble satisfaite, du moins partiellement, pour les raisons suivantes :

- La dotation en personnel soignant des EMS garantit l'adéquation des soins prodigués aux résidents. Elle comprend des normes quantitatives et qualitatives. Les effectifs de personnel soignant sont calculés sur la base des besoins effectifs des résidents, qui reposent eux-mêmes sur le degré de soins. En conséquence, les besoins quantitatifs déterminent la disponibilité pour les soins en temps total et en temps moyen par résident. Ces chiffres correspondent à la dotation quantitative type en personnel. Pour que les EMS puissent adapter les plans de travail avec souplesse, par exemple en cas de manque de personnel ou d'absences pour cause de maladie, ils sont d'ores et déjà autorisés à déroger à cette dotation type dans une

proportion allant jusqu'à 20 pour cent. Ils se trouvent dans ce cas au niveau de la dotation minimale en personnel nécessaire à assurer les soins en toute sécurité, et qui constitue la norme plancher.

- La dotation type en personnel sert de base à la prise en charge des coûts normatifs dans le domaine des soins. Les normes qualitatives reposent sur le degré de formation du personnel soignant. La dotation type en personnel s'articule comme suit : 20 pour cent du personnel soignant est au bénéfice d'un diplôme du degré tertiaire (personnel infirmier diplômé), 30 pour cent d'un diplôme du degré secondaire II (p. ex. ASSC ou titre basé sur l'ancien droit comme celui d'infirmière-assistante, formation de deux ans); 50 pour cent du personnel a suivi non pas une formation initiale en soins, mais un cours d'auxiliaire de santé comprenant un enseignement théorique de 120 heures et un stage de 30 jours.
- Les mesures citées permettent aujourd'hui déjà aux EMS du canton de Berne de faire preuve d'une grande souplesse en ce qui concerne les ressources humaines puisqu'ils sont autorisés à déroger à la dotation type en personnel dans une proportion allant jusqu'à 20 pour cent, tant en ce qui concerne les exigences qualitatives que quantitatives.
- En comparant le canton de Berne avec d'autres cantons tels que Zurich, St-Gall ou Argovie, on constate que sa dotation type en personnel se situe au même niveau. Sa dotation minimale en personnel est par contre actuellement déjà inférieure de 20 pour cent à celle des autres cantons.
- Aujourd'hui, la majorité des résidents des EMS y entrent après une hospitalisation, donc de manière non planifiée, et nécessitent une assistance importante, notamment au début de leur séjour. Or, la proportion de personnel qualifié des hôpitaux est beaucoup plus élevée que celle des EMS, puisqu'elle est d'environ 70 pour cent.
- Les normes de dotation en personnel ont été fixées il y a plus de dix ans en collaboration avec les associations abems, ASI (Association suisse des infirmières et infirmiers), Curahumanis (Association professionnelle de soins et assistance) et ADSIB (Association des directrices et directeurs des soins infirmiers du canton de Berne). Si elles ont fait leurs preuves, c'est justement grâce à leur souplesse. Elles font actuellement l'objet d'une nouvelle discussion avec les associations en raison de l'évolution de la formation professionnelle dans le domaine des soins.
- L'évolution des besoins des résidents et la complexité croissante des soins dispensés aux personnes très âgées, multimorbides et présentant des déficits cognitifs, nécessite du personnel suffisamment bien formé, faute de quoi la santé et la qualité de vie des résidents fragiles et très dépendants pour certains sont remises en question.
- La déclaration de planification demande le remplacement de personnel soignant par des bénévoles. Or il n'est pas possible de recourir à des forces de travail non qualifiées en lieu et place de personnel spécialisé. Former, diriger et encadrer ces aides volontaires exigerait des ressources considérables. Des questions de responsabilité entrent également en jeu. Le licenciement de personnel se traduirait inévitablement par une perte de qualité dans le domaine des soins. Le canton est investi envers ses habitants d'un devoir de prise en charge qu'il ne peut garantir si celle-ci est assurée par des bénévoles non soumis à une obligation sous forme de contrat de travail. Les bénévoles constituent sans conteste une précieuse ressource, car ils consacrent du temps (une à deux heures hebdomadaires en moyenne) aux résidents d'EMS qui n'ont plus ni famille ni proches. Cela étant, ils ne peuvent pas remplacer des soignants professionnels. Il est par ailleurs permis de douter qu'il soit possible de recruter un nombre de bénévoles suffisant pour compenser le personnel salarié manquant. Une baisse de la dotation quantitative minimale en personnel diminuerait par ailleurs le temps dont disposerait le personnel soignant restant pour les soins et l'encadrement. Cela aurait des conséquences directes pour les résidents, qui verraient non seulement la qualité des soins baisser, mais aussi leur qualité de vie, puisqu'ils bénéficieraient de moins de contacts et d'attention de la part des soignants.

- Lors du débat mené dans le cadre de l'EOS, la Commission des finances du Grand Conseil s'est prononcée contre une adaptation des dotations types dans le secteur du handicap, bien que certains foyers qui y opèrent les dépassent massivement. Le secteur AVS étant également soumis à l'ordonnance sur les foyers, il serait injustifié de réserver un traitement inégal à ces deux secteurs.

Diminution de la contribution au coût résiduel des soins

L'abaissement de 1,8 pour cent de la contribution au coût résiduel des soins décidé par le Conseil-exécutif a été porté à 2,5 pour cent lors du débat sur l'EOS. Cette diminution découle d'une proposition de l'abems demandant que la réduction de 10 francs de la subvention pour les frais d'infrastructure soit remplacée par une baisse supplémentaire de la contribution au coût résiduel des soins. Après l'acceptation de cette proposition par le Grand Conseil, certains foyers ont supprimé des postes de soins bien que le niveau actuel du coût résiduel des soins permette encore, même si c'est de justesse, de respecter la dotation type en personnel dans les foyers.

Dénonciations à l'autorité de surveillance

En vertu de l'ordonnance sur les foyers, les pensionnaires des établissements, leurs proches ou d'autres personnes ont le droit de se plaindre auprès de l'autorité de surveillance s'ils estiment que les prestations fournies par l'institution donnent matière à réclamation. L'autorité de surveillance examine le cas et décide sur la base des faits constatés d'ouvrir ou non une procédure à l'encontre de l'organisme responsable. Dans la plupart des cas, cette décision prend beaucoup de temps, car son objectif consiste à régulariser les conditions dans l'institution. Dans ce contexte, l'autorité de surveillance est habilitée à émettre des blâmes ou des avertissements, à infliger des amendes, à définir des charges concernant l'autorisation d'exploiter, limiter celle-ci ou, dans le pire des cas, la retirer et décider ainsi de la fermeture de l'institution. Toutes ces mesures reposent sur le principe de la proportionnalité, le retrait de l'autorisation constituant l'*ultima ratio*.

Au cours des dernières années, le nombre des dénonciations à l'autorité de surveillance s'est inscrit en légère hausse, ce qui n'autorise cependant pas à conclure que la qualité des institutions s'est dégradée. Il s'agit dans de très nombreux cas d'un dysfonctionnement de la communication entre les institutions et les résidents ou leurs proches ou d'un manque de précision des attentes mutuelles.

En cas de problème, les personnes concernées, leurs proches ainsi que le personnel et les directions des foyers peuvent également s'adresser à la Fondation de l'office bernois de médiation pour les questions du troisième âge, de l'encadrement et des homes, qui est également responsable des questions tarifaires et de droit du travail. L'office de médiation étant financé par la SAP, les consultations sont gratuites. La juriste mandatée conseille les personnes concernées et, si nécessaire, procède à une médiation entre les parties.

Motion relative à la mise en place d'une surveillance

A l'automne 2014, la députée Schöni-Affolter a déposé une motion demandant la mise en place d'une surveillance sur le modèle de celle du canton de Vaud. Celui-ci a créé, parallèlement au service responsable des autorisations et de la surveillance, une inspection des EMS qui visite les établissements à l'improviste tous les deux ans et procède à une vérification sur la base de critères définis à l'avance. Après la visite, l'équipe d'inspection rédige un rapport qu'elle transmet à l'autorité de surveillance. Si des manquements importants ont été constatés, l'autorité de surveillance prend la décision nécessaire. Dans le canton de Berne, l'OPAH exerce ces deux fonctions en sa qualité d'autorité de surveillance. La mise en place d'une organisation telle que celle du canton de Vaud exigerait un renforcement notable des effectifs de l'autorité de surveillance. En contrepartie, le nombre de contrôles sur place augmenterait fortement. Cela dit, le système bernois a globalement fait ses preuves, raison pour laquelle le Grand Conseil

a rejeté cette motion transformée en postulat. L'OPAH a toutefois saisi cette occasion pour réexaminer les procédures et les améliorer progressivement, notamment en ce qui concerne la transparence de la surveillance pour les institutions. A cet effet, p.ex., la SAP publiera de plus nombreuses notices sur son site Internet.

Exigences envers le cadre de vie

Les exigences des personnes âgées tributaires de soins concernent leur qualité de vie. Une bonne qualité de vie se distingue entre autres par le fait d'être perçu par son entourage et par la société comme un individu actif et créatif, aspirant à l'autonomie et se fixant des objectifs, si modestes soient-ils.

Une entrée en EMS constitue un changement majeur, le début d'une nouvelle étape de l'existence. La qualité de vie en EMS consiste donc également à mettre à disposition des résidents des ressources leur permettant

- de se sentir bien dans leur nouveau cadre de vie et de rester aussi mobiles que possible ;
- de garder ou de retrouver un bon état de santé, mais aussi de bénéficier d'un accompagnement au cours de la diminution progressive de leurs capacités jusqu'au décès ;
- de maintenir leurs contacts sociaux.

Equipement du logement et infrastructure, critère de qualité de vie en EMS

Des études prouvent que la plus grande perte dont souffrent les personnes qui entrent en EMS est celle de leurs quatre murs. C'est pourquoi en EMS également, la situation et l'aménagement du cadre de vie sont essentiels pour la qualité de vie. En quelques années, de nombreux progrès ont été réalisés pour définir les besoins des personnes âgées tributaires de soins et y répondre de manière adéquate. Le canton de Berne a donc émis dans son programme des locaux des consignes concernant les infrastructures qui, d'une manière générale, doivent être adaptées à la nécessité de répondre aux besoins des futurs résidents. Révisé en juin 2013, le programme des locaux est prospectif et axé sur les défis que les EMS devront relever du fait de l'évolution prévisible dans le domaine des soins et de la prise en charge des personnes âgées en milieu résidentiel.

L'ordonnance sur les foyers (OFoy), qui date de 1996, est en cours de révision. La valeur indicative de 18 mètres carrés de surface individuelle par personne sera intégrée dans la nouvelle mouture de la loi sous la forme d'un minimum exigé de 16 mètres carrés. Dans les bâtiments existants, une possibilité de dérogation de 10 pour cent à cette limite inférieure est prévue (voir domaine d'intervention 3, p. 37).

Avant même la révision annoncée de l'OFoy, de nombreux responsables stratégiques et opérationnels ont décidé d'améliorer la qualité de vie des résidents âgés des EMS en ce qui concerne le logement. L'expérience démontre par ailleurs qu'il est de plus en plus difficile de louer les chambres doubles. La demande de chambres individuelles continue à s'inscrire en forte augmentation. Le fait de disposer d'infrastructures modernes et de chambres individuelles constitue un avantage concurrentiel. De nombreux organismes responsables d'EMS en ont pris conscience et sont en train de rénover, d'agrandir voire de construire des bâtiments.

Aide à la préservation de la santé et des capacités physiques, critère de qualité de vie en EMS

C'est généralement la perte des ressources personnelles nécessaires au maintien de l'autonomie qui entraîne l'admission en EMS à un âge avancé, voire très avancé. Le personnel professionnel, notamment les **infirmières et infirmiers diplômés**, capable d'assumer la responsabilité de l'ensemble des soins est indispensable si l'on veut aider de manière optimale les personnes âgées tributaires de soins à préserver leur santé ou

à la recouvrer et les accompagner de façon adéquate dans la dégradation progressive de leurs capacités physiques.

C'est la raison pour laquelle le canton de Berne a défini des valeurs types d'effectifs de professionnels des soins et exige une dotation minimale pour cette catégorie de personnel. Le respect de ces exigences est contrôlé une fois par an sur la base de la dotation en personnel soignant. La valeur minimale est inférieure de 20 pour cent à la valeur type.

Cette décision repose sur des constatations bien connues, en Suisse comme à l'international. **Premièrement**, l'âge auquel les personnes entrent en EMS augmente, ce qui s'accompagne d'une durée de séjour plus courte, mais aussi d'une plus grande complexité des maladies (multimorbidité) des gens du 3^e et du 4^e âge. Par ailleurs, en raison entre autres des forfaits DRG, la plupart des personnes âgées séjournent moins longtemps dans les hôpitaux de soins aigus. En conséquence, les EMS doivent beaucoup plus souvent qu'il y a quelques années piloter, accompagner et gérer des processus de réadaptation gériatrique.

Deuxièmement, on sait depuis longtemps qu'il y a pénurie de personnel soignant diplômé sur le marché du travail. Une solution consiste à utiliser efficacement les ressources humaines. Utiliser efficacement signifie déléguer. Les tâches de mise en œuvre du processus de soins peuvent et doivent être déléguées aux personnes disposant des compétences que leur confère leur formation professionnelle.

L'analyse des données issues des dotations en personnel soignant des EMS montre là aussi une évolution réjouissante. Le souci de qualité ne se limite pas au respect des exigences cantonales. Les responsables des organisations réagissent spontanément aux changements de situations en créant des conditions – personnel soignant suffisamment qualifié et en nombre adéquat – qui excèdent souvent les exigences cantonales. Ainsi, de nombreux établissements engagent des spécialistes ou collaborateurs en activation quand bien même le canton ne le prescrit pas. Ces thérapeutes aident les pensionnaires à aménager leur quotidien, à mobiliser leurs ressources et à interagir avec leur entourage dans la mesure de leurs possibilités. Ils leur proposent des activités stimulantes, une offre culturelle variée, organisent des fêtes, des événements saisonniers ou des excursions, ce qui développe et préserve leurs capacités physiques, cognitives, émotionnelles et sociales. Autant d'initiatives favorables à la santé et à la qualité de vie.

Maintien des contacts sociaux (famille et amis notamment), autre critère de qualité de vie en EMS

Lorsqu'une personne malade ou handicapée a besoin d'un soutien de longue durée, ses proches peuvent être contraints de recourir à une aide professionnelle pour maîtriser ce défi. L'aide nécessaire est notamment apportée en mode résidentiel dans les EMS. Les résidents de ces établissements continuent à appartenir à leur cercle de proches même s'ils sont (partiellement) incapables de se percevoir ainsi. Ils ne peuvent ni ne doivent être isolés de leur famille, de leurs amis et autres relations, car ceux-ci font partie intégrante de leur existence biologique et émotionnelle. Ainsi, l'aide fournie en EMS l'est toujours dans le contexte des proches et les institutions doivent définir avec les personnes concernées et leur entourage les prestations qui incombent à chacun (p. ex. soins, organisation du quotidien, maintien des contacts sociaux). Il convient de souligner que l'inclusion de l'institution dans le cercle des proches crée deux formes de relations humaines à la fois parallèles et tout à fait différentes : les relations privées et les relations professionnelles. Les milieux spécialisés accordent une importance croissante au rôle de la famille et des proches dans la fourniture de prestations professionnelles. L'encadrement institutionnel doit mettre en place les conditions indispensables à une interaction positive entre ces deux formes de relations. Ce faisant, il contribue de manière déterminante à la qualité de vie des résidents des EMS.

La loi fédérale du 13 juin 2008 sur le nouveau régime de financement des soins est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2011. Son objectif est double : limiter les coûts des soins pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire et éviter que les personnes âgées tributaires de soins dépendent de l'aide sociale pour les financer. Les dispositions relatives au financement ont été aménagées de façon à permettre aux personnes à faible revenu de recourir aux prestations complémentaires (PC). Le système des prestations complémentaires constitue un élément primordial de la couverture sociale des personnes âgées tributaires de soins.

Nouveau régime de financement des soins

Le nouveau financement des soins conforme à l'article 25a LAMal est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2011. Il introduit une contribution aux soins des assureurs-maladie unifiée dans toute la Suisse. Simultanément, la part payée par les patients aux coûts des soins est limitée à un montant libellé en francs quelle que soit l'importance du traitement individuel et la situation financière personnelle. Il a par ailleurs été décidé que le financement résiduel des soins devait être réglementé par les cantons.

Le nouveau régime introduit en outre une nouvelle prestation de soins : les soins aigus et de transition (SAT).

Les fournisseurs de prestations admis sont les EMS, les services d'aide et de soins à domicile, les infirmiers et infirmières indépendants ainsi que les structures de jour et de nuit.

Dans le canton de Berne, l'introduction du nouveau régime de financement des soins a été menée à bien dans les délais. Depuis le 1^{er} janvier 2011, le canton prend en charge l'entièreté des coûts résiduels des soins. Jusqu'à fin 2011, ces contributions étaient admises à la compensation des charges. Dans le cadre de la révision de la loi sur la péréquation financière et la compensation des charges, l'admission à la compensation des charges a été supprimée dans le secteur adultes, donc également dans le secteur AVS. Depuis le 1^{er} janvier 2012, le canton finance ainsi seul les charges de ce secteur. Les séjours extracantonaux sont source de difficultés entre les cantons en ce qui concerne la prise en charge du financement résiduel, que le législateur fédéral n'a pas réglementée clairement. Plusieurs interpellations au niveau national demandent que ce problème soit résolu. Une initiative parlementaire fédérale devrait modifier la situation : le canton compétent pour le financement résiduel est toujours celui dans lequel la personne assurée vivait avant son admission dans l'EMS. Cette solution correspond largement à la pratique actuelle du canton de Berne.

Financement des soins en EMS

Les coûts de séjour en EMS comprennent deux volets : le séjour proprement dit (hôtellerie, infrastructure et prise en charge) et les soins. Le premier est financé par les résidants eux-mêmes et, lorsque leur situation financière ne le permet pas, pris en charge jusqu'à un montant plafond par les prestations complémentaires (plafond PC). Les soins, répartis en 12 degrés, sont financés par les assureurs-maladie, les résidants et le canton. Les assureurs-maladie paient 9 francs par degré de soin et par jour, les résidants 21,60 francs par jour, le montant résiduel étant pris en charge par le canton. Plus le degré de soins est élevé, plus les coûts sont importants pour le canton. Autrement dit, le financement résiduel des soins engendre des coûts supplémentaires pour ce dernier, tandis qu'en vertu des prescriptions fédérales, la charge financière pesant sur les résidants qui nécessitent plus d'une heure de soins par jour diminue considérablement dans certains cas.

Coût du financement résiduel

Le coût du financement résiduel des soins résidentiels s'élevait à 154 millions de francs en 2001, à 176 millions de francs en 2012 et à près de 184 millions de francs en 2013. La hausse des coûts incombant au canton s'explique d'une part par une augmentation des besoins de soins des résidents, qui entrent en EMS plus tard et en moins bon état de santé. En outre, le nombre de places en EMS s'est accru suite à l'ouverture de nouvelles institutions et à la création de nouvelles places dans les institutions existantes. D'autre part, l'incidence du renchérissement pour les finances du canton est plus que proportionnelle parce que les contributions des assureurs-maladie et des résidents n'ont pas été indexées.

Depuis la mise en œuvre du nouveau régime, le canton ne finance plus les infrastructures des EMS, dont le financement est désormais inclus dans les frais de séjour. Depuis le 1^{er} janvier 2011, les institutions sont libres de fixer elles-mêmes le tarif des séjours et peuvent par conséquent pratiquer des coûts tarifaires plus élevés que ceux définis dans l'ordonnance portant introduction de la loi fédérale sur les prestations complémentaires. La plupart d'entre elles s'alignent cependant sur ces plafonds.

Le financement de l'infrastructure par le biais du tarif hôtelier se traduit par une obligation pour les organismes responsables des institutions de veiller à l'entretien et à la rénovation de cette infrastructure. Ils s'acquittent de cette obligation. Les projets en cours dans le domaine des EMS montrent à quel point les assainissements et les rénovations étaient urgents. Le nouveau régime de financement permet aux institutions d'agir dans ce domaine. Les projets de restructuration – transformations et constructions nouvelles – sont soumis au programme-cadre des locaux édicté par le canton pour les EMS (voir domaine d'intervention 3, p. 37).

Financement des soins dans l'aide et les soins à domicile

Le nouveau régime de financement des soins dans l'aide et les soins à domicile est appliqué intégralement depuis le 1^{er} janvier 2011. La participation des clients a été introduite dans la foulée: s'ils ont atteint l'âge de 65 ans révolus et disposent de revenus et d'une fortune déterminants de plus de 50 000 francs, ils paient un tarif journalier dégressif. La participation maximale aux coûts leur est facturée à partir d'un revenu déterminant de 100 001 francs.

Dans le cadre de la mise en œuvre du nouveau régime, le canton de Berne a été le premier à introduire un financement résiduel différencié. Les trois types de prestations Evaluation et conseils, Examens et traitement et Soins de base tels que définis par l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) sont pris en charge principalement par l'assurance-maladie. Le canton les subventionne accessoirement au titre du financement résiduel des soins. Il assume également, sous forme de forfaits, le financement résiduel des tâches d'organisation des interventions, des suppléments pour travail de nuit et de fin de semaine ou encore de la coordination entre les fournisseurs de prestations. Le financement résiduel obéit au principe de la rémunération égale à prestation égale, qui garantit le même traitement égal pour tous les prestataires reconnus.

Les services d'aide et de soins à domicile d'intérêt public se sont engagés à prendre en charge toute personne dont le besoin de soins est reconnu. Elles doivent donc accepter également les interventions qui ne couvrent que partiellement les coûts qu'elles occasionnent et ne peuvent refuser aucun client. Elles perçoivent donc un premier forfait par habitant du bassin de population considéré et un second par heure de soins effectivement fournie.

Ce mode de financement différencié a fait ses preuves. Si des adaptations s'avèrent nécessaires, elles font l'objet de négociations avec les associations de prestataires.

Le nombre d'heures de prestations est en hausse constante depuis de nombreuses années et s'est accru de 4 à 12 pour cent par an au cours de la décennie écoulée. En 2014, le financement résiduel des soins dans l'aide et les soins à domicile a coûté au canton 113,3 millions de francs.

Soins aigus et de transition (SAT)

Selon la définition du Conseil fédéral, les soins aigus et de transition (SAT) sont des prestations de soins prescrites par un médecin hospitalier et prodiguées durant les 14 jours qui font suite à un séjour hospitalier. Ils peuvent être assurés par les foyers et les fournisseurs d'aide et de soins à domicile, qui négocient une rémunération forfaitaire avec les assureurs-maladie. Le financement des SAT obéit aux règles du financement hospitalier. Autrement dit, les assureurs et le canton se partagent les coûts à hauteur de 45 pour cent pour les premiers et de 55 pour cent pour le second. Les patients ne versent aucune contribution.

Dans le canton de Berne, l'Association Bernoise des établissements médico-sociaux (abems) et les associations d'aide et de soins à domicile ont négocié un contrat avec les assureurs. Cela étant, la demande correspondant à cette offre contractuelle est très faible. Depuis la conclusion de ces contrats, aucune organisation d'aide et de soins à domicile n'a fourni de soins aigus et de transition. Cette situation est imputable au fait que les personnes concernées sont tributaires de soins dans une très forte mesure, ne peuvent souvent pas habiter seules chez elles et séjournent donc provisoirement en EMS. Dans les EMS toutefois, la demande de places de soins aigus et de transition est aussi nettement inférieure aux prévisions. Une grande partie des personnes ayant besoin de soins suite à un séjour hospitalier ne remplissent pas les critères correspondants: les soins se prolongent au-delà de la limite des 14 jours avant qu'elles puissent recouvrer leur indépendance et rentrer à la maison. C'est notamment le cas des personnes du 3^e et du 4^e âge, qui souffrent souvent de plus d'une maladie et sont fragiles.

Ce rapport sur la politique du 3^e âge est le quatrième publié par le canton de Berne. Sa structure par domaines d'intervention est identique à celle du document de base paru en 2004. Pour assurer une certaine continuité et illustrer l'évolution de la mise en œuvre de la politique cantonale du 3^e âge au cours des douze années écoulées, la structure et les domaines d'intervention ont été repris avec de légères adaptations dans les rapports 2007, 2011 et 2016. De nombreux éléments font désormais partie intégrante de la politique du 3^e âge, ce qui permettra aux futurs rapports la concernant de se focaliser sur d'autres questions.

Dans certains domaines d'intervention, le numéro 9 « Mécanismes de financement » p.ex., les mesures qui restent à prendre sont peu nombreuses, leur évolution étant quasiment aboutie. Dans le secteur résidentiel comme dans le secteur ambulatoire, le passage du financement du déficit au financement par sujet axé sur les prestations est considéré par tous les partenaires comme un progrès majeur. Les projets lancés il y a plusieurs années sous forme d'essais pilotes et qui ont fait leurs preuves ont été et sont étendus à l'ensemble du canton et transformés en offre régulière. Les prochains rapports les aborderont donc sous une forme succincte.

A l'avenir, les rapports se concentreront de manière plus ciblée sur les grands thèmes stratégiques tels que les progrès de la gérontologie ou l'influence qu'ils exercent sur la politique cantonale du 3^e âge et le rôle qu'ils y jouent, eu égard notamment aux développements à l'échelon fédéral comme la prévoyance vieillesse 2020 et plusieurs stratégies nationales touchant au vieillissement de manière générale ou aux soins de santé destinés aux personnes âgées. Les futurs rapports jetteront également un regard sur l'avenir, ce qui permettra d'anticiper et d'analyser en profondeur les développements possibles. Car la politique bernoise du 3^e âge de demain est déterminée par celle d'aujourd'hui. Cela signifie que nous devons nous préoccuper de l'avenir dès maintenant. Ou comme l'a dit Abraham Lincoln : « *You cannot escape the responsibility of tomorrow by evading it today.* » (Vous ne pouvez échapper à la responsabilité de demain en vous dérochant à celle d'aujourd'hui.)

Tableau synoptique des projets de la politique du 3^e âge

Tableau 3

Subventions des pouvoirs publics aux projets de politique du 3^e âge

Le tableau ci-dessous mentionne tous les projets (pilotes) que le secteur des personnes âgées soutient ou a soutenus financièrement dans le cadre de la politique cantonale du 3^e âge.

Subventions versées du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2015 :

Domaines d'intervention	Subventions des pouvoirs publics
Domaine d'intervention n° 1	Promotion de la santé des personnes âgées – VIA (projet nat.)
	Caritas Berne – Age et migration
	CRS canton BE – Cours pour migrantes et migrants 55+
	<i>rundum mobil</i> – Cours de préservation de la mobilité en transports publics
	Mouvement des Aînés, section bernoise
	HESB – Evaluation du cycle de formation (DAS) Organisation de la vie quotidienne axée sur le mouvement
	Subventions 1.1.2011–31.12.2015 CHF 943 198.–
Domaine d'intervention n° 2	CRS Berne-Oberland – beocare.ch
	Guide pour les malades d'Alzheimer et leurs proches ALZ Berne ALZ Bern
	Vidéo <i>Frauen- und Familiengesundheit FFG</i> sur les proches soignants
	BENEVOL Berne/Bienne et projet VA BENE
	Pro Senectute Frutigland, projet Travail avec les proches aidants
	BFH – Etude sur la disposition future des proches et des bénévoles à assurer la prise en charge
	BFH – Evaluation cycle de formation (DAS) Soutien aux proches et aux bénévoles
	Subventions 1.1.2011–31.12.2015 CHF 1 897 860.–
Domaine d'intervention n° 4	Centre Schönberg Berne – Développement et mise en place
	Centre Schönberg Berne – Convention de prestations Innovation
	Subventions 1.1.2011–31.12.2015 CHF 3 560 000.–
Domaine d'intervention n° 5	ProSenior Berne Contrat de prestations
	Mise à jour de diverses lignes directrices en matière de politique du 3 ^e âge
	Pro Senectute Arc jurassien – Rapport Logements adaptés aux personnes âgées dans le Jura bernois: offre, demande et mesures d'encouragement
	Planification régionale de politique du 3 ^e âge CR Berne-Mittelland
	Planification régionale de politique du 3 ^e âge CR Emmental
	Contrat de prestations Commission de planification de politique du 3 ^e âge Haute-Argovie
	Examen de l'état des lieux « Mise en œuvre des lignes directrices de la politique du 3 ^e âge dans les communes bernoises » (Büro BASS)
	Pro Senectute canton de Berne – Guide sur la participation de la population âgée dans les communes
	Société Suisse de Gérontologie – Guide Communes amies des aînés
	SeReBe – Projet « <i>Jung mit Alt</i> », dialogue des générations
	Subventions 1.1.2011–31.12.2015 CHF 562 437.–
Domaine d'intervention n° 7	CRS Kanton BE – Cours Tremplin
	Subventions 1.1.2011–31.12.2015 CHF 110 400.–
	TOTAL des subventions pour l'ensemble des domaines d'intervention 1.1.2011–31.12.2015 CHF 7 073 895.–
	Subvention annuelle moyenne (arrondie) CHF 1 450 000.–

Comme le montre le tableau, le coût des projets menés dans le cadre de la politique du 3^e âge s'est élevé à près de 7,5 millions de francs durant ces cinq dernières années. Cela correspond à une subvention annuelle de près de 1,45 million de francs.

Cet aperçu des subventions et charges cantonales liées à la politique du 3^e âge n'est pas exhaustif. En effet, le canton a pris ou prend en charge des frais dans d'autres domaines, qui ne sont pas déclarés en tant que tels comme projets (pilotes). Il s'agit par exemple des subventions aux places de vacances dans les EMS à hauteur de 20 francs par jour (jusqu'en 31.12.2014 ; supprimées au 1.1.2015) ou des subventions pour séjours dans des foyers de jour destinés à décharger l'entourage des personnes concernées, à raison de 80 francs par journée de prise en charge.

Les séjours en EMS génèrent par ailleurs des charges annuelles globales qui se chiffrent en milliards. Le tableau ci-après présente, à titre d'exemple, la moyenne des frais d'exploitation totaux en 2014 (en comparaison avec les dépenses occasionnées par les projets s'inscrivant dans le cadre de la politique du 3^e âge) :

Tableau 4

Comparaison coûts des soins résidentiels/contributions aux projets de politique du 3^e âge

Objet	Coût moyen en 2014	
Projets (pilotes) dans le domaine de la politique du 3 ^e âge	CHF	1 450 000
Frais d'exploitation totaux des places en EMS par an (14 000 places × CHF 265.-/jour × 365 jours)	CHF	1 354 150 000
Part du canton au financement résiduel des coûts des soins	CHF	170 929 500

Récapitulatif des interventions parlementaires mentionnées dans le rapport

Déclaration de planification dans le cadre du débat portant sur le dernier rapport sur la politique du 3^e âge dans le canton de Berne 2011

Changements dans l'évolution démographique:

La correction à la hausse apportée aux pronostics sur le nombre de personnes que compte le groupe d'âge des plus de 65 ou plus de 80 ans (augmentation de 25 % par rapport aux premières prévisions), qui est brièvement mentionnée dans le rapport, montre que les pronostics devraient être régulièrement actualisés et détaillés. Il manque notamment des données sur la forte représentation des femmes dans les groupes de grand âge. Les pronostics doivent être régulièrement actualisés, et présentés en détail par sexe.

Déclaration de planification adoptée par 65 voix contre 50, sans abstention.

(précisions à ce sujet pp. 10–12)

Déclaration de planification dans le cadre du débat portant sur le dernier rapport sur la politique du 3^e âge dans le canton de Berne 2011

Le canton développe une réflexion sur les formes de vie des personnes atteintes d'une maladie psychique chronique.

Déclaration de planification adoptée par 78 voix contre 34, sans abstention.

(précisions à ce sujet pp. 45–46)

Déclaration de planification dans le cadre de l'examen des offres et des structures (EOS)

Le Conseil-exécutif est chargé d'ajuster sensiblement à la baisse les exigences posées aux foyers, en particulier en ce qui concerne le personnel (qualifications, dotation type et minimum en personnel, etc.), afin de ménager aux EMS une marge de manœuvre plus importante. En particulier, le travail bénévole et l'engagement de personnel peu qualifié doivent être rendus possibles pour favoriser les économies.

Déclaration de planification adoptée par 89 voix contre 53 et 5 abstentions.

(précisions à ce sujet pp. 76–77)

Déclaration de planification dans le cadre de l'examen des offres et des structures (EOS)

Les normes applicables actuellement aux foyers sont à la fois détaillées et superflues et elles génèrent des coûts élevés. Il faut assouplir les dispositions de l'ordonnance sur les foyers concernant la taille et l'équipement des chambres, les salles de bain et d'autres points. Il faut accorder plus de libertés aux foyers.

Déclaration de planification adoptée par 101 voix contre 43 et 5 abstentions.

(précisions à ce sujet pp. 37 et 80)

Interpellation 058-2014 Striffeler-Mürset: Mise en œuvre dans le canton de Berne de la Stratégie nationale en matière de démence

Le Conseil-exécutif est prié de répondre aux questions suivantes:

- Comment la stratégie nationale est-elle mise en œuvre dans le canton de Berne ?
- Quelles mesures prévoit-on concrètement pour réaliser les objectifs de la stratégie nationale ?

Le Conseil-exécutif a répondu à l'interpellation dans le cadre de la session de novembre 2014.

(précisions à ce sujet p. 16)

Postulat 243-2014 Imboden : Garantie de la qualité de la prise en charge dans les EMS et renforcement de l'efficacité des contrôles

Le Conseil-exécutif est chargé d'étudier

- les moyens permettant d'augmenter l'efficacité des contrôles dans les EMS du canton ;
- les moyens permettant de mesurer et d'améliorer la qualité de la prise en charge et des soins dans les EMS du canton ;
- les conditions auxquelles il serait possible de mettre en place une équipe nombreuse de contrôleurs et de contrôleuses spécialisés, susceptible de mener systématiquement des contrôles inopinés, comme cela se fait dans le canton de Vaud depuis 2008.

Le postulat a été retiré.

(précisions à ce sujet p. 79)

Postulat 262-2014 Vanoni : Introduction du système de prévoyance-temps

Le Conseil-exécutif est chargé de présenter un rapport dans lequel il examinera si le canton de Berne devrait lui aussi promouvoir le système de prévoyance-temps testé à Saint-Gall, et si oui comment. En incitant les personnes âgées en bonne santé à s'occuper bénévolement de leurs aînés, ce système compléterait les prestations bénévoles existantes et la prise en charge professionnelle des personnes âgées.

Postulat adopté par 69 voix contre 68 et 5 abstentions.

(précisions à ce sujet p. 27)

Postulat 007-2015 Geissbühler-Strupler : Introduction d'un chèque services de soin

Le Conseil-exécutif est chargé d'examiner quelles mesures doivent être prises pour que les services de soin fournis par des bénévoles puissent être enregistrés et l'équivalent, mis à profit par ces mêmes personnes plus tard quand elles en auront elles-mêmes besoin. Le travail de gestion d'un tel système devrait être limité au strict minimum.

Le postulat a été retiré.

Motion 035-2005 Heuberger : Pénurie de médecins généralistes

Le Conseil-exécutif est chargé de proposer rapidement des mesures efficaces et de créer les conditions générales propres à redorer le blason des soins médicaux de base et à prévenir la pénurie de médecins généralistes.

Motion adoptée par 157 voix, sans opposition ni abstention.

(précisions à ce sujet pp. 39–40)

Motion 090-2005 Kilchherr : Manque de médecins dans les régions rurales

Le Conseil-exécutif est chargé de prendre les mesures propres à stopper et à corriger l'évolution vers une pénurie de médecins généralistes dans les régions rurales.

Motion adoptée par 115 voix contre 22 voix et 23 abstentions.

(précisions à ce sujet pp. 39–40)

Motion 123-2005 Fritschy : Promotion de la médecine générale

Afin de rehausser l'importance de la médecine générale à l'université de Berne et permettre ainsi la formation d'un nombre suffisant de praticiens généralistes, le Conseil-exécutif est chargé de procéder immédiatement à la conversion de la FIHAM (instance facultaire de médecine générale) en un institut de médecine générale avec professorat ordinaire. Il conviendra d'imputer au budget de la faculté les moyens financiers nécessaires à l'accomplissement des tâches, notamment le financement de la formation des étudiants et étudiantes en médecine dans des cabinets de médecins généralistes.

(précisions à ce sujet pp. 39–40)

Motion 239-2008 Meyer: Pénurie de médecins de famille et soins ambulatoires

Le Conseil-exécutif est chargé de rédiger un rapport sur l'avenir des soins ambulatoires dans le canton de Berne et de prendre les mesures appropriées pour garantir les soins ambulatoires sur le long terme.

Point 2 adopté par 128 voix contre 8 voix et 1 abstention.

(précisions à ce sujet pp. 39–40)

Motion 059-2014 Striffeler-Mürset: Soutien aux proches aidants

Le rapport sur la politique du 3^e âge du canton de Berne 2011 affirme (p. 29) que « l'aide et le soutien aux personnes soignant un proche forment un élément-clé de la politique cantonale du 3^e âge. » Cette affirmation doit maintenant être traduite en faits.

Le Conseil-exécutif est chargé de faire des propositions sur la manière de renforcer le soutien aux proches aidants.

Motion adoptée sous forme de postulat par 106 voix contre 37 et 3 abstentions.

(précisions à ce sujet p. 27 ; voir également pp. 31–35)

Motion 219-2014 Schöni-Affolter: Création d'une inspection des EMS

Le Conseil-exécutif est chargé, lors de la révision de la loi sur l'aide sociale (LASoc), de créer les bases légales pour que puisse être créée une inspection indépendante des établissements médico-sociaux comme cela existe dans le canton de Vaud.

Motion refusée par 86 voix contre 59 et 1 abstention.

(précisions à ce sujet p. 79)

Bibliographie

- Fluder, Robert et al. 2012. *Ambulante Alterspflege und -betreuung: Zur Situation von pflege- und unterstützungsbedürftigen älteren Menschen zu Hause*. Zurich: Seismo Verlag.
- Höpflinger, François. 2013. *Demographische und gesellschaftlicher Wandel des Alters und Folgen für die Pflege im Alter*. Source: Internet: <http://www.hoepflinger.com/fhtop/WandelAlter-Pflege.pdf> (état 1.10.2015)
- Höpflinger, François. 2014. *Langlebigkeit und Hochaltrigkeit: Gesellschaftliche und individuelle Dimensionen*. Source: Internet: <http://www.hoepflinger.com/fhtop/ViertesLebensalter.pdf> (état 1.10.2015)
- Höpflinger, François. 2014. «Demografisch-gesellschaftliche Wandlungen und soziale Folgen», in: Stefanie Becker und Hermann Brandenburg (éd.). *Lehrbuch Gerontologie: Gerontologisches Fachwissen für Pflege- und Sozialberufe – Eine interdisziplinäre Aufgabe*. Berne: Verlag Hans Huber, p. 161–184.
- Höpflinger, François und Joris van Wezemaal (éd.). 2014. *Age Report III: Wohnen im höheren Lebensalter, Grundlagen und Trends*. Zurich: Seismo Verlag.
- Höpflinger, François, Lucy Bayer-Oglesby und Andrea Zumbunn. 2011. *La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée: scénarios actualisés pour la Suisse*. Berne, Editions Hans Huber.
- Mosimann, Peter und Lore Billie Legrand. 2009. *Bericht Alterspsychiatrie canton de Berne: Weiterentwicklung Psychiatrie Berne (WePBE) 2011–2014*. Berne: Services psychiatriques universitaires.
- Perrig-Chiello, Pasqualina et François Höpflinger, Brigitte Schnegg. 2010. *Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz*. SwissAgeCare-2010, projet de recherche mandaté par l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile Source: <http://www.spitex.ch/files/OBJ8C4V/SwissAgeCare-2010-Schlussbericht> (état 2.3.2015). Résumé en français: <http://www.spitex.ch/files/UNJS2M8/SwissAgeCare-2010-Executive-summary-F>
- Perrig-Chiello, Pasqualina und François Höpflinger. 2009. *Die Babyboomer: Eine Generation revolutioniert das Alter*. Zurich: Verlag Neue Zürcher Zeitung.
- Riedel, Matthias. 2014. *Zukunft der Pflegebereitschaft von Angehörigen und Freiwilligen: Eine repräsentative Studie zur Pflegekulturellen Orientierung und Solidaritätsbereitschaft*. Berne: Haute école spécialisée bernoise.
- Ryter, Elisabeth und Marie-Louise Barben. 2015. *Care-Arbeit unter Druck: Ein gutes Leben für Hochaltrige braucht Raum*. Basel: Manifestgruppe der GrossmütterRevolution. Source: Internet: www.grossmuetter.ch (état 1.12.2015)
- Ryter, Elisabeth und Marie-Louise Barben. 2012. *Das vierte Lebensalter ist weiblich: Zahlen, Fakten und Überlegungen zur Lebensqualität im hohen Alter*. Bâle: Manifestgruppe der GrossmütterRevolution. Source: Internet: www.grossmuetter.ch (état 1.12.2015)
- Schilliger, Sarah. 2014. «Transnationale Care-Arbeit: Osteuropäische Pendelmigrantinnen in Privathaushalten von Pflegebedürftigen», in: Croix-Rouge suisse (éd.). *Who cares? Pflege und Solidarität in der alternden Gesellschaft*. Zurich.
- Stamm, Margrit. *Expertise der Babyboomer*. Dossier 14/2. Source: Internet: http://www.margritstamm.ch/component/docman/cat_view/4-dossiers.html?Itemid= (état 8.8.2014)

