Rapport sur la politique du 3e âge du canton de Berne 2011

Avant-propos

La politique du 3e âge est plus qu'une simple politique de prise en charge. Elle a la lourde tâche de définir un cadre destiné à permettre aux personnes âgées de garder leur autonomie le plus longtemps possible. Pour cela, ces personnes doivent être en bonne santé, à la fois sur le plan physique et à tous les niveaux de la condition d'être humain. Les conséquences de l'état de santé sur la capacité de vivre en autonomie sont aussi vastes que nombreuses, et l'on ne saurait trop insister sur l'importance de la santé :

- La santé, c'est la condition première pour vivre une vie responsable et autonome.
- La santé, c'est l'indépendance et l'autonomie d'action selon sa propre volonté.
- La santé, c'est la liberté de mouvement sur les plans physique et psychologique.
- La santé, c'est la possibilité de participer à la vie sociale et publique.
- La santé, c'est la possibilité d'apporter sa contribution à la société, d'y participer activement et d'assumer ses responsabilités.
- La santé, c'est le bien-être et la qualité de vie.

La politique bernoise du 3e âge vise à créer le cadre nécessaire pour que les hommes et les femmes puissent préserver leur santé au sens large décrit ci-dessus le plus longtemps possible.

L'être humain assume des responsabilités à la fois à l'égard de lui-même et à l'égard de la société. Dans son acception large, la santé est ainsi une condition du bon fonctionnement d'une société dans laquelle tous et toutes s'impliquent, assument leurs responsabilités et participent à la définition de leur espace de vie. De ce fait, une politique du 3e âge vivante et réussie dans les communes et les régions présuppose la responsabilité des seniors et leur volonté d'être partie prenante. Une telle politique a aussi besoin de communes et d'autorités qui encouragent cette prise de responsabilité et cette volonté de participer à la société.

La politique cantonale du 3e âge soutient les efforts déployés dans ce but. Citons à cet égard un projet, certes de petite envergure, mais très engagé : depuis plusieurs années déjà, des personnes âgées visitent, sur leur propre initiative, des classes de diplôme dans les écoles professionnelles et les gymnases. Elles entendent établir le dialogue avec les jeunes et maintenir des contacts transgénérationnels. Ce faisant, elles contribuent personnellement à représenter les intérêts des seniors au sein de la société. Le corps enseignant apprécie cette démarche à sa juste valeur. Cette initiative est emblématique à double titre : d'une part, les seniors montrent leur volonté d'assumer leurs responsabilités par leur contribution et, d'autre part, le corps enseignant leur offre la possibilité de le faire.

Permettez-moi, pour conclure, de citer, en substance, le gérontologue de Heidelberg Andreas Kruse[1] :

> En montrant qu'ils sont des personnes intéressées, engagées, ouvertes et compétentes, les seniors contredisent l'image négative que la société se fait d'eux et mettent en évidence le fait que, malgré leur vieillissement physique, ils sont tout à fait capables de vivre une vie créative et productive. Par leur engagement, les aînés contribuent aussi à la solidarité entre les générations, une contribution primordiale puisqu'elle démontre aux plus jeunes que les personnes âgées donnent autant qu'elles reçoivent. (p. 19)

C'est dans cette direction que vont les efforts de la politique du 3e âge du canton de Berne.

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

[1] Kruse, Andreas. 2008. «Menschen stehen in Verantwortung.» In: Die Politische Meinung: *Eine differenzierte Sicht auf das Alter.* N° 469, décembre 2008. Publication mensuelle de la Fondation Konrad Adenauer, pp. 15 – 20.

Sommaire

Résumé 7

Situation initiale et objectif du rapport 9

Partie A
Organisation et pilotage du système de soins 10

Le système de soins 11
- Rôle de la SAP et des autres acteurs 11
- Tâches de pilotage de la SAP 11
- Principes applicables à l'organisation et au pilotage du système de soins 12
- Détermination du besoin 12

Développements en cours dans le domaine du 3e âge 13

Tour d'horizon des autres rapports et planifications de la SAP 14

Défis futurs dans le domaine du 3e âge 16
- Changements dans l'évolution démographique 16
- Raréfaction des ressources en personnel 17
- Prestations : du financement par objet au financement axé sur la personne 17
- Financement des prestations d'encadrement 17
- Soins intégrés tout au long de la chaîne de traitement 17

Partie B
Développements intervenus dans les différents domaines d'intervention de la politique du 3e âge 18

Gestion intégrée des soins (managed care) 19

Domaine d'intervention n° 1 :
Soutien à l'autonomie et promotion de la santé des personnes âgées 20

Promotion de la santé des personnes âgées 20
- Programme « Zwäg ins Alter (ZiA) » 21
- Digression 21
- ZiA : évaluation de la phase de mise en œuvre 2008 – 2010 dans le canton de Berne 22
- Mouvement des Aînés, section bernoise 23
- « Rundum mobil » : cours pour être et rester mobile 23

Promotion de la santé des personnes âgées issues de l'immigration 24
- Projet pilote de bénévolat pour l'intégration des migrantes et migrants âgés dans le Seeland bernois 24
- CRS Berne : cours destinés aux migrants du 3e âge 25
- Age et Migration Köniz 26
- Age et Migration Berne-Bethlehem 26

Conseils et information 27
- Plateforme Internet www.senioren-info.ch 27
- Plateforme Internet www.wohnen60plus.ch 27

Formation continue 28
- Travail auprès du 3e âge : cycle de formation axé sur l'exercice physique 28

Conclusion 29

Domaine d'intervention n° 2 : Soutien aux soins et à la prise en charge à domicile et aide aux personnes soignant un proche 29

Soutien aux personnes soignant ou accompagnant un proche 29
- CRS Oberland bernois : projet beocare 29
- CRS Berne-Mittelland : consultation téléphonique gratuite en collaboration avec la ville de Berne 30
- Service de relève canton de Berne 30
- Secrétariat de la section de Berne de l'Association Alzheimer (ALZ Berne) 31
- Séances d'information d'ALZ Berne et de Pro Senior Berne 31
- ALZ Berne : projet InfoMobil 31
- Semaine de vacances d'ALZ Berne pour malades d'Alzheimer et leurs proches 32
- Formation, soutien et assistance aux personnes soignant un proche atteint de démence 32
- Service de visite à domicile 32

Renforcement de la prise en charge ambulatoire 32
- Services d'aide et de soins à domicile 32
- Infirmières et infirmiers indépendants 33
- Etude sur l'aide et les soins à domicile 33

Offre de formation continue 34
- Cycle d'étude Soutien aux proches et aux bénévoles 34
- « Benevol » Berne et Bienne : formation à l'accompagnement des bénévoles 34

Conclusion 35

Domaine d'intervention n° 3 : Offre de logement et de prise en charge axée sur le long terme 36

Logements adaptés aux personnes âgées 36
- Appartements avec services 36
- Placement dans des familles : projet de la Société d'économie et d'utilité publique 37

Conclusion 37

Domaine d'intervention n° 4 : Prise en charge des personnes âgées atteintes de maladie 38

Encouragement de la médecine de premier recours et de la médecine d'urgence 38
- Mesures à prendre 38
- Prochaines étapes 38

Soins post-aigus 38

Gériatrie aiguë et réadaptation gériatrique 39

Essai pilote Soins intégrés en gériatrie 39

Prestations psychiatriques destinées au 3e âge 40

Intégration des malades psychiques chroniques dans les EMS 41

Soins palliatifs 41
- Projet pilote >>zapp à Berthoud 41
- Réseau de soins palliatifs dans la région de Langenthal 42
- Réseau de soins palliatifs dans la région de Thoune 42
- Soins palliatifs à domicile 42
- Soins palliatifs dans le Jura bernois 42
- Soutien aux personnes accompagnant un proche 42
- Centre de compétences Démence et soins palliatifs 42

Institutions spécialisées pour personnes atteintes de démence sénile 42
- Prise en charge de jour 42
- Centre de compétences cantonal en matière de démence et de soins palliatifs 43
- Aménagement des espaces intérieurs 44

Conclusion 45

Domaine d'intervention n° 5 : Sensibilisation aux besoins du 3e âge 45

Planifications communales des besoins 45
- Critères et objectifs de la planification communale 45

Planifications régionales des besoins 46
- Intégration de la planification des besoins dans les conférences régionales 46
- Critères et objectifs de la planification régionale 47

Encouragement de forums du 3e âge dans les régions 48
- Groupe de travail « Altersfragen » en Haute-Argovie 48

Intégration des intérêts de la population âgée dans le débat public 48
- Pro Senior Bern : Berner Forum für Altersfragen 48
- Dialogue des générations : projet « Jung mit Alt » 48

Conclusion 49

Domaine d'intervention n° 6 : Offre résidentielle conforme aux besoins 50

Planification des EMS 50
- Evolution du taux de couverture 50
- Répartition des places en EMS entre les régions 51

Personnes âgées handicapées et tributaires de soins 55
- Conséquences pour la planification des EMS 55

Conclusion 55

Domaine d'intervention n° 7 :
Recrutement du personnel soignant et du personnel d'encadrement 56

Formation et perfectionnement dans le domaine des soins et de l'encadrement 56
- Formation du personnel soignant 56
- Projet pilote CRS Berne « Tremplin » 57

Conclusion 58

Domaine d'intervention n° 8 : Assurance de la qualité 59

Conclusion 59

Domaine d'intervention n° 9 : Examen des mécanismes de financement **60**

Financement des EMS axé sur les personnes 60

Financement de Pro Senectute axé sur les prestations 60

Financement de l'aide et des soins à domicile axé sur les prestations 61

Nouveau régime de financement des soins à compter du 1er janvier 2011 61
- Conséquences pour les EMS 61
- Conséquences pour le secteur ambulatoire 62
- Réforme de la péréquation financière et de la compensation des charges 62

Conclusion 62

Annexe 63

Tableau synoptique des projets pilotes 63

Récapitulatif des interventions parlementaires mentionnées dans le rapport 66
- Domaine d'intervention n° 2 : soutien aux soins et à la prise en charge à domicile et aide aux personnes soignant un proche 66
- Domaine d'intervention n° 4 : prise en charge des personnes âgées atteintes de maladie 66

Résumé

Le présent rapport décrit les progrès réalisés dans les neuf domaines d'intervention définis précédemment et présente les étapes à venir. Voici, à l'intention du lecteur pressé, un bref aperçu des principaux résultats réalisés dans chacun des domaines d'intervention :

- Dans le **domaine d'intervention n° 1**, le soutien à l'autonomie des personnes âgées reste une mission centrale, comme le préconisaient déjà les lignes directrices **Politique du 3e âge 2005** élaborées en 1993 (!). Les mesures contribuant directement ou indirectement au maintien des capacités sont particulièrement adéquates. La promotion et la prévention de la santé des personnes âgées jouent ici un rôle prépondérant : elles constituent l'un des piliers centraux de la politique du 3e âge du canton, et les prévisions en matière d'évolution démographique accentuent encore leur importance. Il est vital pour la politique cantonale du 3e âge d'encourager les mesures destinées au maintien de la santé, car celle-ci est – dans son acception globale – le fondement même d'une vie autonome et, partant, d'une vieillesse pleinement vécue. A cet égard, les groupes de seniors économiquement défavorisés doivent continuer de faire l'objet d'une attention particulière étant donné qu'ils présentent, dans l'ensemble, une probabilité de rester longtemps en bonne santé moins élevée que les autres groupes.

- Il ressort du **domaine d'intervention n° 2** que l'autonomie des personnes âgées dépend aussi de l'environnement, qui doit être sécurisant et familier. Il s'agit là du deuxième pilier de la politique cantonale du 3e âge. C'est pourquoi le soulagement des personnes qui s'occupent d'un proche tributaire de soins est une mission indispensable qui devra, à l'avenir aussi, bénéficier d'un soutien financier. Dans ce contexte, le bénévolat est primordial. Sont ainsi soutenues dans ce domaine non seulement les offres concrètes telles que les services de visite à domicile, les services de conseil et d'information et les services de soins ambulatoires, mais aussi la recherche et la transmission du savoir. En effet, les résultats issus de la recherche permettent d'optimiser les prestations proposées et de combler les lacunes. C'est pourquoi les offres correspondant à ces objectifs continuent d'être encouragées.

- Le **domaine d'intervention n° 3** démontre que le maintien de l'autonomie passe également par des offres de logement appropriées. Celles-ci permettent aux personnes âgées de garder la plus grande indépendance possible en dépit d'éventuelles atteintes à la santé. Dès lors, des logements adaptés aux personnes à mobilité réduite combinés aux prestations de service nécessaires permettent de repousser aussi longtemps que faire se peut l'entrée dans un établissement médico-social (EMS), ce qui correspond au souhait des personnes âgées. La modularisation des prestations prévue pour 2013 permettra d'apporter un soutien spécifique à chaque personne, adapté à ses besoins et à son domicile.

- Le **domaine d'intervention n° 4** se concentre sur la prise en charge des personnes âgées atteintes de maladie. Il est très important pour ces dernières de disposer d'une chaîne de prise en charge ininterrompue qui relie les différentes offres entre elles et les fasse concorder de manière optimale pour combler les éventuelles lacunes. La continuité de la prise en charge doit être garantie. Il faut pouvoir répondre à chaque situation avec la forme et le déroulement de traitement les plus appropriés et selon l'approche nécessaire. Très prometteuse, la voie empruntée dans ce domaine va être poursuivie au cours des prochaines années. Il pourrait être utile dans ce contexte de développer une stratégie de gestion intégrée des soins (managed care).

- Le **domaine d'intervention n° 5** met en évidence l'importance des lignes directrices et des planifications aux niveaux communal et régional en tant qu'outils de mise en œuvre de la politique cantonale du 3e âge. Cette politique est une tâche continue : la planification doit se faire à intervalles réguliers et de façon évolutive, et les lignes directrices requièrent une mise à jour périodique. Les plans d'action doivent être complétés par d'autres mesures afin de défendre les intérêts des personnes âgées dans le débat public, d'une part, et de relier les générations entre elles, d'autre part. Le débat public, dans quelque contexte que ce soit, est en effet indispensable pour changer l'image encore trop souvent négative des seniors et briser les stéréotypes dans l'esprit de la population. Pour ce faire, les contacts intergénérationnels sont très précieux.

- Le **domaine d'intervention n° 6** porte sur la planification des EMS et le contingentement des places dans ces établissements. Le contingent de 15 500 places destinées aux personnes âgées tributaires de soins reste stable. Une augmentation ne serait pas judicieuse

pour l'instant. On note toutefois une répartition parfois très inégale des places de soins sur l'ensemble du canton. Ce problème devrait être traité par les conférences régionales au moyen de planifications régionales des besoins.

- Le **domaine d'intervention n° 7** démontre clairement qu'il faudra redoubler d'efforts au cours des années à venir pour assurer la relève du personnel soignant. Le recrutement de personnel spécialisé de l'étranger n'est pas une solution pour remédier à la pénurie qui se profile. Une obligation de formation sera donc introduite pour les institutions du secteur de la santé afin que le personnel nécessaire soit formé dans notre pays et que la relève soit assurée dans la durée.

- Le **domaine d'intervention n° 8** s'attache à l'assurance de la qualité dans les institutions de prise en charge ambulatoire ou résidentielle des personnes âgées. Il est primordial de viser une amélioration continue des foyers et des services d'aide et de soins à domicile pour garantir une offre conforme aux besoins. Des exigences minimales sont imposées dans la loi pour assurer la sécurité des clients et des clientes. Il est impératif que les institutions se développent en permanence afin que ce secteur dynamique réponde à long terme aux besoins des groupes concernés.

- Le **domaine d'intervention n° 9** illustre comment le financement axé sur la prestation et le financement axé sur la personne permettent d'utiliser les capitaux de manière plus ciblée qu'en les distribuant selon le principe de l'arrosoir. Le passage progressif au financement axé sur les personnes (financement par sujet) place l'être humain au centre et rend ainsi possible, par des prestations adéquates, l'autonomie et la liberté de choix recherchées depuis toujours par la politique du 3e âge du canton de Berne.

Situation initiale et objectif du rapport

L'origine de la politique du 3e âge du canton de Berne telle qu'elle existe aujourd'hui remonte aux années 1990. A l'époque déjà, il était évident que le canton allait devoir réagir à l'évolution démographique. C'est ainsi que furent élaborées, en 1993, les lignes directrices **Politique du 3e âge 2005**, dont les objectifs centraux restent d'une brûlante actualité : indépendance et autonomie, liberté de choix et continuité, solidarité, proximité et réseau. En 2005, le Grand Conseil recevait le premier rapport sur la mise en œuvre de la politique du 3e âge, document de base qui présentait un plan d'action pour la suite de la mise en œuvre des objectifs de cette politique. La déclaration de planification Fritschy (PLR), adoptée par le Grand Conseil lors de sa session d'avril 2005, oblige la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale (SAP) à présenter environ tous les deux ans un rapport sur l'avancement de la mise en œuvre. Le rapport intermédiaire soumis en 2007 s'inscrit dans ce contexte. Au vu des expériences faites, la SAP est d'avis que le rythme bisannuel est trop serré. Un cycle de quatre ans permet une meilleure analyse des développements intervenus et des enseignements à en tirer. La nouvelle version des scénarios démographiques cantonaux et régionaux est elle aussi publiée tous les quatre ans par la Conférence des statistiques du canton de Berne. Il est ainsi possible de se fonder sur les chiffres les plus récents, ce qui ne serait pas le cas avec un intervalle plus court.

Structuré comme les deux précédents (2005 et 2007), le présent troisième rapport est consacré aux développements réalisés depuis lors dans les différents domaines d'intervention. Il donne un aperçu des principaux défis à relever et établit un lien avec les recherches et les découvertes en gérontologie faites aux niveaux national et international ainsi qu'avec d'autres rapports élaborés par la SAP. La première partie décrit par ailleurs l'organisation et le pilotage du système de soins dans le secteur du 3e âge.

Depuis plusieurs années, le canton de Berne s'attache à créer les conditions nécessaires pour que les personnes âgées puissent, même si leur indépendance est restreinte, vivre à leur domicile une vie autonome le plus longtemps possible. Cet objectif répond au souhait de la plupart des personnes concernées : vieillir dans leurs propres murs et n'envisager un placement dans un EMS qu'en ultime recours. Le troisième rapport sur la politique cantonale du 3e âge constate le bien-fondé de la stratégie poursuivie jusqu'ici, à savoir faire primer l'ambulatoire sur le résidentiel et favoriser le maintien à domicile plutôt que le transfert en foyer. De plus en plus de communes le reconnaissent aussi et s'investissent activement dans la politique du 3e âge et dans les tâches, de planification notamment, qui y sont liées. On observe à cet égard un renforcement du réseau avec d'autres communes ainsi qu'à l'intérieur des différentes régions, ce dont la SAP se félicite. La mise en réseau se manifeste de diverses manières, qui vont de l'attention apportée aux contacts et des échanges sur le thème du 3e âge jusqu'à la collaboration réglée par contrat, en passant par la coordination, la planification et l'adoption communes d'offres et de programmes. La politique du 3e âge n'est réalisable que si tous les acteurs en présence poursuivent le même objectif, qui est de travailler ensemble à l'élaboration d'une stratégie de prise en charge efficace et de qualité en faveur des personnes âgées. Cette démarche sert les intérêts de la population du canton dans son ensemble.

Occupant la partie principale du rapport, les projets pilotes doivent contribuer à la concrétisation d'idées innovantes dans le domaine de la politique du 3e âge. Ils permettent d'identifier les procédés prometteurs en vue de renforcer, de promouvoir et de maintenir l'autonomie et la santé des personnes âgées. Quant à l'évaluation des projets, elle montre si les objectifs sont réalistes, s'il est judicieux d'étendre ces initiatives à l'échelle du canton et si les frais qui en découleraient seraient justifiés. Les coûts afférents aux projets pilotes sont modestes. Ils ne représentent qu'une petite fraction du chiffre d'affaires des soins de longue durée hospitaliers, mais sont sans commune mesure avec la plus-value que ces projets génèrent.

Partie A

Organisation et pilotage du système de soins

Le système de soins

Le système de soins résulte de l'interaction entre des acteurs qui, en assumant des tâches et des responsabilités diverses, permettent aux personnes âgées d'avoir accès à des prestations conformes à leurs besoins.

Rôle de la SAP et des autres acteurs

La Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale (SAP) est responsable, conjointement avec d'autres acteurs, d'une organisation et d'un pilotage efficaces du système de soins cantonal destiné aux personnes âgées. Son rôle se fonde au premier chef sur les objectifs d'effet définis pour son groupe de produits « Aide aux personnes âgées et / ou aux malades chroniques » :

- les personnes âgées et / ou malades nécessitant des soins, des conseils et un encadrement préservent aussi longtemps que possible leur autonomie dans leur environnement familier ;
- les personnes âgées et / ou malades nécessitant des soins, des conseils et un encadrement qui ne peuvent plus vivre de manière autonome dans leur environnement familier bénéficient d'une prise en charge et d'un encadrement adaptés à leurs besoins.

La SAP n'est toutefois pas totalement libre dans l'organisation et le pilotage du système de soins. Elle doit en effet aménager l'interaction avec les autres acteurs du secteur du 3e âge de telle sorte que les tâches et les responsabilités soient définies les unes en fonction des autres :

- Les acteurs principaux sont **les personnes âgées elles-mêmes**. En menant une existence autonome, elles utilisent leurs propres ressources et potentiels et sollicitent des prestations d'aide conformes à leurs besoins. Partie prenante de la vie sociale, elles contribuent à la façonner.
- Lorsqu'elles ne sont plus en mesure d'assumer seules la responsabilité d'une existence autonome, les personnes âgées sont assistées par un **représentant légal ou un curateur**. Ceux-ci s'attachent avant tout à garantir la protection et la qualité de vie des personnes qui leur sont confiées et veillent à leur fournir des prestations d'aide adaptées à leurs besoins.
- L'**environnement social** joue un rôle important dans l'intégration et les relations sociales. La famille, les proches et les voisins, sans oublier les bénévoles, sont des acteurs centraux qui apportent une contribution majeure en termes de solidarité et d'aide financière ou immatérielle.
- Dans le cadre de leur mandat, les **organisations prestataires** répondent de la fourniture de prestations conformes aux besoins. Le financement des services publics étant axé sur la prestation, elles assument une responsabilité d'entreprise accrue et donnent, sur la base de leur expérience, des retours essentiels sur l'organisation et le pilotage du système de soins.
- La prise en charge dépend dans une large mesure de la disponibilité à fournir des prestations et de la compétence du **personnel** des organisations prestataires. Le personnel soignant qualifié, en particulier, constitue une ressource indispensable toujours plus demandée du fait de l'évolution démographique et de la hausse du niveau d'exigences. Aussi faudra-t-il accorder une attention accrue à ce groupe afin d'organiser et de piloter le système de soins de manière appropriée (utilisation optimale du personnel soignant qualifié et garantie de la relève professionnelle).
- Le canton est aussi soutenu par **les communes et les régions** dans l'organisation et le pilotage des systèmes de soins. Celles-ci créent les conditions et les possibilités nécessaires à l'intégration sociale et veillent à mettre en place des offres communales et régionales en réseau et adaptées aux besoins.
- La **Confédération** fixe les conditions légales à l'échelle nationale. Elle intervient de ce fait profondément dans le système de soins et ses modes de financement (p. ex. réorganisation du financement des soins).
- Les autres **acteurs impliqués dans le financement** (en particulier les assurances-maladie et les assurances sociales) influent aussi sur l'organisation du système de soins. Ils définissent le droit au financement, contribuent au pouvoir d'achat des personnes âgées, édictent des prescriptions relatives à la qualité des offres et réduisent parfois ces dernières.

Tâches de pilotage de la SAP

La SAP assume diverses tâches relevant de l'organisation et du pilotage du système de soins :

- L'**analyse des besoins** des personnes âgées occupe une place centrale. Dans ce contexte, il existe aujourd'hui différents outils d'analyse des besoins, en particulier dans le domaine des soins. Dans les autres secteurs (p. ex. prestations d'aide ménagère), les instruments doivent être développés ou renforcés.
- La SAP influe sur la **conception des offres** par le biais des autorisations d'exploiter et des autorisations d'exercer, ainsi que par les contrats de prestations conclus avec les fournisseurs. Elle formule des exigences minimales (p. ex. qualification du personnel, documentation des prestations, prescriptions en matière d'infrastructure) et requiert des fournisseurs de prestations qu'ils appliquent une gestion globale de la qualité.
- La SAP garantit la conformité des prestations aux besoins et la subsidiarité du **financement des offres.** Dans ce cadre, elle verse des contributions aux fournisseurs de prestations (financement par objet) ou aux personnes âgées (financement axé sur la personne).
- Les **tâches de réglementation** constituent un défi de plus en plus important dans le pilotage du système de soins. Elles englobent la détermination du droit aux prestations (p. ex. droit à une prestation subventionnée), la définition des normes et standards applicables aux offres et à leur disponibilité, la structuration des tarifs, l'organisation des mécanismes du marché (p. ex.

à l'aide de la planification des EMS), l'octroi d'autorisations ainsi que la surveillance et le contrôle du respect des prescriptions.

- En **préparant les projets politiques** (p. ex. révisions de lois et d'ordonnances, budget, rapports de planification), la SAP soutient le Conseil-exécutif et le Grand Conseil dans l'adaptation régulière du cadre et des exigences politiques aux nouveaux défis.
- Pour assurer le système de soins à long terme, il faut garantir **les ressources et les compétences clés** que le jeu de l'offre et de la demande ne peut assurer intégralement. La relève du personnel qualifié est encouragée au moyen de prescriptions légales, d'incitations et d'un financement des coûts cohérent (obligation de formation, influence sur les offres de formation). L'accréditation et la définition de méthodes et d'instruments (p. ex. systèmes de recensement des besoins, exigences en matière de présentation des comptes), de même que le financement d'une infrastructure adaptée aux soins (p. ex. offre de soins hospitaliers équilibrée au niveau régional) visent à assurer les compétences clés indispensables au système de soins.

Principes applicables à l'organisation et au pilotage du système de soins

Pour que le système de soins public fonctionne de manière efficace et efficiente, il doit être développé et piloté en continu. La SAP applique à cet effet les principes suivants :

- Le **mandat de soins public** s'oriente sur le besoin actuel et sur celui du futur proche. L'utilisation des moyens publics se fait de manière subsidiaire, efficiente, efficace et conforme aux prescriptions.
- Les **structures des soins**, qui se comprennent comme des chaînes de soins, sont perméables. L'accès à des prestations adaptées aux besoins est garanti. Lorsqu'un mode d'organisation autonome est possible et indiqué, il prime l'organisation par des tiers. Les formes d'offre ambulatoires sont privilégiées par rapport aux offres résidentielles dans la mesure où leur efficacité et leur efficience sont avérées.
- La responsabilisation des **bénéficiaires de prestations** est encouragée. Ceux-ci disposent en général de la liberté de choix. Leur compétence en la matière est renforcée et leur pouvoir d'achat, garanti en fonction de leurs besoins.
- Les **offres** sont axées sur le besoin effectif. Elles renforcent, maintiennent et utilisent les ressources disponibles et promeuvent l'autonomie des groupes cibles. Transparentes, elles répondent aux exigences minimales de qualité lorsque c'est nécessaire pour la protection des bénéficiaires de prestations[2]. Les offres obéissent en outre à des critères de qualité conformes aux besoins. Les tarifs sont définis en adéquation avec le pouvoir d'achat. Les prestations proposées sont par ailleurs conçues de sorte à éviter les ruptures inutiles dans la qualité de vie des personnes âgées.
- Les **fournisseurs de prestations** assument leur responsabilité d'entreprise et leur responsabilité sociale et font preuve d'un esprit d'innovation. Les conditions générales sont identiques pour tous (concurrence loyale). Les ressources en personnel qualifié et les autres compétences clés nécessaires à des soins efficaces et efficients sont garanties sur la durée.

Détermination du besoin

Les moyens de l'Etat sont limités et celui-ci entend responsabiliser la population. Le système de soins cantonal doit dès lors se concentrer sur les besoins qui, d'une part, sont déterminants pour que les personnes concernées puissent vivre dans la dignité et, d'autre part, ne sont pas déjà couverts par d'autres acteurs (subsidiarité). Au cœur de ces préoccupations se trouvent les besoins spécifiques des personnes âgées découlant d'une atteinte à la santé physique ou mentale, de troubles cognitifs ou psychiatriques, de problèmes d'ordre psychosocial ou d'une maladie chronique. Ces besoins doivent être couverts par des prestations de prévention, de réadaptation, de cure ou palliatives. Il convient donc d'accorder un soin particulier à la conception des offres et des prestations individuelles pour qu'elles soient axées sur les ressources et les compétences.

Par la couverture **subsidiaire du besoin induit par les atteintes** à la santé des personnes âgées, le système de soins cantonal se dissocie des besoins qui ne découlent pas d'une atteinte à la santé et de la couverture desquels d'autres systèmes de soins publics – en particulier l'aide sociale et le système de santé – sont en général subsidiairement responsables. Cette approche permet d'éviter les doublons. Néanmoins, pour que les chaînes de prise en charge fonctionnent, les interfaces avec ces systèmes doivent être garantis et optimisés.

Les besoins liés aux atteintes à la santé incluent ainsi les prestations que les groupes cibles ne pourraient pas assurer avec leurs propres ressources sans aide publique, en raison de leurs troubles et des conditions posées par leur environnement. Souvent, il s'agit moins de fournir des prestations que de permettre l'accès aux prestations existantes adaptées à chaque trouble. Le besoin induit par les atteintes à la santé peut se décrire comme suit pour chaque domaine de vie (cf. tableau page suivante).

[2] Dans le domaine des soins en particulier, le canton est tenu de protéger les patients et les patientes et d'éviter les soins dangereux.

Domaine de vie	Besoins spécifiques
Revenu et fortune	Garantie d'un pouvoir d'achat conforme aux besoins en vue d'un accès autonome aux soins requis par les atteintes à la santé (prestations complémentaires [PC], allocation selon décret, allocation pour impotent [API]).
Logement	Accès à un logement adapté aux personnes à mobilité réduite (y c. les alentours).
Nourriture	Accès à une alimentation conforme aux besoins : service de repas, table de midi, cuisine s'adaptant aux besoins et au parcours de vie des pensionnaires d'institutions.
Formation	Accès à une formation adaptée aux besoins (cours spécifiques, université du 3e âge).
Travail et occupation	Accès au travail et à l'occupation adapté aux atteintes à la santé (âge de la retraite flexible, bénévolat, engagement social).
Structuration de la journée	Soutien dans la structuration de la journée (foyers de jour, services de visite, engagement social).
Développement, compétences	Soutien pour le développement et le maintien des compétences (apprentissage tout au long de la vie, conseil, groupes d'entraide).
Protection et sécurité	Garantie de la protection et de la sécurité (p. ex. système d'alarme).
Soins	Accès à des soins adaptés aux besoins (disponibilité 24 heures sur 24, hôpital, réadaptation, services d'aide et de soins à domicile, appartement avec services, foyer).
Thérapie	Accès à des thérapies conformes aux besoins (physiothérapie, ergothérapie, kinésithérapie, psychothérapie, thérapie d'animation).
Assistance et encadrement	Accès à une assistance et à un encadrement conformes aux besoins (groupe d'entraide, prestations ambulatoires à domicile, foyers de jour, services de conseil).
Mobilité	Accès à la mobilité (services de transport, environnement adapté aux personnes à mobilité réduite et constructions sans barrières architecturales, aménagement du territoire et planification des transports).
Information	Accès à une information conforme aux besoins (sites Internet destinés au groupe cible, services de conseil, gestion par cas [case management]).
Moyens auxiliaires et infrastructure	Accès aux moyens auxiliaires et à l'infrastructure (services fournissant ces moyens, espace public accessible aux personnes à mobilité réduite). Consultation sur les moyens auxiliaires destinée aux personnes âgées et aux personnes handicapées (Fédération suisse de consultation en moyens auxiliaires pour personnes handicapées et âgées [FSCMA], Oensingen).
Relations et contacts sociaux	Possibilité d'entretenir des contacts sociaux (services de visite, services de transport, rencontres de quartier, table de midi, activités avec des animaux).
Besoins de l'entourage des clients	Activation et renforcement des proches des clientes et des clients (offres destinées à les soulager, information, conseil, assistance).

Développements en cours dans le domaine du 3e âge

Plusieurs faits sont à relever dans le domaine de la **promotion de la santé des personnes âgées**, élément central de la stratégie qui vise à privilégier la prise en charge ambulatoire plutôt que le placement en milieu résidentiel. C'est ainsi que le canton de Berne, conjointement avec d'autres cantons partenaires intéressés, joue un rôle clé dans la poursuite du développement et la mise en œuvre concrète de ce thème. Plusieurs cantons ont échangé leurs points de vue et lancé un projet commun. En 2010, il a été possible de sensibiliser et rallier à cette cause le Bureau de prévention des accidents (bpa) et la fondation Promotion Santé Suisse.

En raison du raccourcissement des durées de séjour à l'hôpital, les organisations **d'aide et de soins à domicile** doivent de plus en plus faire face à des maladies subaiguës (c.-à-d. plus tout à fait aiguës, mais exigeantes, voire instables) requérant un grand professionnalisme de la part du personnel. En outre, toujours plus de personnes souffrant de troubles psychiatriques (liés à l'âge) sont suivies en mode ambulatoire ; pour les organisations précitées, ces personnes constituent un nouveau groupe cible.

Les **EMS** restent des prestataires indispensables. Cependant, dans le sillage de l'évolution du secteur de la santé, les exigences en matière de qualité des prestations ne cessent d'augmenter et ces établissements doivent de plus en plus souvent accueillir des personnes présentant des troubles d'une grande complexité. Dès lors, la qualité des EMS dépend de leur souplesse et de leurs connaissances

relatives aux cas de multimorbidité et aux personnes âgées fragiles. Les migrants, en nombre croissant, représentent un autre défi de taille, puisque les EMS doivent intégrer l'aspect culturel dans les soins qu'ils prodiguent.

La mise en œuvre du **nouveau régime de financement des soins au 1er janvier 2011** a une forte incidence sur les cantons. Ainsi, dans le canton de Berne, les résidents des EMS ne participent désormais plus aux coûts de soins qu'à hauteur de 21 francs 60 par jour au maximum. À partir de 2012, les clients des services d'aide et de soins à domicile devront participer de manière progressive aux coûts des soins. Il en résulte une diminution de coûts pour le budget cantonal. Les modalités de la mise en œuvre et les conséquences concrètes sont décrites dans le cadre du domaine d'intervention n° 9.

On observe un renforcement de la collaboration – en partie stimulée par la SAP – dans les **projets pilotes relevant de la politique du 3e âge**. C'est ainsi que la direction du projet **« ZiA – Zwäg ins Alter »**, la Croix-Rouge suisse (CRS) et Caritas ont mis en place une coopération destinée à sensibiliser les personnes âgées issues de la migration au thème de la promotion de la santé. Cette approche portant ses fruits, elle va être étendue à d'autres régions que le Seeland. Pour la SAP, la **mise en réseau *conjuguée à*** une **planification concertée** des divers partenaires du secteur du 3e âge est la voie royale pour garantir durablement un réseau de soins efficace et adéquat. C'est pourquoi les relations avec d'autres projets font l'objet d'une attention particulière lors de l'évaluation des projets pilotes. Dans cette perspective, on peut donner une appréciation positive des expériences faites jusqu'ici ; elles confirment que la voie empruntée est la bonne.

La politique cantonale du 3e âge a également pour but fondamental de **sensibiliser** les instances et les autorités politiques ainsi que ses partenaires **au thème de la vieillesse**. Si ce processus a été lancé avec succès, il est encore loin d'être abouti. Au fur et à mesure que ce thème sera intégré, il sera plus facile de prendre en considération d'autres aspects ou facteurs d'influence importants tels que la migration et les questions de genre. L'égalité est en effet une tâche transversale de l'action de l'Etat et doit, en tant que telle, aussi être un objectif de la politique du 3e âge. Etant donné que, dans ce contexte, les questions de genre sont pour ainsi dire absentes de la littérature spécialisée, tout reste à faire en matière de « gender mainstreaming »[3] dans le domaine du 3e âge. Il faut donc examiner les projets afin de savoir si des expériences ou des constats relevant des questions de genre y ont été faits, s'ils ont été recensés par un sondage ciblé et s'ils peuvent être intégrés dans d'autres activités.

[3] Le gender mainstreaming est un objectif inscrit dans la politique gouvernementale du canton de Berne. Il consiste à identifier les inégalités sociales existant entre les hommes et les femmes dans tous les domaines et à en tenir compte à chaque étape de planification et de décision. Tous les projets sont conçus de sorte à contribuer à la promotion de l'égalité entre hommes et femmes.
Source: www.lustaufgender.ch/index.php?page=10.30.80

La politique du 3e âge du canton de Berne relève les défis de l'évolution démographique de manière consciente et axée sur les solutions. Du fait qu'elle est **mise en œuvre dans les communes et les régions**, les mesures introduites prennent du temps à produire leurs effets, mais elles permettent en revanche de procéder en partant de la base et d'aboutir à un ancrage solide. Un processus qui, aux yeux de la SAP, est primordial pour le succès de sa politique du 3e âge. La répartition des tâches instaurée jusqu'ici fait ses preuves. Tant le canton que les communes sont mis à contribution ; à l'avenir, ils doivent continuer à œuvrer de concert à la réalisation des objectifs de la politique du 3e âge.

Ci-dessous, un bref tour d'horizon d'autres rapports et planifications de la SAP, de leur lien avec la politique du 3e âge et de leur utilité pour celle-ci.

Tour d'horizon des autres rapports et planifications de la SAP

Le domaine du 3e âge se situe à la croisée des différents secteurs de travail de la SAP. A ce titre, il constitue un thème transversal. C'est pourquoi nous renvoyons ici à d'autres rapports et planifications de la SAP, dans lesquels la question du 3e âge joue un rôle sans pour autant y figurer au premier plan :

Le **rapport social du canton de Berne**, mis à jour périodiquement, se concentre pour l'essentiel sur le thème de la pauvreté. Il ressort de la deuxième édition de ce rapport, parue en décembre 2010, que les personnes les plus touchées par la pauvreté sont les enfants et les adolescents, ainsi que les personnes âgées. Alors que les premiers bénéficient de l'aide sociale par l'intermédiaire de leurs parents, le taux d'aide sociale chez les personnes ayant l'âge de l'AVS est bas, bien que 14 pour cent des ménages dont le chef de famille fait partie de cette catégorie d'âge disposent d'un revenu inférieur au seuil de risque de pauvreté. Ces ménages ont besoin de prestations supplémentaires telles que les prestations complémentaires ou l'allocation pour impotent. Dès lors, les assurances sociales jouent un rôle prépondérant dans la couverture du minimum vital des personnes âgées. Afin d'éviter que les personnes ayant atteint l'âge de la retraite ne deviennent dépendantes de l'aide sociale, les prestations de ces assurances se voient adaptées en conséquence dans le sillage du nouveau régime de financement des soins en vigueur depuis le 1er janvier 2011 (cf. à ce sujet le domaine d'intervention n° 9, financement des EMS axé sur les personnes, p. 60).

Le **quatrième rapport sur la santé dans le canton de Berne** (2010) se penche sur la question de savoir dans quelle mesure les déterminants sociaux que sont la formation, le revenu et le statut professionnel influencent la santé de la population. Le motif qui a incité à cette ana-

lyse est double : d'abord, le premier et le deuxième rapport social du canton de Berne montrent que la pauvreté y est très fréquente et qu'elle touche tout particulièrement les enfants. Ensuite, la recherche internationale prouve que la préservation et la promotion de la santé sont tributaires d'un grand nombre de facteurs sans lien direct avec la politique sanitaire : les conditions de vie familiales, scolaires, professionnelles et environnementales sont tout aussi importantes voire davantage que des soins médicaux de qualité. Or c'est dans ces sphères de l'existence que les différences entre personnes bénéficiant d'une position sociale élevée et celles vivant dans la précarité sont considérables.

Cette question a été examinée pour différents groupes d'âge : les enfants et les adolescents, les adultes en âge de travailler et les personnes arrivant à la fin de leur vie. Pour des raisons de méthodologie, il n'a malheureusement pas été possible d'analyser l'influence des déterminants sociaux sur la santé de la population âgée, les données nécessaires n'étant pas encore disponibles. Il est prévu d'élaborer ultérieurement un rapport sur la santé spécifique aux personnes âgées du canton de Berne. En résumé, on peut dire que les chances face à la santé dans le canton de Berne sont réparties très inégalement dans la population selon la situation et le statut sociaux. C'est ce qui apparaît très nettement dans les indicateurs de santé, les comportements de santé et la mortalité. Pour préserver ou améliorer la santé de la population, il faut tenir compte de ces gradients sociaux et se concentrer davantage sur les groupes de personnes qui présentent des chances en termes de santé particulièrement mauvaises. C'est pour cette raison notamment que la politique du 3e âge du canton de Berne soutient des projets destinés aux migrants âgés (voir domaine d'intervention n° 1, p. 24 ss), parce qu'ils appartiennent aux groupes de population vulnérables et que leur intégration contribue dans une large mesure à la préservation de leur santé. En outre, le projet « ZiA – Zwäg ins Alter » vise précisément à toucher les seniors issus de groupes de la population défavorisés sur le plan socio-économique et présentant un risque de maladie élevé.

La **planification des soins** constitue l'élément de pilotage fondamental des soins hospitaliers et préhospitaliers, **conformément à la loi du 5 juin 2005 sur les soins hospitaliers** (LSH ; 812.11). Elle porte sur les soins aigus somatiques, la réadaptation, la psychiatrie et le domaine du sauvetage, et évalue les besoins en prestations afin de garantir la prise en charge de la population cantonale. Son objectif principal est d'assurer à cette dernière des soins de qualité, conformes aux besoins et économiquement supportables. La planification des soins comprend aussi la planification des places de formation nécessaires dans le secteur de la santé, en tenant compte à la fois des soins hospitaliers évoqués ci-dessus et du besoin de relève du personnel soignant dans le secteur du long séjour et les services de maintien à domicile. C'est pourquoi certaines des mesures citées dans le rapport intermédiaire sur la politique du 3e âge font également partie intégrante de la planification des soins selon la LSH, dans la mesure où elles se réfèrent aux soins aigus hospitaliers et à la formation professionnelle.

Approuvée par le Conseil-exécutif en 2007, la première planification des soins énumère différentes mesures destinées à améliorer les soins gériatriques, à savoir : soins post-aigus, centres de gériatrie régionaux dans les hôpitaux de soins aigus, introduction d'une catégorie « réadaptation gériatrique », mise en œuvre d'un essai pilote de prise en charge intégrée en gériatrie et amélioration de la prise en charge psychiatrique de la personne âgée. La mise en œuvre de ces mesures est décrite ci-après (cf. domaine d'intervention n° 4, p. 38). En outre, la planification des soins 2007 – 2010 a posé les bases nécessaires pour accroître les prestations des institutions et du canton en matière de formation (cf. domaine d'intervention n° 7, p. 56).

En 2011, le Conseil-exécutif donnera son feu vert à la planification des soins 2011 – 2014 selon la LSH. Cette deuxième planification tient compte des modifications intervenues dans la loi sur l'assurance-maladie ainsi que des nouvelles règles relatives au financement des hôpitaux, applicables dès 2012. Elle porte non seulement sur les soins hospitaliers, mais aussi sur des questions intersectorielles telles que les soins intégrés entre les fournisseurs de soins aigus et de longue durée en mode ambulatoire ou résidentiel, des thèmes qui sont d'une importance cruciale pour la prise en charge des personnes âgées.

Le **reporting cantonal des services sociaux** (enquête 2008) pose comme thème principal de la politique sociale les enfants et les jeunes. Le domaine du 3e âge, quant à lui, n'est guère pris en considération. Etant donné que le traitement des demandes de prestations complémentaires ou d'allocations pour impotent ne constitue pas à proprement parler une tâche des services sociaux, le 3e âge n'est pas non plus considéré comme un thème à part entière. D'une part parce que les mesures spéciales comme l'insertion ou la formation des personnes âgées ne passent pas par les services sociaux, au contraire des mesures destinées aux enfants et aux jeunes. Et d'autre part parce que d'autres organisations comme Pro Senectute, Caritas ou la Croix-Rouge suisse s'en chargent. Autant de raisons qui expliquent pourquoi le 3e âge n'a pas sa place dans le reporting cantonal des services sociaux.

En revanche, un cinquième des autorités sociales estime que les personnes âgées représentent un sujet important. Cela signifie que les organes stratégiques se penchent de plus en plus souvent sur ce thème et que les autorités lui accordent une place grandissante. Une évolution que salue la SAP.

Le **plan stratégique du canton de Berne relatif aux adultes handicapés**[4] a été adopté par le Conseil-exécutif en janvier 2011. Soumis à l'approbation du Conseil fédéral dans le cadre de la réforme de la péréquation financière

[4] *Encourager l'autonomie et la participation sociale des adultes handicapés.* Plan stratégique du canton de Berne selon l'article 197, chiffre 4 Cst. et l'article 10 LIPPI.

et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT), il forme la base des mesures en faveur des adultes handicapés et inclut les personnes ayant droit à une rente AVS qui souffraient déjà d'un handicap avant d'atteindre l'âge légal de la retraite. C'est pourquoi celles-ci ne constituent pas un groupe cible séparé dans le présent rapport sur la politique du 3e âge. Nous renvoyons ici au rapport que la SAP a prévu de soumettre au Grand Conseil en novembre 2011 pour l'informer sur la mise en œuvre de la RPT dans les domaines « adultes handicapés » et « enfants et adolescents souffrant d'un handicap » ainsi que sur l'orientation future des mesures cantonales en faveur de ces personnes. Il s'agira d'un rapport de planification au sens de l'article 60 de la loi sur le Grand Conseil (LGC).

Défis futurs dans le domaine du 3e âge

Au cours des années à venir, la SAP devra relever de nombreux défis dans le domaine du 3e âge.

Changements dans l'évolution démographique

La Conférence des statistiques du canton de Berne, dont les données servent à établir des prévisions, a présenté les dernières projections de l'évolution de la population[5] fin 2008. Celles-ci font état d'un **changement de situation en matière de démographie**. En effet, l'augmentation du nombre de personnes de plus de 65 ans dans le canton de Berne sera plus importante que prévu jusqu'ici.

Cette croissance démographique imprévue est commentée – en substance – comme suit dans le chapitre 10 du **Rapport sur la situation économique**[6] d'Economie bernoise (beco), consacré à l'évolution des régions économiques :

> Les chiffres de la population ont crû de façon nettement plus importante que prévu au cours des dernières années, dépassant même les valeurs de projection du scénario le plus haut formulées en 2004 par l'Office fédéral de la statistique (OFS) pour le canton de Berne. En 2008, le canton a fait calculer, sur la base des nouveaux scénarios démographiques (moyen, haut, bas) établis par l'OFS, l'évolution démographique de 2006 à 2030 pour les différentes régions du canton. Pris comme valeur de référence, le scénario « moyen » donne la projection la plus probable. Il intègre les développements observés au cours des dernières années (fréquence des naissances et des décès, flux migratoires) ainsi que les changements politiques connus à ce jour, tels que l'entrée en vigueur des accords bilatéraux entre la Suisse et l'UE. (p. 125)

En regard des chiffres sur l'évolution démographique publiés dans le rapport intermédiaire de 2007, l'Office fédéral de la statistique et la Conférence des statistiques du canton de Berne postulent, dans leurs derniers scénarios, une croissance nettement plus importante que prévue jusqu'ici des groupes d'âge 65+ et 80+. Pour l'OFS, **cet écart s'explique** par le fait que les scénarios précédents se fondaient sur un niveau trop bas et qu'ils ont dû être adaptés en conséquence. Interrogé sur ce point, le bureau mandaté par la Conférence des statistiques a relevé que, dans le cas du groupe d'âge des 80+, **l'OFS s'était basé sur des hypothèses trop basses concernant l'espérance de vie** et que les nouvelles projections avaient dû être considérablement corrigées à la hausse. Pour son rapport de 2008, la Conférence cantonale des statistiques a donc repris les nouvelles données de base adaptées de l'OFS et les a reportées sur les différentes régions du canton. Ainsi, les projections indiquent 269 000 au lieu de 236 000 personnes âgées de 65 ans ou plus d'ici à 2030, ce qui représente un accroissement de quelque 14 pour cent par rapport au scénario initial. Pour les personnes de 80 ans ou plus, le chiffre est désormais de 88 000 au lieu de 70 000 (+ 25 %).

Etant donné que l'évolution démographique dans le segment des 65+ sera plus marquée que prévu, le besoin d'intervention reste très important dans le domaine du 3e âge. Les milieux politiques et la société doivent dès lors prendre en main le thème du vieillissement de la population. Cela permettra à la SAP de donner davantage de poids à la politique cantonale du 3e âge et aux mesures à prendre. L'importance des domaines d'intervention évoqués ci-après est renforcée sous l'effet de l'augmentation du nombre de personnes ayant l'âge de l'AVS. La politique en la matière appliquée jusqu'ici s'avère pertinente et doit être poursuivie dans ses grandes orientations. Il faut investir avant tout dans la promotion de la santé et la prévention afin de retarder l'entrée des personnes âgées en EMS, voire l'éviter. La promotion de la santé des aînés joue donc un rôle central : elle constitue un investissement indispensable et une mesure pertinente pour la politique du 3e âge des années à venir (cf. domaine d'intervention n° 1, à partir de la p. 20).

Les modifications intervenues dans les projections démographiques touchent d'abord la **planification des EMS au sens de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)**. Les places de soins disponibles sont pratiquement toutes occupées mais pour diverses raisons, il n'est pas prévu d'augmenter le contingent bernois de 15 500 places en EMS (voir détails dans le domaine d'intervention n° 6, évolution du taux de couverture, à partir de la p. 50).

[5] Projections régionalisées de l'évolution démographique du canton de Berne jusqu'en 2030, scénario moyen (*http://www.fin.be.ch/fin/fr/index/finanzen/finanzen/publikationen/bevoelkerungsprojektion.html,* édition 2008/ banque de données de la Conférence des statistiques du canton de Berne).

[6] Rapport sur la situation économique 2009. beco Economie bernoise. Document électronique à consulter sous *http://www.vol.be.ch/site/fr/beco-wipo-4-wida* ou directement sous *www.vol.be.ch/site/beco-publ-wirtschaft-lb-10-reg-entwicklung.pdf* (en allemand).

Raréfaction des ressources en personnel

La **pénurie** attendue des ressources dans les domaines du **personnel soignant** et des soins de base dispensés par les **cabinets de médecins de famille** constitue l'un des plus gros défis des prochaines années. Bien consciente du problème, la SAP suit cette évolution de près. C'est ainsi qu'elle a introduit, dès 1997, des mesures destinées à promouvoir la relève du personnel soignant (voir domaine d'intervention n° 7, p. 56), d'une part, et les soins médicaux (généralistes) de base et d'urgence, d'autre part (voir domaine d'intervention n° 4, p. 38).

Prestations : du financement par objet au financement axé sur la personne

Aujourd'hui, les prestations de soins sont considérées en fonction du fournisseur ou de l'âge. Cela signifie qu'une personne nécessitant des soins voit les prestations auxquelles elle recourt financées de manière différente selon qu'elle réside dans un EMS ou qu'elle vit à la maison. En outre, les ressources disponibles sont, pour certaines, fonction de l'âge (domaine AVS / AI). Il faut donc créer des outils de pilotage uniformes pour que les personnes concernées bénéficient d'une plus grande souplesse dans le recours aux prestations. Il ne doit plus y avoir de différence d'un groupe cible à l'autre, et seules doivent compter les prestations fournies. Le niveau de financement ne doit plus être fonction du type de soins, c'est-à-dire du fait qu'ils sont dispensés en mode ambulatoire, donc à domicile, ou en mode résidentiel dans un EMS pour bénéficiaires de l'AI ou de l'AVS. Ce qui doit être déterminant, c'est le type de la prestation fournie, indépendamment du lieu ou du bénéficiaire, afin que les personnes puissent se mouvoir librement le long de la chaîne de traitement. Une première étape dans ce sens a consisté à adapter les articles 67 et 68 de la loi sur l'aide sociale (LASoc ; RSB 860.1) dans le cadre de la révision de la loi sur la péréquation financière et la compensation des charges (LPFC ; RSB 631.1) (voir domaine d'intervention n° 9, p. 62). Les personnes âgées ayant droit à une rente ne devraient pas avoir recours à l'aide sociale si elles ont besoin de soins et d'encadrement : les coûts afférents à ces prestations doivent être financés par les prestations complémentaires.

Dans le domaine ambulatoire, le financement de l'aide et des soins à domicile axé sur les prestations est mis en œuvre dans le sillage du nouveau régime du financement des soins, le principal changement résidant dans le passage du financement du déficit au financement de la prestation. Les organisations bénéficient ainsi à la fois d'une liberté d'entreprise et d'une responsabilité accrues. Sur la base des prescriptions de la LAMal, le canton règle le financement résiduel des soins et fixe les contributions pour les prestations ménagères.

Financement des prestations d'encadrement

Le **financement des prestations d'encadrement** est un problème qui prend de l'ampleur. En vertu de la LAMal, les soins sont financés par les assureurs-maladie et par le canton, ce qui n'est pas le cas – ou alors partiellement seulement – des prestations d'encadrement et de suivi. Cette lacune pose un problème croissant en particulier en ce qui concerne le domaine de la démence et la psychiatrie, les personnes concernées nécessitant surtout un encadrement. Le besoin de prestations d'encadrement n'est pas l'apanage des aînés, mais touche également les personnes handicapées. Dans le cadre de la mise en œuvre de son plan stratégique pour les adultes handicapés, le canton de Berne examine donc la possibilité d'introduire un catalogue cantonal des prestations de soutien nécessaires en fonction du handicap en vue d'un financement conforme aux besoins.

Soins intégrés tout au long de la chaîne de traitement

La SAP entend renforcer la collaboration des différents partenaires du secteur de la santé pour des soins de santé efficients et efficaces. Une part importante des coûts est générée par les maladies chroniques. Or une collaboration et une coordination ciblées entre les différents fournisseurs de prestations permettraient de limiter les coûts et d'éviter les doublons. C'est pourquoi un groupe de travail réunissant les associations des hôpitaux, des EMS, des services d'aide et de soins à domicile et des médecins de premier recours se penchera en 2011 sur les problèmes d'interfaces et élaborera les premières solutions pragmatiques. Les résultats obtenus dans ce contexte seront repris dans la stratégie cantonale de soins intégrés (managed care, cf. p. 19).

Partie B

Développements intervenus dans les différents domaines d'intervention de la politique du 3e âge

Gestion intégrée des soins (managed care)

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 poussée des différents secteurs et fournisseurs de prestations s'impose afin de développer une offre sanitaire régionale relevant d'une responsabilité partagée. Dans cette optique, le Conseil-exécutif a décidé de définir une stratégie cantonale de gestion intégrée des soins pour donner une impulsion aux nouveaux modes de prise en charge propices à l'intégration des prestations fournies. Cette politique doit bénéficier d'abord aux malades chroniques et aux personnes âgées.

La Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale (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. Il s'agit, dans un premier temps, de mettre 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 famille, les hôpitaux, les EMS et les organisations d'aide et de soins à domicile sont des acteurs de premier plan de l'intégration des soins, un rôle capital revient aussi aux communes et aux régions, à leur planification respective et aux conférences régionales (cf. domaine d'intervention n° 5 : sensibilisation aux besoins du 3e âge, p. 45)

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 d'un accès aisé. Cela vaut aussi bien pour le grand public et les individus en quête de conseils que pour les 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, d'une part **www.infosenior.ch** qui recense les adresses des fournisseurs de prestations de toute la partie germanophone du canton et fournit des informations utiles sur divers sujets comme le logement, la santé, la prévention, l'aide à domicile, la mobilité et le conseil, et d'autre part, le site **www.wohnen60plus.ch**, qui détaille les offres et les prix des différents types d'habitat du 3e âge. En cas de maladie, le site **geriatrie-bern.ch/index.fr** fournit un aperçu des structures gériatriques existantes et assure aux professionnels du domaine un accès aux normes et lignes directrices des soins gériatriques.

Domaine d'intervention nº 1
Soutien à l'autonomie et promotion de la santé des personnes âgées

Le soutien à l'autonomie et la promotion de la santé des personnes âgées demeurent la priorité numéro un. A la lumière des mutations démographiques qui nous attendent et de l'aspiration de la plupart des personnes à conserver leur autonomie jusqu'à un âge avancé se mesure toute l'importance qui revient aujourd'hui à la promotion de la santé des personnes âgées. Promotion de la santé et prévention forment les grands axes de la politique du 3e âge du canton. Dans sa conception étendue, la promotion de la santé doit s'enchâsser dans divers domaines de la vie qui déterminent le bien-être général et, partant, contribuent à un bon état de santé. Plusieurs offres et projets illustrent cette vision globale.

La promotion de la santé a pour ambition d'aider les individus à préserver où à améliorer les conditions propices au maintien de leur santé. Dans cette optique, la prévention englobe toutes les mesures qu'ils engagent pour prévenir ou retarder un problème de santé ou pour en diminuer la probabilité.[7] Aussi l'approche fondée sur la prévention et la promotion de la santé est-elle favorable à l'autonomie et à la santé des personnes âgées. Il existe dans le canton de Berne une pluralité d'offres et de programmes qui y concourent.

Un autre levier d'action consiste à mettre à la disposition des intéressés des informations à la portée du plus grand nombre et de leur procurer ainsi une vue d'ensemble des multiples offres et possibilités.

Le troisième levier a trait à la formation de multiplicatrices et de multiplicateurs, lesquels accompagnent les personnes âgées en leur expliquant comment elles peuvent devenir ou rester indépendantes en préservant leur capital santé.

Promotion de la santé des personnes âgées

La santé revêt une dimension biophysiologique, une dimension psychologique et une dimension sociale dont les interactions influent grandement sur la qualité de vie de l'individu. La Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), entrée en vigueur en 1948 en Suisse, la définit comme suit : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain… […] »[8]. Dans l'idéal, il s'agit de préserver cet état à chaque étape de la vie, d'où le rôle essentiel de la promotion de la santé des personnes âgées. Selon la Charte d'Ottawa de 1986, la promotion de la santé a pour but de donner aux individus une plus grande maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. La SAP souscrit pleinement à cette vision. Elle s'engage ainsi pour que tous les habitants et habitantes du canton de Berne, y compris les personnes retraitées, puissent bénéficier des mesures de promotion de la santé et de prévention, ces deux éléments formant les principaux piliers de la politique cantonale du 3e âge. La santé est un facteur majeur de la qualité de vie : elle permet à chacun de rester indépendant (autonomie), de décider soi-même de son existence, de résoudre ses propres difficultés et d'aider les autres (solidarité), de se mouvoir dans son environnement (mobilité) et de cultiver ses contacts sociaux. La politique cantonale du 3e âge a pour but de soutenir et renforcer la santé des personnes âgées, autrement dit de créer des conditions propices au maintien de leur qualité de vie.

Programme « Zwäg ins Alter (ZiA) »

Jusqu'en 2010, on a appliqué dans le canton de Berne la méthode dite du profil de santé développée par le département de gériatrie de l'Université de Berne. Elle a pour noyau un questionnaire destiné aux personnes dès 65 ans vivant à domicile et ne souffrant d'aucune affection grave. Sur la base des réponses obtenues et au moyen d'un programme informatique spécial, on établit un bilan personnalisé renseignant sur l'état de santé et l'anamnèse des personnes interrogées et sur les moyens que ces dernières mettent en œuvre pour préserver leur santé. Forte de ces résultats, l'organisation chargée du programme propose aux intéressés un entretien de conseil à domicile. L'offre est complétée par des cours collectifs et des soirées d'information thématiques.

Pro Senectute canton de Berne a repris en 2008 l'organisation des trois projets pilotes en cours à Lyss, à Thoune et en Haute-Argovie. Dans tout le canton, l'offre connue précédemment sous le titre « Visites préventives à domicile » a été rebaptisée « Zwäg ins Alter – ZiA » (vieillir en pleine forme). Le programme a été ensuite étendu à la ville de Berne où il est implanté depuis 2009. L'offre de la Haute-Argovie s'est elle aussi élargie en 2009 à la zone

[7] Définitions de Santé bernoise: *www.santebernoise.ch*

[8] Constitution de l'Organisation mondiale de la santé OMS de 1946: *http://www.admin.ch/ch/f/rs/0_810_1/.*

de Berthoud, alors que celle de Thoune s'est déployée jusqu'à la commune de Spiez. De nombreuses autres communes du Seeland, de l'agglomération de Berne, de la vallée de l'Aar et de la région de Thoune ont manifesté un vif intérêt pour ce projet et souhaité l'intégrer. L'implantation du programme sur tout le territoire cantonal et dans toutes les communes, déjà évoquée dans les rapports de 2005 et de 2007, figure d'ailleurs au nombre des objectifs déclarés de la politique cantonale du 3e âge. Il se trouve cependant que l'auteur du profil de santé en a bloqué l'extension à d'autres régions et communes. Du coup, la SAP est venue au secours de l'organisation responsable Pro Senectute canton de Berne pour trouver une issue à cette situation, les discussions avec d'autres cantons et communes qui appliquent la même méthode ayant révélé que ceux-ci avaient aussi été bloqués ou limités dans la mise en œuvre du projet.

Digression

Dynamique nationale de promotion de la santé du 3e âge

Le canton de Berne et la ville de Zurich ont ensuite entrepris de travailler en partenariat élargi avec d'autres cantons et institutions pour dresser un état des lieux des modes d'intervention de la promotion de la santé des personnes âgées. Avec l'appui de la ville de Zurich et le concours du Centre Hospitalier Universitaire de Lausanne, le canton de Berne a lancé en 2009 un avant-projet intitulé « Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées » (ci-après BPGFA). Des entretiens avec des spécialistes et une étude bibliographique ont permis de faire le point sur l'état des connaissances en matière de promotion de la santé. Et c'est sur cette base que l'on a ensuite identifié, pour le projet principal 2010, les actions de prévention et de promotion de la santé les plus pertinentes et les plus efficaces, après quoi il a fallu décrire, pour chaque action retenue, les critères qui caractérisent une mise en œuvre efficace (critères des bonnes pratiques). Le coup d'envoi du projet principal BPGFA a été donné en janvier 2010. Pour les cinq champs thématiques définis dans l'avant-projet, à savoir « Promotion de l'activité physique », « Prévention des chutes », « Conseils, manifestations et cours », « Publics cibles difficilement atteignables et défavorisés » et « Participation des médecins de famille », il a été formulé une série de recommandations de bonnes pratiques. L'objectif de la démarche consiste à mettre au point un set d'intervention de type modulaire tenu à la disposition de tous les cantons partenaires, et dont les modules doivent être évalués et développés en continu. Le projet a été présenté en janvier 2010 à l'occasion d'une rencontre qui a réuni des représentants de 17 cantons. Outre celui de Berne, onze cantons[9] ont soutenu financièrement ces travaux et, pour certains, participé à l'organe de pilotage. Par ailleurs, il a été possible de regagner le soutien de la fondation Promotion Santé Suisse qui s'était auparavant retirée du domaine du 3e âge. Le projet s'est aussi assuré la participation du Bureau de prévention des accidents (bpa). En 2010, ces deux organisations ont alloué des ressources financières et humaines au projet et l'ont assuré de leur soutien pour 2011. D'autres cantons devraient le rejoindre en 2011.

A l'occasion de la première journée nationale de mise en réseau qui s'est tenue le 8 mars 2011 à Berne, les différents modules du set d'intervention ont été présentés à un large public de professionnels.

[9] AG, AR, BS, GR, LU, NW, SH, SO, TG, UR, ZG.

ZiA : évaluation de la phase de mise en œuvre 2008–2010 dans le canton de Berne

Parallèlement aux travaux menés à l'échelle nationale, le **Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale (BASS)** a entrepris l'évaluation du projet ZiA.[10]

La première moitié de 2008 a été consacrée à la mise en place de l'armature générale du projet et à la coordination de ses différentes approches. Les trois premiers projets pilotes ont démarré selon une démarche unifiée dès l'automne 2008 dans les régions de Haute-Argovie, de Lyss et de Thoune, parallèlement à une implantation du projet en ville de Berne. En 2009 et 2010, priorité a été donnée à la mise en œuvre de la démarche harmonisée, à l'assurance qualité et au développement de l'offre.

L'étude BASS s'est attachée à examiner les structures organisationnelles expérimentées à petite échelle dans les régions pilotes, la conception de la démarche ainsi que les résultats et l'impact du projet.

En ce qui concerne les diverses **structures organisationnelles,** il est permis d'affirmer que les trois modèles ont fait leurs preuves sur le plan local. En Haute-Argovie et à Lyss, c'est la section régionale de Pro Senectute qui se charge de la mise en œuvre du projet, tandis qu'à Thoune, cette tâche est assumée par le service d'aide et de soins à domicile. La ville de Berne, enfin, expérimente un modèle de partage des tâches entre ces deux organisations, dans lequel Pro Senectute a pour mission d'organiser les cours collectifs et les manifestations thématiques, tandis que le service d'aide et de soins à domicile de la ville de Berne réalise les visites à domicile (visites préventives). Tous les intéressés ont qualifié de positive la collaboration instaurée entre l'organisme responsable du projet et les organisations en charge de sa réalisation, ou encore entre celles-ci. Dans les conditions actuelles, c'est le modèle de partage des tâches entre Pro Senectute et le service d'aide et de soins à domicile qui répond le mieux au souci d'optimisation des ressources, bien qu'il implique une coordination plus poussée et pose des exigences particulières en termes d'organisation fonctionnelle et structurelle.

S'agissant de **la conception de la démarche,** et plus spécialement du recrutement et de l'accès au groupe cible, on retiendra que le procédé de recrutement parallèle appliqué depuis 2009 est jugé adéquat. Jusqu'en 2008, les participants étaient exclusivement mobilisés via leur médecin de famille, avant que ne soient associés en 2009 des agents multiplicateurs proches du groupe cible, qui ont distribué des papillons invitant à participer au projet ZiA. L'étude confirme la difficulté à obtenir l'appui des médecins de famille, ceux-ci étant modérément disposés à participer au projet. D'abord parce qu'il s'agit d'un investissement insuffisamment ou pas du tout indemnisé, et ensuite parce qu'il vient alourdir la charge de travail d'une catégorie de praticiens déjà surchargés. Pourtant, cette voie d'accès au groupe cible, et plus particulièrement aux personnes âgées défavorisées, serait d'un grand intérêt dans la mesure où elle promet une participation active, et même un haut degré d'adhésion aux mesures thérapeutiques.

Fort de ces observations, le rapport recommande d'explorer d'autres voies pour atteindre le public visé et mise notamment sur les services administratifs des prestations complémentaires. Ceux-ci permettraient de mieux intégrer dans les programmes de promotion de la santé une population difficile à atteindre, parce que socio-économiquement faible et peu familière de la formation, et de la sensibiliser au sujet.

Quant aux **résultats** et à **l'impact** du projet, l'évaluation conclut que l'utilité des visites à domicile se manifeste d'abord chez les seniors eux-mêmes. Ceux-ci déclarent en effet que les visites ont amélioré leurs compétences de santé. Ils se disent mieux informés qu'avant, ont développé une conscience plus aiguë de leur santé et partagent ouvertement leurs préoccupations avec leur médecin de famille ou un autre professionnel de la santé :

> « Pour ce qui est de l'impact du projet, on retiendra que selon l'enquête menée auprès des participants (self-reporting), deux tiers des personnes interrogées ayant bénéficié de visites à domicile notent des effets positifs sur leurs compétences de santé voire, pour 40 pour cent d'entre elles, un comportement plus propice à la santé. » (p. 100 de l'étude du BASS, en allemand)

Il est par ailleurs apparu que le bénéfice du projet ZiA se répercute aussi sur l'entourage immédiat des participants ; en d'autres termes, le projet déploie des effets au-delà du groupe-cible. Grâce aux visites à domicile, il est possible d'identifier les personnes à risque parmi les proches, conjoints ou partenaires des participants, celles-ci profitant alors indirectement des conseils prodigués ou des recommandations appliquées. Ces visites permettent également de détecter des problèmes ayant trait à l'environnement quotidien de l'individu plutôt qu'à sa seule constitution, et qui ont donc une incidence sur sa santé.

De manière plus générale, le projet exerce des effets sur d'autres acteurs du secteur de la santé ou d'autres professionnels en contact avec les personnes âgées, dans la mesure où ceux-ci sont amenés à développer leur sensibilité aux questions de prévention et de la promotion de la santé du 3e âge. C'est là un impact qui s'observe autant sur le plan cantonal que national avec le projet BPGFA précédemment mentionné.

Au chapitre des coûts, l'évaluation BASS arrive aux conclusions suivantes :

> « Il faut préciser que les montants indiqués correspondent à un relevé instantané du projet en 2009 et qu'ils ne reflètent pas les frais courants d'une exploitation normale. Les coûts de revient par cas mentionnés englobent l'intégralité des frais de mise en place du projet, lesquels ne devraient plus intervenir dans les années suivantes.

[10] Egger Theres, Kilian Künzi et Thomas Oesch, 2010. *Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekt «Zwäg ins Alter» (ZiA) – Evaluation der Umsetzungsphase 2008–2010.* Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien BASS AG, Berne. Disponible en allemand sur internet : *http://www.zwaeginsalter.ch/index.cfm/B677E4FF-AF25-8DD2-7CE67BEA84A7F911/.*

Un calcul approximatif, à considérer avec toute la prudence requise, a été établi en prenant en compte les coûts d'une place en EMS pour le canton. Pour réaliser la neutralité des coûts, il faudrait, selon ce modèle, que les mesures du programme ZiA permettent de différer l'entrée en EMS de 8 ou 18 jours en moyenne, selon que l'on se fonde sur la définition stricte ou élargie de la notion de personnes atteintes. […] Une estimation sommaire des coûts, fondée sur les données existantes, tend à montrer que les économies requises (report de l'entrée en EMS) sont dans l'ensemble réalisées. »

Résumé de l'étude BASS, p.XI–XII

Entre 2008 et 2010, le projet ZiA a bénéficié – au même titre que les projets pilotes menés précédemment dans différentes régions – d'un soutien financier considérable. La SAP et le mandataire Pro Senectute canton de Berne ont conclu pour les années 2008–2010 un contrat de prestations régissant la mise en place du projet en ville de Berne et son extension à d'autres communes et régions. L'appui financier alloué s'est élevé au total à 2 698 000 francs cette période. Cependant, comme l'extension du projet initialement prévue et exigée par la politique du 3e âge a été bloquée, une partie des fonds a été versée au projet national BPGFA. Ce projet mené avec d'autres cantons a donné lieu à une discussion de fond sur l'orientation et la conception de la prévention et de la promotion de la santé chez les personnes âgées. Du point de vue de la politique cantonale du 3e âge, la participation active au projet intercantonal BPGFA offre une chance pour mieux établir et diffuser la promotion de la santé de cette population, dans le canton de Berne comme partout ailleurs en Suisse. C'est un acquis de taille en regard des changements démographiques qui nous attendent. A compter de 2011, la promotion de la santé et la prévention des personnes âgées sont inscrites au rang de tâche permanente dans le contrat de prestations cadre qui lie Pro Senectute canton de Berne et la SAP. Un montant de 900 000 francs est prévu à cet effet pour l'année 2011; il sera revu chaque année en fonction des résultats et des chiffres de l'année précédente.

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 neuchâteloise. 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 3e âge a-t-elle grand intérêt à favoriser des mesures qui concourent à la maintenir. Le MDA y contribue par ses offres multiples et variées.

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 RPT[11]. La SAP a conclu un contrat de prestations avec le MDA pour les années 2009–2011, période pendant laquelle elle lui octroiera annuellement un soutien du même montant.

«Rundum mobil»: cours pour être et rester mobile

Les transports publics ou combinés doivent aider les seniors à rester **autonomes dans leurs déplacements le plus longtemps possible.** Ce projet se propose de:

- garantir aux aînés un accès égal et socialement équitable à la mobilité (donner les moyens de rester mobiles à celles et ceux qui ne peuvent ou ne souhaitent plus conduire);
- promouvoir la santé des seniors en formulant des recommandations pour stimuler l'activité physique quotidienne;
- contribuer à la protection de l'environnement en encourageant les transports publics.

Le programme, implanté dans diverses communes du canton de Berne[12] et dans d'autres cantons, a déjà fait ses preuves. Le nombre de participants et de participantes est en constante progression et il est prévu d'étendre l'offre à neuf autres sites du canton. Le bureau pour la mobilité 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.

La mobilité est à la fois un pivot et une condition essentielle

- de l'autonomie, du libre choix et de l'indépendance,
- de la participation à la vie publique,
- de la vie sociale et de l'intégration et
- du lien que chaque individu établit avec son environnement.

Dans ce sens, la mobilité est la clé de l'environnement dans lequel vit la personne et auquel elle appartient. 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 3e âge du canton qui met l'accent sur la préservation de l'autonomie. La mobilité est la base du libre choix et de l'indépendance.

[11] RPT = Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons.

[12] Berne, Bienne, Ittigen, Köniz, Langnau im Emmental, Münchenbuchsee, Thoune.

La SAP juge judicieuse l'extension de l'offre à douze nouvelles localités[13] du canton de Berne entre 2009 et 2011 et a décidé d'allouer à cet effet un montant annuel de 9000 francs par an à la mise en place du programme dans ces nouveaux sites. Une fois celui-ci implanté, ce sont les fonds accordés par l'organisme responsable de **www.mobilsein-mobilbleiben.ch** qui en assureront l'exploitation.

Promotion de la santé des personnes âgées issues de l'immigration

Migration et 3e âge forment un thème transversal qui relève aussi bien du domaine d'intervention nº 1 que du domaine d'intervention nº 2. En effet, les projets exposés ci-après lient la question de l'intégration tant à des aspects de promotion de la santé qu'à des offres destinées à alléger la charge des proches. Il a été décidé d'attribuer cette thématique au domaine nº 1, étant entendu que la promotion de la santé des personnes âgées se fonde sur une acception large de la notion de santé, laquelle prend en compte l'environnement de l'individu.

De nombreuses personnes retraitées que la Suisse en manque de main-d'œuvre avait fait venir dans les années 50 et 60, essentiellement d'Italie, appartiennent à la catégorie de la population socio-économiquement défavorisée dont on sait que les chances de vivre en bonne santé sont moindres. Le 4ème rapport sur la santé du canton de Berne a en effet montré que les chances d'être en bonne santé diffèrent nettement selon la situation et le statut social. Ce fait s'observe notamment dans l'analyse des indicateurs de santé, des comportements en matière de santé et de la mortalité. Pour préserver ou améliorer la santé de la population, il faut considérer ce gradient social et se focaliser désormais davantage sur les groupes de la population dont les chances de vivre en bonne santé sont particulièrement faibles. La politique du 3e âge du canton de Berne encourage dès lors en priorité des projets destinés aux personnes âgées issues de l'immigration.

Projet pilote de bénévolat pour l'intégration des migrantes et migrants âgés dans le Seeland bernois

L'objectif premier du projet consiste à créer une offre en adéquation avec les besoins de la population issue de l'immigration. Il s'adresse aux migrantes et migrants âgés, dont il s'agit de cerner les besoins avec soin tout en associant celles et ceux que cela intéresse au développement des activités. L'approche participative qui caractérise les projets locaux et décentralisés de Täuffelen/Anet, Lyss et Bienne permet de définir une offre à partir de la base, les initiatives imposées d'en haut ayant été écartées à dessein. Dans une démarche concertée avec le groupe-cible, on cherche donc à identifier quel type de soutien est ressenti comme le plus utile pour favoriser une vie autonome de qualité à un âge avancé et à déterminer le moment le plus propice pour en bénéficier. La SAP considère la démarche participative et la façon dont le programme a été développé comme très réussies. Le canton est très intéressé à ce type de mesures qui forment un heureux complément au réseau de prise en charge professionnelle. En soutenant le bénévolat pour l'intégration,[14] la SAP entend optimiser le réseau d'assistance et le consolider, voire en combler les éventuelles lacunes. Elle aspire ce faisant aussi à réduire autant que possible la demande de soins et d'encadrement. Le projet en question participe de ce souci en ce qu'il vise à améliorer le bien-être des seniors migrants via une intégration concrète. Il s'agit aussi de différer ou d'éviter les placements coûteux en EMS.

Les expériences réunies à ce jour montrent que le bénévolat pour l'intégration suscite une dynamique qui rejoint les aspirations de la politique du 3e âge :

- Le projet encourage d'une part les aînés issus de l'immigration à se rendre visibles dans leur commune, à s'y investir à et à s'exprimer. Ils prennent une part active à l'aménagement de l'offre. Celle-ci coïncide avec les besoins de la population âgée issue de l'immigration.
- D'autre part, le projet sensibilise les spécialistes des domaines du 3e âge et de l'immigration[15] aux besoins spécifiques des migrants âgés.
- Enfin, il tisse des liens entre les personnes âgées issues de l'immigration et les spécialistes de ce domaine.

Un travail de mise en place de très grande valeur a été accompli entre 2007 et 2009. Tant le projet que la démarche adoptée ont largement fait leurs preuves. En concertation avec le groupe de population concerné, on a cherché à savoir quel type de soutien était jugé le plus intéressant pour favoriser une bonne qualité de vie et l'autonomie des personnes âgées et quel était le moment le plus propice pour le prodiguer. Voici les résultats de cette réflexion, exposés dans le quatrième rapport intermédiaire de Caritas :

- Mise en réseau : les professionnels, groupements, prestataires et bénévoles actifs dans le domaine âge et migration travaillent aujourd'hui de manière largement coordonnée. Dans la deuxième moitié de 2008, il a été en outre possible, à Lyss, d'intégrer plus étroitement

[13] 2009: Herzogenbuchsee, Langenthal, Lyss, Ostermundigen; 2010: Frutigen, Moutier, Spiez; sont prévus pour 2011: Belp/Gürbetal, Berthoud, Interlaken, Meiringen, Worb.

[14] Le bénévolat pour l'intégration désigne une activité mise en place par des bénévoles en faveur de personnes issues de l'immigration. L'offre spécialement destinée à ces groupes de population et proposée dans leur langue maternelle respective est propre à favoriser leur intégration et à prévenir l'isolement auquel ils sont exposés à l'âge de la retraite du fait de leur condition de migrants.

[15] Pro Senectute, services sociaux, services d'aide et de soins à domicile, directions des EMS, Missione Cattolica, paroisses catholiques et réformées, groupe de travail pour l'intégration de la paroisse de Lyss-Büren-Anet/Täuffelen, service de relève canton de Berne, membres du conseil des aînés, préposés aux questions du 3e âge, etc.

des acteurs importants et de les amener à participer personnellement à ce que l'on a appelé la Table ronde.

- Connaissances : les professionnels, groupements, prestataires et bénévoles impliqués ont une meilleure compréhension de la situation des migrants italiens âgés ; ils connaissent mieux leurs attentes, leurs demandes et leurs besoins.
- Information : de même, beaucoup d'hommes et de femmes d'origine italienne sont aujourd'hui mieux informés sur l'offre destinée au 3e âge et sur la couverture des assurances sociales.
- Crédibilité : beaucoup de migrants italiens ont réalisé que leurs communes respectives, les différents prestataires et autres professionnels étaient à leur écoute et prenaient leurs demandes et besoins au sérieux. Les invitations qui leur sont adressées sont rédigées en italien, ils bénéficient d'une traduction lors des manifestations, ont enfin trouvé le lieu de rencontre auquel ils aspiraient et voient leurs doléances inscrites à l'ordre du jour et discutées.

Des structures sont apparues dans lesquelles les migrants âgés se sentent accueillis et pris en compte, des structures au sein desquelles a pu se tisser un réseau actif de spécialistes. L'intégration plus poussée de tous les acteurs favorise les synergies et la mise en place d'offres et de manifestations issues de nouveaux modes collaboration. A titre d'exemple, on relèvera ici les informations écrites dans la langue maternelle des intéressés, les journées d'information organisées régulièrement sur des questions en lien avec la vieillesse (avec interprétation simultanée), l'aménagement d'un point rencontre, l'instauration d'un service de visites bénévoles pour les personnes âgées italophones, le traitement, au niveau de la commune, des questions conjuguant vieillesse, migration et intégration dans le cadre de la redéfinition de la politique du 3e âge, ainsi que les apports organisés sur cette thématique au niveau régional.

Le projet pilote ne s'est jamais écarté de son approche intégrative et participative et a déjà avancé avec succès sur divers points. Il accomplit un travail de base des plus convaincants et compte à son actif un grand nombre de réalisations concrètes. Le projet présente un grand intérêt tant sous l'angle de la politique du 3e âge que sous celui de la politique d'intégration. L'intégration, on le sait, est une composante majeure de la santé psychique et sociale. Le premier domaine d'intervention a pour but le soutien à l'autonomie et la promotion de la santé des personnes âgées. Or, par sa démarche intégrative, le projet participe grandement à la santé de la population âgée issue de l'immigration. Il doit maintenant aller plus loin afin de cimenter les premières étapes. C'est donc dans cette perspective que le projet pilote du Seeland sera reconduit en tant que programme régulier. Il est par ailleurs prévu de l'instaurer dans une deuxième région comptant une forte proportion de migrants retraités afin d'en consolider ainsi les acquis. Ce faisant, on pourra mettre à profit les expériences réunies lors du travail de mise en place dans une autre partie du canton qui compte beaucoup de migrants âgés.

Le projet a bénéficié pour les années 2007 – 2009 d'un soutien à hauteur de 236 190 francs. A la lumière des expériences faites, Caritas et la SAP ont convenu d'une contribution annuelle de 130 000 francs pour les années 2010 – 2013.

CRS Berne : cours destinés aux migrants du 3e âge

Dans le domaine âge et migration, on trouve encore les cours organisés par l'association cantonale bernoise de la Croix-Rouge Suisse (CRS). Une collaboration est instaurée entre le projet Caritas présenté ci-dessus, le projet « Zwäg ins Alter (ZiA) » et le projet de la CRS, ces trois unités étant interconnectées. Elles mettent sur pied des cours adaptés aux personnes âgées issues de l'immigration pour les aider à préserver leur santé. La SAP salue la mise en réseau des différents projets, dans la mesure où elle s'inscrit dans la droite ligne de la politique cantonale du 3e âge qui veut miser à l'avenir sur des offres harmonisées et entrecroisées. L'intégration constitue à ses yeux la seule voie valable pour mettre en place un réseau de soins solide et viable pour la population âgée du canton de Berne.

Le projet Age et Migration de la CRS s'adresse à des personnes ayant émigré en Suisse dans les années 60 et qui ont atteint ou sont sur le point d'atteindre l'âge de la retraite. L'association cantonale bernoise s'emploie depuis 2006 à élargir les prestations existantes de ce projet et à créer des offres de formation spécifiques à l'intention de la population cible. La fondation humanitaire de la CRS a cofinancé cette phase pilote. Maintenant qu'une première

évaluation a été opérée, il s'agit d'organiser et d'implanter ces cours à large échelle dans le canton de Berne. Ceux-ci sont financés d'une part par les contributions des participants et d'autre part par une subvention de l'Office fédéral des assurances sociales. Les organisations partenaires impliquées mettent gratuitement des locaux à disposition et prêtent main forte au projet en en assurant par exemple la partie administrative ou la publicité.

Loin d'être socialement privilégiés, de nombreux migrants âgés vivent dans des conditions précaires, si bien qu'ils forment une population vulnérable. Le rapport sur la santé nous a appris que cette catégorie de personnes âgées est rarement intégrée et jouit d'une moins bonne santé. C'est sur ce constat, précisément, que s'appuie le projet de la CRS. Les cours pilotes ont montré que les seniors issus de l'immigration répondent, de leur propre initiative, aux offres taillées à la mesure de leurs besoins et qu'ils sont disposés à apprendre et à acquérir des compétences de santé. La demande s'inscrit à la hausse. Les cours aident concrètement ces aînés à rester autonomes et à préserver leur santé physique et psychique. Au sein de groupes de langue et de culture homogènes, les participants ont l'occasion de prendre conscience de leur potentiel et de leurs propres ressources et de développer des stratégies personnelles pour préserver et améliorer leur santé. Les cours favorisent au surplus les contacts sociaux et préviennent l'isolement. Dans ce sens, ils constituent un véritable facteur d'intégration. Il est demandé aux intéressés, qui ne disposent généralement que d'une rente minimale et de prestations complémentaires, une faible participation qui ne couvre pas les frais.

La SAP estime l'offre pertinente et se félicite de son extension géographique. Les cours donnent aux migrants des moyens pour rester autonomes et bien portants, ce qui rejoint parfaitement les objectifs prioritaires de promotion de la santé et de prévention qui forment les piliers de la politique cantonale du 3e âge.

Le soutien accordé au projet pour les années 2008–2010 s'est monté au total à 136 542 francs. Il sera renouvelé en 2011 étant donné qu'il permet en particulier à des personnes défavorisées d'acquérir des habitudes de prévention et de s'intégrer dans un groupe de personnes partageant la même langue et la même culture.

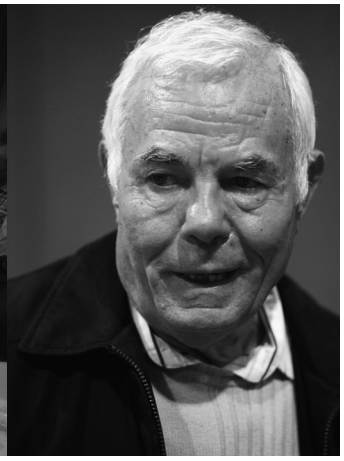
Age et Migration Köniz

Le programme du groupe de travail Age et Migration Köniz contribue à l'intégration de personnes âgées issues de l'immigration italienne ou espagnole au travers de journées d'information sur le thème du 3e âge, organisées dans la langue maternelle respective des intéressés afin d'atteindre directement le public-cible. L'accès à l'information et le niveau de connaissances qui en résulte déterminent sensiblement le degré d'autonomie et les choix de vie des seniors. Cela leur permet de rester le plus longtemps possible dans leur environnement familier conformément au principe qui fonde la politique du 3e âge du canton. Parmi les différentes actions, citons les après-midi d'information sur les services d'aide et de soins à domicile, les services destinés à soulager les proches ou les offres en milieu résidentiel. Le groupe se propose aussi de nouer des contacts avec des groupes de seniors suisses pour organiser des excursions ou des fêtes en commun. C'est là une autre étape décisive vers une intégration multiple des migrants âgés.

Un montant de 2000 francs a été alloué au projet en 2008. Le budget n'ayant pas été entièrement épuisé, il a assuré la poursuite du projet en 2009. En 2010, un cours d'allemand a été mis sur pied à la demande des seniors migrants. La série de conférences sur des thèmes multiples a été également reconduite. En 2010, le projet a reçu un montant identique à celui de 2008.

Age et Migration Berne-Bethlehem

Le projet du groupe de travail Age et Migration Berne Ouest vient appuyer l'intégration des personnes âgées d'origine albanaise. Il existait depuis dix ans déjà des offres solidement enracinées pour les femmes migrantes albanaises. Par souci d'égalité et dans le sens d'une approche intégrative (gender mainstreaming), il a été décidé de mettre sur pied une offre pour les hommes. Ainsi a-t-on organisé au total 41 après-midi d'information entre octobre 2008 et décembre 2009 pour traiter, dans la langue maternelle des intéressés, divers thèmes en lien avec le vieillissement et toucher ainsi directement le groupe-cible. L'animation des après-midi a été confiée à une médiatrice interculturelle et 346 personnes au total y ont pris part. Au début, les groupes ne comptaient pas plus de trois à six personnes,



mais ils réunissaient déjà une douzaine de participants au bout de quelques mois. En raison du manque de place et de capacités, il a alors été renoncé à faire de la publicité pour atteindre d'autres personnes. Les après-midi servaient à la fois à transmettre des connaissances, à stimuler les rencontres entre les migrants et à faire connaître les offres existantes pour les seniors. Les thèmes abordés étaient multiples et variés : santé, assurance, droit de séjour et vie en Suisse, retraite et projets de vieillesse, mais aussi des sujets plus personnels autour de questions familiales (Comment la migration a-t-elle changé notre famille ? Comment la représentation des rôles et la relation avec le partenaire ont-elles évolué ?), de la vie actuelle dans le quartier et dans le voisinage, de la culture et de la formation (langue).

Au fur et à mesure que le projet avançait, l'importance de l'exercice physique pour la santé corporelle et psychique a gagné du terrain. Les participants ont opté pour des cours de gymnastique réservés au groupe. Un moniteur albanophone a pu être engagé et aux après-midi d'info est venue s'ajouter une heure de gym hebdomadaire pour les hommes. Il a été possible ici de rattacher l'offre aux cours pour migrants que la CRS organisait d'ores et déjà.

Un montant de 4000 francs a été alloué au projet en 2009 à titre de financement de départ. L'offre a été maintenue en 2010, sans toutefois pouvoir être étendue à d'autres groupes de migrants. Il importe d'assurer le financement de ce projet, puisqu'il s'agit d'une offre spécifiquement destinée aux hommes migrants qui s'inspire du principe d'égalité et le concrétise.

Conseils et information

Il est capital de renforcer les personnes âgées dans leur savoir et leur capacité de décision. Or, pour pouvoir décider, il faut bénéficier d'informations et de conseils. Cette tâche, précisément, est assurée dans tout le canton par Pro Senectute, dont l'offre de conseils est soutenue financièrement par l'OFAS. La SAP encourage à la fois les conseils personnalisés et les consultations en ligne. Un apport financier a permis de mettre au point et d'exploiter deux plateformes internet.

Plateforme Internet – www.senioren-info.ch

La plateforme senioren-info.ch, inaugurée et financée à l'origine par le canton de Berne, regroupe aujourd'hui des adresses de fournisseurs de prestations de toute la partie germanophone du canton. On y trouve des informations sur le logement, la santé, la prévention, l'aide à domicile, la mobilité et les conseils. Le site a fait ses preuves et intègre désormais des données sur les cantons d'Argovie et de Schaffhouse. A la faveur de cette extension, le site s'et enrichi de nouvelles idées, notamment concernant les fonctions de recherche qui n'étaient pas entièrement satisfaisantes. En octobre 2009, le site a été remanié pour aboutir à une version plus conviviale.

D'après les échos parvenus à Pro Senectute canton de Berne, les utilisateurs du site sont essentiellement des proches des personnes âgées et des employés des institutions sociales.

Annoncée en 2007 dans le rapport intermédiaire sur la politique du 3e âge, l'extension du site à la partie francophone du canton s'est réalisée entre-temps, avec une traduction et une adaptation aux spécificités du Jura bernois. Le site a repris des données de Pro Senectute Arc jurassien, qui couvre les cantons du Jura, de Neuchâtel et de Berne (Jura bernois). Les cantons de Fribourg, Genève et Valais ont manifesté leur intérêt et demandé à figurer aussi sur le site. Les négociations dans ce sens sont en cours.

Plateforme Internet – www.wohnen60plus.ch

La politique cantonale du 3e âge postule le libre choix, autrement dit les personnes âgées doivent pouvoir décider où et dans quelle institution elles souhaitent vivre leur vieillesse. Le libre choix suppose que l'on ait une idée claire de l'offre et des tarifs et c'est précisément ici qu'intervient la plateforme internet wohnen60plus.ch. Pro Senectute canton de Berne l'a mise en ligne le 12 juin 2009 et présentée aux médias. Edité en deux langues (F / D), le site offre une vue d'ensemble de toute la gamme de logements destinés aux aînés – de l'appartement indépendant jusqu'à l'EMS. Tous les prestataires complètent la même grille d'information et publient ensuite ces renseignements sur le site. La grille permet de comparer les offres des différentes insti-

tutions. L'outil offre un aperçu bien conçu aux intéressés à la recherche d'une solution de logement adéquate, en particulier en mode résidentiel. Le portail entend permettre aux intéressés et à leur entourage de choisir librement en connaissance de cause. Pour ce faire, ils doivent avoir une vision complète de l'offre et pouvoir comparer les tarifs et les prestations. La plateforme est un bon instrument pour assurer la transparence requise.

Le projet a bénéficié d'un soutien financier de 162 000 francs dans sa phase de développement entre 2007 et 2009.

Formation continue

Travail auprès du 3e âge : cycle de formation axé sur l'exercice physique[16]

Le cycle de formation vise à développer les outils et compétences nécessaires pour aider les seniors à conserver leur mobilité au quotidien, pour les stimuler et les conseiller dans ce sens. La formation s'insère donc dans le travail de prévention dont on connaît l'importance pour préserver santé, mobilité et autonomie. Les personnes au bénéfice de cette formation sont capables de mettre au point, à l'intention des seniors, des programmes personnalisés et adaptés à chacun pour stimuler et développer le corps et l'esprit, et de les accompagner dans leurs exercices. La mobilité mentale et physique forme la clé de voûte de l'autonomie et du libre choix. Or plus les individus peuvent préserver leur indépendance et déterminer leur vie, plus ils ont de chances de rester longtemps chez eux. L'offre de formation se propose de former des multiplicateurs pour donner aux personnes âgées les moyens de garder leur mobilité. Cette approche vient soutenir les efforts pour préserver l'indépendance et la santé dans la vieillesse. Les étudiants de ce premier cycle de formation peuvent bénéficier, s'ils répondent à certains critères, d'une contribution aux frais de formation de 4200 francs par personne. La reconduction de ce soutien financier sera décidée à la lumière des premières expériences réunies et de l'évaluation du premier cycle.

Le premier cycle de formation a démarré en octobre 2009 et dure deux ans.

Conclusion

L'encouragement à l'autonomie reste un objectif prioritaire, déjà proclamé comme tel dans le document sur la politique du 3e âge 2005 adopté en 1993 (!). Les mesures les plus payantes sont celles qui concourent, directement ou indirectement, à préserver les capacités des personnes âgées. D'où l'importance de la promotion de la santé et de la prévention, piliers de la politique cantonale du 3e âge, appelées à gagner en importance en regard des perspectives démographiques. L'encouragement des mesures de préservation de la santé revêt par conséquent une importance majeure pour la politique cantonale du 3e âge, car nous savons que la santé au sens large constitue une condition primordiale pour organiser sa vie, y compris sa vieillesse, avec bonheur.

Une attention particulière devra encore être portée aux personnes âgées des classes défavorisées dont les chances de rester en bonne santé sont généralement moins bonnes. L'approche consistant à mettre sur pied des cours destinés aux migrants âgés et à les associer au processus dans une démarche de bas en haut a fait ses preuves et devrait être poursuivie dans les années à venir.

[16] Une filière de formation de la Haute école spécialisée bernoise débouchant sur l'obtention du Diploma of Advanced Studies (DAS).

Domaine d'intervention nº 2
Soutien aux soins et à la prise en charge à domicile et aide aux personnes soignant un proche

Outre le maintien et la promotion de l'autonomie, l'aide et le soutien aux personnes soignant un proche forment un élément-clé de la politique cantonale du 3e âge. Précieux et irremplaçable, l'apport des proches est essentiel dans le réseau de soins des personnes âgées tributaires d'une aide. Dans ce sens, la politique cantonale du 3e âge s'emploie à renforcer l'engagement de ces personnes en leur offrant des conseils ou en les soulageant dans leur tâche. L'étude SwissAgeCare-2010[17], que l'Association suisse des services d'aide et soins à domicile (ASSASD) a commandée, révèle que le soutien dont les personnes soignant un proche bénéficient ne correspond pas aujourd'hui à ce dont elles ont besoin. Cela vaut tout particulièrement dans les situations de crise ou d'urgence qui requièrent des aides et engagements de courte durée.
Les personnes qui s'occupent d'un ou d'une proche tout en exerçant une activité lucrative sont soumises à des exigences difficilement conciliables. La compatibilité entre travail et soins aux proches (Work and Care) va gagner en importance vu l'évolution démographique et le fait que de plus en plus de femmes exercent une profession. La SAP va s'atteler à cette problématique ces prochaines années.

Il est de même capital de proposer une offre ambulatoire de qualité pour retarder, voire prévenir les placements en EMS. Une étude lancée par la Haute école spécialisée bernoise doit dresser le tableau actuel de la prise en charge ambulatoire des personnes ayant l'âge de l'AVS. Ses résultats devraient permettre de formuler et d'appliquer, dans ce domaine d'intervention, des mesures ciblées et spécifiques. L'étude doit en définitive renforcer l'offre ambulatoire, en conformité avec le principe consistant à privilégier la prise en charge ambulatoire plutôt que le placement en milieu résidentiel. Les résultats de cette étude seront ensuite comparés avec ceux de celle mentionnée ci-dessus (SwissAgeCare-2010).

Dans ce domaine, on s'attache aussi à activer la formation de multiplicateurs et de multiplicatrices chargés d'accompagner, de soutenir et de former les personnes, proches ou bénévoles, qui s'occupent de soigner une personne âgée. Leur action contribue également à soulager le réseau informel de prise en charge du 3e âge.

[17] Perrig-Chiello, Pasqualina und Höpflinger, François et. al. 2010. *Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Deutschschweiz.* Executive summary. SwissAgeCare 2010: Projet de recherche pour le compte de l'ASSASD, disponible en allemand sous : *http://upload.sitesystem.ch/B2DBB48B7E/0CDC636B60/70ABCCA905.pdf.*

Soutien aux personnes soignant ou accompagnant un proche

La motion 179/2008 Schnegg-Affolter « Soutenir et soulager les proches qui donnent des soins » demande de créer les bases nécessaires à l'introduction, dans tout le canton, d'une indemnité forfaitaire pour les soins apportés à domicile aux personnes impotentes par des membres de leur famille ou par leur entourage. Le point concernant l'indemnité forfaitaire a été accepté sous forme de postulat.

De l'avis de la SAP, un forfait financier tel que l'applique le canton de Fribourg (25 francs par jour) ne crée pas une incitation durable à s'occuper et soigner des personnes âgées de la famille. Les proches insérés dans la vie professionnelle qui prennent sur soi une diminution de revenu pour prodiguer des soins à un proche, peuvent d'ores et déjà demander une compensation via les prestations complémentaires si la perte de revenu est conséquente et durable.

La motion réclame en outre des prestations pour alléger la charge des personnes soignant des proches. Elle préconise pour ce faire un service central ou plusieurs services régionaux d'information ou de coordination qui puissent renseigner sur l'ensemble des offres d'assistance, de soin et d'accueil temporaire. Le Grand Conseil a adopté ces deux points sous forme de motion et s'est opposé à leur classement.

Comme évoqué plus haut à propos du domaine d'intervention nº 1, Pro Senectute propose gratuitement conseils et informations aux aînés et à leurs proches, à quoi s'ajoutent les sites **www.senioren-info.ch** et **www.wohnen60plus.ch**. La SAP soutient financièrement l'offre de Pro Senectute et ces deux sites. D'autres offres répondent également aux exigences formulées dans la motion. Les paragraphes qui suivent s'attachent à décrire les domaines et les régions dans lesquels la SAP soutient des projets spécifiques visant à aider et à soulager les personnes qui s'occupent de soigner un membre de leur famille.

CRS Oberland bernois : projet beocare

Mis en œuvre entre 2006 et 2008, le programme beocare s'est bien implanté. Il a permis de mettre en réseau les différents fournisseurs de prestations et on s'applique aujourd'hui sans relâche à consolider l'édifice. Beocare coordonne le travail et le placement des bénévoles, conseille les proches et les oriente vers les services adéquats, offre des formations pour l'entourage, les soignants, les béné-

voles et les professionnels et assure un accompagnement dans le deuil et les situations de crise, toutes prestations intégrées dans la section Oberland bernois de la CRS au terme de la phase-pilote. Avec sa permanence, la section fait office de plaque tournante et, au travers des informations qu'elle délivre avec compétence, donne à chacun les moyens d'y voir clair dans l'abondance et la diversité des offres. L'antenne offre une consultation téléphonique gratuite et aiguille les intéressés vers les services les mieux à même de répondre à leur situation. Elle propose aussi un service de conseils sur place.

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. Aussi a-t-elle conclu, à titre provisoire, un contrat de prestations avec la section Oberland bernois de la CRS pour 2010 et 2011, lequel prévoit une contribution annuelle de 211 000 francs. A partir de 2012, le montant du soutien sera défini en fonction des expériences engrangées et sera lié aux prestations. La SAP entend contribuer au financement des permanences et autres offres de conseils destinées aux personnes soignant un proche, de même qu'aux prestations de placement, de coordination et de coaching des bénévoles appelés à les décharger et à prendre temporairement le relais auprès des personnes âgées.

CRS Berne-Mittelland : consultation téléphonique gratuite en collaboration avec la ville de Berne

Le 22 janvier 2010, la ville de Berne a donné le coup d'envoi à sa campagne « Mein Pflegestar » (ma star des soins) en même temps qu'elle a ouvert une consultation téléphonique gratuite, baptisée **Infodraht,** qui s'adresse aux proches soignants. La campagne entend mettre en lumière et saluer l'engagement dont font preuve au quotidien les personnes qui s'occupent, soignent et accompagnent des membres de leur famille et leur témoigner ainsi publiquement estime et gratitude. Cette permanence téléphonique gratuite est née de la collaboration entre la section Berne-Mittelland de la CRS et la ville de Berne. En composant le numéro gratuit 0844 144 144, les proches sont mis en contact avec un collaborateur ou une collaboratrice de la section qui leur propose des mesures propres à alléger leur charge et leur prodigue des conseils. En mai 2009, l'Office des personnes âgées et des assurances de la ville de Berne a publié la brochure **Nimmergrün – Informationen für betreuende Angehörige** qui présentait toute une gamme de mesures pour relayer et soulager les proches. La campagne « Mein Pflegestar » et la ligne téléphonique gratuite viennent compléter la palette de moyens d'information destinés aux proches et leur assure un accès plus facile à l'offre mise en place pour les décharger. D'autres campagnes et journées d'information, et une mise en réseau optimale sont inscrites au programme de l'année 2011.

Service de relève canton de Berne

Un projet pilote mené sur trois ans dans la région de Bienne-Seeland visait à déterminer dans quelles conditions la relève des proches de personnes atteintes de démence pouvait être raisonnablement assurée par des non-professionnels. Il s'agissait aussi d'examiner s'il était envisageable, le cas échéant, de fonder une telle offre sur les structures que le Service de relève avait déjà mises en place pour décharger les familles comptant un proche handicapé. Le projet a démarré le 1er octobre 2005 et s'est poursuivi jusqu'au 30 septembre 2008.

Le concept d'origine voulait que l'on utilise l'infrastructure du Service de relève canton de Berne. Tous les collaborateurs et collaboratrices qui ont pris part au projet ont suivi, selon leurs besoins, une formation continue sur la démence sénile et ont bénéficié d'un accompagnement sur le terrain. Les familles ayant pu bénéficier d'une aide pendant la phase de projet étaient au nombre de 21, soit cinq de plus qu'initialement prévu.

L'expérience a permis de dégager les résultats suivants :

- un service de garde assuré par des non-professionnels permet de décharger efficacement et adéquatement les proches de malades atteints de démence ;
- les familles sont disposées à confier la prise en charge de leur proche à des non-professionnels ;
- l'offre en personnel du Service de relève répond aux besoins des proches aidants, en particulier en termes de continuité, puisqu'il est veillé à garder toujours la même personne de référence ;
- l'offre s'intègre judicieusement dans le réseau régional d'aide et de soins à domicile ;
- les familles, les personnes s'occupant d'un proche, de même que les médecins sont unanimes à reconnaître que le projet a permis d'éviter des placements en institution.

Les personnes concernées et les organisations partenaires jugent nécessaire et judicieux d'étendre l'offre à tout le territoire du canton. D'après les expériences faites en cours de projet, il est possible d'en assurer les prestations avec l'infrastructure actuelle du Service de relève canton de Berne.

Au début 2009, l'offre destinée à soulager les proches de personnes atteintes de démence a fait l'objet d'un contrat-cadre entre la SAP et le Service de relève. Le contrat régit la rémunération des prestations assurées dans les deux domaines dont s'occupe le service (personnes handicapées et personnes atteintes de démence). L'objectif consiste à implanter dans d'autres régions un service d'assistance temporaire de ce type et à le mettre en réseau avec d'autres prestataires sur place, en se fondant sur les expériences réunies à Bienne.

Le projet, qui s'inscrit dans la politique du 3e âge, a été soutenu à ce titre à hauteur de 180 000 francs durant la phase-pilote 2005 – 2008. Le contrat de prestations en vigueur depuis 2009 prévoit une subvention annuelle de base de 170 000 francs, plus une indemnité de 1 franc par heure d'assistance fournie, que ce soit auprès d'une personne handicapée ou d'une personne souffrant de démence sénile. Le contrat court sur quatre ans, c'est-à-dire jusqu'en 2012.

Secrétariat de la section de Berne de l'Association Alzheimer (ALZ Berne)

Le canton de Berne estime que les prestations fournies par l'Association Alzheimer tiennent une place essentielle dans la politique du 3e âge. La démence est une maladie du grand âge. Avec l'allongement de l'espérance de vie et en l'absence d'un traitement efficace, il y a lieu de s'attendre à une multiplication des cas. La démence sénile comptera à l'avenir parmi les risques gériatriques majeurs, si bien qu'il est primordial d'informer et de sensibiliser le grand public à cette maladie. Le diagnostic précoce peut valoir aux malades et à leurs proches une meilleure qualité de vie. Une formation est proposée aux proches, ceux-ci peuvent partager leurs expériences au sein de groupes d'échange et sont informés de l'offre d'assistance temporaire qui est à leur disposition pour les soulager dans leur tâche. En évitant que la charge des proches ne devienne trop lourde, ces services permettent en définitive de retarder le placement en institution des personnes atteintes de démence.

En vertu d'un contrat de prestations, le secrétariat bénéficie depuis 2010 d'une contribution annuelle de 134 000 francs.

Séances d'information d'ALZ Berne et de Pro Senior Berne

Mis sur pied avec le concours d'ALZ Berne et de Pro Senior Berne, un cycle de quatre conférences s'est tenu à Berne en octobre et novembre 2008 sur le thème « Démence – vivre avec l'oubli ». Destiné à informer et à attirer l'attention sur cette maladie, le cycle a rencontré un bel écho, tant auprès des proches des malades d'Alzheimer qu'auprès des professionnels et du grand public. Avec une moyenne de 200 personnes par conférence sur les quatre soirs, la fréquentation a largement dépassé les attentes. Ce thème d'une grande actualité a largement touché la population, d'où le grand intérêt pour ces manifestations.

La recherche de fonds ayant été très fructueuse, il restait après le cycle de conférences quelque 17 000 francs en caisse. Au vu du bon accueil réservé à ces manifestations, il était envisagé de renouveler l'expérience dans d'autres parties du canton. Cependant, les comités directeurs d'ALZ Berne et de Pro Senior Berne ont décidé de mettre ces fonds au service du projet Alzheimer InfoMobil (cf. ci-après). Ce projet cadre parfaitement avec la philosophie du cycle de conférences tout en présentant le grand avantage d'être itinérant. Il va à la rencontre du public en passant de commune en commune et de village en village, alors que les conférences exigent des intéressés de se déplacer vers un lieu fixe. Le montant résiduel précité a donc été mis à la disposition du projet Alzheimer InfoMobil à titre de financement de départ.

La SAP a soutenu le cycle de conférences avec une subvention de 20 000 francs.

ALZ Berne : projet InfoMobil

Les personnes souffrant de démence ainsi que leurs proches ont besoin de connaître la maladie pour mieux la gérer, d'acquérir des compétences et d'être soulagés dans leur tâche. InfoMobil est un projet qui va vers le public (consultation proactive) et tient lieu de permanence d'accueil. Le but consiste à faire connaître l'offre de conseils et de soutien, à sensibiliser les personnes à la maladie, à combattre les préjugés et les appréhensions, mais aussi à tisser un réseau avec d'autres institutions sur place. Le projet a été mené à bien pendant une année complète dans la partie germanophone du canton et à Bienne. Le bus InfoMobil Alzheimer a pris la route le 20 mars 2009 sur la Waisenhausplatz à Berne où il a aussi achevé sa tournée un an plus tard jour pour jour.

La Coopérative Migros Aare, partenaire du projet, a marqué son engagement en mettant gratuitement à disposition l'infrastructure et des places de stationnement devant les magasins, et en assurant le raccordement en eau et en électricité. Le projet a élu domicile dans 50 localités du canton de Berne. Il était présent devant les filiales Migros, mais était aussi au rendez-vous au salon de la BEA ou dans les EMS et foyers pour personnes âgées à l'occasion de leurs fêtes commémoratives.

L'approche choisie va au-delà des services offerts habituellement dans une consultation fixe. Le bus sillonne le canton pour apporter informations et conseils aux habitants des différentes régions et pour rechercher activement le contact avec eux. Dans les localités, il s'installe dans des lieux de fort passage (magasins Migros). Le rayon d'action potentiel est donc très large, l'offre est à la portée de tous et simple d'accès. Le projet contribue grandement à soutenir et à décharger les personnes qui soignent un proche et a plus généralement le mérite d'ouvrir la discussion sur la démence sénile et de lever les tabous qui l'entourent.

Les expériences réunies dans le canton de Berne montrent que la population est globalement très réceptive aux campagnes d'information de ce type. Dans les deux premiers mois, InfoMobil a permis d'établir 11 000 contacts, ce qui correspond à 73 pour cent de l'objectif annuel fixé (15 000 contacts).

Les passants se sont adressés spontanément à l'InfoMobil, sans doute parce que chacun est concerné, de loin ou de près, par la démence sénile. Conjuguée au soutien accordé par Migros Aare à titre de partenaire local, l'approche proactive a grandement porté ses fruits. De même et à la faveur d'une forte affluence, la présence à la BEA a été largement payante : quand bien même il s'agit d'un lieu de grande effervescence où les gens se rendent d'ordinaire pour se divertir, elle a permis d'aborder un grand nombre de personnes ouvertes au problème,

Le **projet bernois** a servi de **pilote pour la Suisse.** Les expériences engrangées lors de sa mise en œuvre ont été consignées dans un guide qui permettra, dans un deuxième temps, d'implanter le projet partout ailleurs en Suisse dans les autres sections de l'ALZ. Depuis mi-avril 2010, le bus InfoMobil a déjà parcouru les cantons d'AR / AI / SG, LU, AG, BL / BS et FR. Les bénévoles rattachés au projet communiquent aux passants des adresses de la région, distribuent du matériel d'information, les conseillent à leur demande et font connaître les sections de leur cantons respectifs.

En 2009, un montant de 60 000 francs a été alloué au projet au titre de la politique du 3e âge. Les autres fonds nécessaires à sa mise en œuvre jusqu'en mars 2010 ont été réunis par ALZ Berne, ALZ Suisse et des tiers (Fondation Heidi Seiler, Kantonal-bernischer Hilfsbund et Fonds de la loterie cantonal).

Semaine de vacances d'ALZ Berne pour malades d'Alzheimer et leurs proches

En août 2006, la section de Berne de l'Association Alzheimer Suisse a organisé sa première semaine de « Vacances Alzheimer » pour les personnes atteintes de démence et leurs proches. Vu son succès, l'offre a été renouvelée les années suivantes. La demande était telle qu'une deuxième semaine est venue s'ajouter en 2007, puis une troisième destinée plus spécialement aux malades et conjoints plus jeunes.

La première semaine organisée en août 2006 a encore bénéficié d'une subvention de la SAP aux frais de formation et aux débours des accompagnants bénévoles. Grâce à une récolte de fonds fort fructueuse, la deuxième semaine de même que toutes les suivantes ont été organisées sans aide financière. Désormais bien implantée, l'offre est reconduite chaque année sans subventions.

Formation, soutien et assistance aux personnes soignant un proche atteint de démence

La formation et le soutien aux proches seront inscrits au nombre des tâches du futur Centre de compétence Démence et soins palliatifs, en voie de constitution à Berne (cf. domaine d'intervention no 4, p. 42).

Les foyers de jour représentent d'autre part une solution intéressante pour alléger la charge des proches d'un malade d'Alzheimer (cf. ibidem, p. 42).

Service de visite à domicile

Le service de visite à domicile du canton de Berne met en relation des accompagnants bénévoles et des personnes âgées. Il forme chaque année une douzaine de bénévoles et les assiste ensuite dans leur tâche. Le service planifie les visites aux personnes âgées. Les accompagnants suivent régulièrement une formation continue. Le projet a ceci de particulier que les visiteurs bénévoles sont des rentiers AI. Le service de visite leur donne l'occasion de s'engager de manière régulière et utile en rendant visite à des retraités vivant chez eux ou dans une institution. Il s'agit ainsi d'une contribution à l'intégration et à la mise en contact de deux groupes de population distincts.

La SAP appuie ce projet depuis 2007. Le nombre d'heures de visite enregistrées affiche une belle progression (2007 : 1200 heures, 2008 : 2000 heures, 2009 : 3200 heures prévues). La phase de développement de 2008 a fait place à une étape de consolidation structurelle et fonctionnelle. Parallèlement, l'offre a été étendue à l'Oberland bernois.

La SAP reconnaît le bien-fondé de ce projet qui bénéficie dans une égale mesure à la population âgée et aux personnes en situation de handicap et elle en préconise par conséquent la poursuite. Etant donné qu'il constitue pour l'essentiel une mesure d'intégration ou de réinsertion de rentiers AI, il a été transféré au cours de l'année 2008 à la Division Adultes de l'Office des personnes âgées et handicapées (OPAH). Un contrat de prestations a été conclu entre le service de visites Berne et la Division Adultes.

La SAP a accordé entre 2007 et 2009 un montant total de 784 200 francs pour consolider le projet au titre de la politique cantonale du 3e âge.

Renforcement de la prise en charge ambulatoire

Services d'aide et de soins à domicile

Les projets « Standards avec indicateurs pour les prestations d'aide et de soins à domicile » et « Régionalisation du paysage de l'aide et des soins à domicile », lancés par l'Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile, ont entraîné des restructurations ou des fusions dans nombre d'organisations. Ces mutations permettront aux services de maintien à domicile de faire face aux défis qui les attendent.

En 2007 ont commencé les travaux préparatoires du projet de la SAP visant la mise en œuvre de l'article 75 de la loi sur l'aide sociale qui prévoit de verser aux fournisseurs des contributions axées sur les prestations, fixées de manière prospective sur la base des coûts normatifs. Il s'agissait de lancer en 2008, avec un nombre d'organisations sélectionnées, un projet pilote fondé sur une rémunération axée sur les prestations. Ont été invitées à y participer tant des organisations subventionnées que des organisations non subventionnées. Si ces dernières gagnent en importance dans la concrétisation des prestations d'aide et de soins à domicile, la SAP dispose d'assez peu d'informations à leur sujet. Après les premières discussions, de nombreux points restaient encore à clarifier avant le lancement du projet pilote, un exercice qui a coûté beaucoup de temps. Les décisions fédérales concernant le nouveau régime de financement des soins sont venues se superposer à la démarche, si bien que les travaux en cours ont dû se concentrer sur les effets du nouveau système de financement. Les membres du groupe de projet ont apporté leur concours à la SAP pour ces travaux. Le principal changement concernait la fixation des coûts des soins par le canton et la réglementation du financement résiduel. Par ailleurs, toutes les organisations ont été mises sur un pied d'égalité, ce qui revient à dire que les organisations non subventionnées jusqu'ici peuvent désormais conclure un contrat de prestations avec la SAP et être mises au bénéfice de subventions cantonales. Jusque là, les patients n'étaient pas tenus de participer aux frais des soins à domicile (à l'exception de la franchise obligatoire), les caisses-maladie et les pouvoirs publics en garantissant le financement. Mais des considérations de politique financière ont incité le gouvernement à demander

aux bénéficiaires une participation aux coûts pour le service de maintien à domicile, sur quoi ont été déposées les deux motions 118/2010 Guggisberg et 119/2010 Morier-Genoud qui se prononçaient contre la participation aux coûts de ces patients. Le Grand Conseil a adopté les deux motions à une large majorité et s'est clairement opposé à une mise à contribution des patients, conformément à l'objectif d'une politique du 3e âge qui veut que l'on privilégie la prise en charge ambulatoire plutôt que le placement en milieu résidentiel.

En vertu de la loi du 2 décembre 1984 sur la santé publique (LSP; RSB 811.01), les organisations d'aide et de soins à domicile sont soumises à une autorisation d'exercer à partir de 2011. Des critères de qualité ont ainsi été définis pour ce type d'activité dans le souci de garantir la protection de la santé des patients. De plus, la mise en œuvre du nouveau financement des soins au 1er janvier 2011 a mis sur le même pied les organisations jusqu'alors subventionnées et celles qui ne l'étaient pas. Des contrats de prestations ont été signés avec l'Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile et l'Association Spitex privée Suisse. Ils ont pour base commune un financement par unité de prestations. Pour garantir la sécurité de la couverture en soins, les indemnités versées aux organisations signataires d'un tel contrat sont plus élevées que celles dont bénéficient les organisations n'ayant aucune obligation de soins. Une rémunération plus différenciée encore est prévue pour 2012. La possibilité est ouverte de financer, en plus des services standard, des prestations novatrices fixées dans un contrat de prestations.

Les offres que le service de maintien à domicile définit comme prestations supplémentaires (repas à domicile ou transport bénévole) restent préfinancées par les communes via un contrat de prestations.

Infirmières et infirmiers indépendants

Les infirmières et infirmiers indépendants comptent parmi les fournisseurs de prestations selon la LAMal et à ce titre, ils ont droit au financement résiduel des coûts des soins par le canton. L'Association suisse des Infirmières et infirmiers (ASI) et la SAP ont entamé des négociations dans ce sens à la fin 2010. Pour exercer leur activité indépendante, les infirmières et infirmiers doivent être au bénéfice d'une autorisation d'exercer délivrée par la SAP. La majeure partie des soignants indépendants sont membres de l'ASI, qui impose à ses membres une assurance qualité globale et une formation continue. Assurant un complément bienvenu aux services de maintien à domicile, cette catégorie de professionnels contribue de manière essentielle à garantir la fourniture des soins ambulatoires à la population.

Etude sur l'aide et les soins à domicile

La filière Travail social de la Haute école spécialisée bernoise (HESB) se propose de réaliser une étude pour réunir des données statistiques représentatives ainsi que des données qualitatives concernant la prise en charge actuelle des personnes âgées dans le canton de Berne. Dans un souci de comparaison, elle recensera aussi des données dans les cantons de Zurich et d'Argovie. 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 familier. 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 3e âge.

L'étude s'articule en deux parties (modules I et II), la première comprenant une enquête auprès de 500 à 1000 personnes âgées nécessitant une prise en charge et des soins médicaux et vivant à leur domicile. La seconde partie s'attache à connaître le point de vue des personnes directement impliquées dans les soins ambulatoires et la prise en charge des personnes âgées (proches, personnel du service d'aide et de soins à domicile, infirmières et infirmiers, services sociaux des hôpitaux et médecins de famille).

L'étude poursuit les objectifs suivants:

- dresser un état des lieux général et représentatif de la prise en charge et du soutien apporté aux personnes âgées à leur domicile;
- réaliser un inventaire des offres;
- procéder à une évaluation des offres par l'ensemble des acteurs (personnes âgées, proches, professionnels et bénévoles);
- analyser la coordination des offres;
- formuler des recommandations dans le domaine de la relève, de la coordination de l'offre et de la promotion du travail bénévole.

La SAP juge l'étude digne d'un appui financier car elle contribue à élaborer des bases scientifiques sur les questions touchant les domaines d'intervention nos 1 et 2 de la politique du 3e âge, et parce qu'elle permettra ensuite de définir un plan d'action. L'étude est pertinente puisqu'elle porte sur deux domaines essentiels: le soutien aux principaux intéressés et l'allègement de la charge de l'entourage qui prend soin d'eux. Un rôle important revient à cet égard aux offres complémentaires, coordonnées et harmonisées, des acteurs professionnels (aide et soins à domicile p. ex.), des proches et des bénévoles. Un bilan général et global des modes de prise en charge et de l'offre fait encore défaut à l'heure actuelle; l'étude contribue à combler cette lacune et donne ainsi à la SAP les moyens d'une politique du 3e âge plus ciblée. L'étude est en cours à l'heure où nous rédigeons le présent rapport. Les premiers résultats ont été présentés au groupe d'accompagnement à la fin 2010. Les résultats définitifs et le rapport final devraient être publiés au milieu de l'année 2011.

Dans une prochaine étape, il est prévu de mettre l'étude en rapport avec le cycle d'études «Soutien aux proches et aux bénévoles» de la HESB, d'ores et déjà soutenu par la SAP, en vue d'en intégrer les résultats dans le programme de formation.

Au vu de ce qui précède, la SAP s'est déclarée disposée à soutenir le projet et ses deux modules par une contribution de 75 000 francs.

Offre de formation continue

Cycle d'étude Soutien aux proches et aux bénévoles[18]

Le cycle 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.

La SAP juge ce cycle d'étude très approprié en ce sens qu'elle y distingue un grand potentiel, spécialement dans le domaine des personnes âgées. Dans la conception de la politique du 3e âge, le bénévolat et l'engagement des proches forment un pilier essentiel de la fourniture des soins. Les bénévoles comme les proches ont besoin d'être soutenus dans leur travail qu'ils accomplissent bien souvent dans des circonstances pénibles. En conséquence, la formation de spécialistes du soutien aux proches et aux bénévoles fait partie des objectifs que cette politique doit poursuivre.

L'aide financière accordée aux étudiants est limitée aux deux premiers cycles d'étude. Une évaluation ultérieure fournira des indications sur l'impact de la formation. On cherchera notamment à savoir si la matière enseignée peut être mise en pratique après la formation ou encore, si l'on peut parler de valeur ajoutée sous l'angle de la politique du 3e âge. Une fois ces questions clarifiées, la SAP décidera d'allouer ou non une subvention aux participants des cycles suivants.

La SAP privilégie le mode de financement individuel. Aussi accorde-t-elle aux étudiants des deux premières volées (début de la formation août 2008 et août 2010, 25 participants au plus par cycle) un montant de 4000 francs par personne, sous réserve qu'ils ou elles exercent une activité professionnelle auprès de personnes âgées dans le canton de Berne. L'évaluation du cycle d'étude, réalisée sur la base d'enquêtes auprès des bénévoles et des proches qui ont été aidés et encadrés, par les étudiants eux-mêmes et par les institutions intéressées, ne sera pas disponible avant le printemps 2011. Les enquêtes sont actuellement en cours.

«Benevol» Berne et Bienne: formation à l'accompagnement des bénévoles

Avec la dissolution de l'association «Koordination Freiwilligenarbeit Kanton Bern (KFA)», le canton de Berne a perdu un partenaire de poids, surtout quand on songe au rôle que le bénévolat est appelé à jouer en raison du vieillissement de la population. Jusqu'ici, la KFA et l'Office des affaires sociales de la SAP était liés par un contrat de prestations. Celui-ci couvrait le financement d'un cycle de formation à l'accompagnement des bénévoles et la publication de la brochure infoBENEVOL qui s'inscrit dans les activités de relations publiques.

La politique cantonale du 3e âge accorde une grande importance au bénévolat. Les bénévoles accomplissent un immense travail d'intérêt général et enrichissent les organisations de leurs multiples savoirs, bagages professionnels et expériences de vie. Pour encourager et promouvoir l'engagement bénévole à large échelle, Benevol Berne et Benevol Bienne entendent reconduire ensemble le cycle de formation susmentionné et éditer la brochure infoBENEVOL après la dissolution de la KFA. Cette initiative répond au postulat 053/2009 Stalder, qui préconisait un encouragement de la formation et du perfectionnement dans le secteur du bénévolat.

Ce cycle de formation a pour but de fournir des outils et des connaissances pratiques concernant le travail bénévole, l'engagement de bénévoles et la mise en place du bénévolat dans les organisations. Il importe de faire des organisations des lieux d'engagement intéressants pour les bénévoles. Le cycle offre une formation de base préparant à l'accompagnement de ces derniers. Dans une première étape s'étendant de 2009 à 2010, trois cours de ce type ont été mis sur pied à Berne. Il est prévu d'organiser ensuite deux cours par an, l'un à Berne et l'autre à Bienne. Une extension géographique de l'offre dans le canton n'est pas exclue, de même que l'on envisage de développer ultérieurement le cycle de formation continue amenant à la fonction de coordinateur ou coordinatrice du bénévolat.

A côté de ce cycle de formation, on cherche à sensibiliser le grand public au travail volontaire. L'année 2011, proclamée Année européenne du bénévolat, offre une occasion unique pour mieux faire connaître, et partant reconnaître, le rôle et la nature de l'engagement volontaire. Dans cette optique, la SAP a décidé de maintenir sa contribution financière à la formation ainsi qu'à la brochure infoBENEVOL.

La SAP juge l'offre proposée à la fois utile et pertinente en termes de politique du 3e âge. L'apport du bénévolat est capital et vient compléter judicieusement le réseau de soins professionnels. Elle allouera en 2011 une contribution de 52600 francs pour soutenir la poursuite du cycle de formation et la publication de la brochure d'information.

Une première étape en réponse au postulat précité concerne la coordination à l'échelle cantonale des organisations pratiquant le bénévolat. La SAP a commandé une étude du travail bénévole dans le secteur santé et social, qui sera réalisée en 2011 dans le canton de Berne. Il s'agit de dresser l'inventaire des organisations actives dans ce domaine, d'examiner leur financement et leurs modes d'organisation. Les résultats de cette analyse permettront d'identifier les besoins en matière de coordination et de définir d'autres mesures.

[18] Une filière de formation de la Haute école spécialisée bernoise débouchant sur l'obtention du Diploma of Advanced Studies (DAS).

Conclusion

Avec la promotion de la santé et la prévention, l'aide et les soins assurés par l'entourage concourent largement à préserver l'autonomie des personnes âgées. Ils constituent le deuxième grand pilier de la politique cantonale du 3e âge. Dans cette perspective, le soutien aux personnes soignant un proche, et notamment à celles qui exercent simultanément une activité lucrative, revêt une importance majeure, d'où la nécessité de continuer à en assurer le financement. Un rôle de premier plan revient ici au bénévolat. L'encouragement doit porter sur des offres concrètes comme les services de visite à domicile, les permanences d'information et de conseils et la prise en charge ambulatoire, mais aussi sur la recherche et la formation. Les données issues de différentes études contribuent à optimiser les prestations et à combler certaines lacunes. Il y a donc lieu de poursuivre le soutien aux offres de ce type.

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

Le financement des soins fait l'objet d'une réforme, notamment en ce qui concerne les infrastructures des institutions de long séjour : le canton ne versera plus de contributions d'investissement. Les modifications, ainsi que leurs répercussions sur le domaine ambulatoire et le domaine résidentiel, sont décrites dans les domaines d'intervention nos 6 et 9. La SAP part de l'hypothèse qu'à l'avenir, les personnes relevant des degrés de soins inférieurs resteront à domicile plutôt que d'entrer en EMS. Ce changement confère plus d'importance à l'offre de logement et de prise en charge pour personnes retraitées, axée sur le long terme, qui se situe en amont. La SAP estime qu'il est nécessaire d'intervenir davantage à ce niveau, en prévoyant une offre optimale de services de soutien d'un côté et, de l'autre, un nombre suffisant de logements adaptés aux personnes âgées.

Logements adaptés aux personnes âgées

Afin de compenser partiellement l'augmentation des charges financières qui découle de la mise en œuvre du financement des soins, le canton ne financera plus les infrastructures des établissements de long séjour. Le financement actuel était susceptible d'« inciter » les institutions subventionnées à retarder les petites rénovations jusqu'à ce qu'un projet global plus important, financé par une contribution d'investissement du canton ou des communes, devienne nécessaire. Avec le nouveau modèle de financement, les institutions sont responsables des travaux et ont donc intérêt à entretenir régulièrement les bâtiments. De plus, il n'est plus nécessaire de constituer un gros budget d'investissement en vue d'éventuels projets de rénovation urgents des grands établissements.

Comme le canton ne finance plus les infrastructures des établissements de long séjour, les pensionnaires des institutions jusque-là subventionnées doivent désormais participer aux frais d'infrastructure. La SAP espère que cette augmentation des coûts incitera les personnes n'ayant pas ou que peu besoin de soins à n'entrer dans un tel établissement que lorsque les services ambulatoires ne leur permettront plus de rester chez elles. Cet effet de pilotage correspond aux objectifs de la politique du 3e âge et au principe consistant à privilégier la prise en charge ambulatoire plutôt que le placement en milieu résidentiel. Il va en outre indirectement dans le sens d'un autre objectif de cette politique, qui est de réserver les lits aux personnes tributaires de soins.

Entre le logement à domicile et le placement en institution, il manquait jusqu'à présent des offres pouvant éviter aux personnes d'entrer dans un EMS quand bien même elles ont un certain besoin de prise en charge et de soutien. A ce niveau, il revient aux communes d'intervenir dans le cadre de l'aménagement de leur territoire. L'objectif est de créer des logements adaptés à l'âge et proches du centre, bien desservis par les transports publics, qui permettent aux personnes âgées de rester chez elles. Le rattachement judicieux aux établissements de long séjour ou la collaboration avec eux permettrait de créer des offres idéales pour les personnes nécessitant 75 minutes de soins par jour au maximum.[19] Bien que ces logements soient moins chers que le séjour en EMS, ils n'étaient jusqu'ici pas à la portée des personnes ne disposant que de moyens financiers modestes, car le loyer était supérieur aux frais imputables dans le cadre des prestations complémentaires.

Appartements avec services

Comme alternative à un séjour en foyer, la SAP veut encourager les offres de logements destinées aux personnes âgées ayant un besoin élevé de sécurité et de prise en charge. Courant 2008, elle a défini avec l'Association bernoise des établissements médico-sociaux (abems) des critères applicables aux appartements avec services dans le canton de Berne, dont les principaux sont les suivants : location d'un appartement adapté à l'âge (2 pièces), comportant un système d'alarme intégré à disposition 24 heures sur 24, repas, nettoyage hebdomadaire et interlocuteur ou interlocutrice capable d'organiser l'aide ou les autres services nécessaires. Les besoins en soins seraient couverts par les associations d'aide et de soins à domicile ou des offres ambulatoires.

Pour permettre le financement social de ce type de logement, cette offre, dans le cadre de la révision de l'ordonnance portant introduction de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (Oi LPC ; RSB 841.311), a été mise sur un pied d'égalité avec celle d'un EMS reconnu et inscrite dans l'ordonnance. A partir de 2013 au plus tard, les différentes composantes de l'appartement avec services seront financées de manière modulaire, en fonction des besoins individuels. Les personnes âgées ayant un besoin de soutien mais de faibles

[19] Ce qui correspond aux degrés de soins 0–2 (d'après le modèle à 10 degrés, valable jusqu'au 31 décembre 2010).

moyens financiers pourront ainsi rester chez elles ; avec l'aide des services ambulatoires, elles conserveront leur autonomie sans devoir recourir à un appartement avec services, plus onéreux. Un outil d'évaluation des besoins est en cours de préparation.

Placement dans des familles : projet de la Société d'économie et d'utilité publique

De 2003 à fin 2007, la SAP a soutenu ce projet par un contrat de prestations relevant de la politique cantonale du 3e âge. Mais le développement de places d'accueil pour les personnes à l'âge de la retraite dans des familles paysannes ne s'est pas réalisé comme prévu : en raison de la demande réelle, l'offre s'est orientée vers les personnes présentant un handicap ou des troubles psychiques. Le soutien financier ne pouvait donc plus se faire dans le cadre de la politique du 3e âge.

Jusqu'à fin 2007, la Société d'économie et d'utilité publique du canton de Berne (OGG) disposait, pour le programme « hébergement dans des familles », d'un contrat de prestations avec la Division Personnes âgées de l'Office des personnes âgées et handicapées (OPAH). Etant donné qu'à l'heure actuelle, l'OGG ne propose pratiquement que des places pour des personnes atteintes d'un handicap, le dossier, et partant le financement, ont été transmis le 1er janvier 2008 à la Division Adultes du domaine Personnes handicapées de l'OPAH. Après une phase transitoire, le mode de financement est depuis 2010 le même que pour les ménages privés, à savoir des forfaits journaliers.

Le projet a été soutenu en 2007, dans le cadre de la politique du 3e âge, par une subvention de 232 555 francs.

Conclusion

Une offre de logement appropriée est fondamentale pour le maintien de l'autonomie et de la plus grande indépendance possible des personnes âgées, malgré les éventuelles limitations. La possibilité de vivre dans un logement accessible aux personnes à mobilité réduite tout en disposant des services d'aide nécessaires contribue notablement à leur éviter une entrée en EMS prématurée, tout en répondant à leur souhait de pouvoir rester chez elles le plus longtemps possible. La subdivision des prestations de service en modules, prévue pour 2013, permettra un soutien à domicile personnalisé et adapté aux besoins.

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

Les personnes âgées malades ont besoin de traitements et de soins spécifiques et coordonnés. Elles souffrent souvent de maladies multiples, complexes et chroniques, qui nécessitent une prise en charge intégrée, c'est-à-dire ininterrompue. De ce fait, la SAP a pris une série de mesures axées sur les besoins individuels et visant à assurer la continuité des soins en cas de maladie dans la vieillesse.

Pour les hospitalisations « simples » en unité de soins aigus, il existe une offre de soins post-aigus visant à préparer soigneusement le retour au domicile. Pour les cas plus complexes, la prise en charge dans les domaines de la gériatrie aiguë et de la réadaptation gériatrique est en train d'être étoffée. En outre, un essai pilote démarrant en 2011 permettra de déterminer si **l'amélioration de la mise en réseau et de l'intégration** des fournisseurs de prestations aux différents niveaux accroît la qualité et l'économicité des prestations destinées aux personnes âgées et très âgées.

Les soins palliatifs, destinés aux patients atteints d'une maladie incurable à un stade avancé, ont pris de l'importance ces dernières années dans le canton de Berne ; de nombreux fournisseurs de tous les domaines de soins ont développé et amélioré leurs prestations.

Enfin, des mesures allant de la prise en charge de jour à l'offre résidentielle spécifique, en passant par les prestations psychiatriques, ont été conçues pour les diverses formes de démence, fréquentes chez les personnes du 4e âge.

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

Mesures à prendre

Le rôle de la prise en charge médicale de la population par les médecins traitants est particulièrement important dans le domaine du 3e âge. A cet égard, il convient de citer plusieurs interventions parlementaires déposées au Grand Conseil. Il s'agit des motions 035/2005 « Pénurie de médecins généralistes » de Thomas Heuberger, 090/2005 « Manque de médecins dans les régions rurales » de Carlo Kilchherr, 123/2005 « Promotion de la médecine générale » de Franziska Fritschy et 239/2008 « Pénurie de médecins de famille et soins ambulatoires » de Markus Meyer.

Prochaines étapes

Les exigences formulées dans ces motions ainsi que dans d'autres interventions déposées depuis sur le thème de la médecine de famille ont été traitées par un groupe de travail interdisciplinaire institué par le médecin cantonal, qui comprend 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 organismes intéressés. Fondé sur les contributions du groupe de travail, un rapport de la SAP sur la médecine de famille dans le canton de Berne analyse les principaux problèmes ; il présente les domaines d'intervention et les solutions possibles, ainsi que les mesures visant à garantir les soins de premier recours et les soins d'urgence prodigués par les médecins de famille. Avant même la conclusion du rapport, des mesures concrètes ont été mises en œuvre : stages pratiques dans les cabinets de médecins généralistes pendant les études de médecine, essai pilote pour l'encouragement de la formation postgrade en cabinet médical (assistanat au cabinet médical, ACE 2035/2007) et soutien du service médical de garde par une subvention à la centrale d'appels MEDPHONE AG (ACE 2141/2008). Pour pouvoir poursuivre cet essai pilote en 2011 et 2012 jusqu'à la décision relative à son introduction définitive, le Conseil-exécutif a approuvé en juin 2010 un crédit supplémentaire ainsi qu'un élargissement du projet de formation à neuf postes d'assistants par année (ACE 0904 du 16 juin 2010).

Soins post-aigus

Les soins post-aigus sont destinés aux patients hospitalisés à la suite d'une affection aiguë (maladie, accident ou opération) et qui, une fois leurs problèmes médicaux stabilisés, ont besoin de soins infirmiers et thérapeutiques quotidiens pour une période limitée. N'étant pas (encore) en mesure de suivre une réadaptation, ces personnes doivent rester à l'hôpital. L'objectif est de leur redonner suffisamment d'autonomie pour leur permettre de retourner vivre dans leur logement et leur environnement habituel.

Après un essai pilote concluant (2003/2004), le Conseil-exécutif du canton de Berne a décidé, dans le cadre de la Planification des soins 2007–2010 selon la loi sur les soins hospitaliers, d'intégrer les soins post-aigus au suivi infirmier dans tous les centres hospitaliers régionaux (CHR),

tout en les définissant comme faisant partie intégrante des soins aigus.

En 2008, les « Critères de qualité pour les soins post-aigus dans le canton de Berne » étaient suffisamment élaborés pour pouvoir être intégrés aux contrats de prestations actuels et futurs passés avec les hôpitaux. Les soins post-aigus ont déjà été mis en place dans certains CHR, par exemple celui de Thoune-Simmental SA (STS AG). Courant 2011, ils seront à la disposition de toute la population du canton.

Les critères de qualité précités peuvent être consultés à l'adresse **www.gef.be.ch.**

Une nouvelle offre a été introduite dans la révision de la LAMal sous la dénomination de soins aigus et de transition. Il s'agit de prestations qui sont dispensées à la suite d'un séjour hospitalier sur prescription d'un médecin de l'hôpital et durant deux semaines au plus. Au vu de la définition, cette offre semble correspondre pour l'essentiel aux soins post-aigus. Mais à la différence de ces derniers, qui sont fournis à l'hôpital, la prise en charge par les assureurs et le canton des « soins aigus et de transition » selon la LAMal – illimitée pendant 14 jours conformément à la réglementation du financement hospitalier – ne concerne que les soins et pas les autres prestations telles que l'aide ménagère, la physiothérapie, l'ergothérapie ou tout autre traitement.

Il reste à voir si ce modèle de la LAMal aura les mêmes effets – en termes de santé et du point de vue économique – que celui de la SAP.

Etant donné ces différences relativement importantes, la SAP s'en tient à la dénomination de « soins post-aigus » pour les prestations résidentielles. Pour les « soins de transition » éventuellement nécessaires, le canton compte sur les services ambulatoires des associations d'aide et de soins à domicile qui sont à la disposition des patients, notamment après des soins post-aigus (voir explications à ce sujet sous le domaine d'intervention n° 2).

Gériatrie aiguë et réadaptation gériatrique

Pour l'instant, sur les six régions hospitalières du canton de Berne, seules deux – Berne et Bienne – disposent d'une offre gériatrique spécifique et assurent les soins gériatriques en résidentiel : la clinique universitaire de gériatrie intégrée au Spitalnetz Bern et la réadaptation gériatrique faisant partie du Centre hospitalier Bienne.

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 ».

La mise en place de ces structures a commencé dans les deux domaines. Elles devraient être opérationnelles en 2011-2012.

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 régionaux. 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). Cette équipe a développé de 2009 à 2011 des normes relatives au diagnostic, au suivi et au cheminement des patients gériatriques. Une série de journées de gériatrie assure la formation continue nécessaire du personnel hospitalier dans ce domaine ; les premières ont eu lieu en décembre 2009.

Le site **www.geriatrie-bern.ch** donne désormais 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 **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 ».

Essai pilote Soins intégrés en gériatrie

La planification d'un essai pilote d'intégration des soins en gériatrie est pratiquement achevée. Cet essai, qui devrait commencer en 2011, vise à examiner si une stratégie globale de soins intégrés améliore la qualité et l'économicité des soins fournis aux patients âgés et très âgés. Une étude comparera une région d'intervention à une région de référence, à partir des données quantitatives sur les soins relevées dans le cadre d'une enquête et des données qualitatives tirées d'entretiens. Les interventions seront confiées à un centre hospitalier régional du canton de Berne pendant la mise en place de son centre de gériatrie. En effet, l'une des principales missions de ces centres est par définition l'intégration, c'est-à-dire la coordination avec les fournisseurs de soins de différents niveaux dans la région. L'essai pilote prévoit les intervenants suivants :

- Une **personne de référence** commune au patient et à l'ensemble des organisations, des professionnels et des non-professionnels chargés de son suivi ou susceptibles de l'être. Cette personne, interlocutrice personnelle du patient dès son entrée à l'hôpital, sera la principale responsable de la gestion des processus au sein de l'hôpital, de la gestion de la sortie et surtout de la continuité du suivi au-delà des murs de l'hôpital.

- Une **équipe intégrée** comprenant des personnes issues des organisations, des professionnels et des non-professionnels qui suivent le patient afin d'assurer
  - un relevé commun des besoins,
  - une organisation commune des interventions (médecine somatique, psychiatrie, soins, thérapeutes, social),
  - une documentation commune (formulaires) et
  - une évaluation commune des résultats.

La motion Meyer 025/2007 «Réseaux de soins coordonnés» a souligné une nouvelle fois l'actualité de cette idée: le motionnaire demande une stratégie cantonale de gestion intégrée des soins pour aider à diffuser ce système et améliorer l'assistance médicale aux malades chroniques et aux personnes âgées. Le Conseil-exécutif a décidé de développer une telle stratégie et, à l'avenir, encouragera les nouveaux modes de prise en charge allant dans ce sens (cf. p. 21).

Prestations psychiatriques destinées au 3e âge

Avec l'augmentation 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 4e 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 prévalence[20] 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 fausse 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 internationales,[21] la prévalence des maladies psychiatriques chez les personnes âgées est particulièrement élevée dans les EMS et les hôpitaux de 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.

Lieu de résidence	**Prévalence des maladies psychiatriques de la personne âgée**		
	Démence	**Délire**	**Dépression**
zu Hause	5–6 %	0,5–1 %	3–12 %
Altersheim	50–70 %	1–2 %	15–42 %
Akutspital	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 accorde une attention toute particulière à la psychiatrie gériatrique et pose la base d'un développement à long terme et axé sur les besoins. Un élément favorable dans ce sens est la création, à l'automne 2008, à Berne, d'une **chaire de professeur extraordinaire en psychiatrie de la personne âgée.** Son titulaire, le Professeur Urs Mosimann, a déjà participé aux travaux préparatoires.

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 stratégie définie dans la planification des soins prévoit que 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 liaison et sur les soins de longue durée.

Dans la pratique, il faut mettre en place et développer d'urgence l'offre ambulatoire et les visites à domicile, notamment avec des «équipes communales pluridisciplinaires». Ces équipes rendront visite aux patients et à leurs proches chez eux ou à l'EMS, en intervenant sur les plans du diagnostic, de la thérapie et de la consultation spécialisée.

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

[21] Références: Matthews, F. E. & Dening, T. (2002), Ferri, C. P. et al. (2005), Young, J. & Inouye, S. K. (2007), Trollor, 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.

Intégration des malades psychiques chroniques dans les EMS

La prévalence des maladies psychiques est élevée dans les EMS. Plus de la moitié des pensionnaires souffrent d'un syndrome de démence. Il est fréquent qu'ils présentent plusieurs maladies psychiques simultanément : les démences s'accompagnent ainsi souvent de dépression, de délire aigu et de troubles du comportement.

Outre les pensionnaires des EMS, il y a dans la population des personnes qui ont souffert toute leur vie d'un trouble psychique, tel qu'arriération mentale, schizophrénie, dépression chronique, trouble bipolaire ou toxicomanie, et qui ont maintenant atteint l'âge de l'AVS. Leur entrée dans une institution peut se justifier par des maladies physiques ou neurodégénératives (démences). Ces personnes devraient être intégrées dans les EMS existants.

Or, il manque dans le canton de Berne une stratégie permettant cette intégration, ce qui entraîne de longues hospitalisations et des difficultés à planifier les sorties, surtout pour les patientes et les patients qui sortent de clinique psychiatrique et devraient être accueillis dans un EMS. On ne sait toutefois pas très bien de quel soutien supplémentaire ces établissements ont besoin pour pouvoir mieux accueillir ces personnes. La présence des patients de longue durée dans les cliniques psychiatriques cantonales est une conséquence de la difficulté à les placer.

Cette question doit être travaillée en étroite collaboration avec les différents partenaires, de façon à améliorer à moyen terme l'intégration des malades psychiques chroniques dans les EMS. Il faut pour cela éviter les séjours de plusieurs années, voire décennies, dans un service de psychiatrie.

Soins palliatifs

La question des soins palliatifs touche principalement les domaines d'intervention nos 2 et 4, où il s'agit de soulager les proches qui assument la prise en charge et de mieux coordonner la fourniture de soins destinés aux personnes âgées. Il faudrait également améliorer la qualité des soins palliatifs fournis par l'aide et les soins à domicile et dans les EMS.

Les soins palliatifs ont gagné en importance ces dernières années dans le canton de Berne. Beaucoup de fournisseurs ont développé ou amélioré leurs prestations dans tous les domaines de l'assistance. Par ailleurs, le Grand conseil a adopté ces dernières années de nombreuses interventions parlementaires réclamant la promotion des soins palliatifs. Citons ici la motion 175/2004 Rérat/Schnegg sur le développement des soins palliatifs dans le Jura bernois, la motion 048/2006 Löffel sur l'inscription des soins palliatifs dans les contrats-cadre relatifs aux prestations des hôpitaux et la motion 280/2008 Lemann sur l'accompagnement des personnes en fin de vie dans les hôpitaux de soins aigus.

Dans la planification des soins 2007–2010, le Conseil-exécutif a déclaré, en juin 2007, que les soins palliatifs faisaient partie intégrante du mandat des hôpitaux de soins aigus dans le cadre de l'assistance sanitaire de base. Les soins palliatifs figureront donc explicitement sur la future liste des hôpitaux en tant que composante des prestations de la médecine interne. Avec la planification des soins 2011–2014 et le nouveau régime de financement des hôpitaux applicable dès 2012, des mandats de prestations spécifiques seront attribués pour les soins palliatifs spécialisés dans les hôpitaux de soins aigus ; ils définiront les conditions et les critères garantissant la qualité de ces soins.

Etant donné le développement des soins palliatifs dans tous les domaines du système de soins et le besoin accru de coordination qui en résulte, la SAP a lancé en 2008 un projet qui permettra de définir une stratégie cantonale dans ce domaine. Il recense les offres existantes dans le canton de Berne, identifie les lacunes à combler, définit la situation actuelle et le rôle du canton dans le système de soins palliatifs et esquisse les éventuelles mesures à prendre. Le rapport final, qui constituera la base technique des plans sectoriels et des différentes décisions (demandes de subventions, projets pilotes, etc.), sera prêt au premier semestre 2011. Il tiendra compte de la stratégie et des directives nationales en matière de soins palliatifs, à l'élaboration desquelles le canton de Berne a activement participé en 2009 et 2010.

Vu l'importance des soins palliatifs pour les personnes du 3e 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.

Outre le projet cantonal global et la collaboration à la stratégie nationale, la SAP soutient les projets suivants dans le domaine des soins palliatifs :

Projet pilote >>zapp à Berthoud

Dans la région de Berthoud, le centre de soins palliatifs ambulatoires >>zapp propose des prestations de conseil aux proches et aux services spécialisés. Ce centre, qui travaille en étroite collaboration avec les organisations d'aide et de soins à domicile, met aussi les familles en relation avec des bénévoles qui les aident en accompagnant les personnes en fin de vie, leur permettant de prendre un peu de temps libre et de repos. Durant la phase de projet 2005–2007 puis en 2008, >>zapp a judicieusement complété l'offre régionale. Ses services se sont depuis bien établis dans la région. L'évaluation a montré que ceux-ci étaient de bonne qualité et que >>zapp faisait preuve d'un grand professionnalisme. La SAP se fonde sur cette évaluation pour les directives qu'elle élabore à l'intention des organisations proposant des soins palliatifs ambulatoires.

Ces prestations ont été reprises le 1er octobre 2009 par le service d'aide et de soins à domicile de Berthoud-Oberburg, qui continue à les proposer depuis. La SAP approuve cette solution, tant il est vrai que les soins palliatifs doivent constituer l'une des compétences clés des organisations de maintien à domicile.

Réseau de soins palliatifs dans la région de Langenthal

Dans la région de Langenthal a débuté en 2007 un projet de collaboration entre les fournisseurs régionaux de soins palliatifs, conçu par les services d'aide et de soins à domicile, l'hôpital régional de Haute-Argovie (SRO AG), certains EMS et l'association Oberaargauer Verein zur Begleitung Schwerkranker (OVBS).

L'idée de base, judicieuse, est de renforcer la collaboration entre les fournisseurs actifs dans les divers domaines d'intervention (résidentiel et ambulatoire) de façon à créer un réseau porteur et opérationnel, ce qui correspond au but de la politique du 3e âge : faire collaborer les prestataires existants de façon à optimiser les soins en les adaptant aux besoins de chacun.

La SAP a soutenu la conception du projet par une subvention de 22 000 francs.

Cette conception lui a maintenant été soumise, ainsi qu'une demande de cofinancement de la mise en œuvre. Etant donné les travaux en cours pour définir la stratégie cantonale, la SAP n'a pas encore octroyé de soutien financier. Elle ne pourra envisager de le faire que lorsque les conditions à remplir, tant du point de vue matériel que financier, pour que les soins palliatifs soient fournis selon les mêmes critères dans tout le canton, auront été formulées.

Réseau de soins palliatifs dans la région de Thoune

La SAP a reçu une demande concernant un projet similaire dans la région de Thoune, où les organisations d'aide et de soins à domicile prévoient entre autres un service de soins palliatifs 24 heures sur 24. Elle porte sur une subvention en faveur des travaux préparatoires à la mise en œuvre. Ici également, il faudra définir le cadre cantonal avant de pouvoir rendre une décision quant à un éventuel soutien financier des autres éléments du projet.

Soins palliatifs à domicile

Les soins palliatifs hors de l'hôpital constituent une prestation ambulatoire complémentaire aux soins de base dispensés par les organisations de maintien à domicile. Proposés actuellement dans les régions de Berne et de Thoune, ils devraient à l'avenir compter parmi les compétences clés de toutes ces organisations.

Une équipe de spécialistes en oncologie et en soins palliatifs veille à ce que les soins et l'accompagnement des personnes gravement malades ou en fin de vie soient adaptés aux besoins, spécialisés et globaux. Elle fait participer les proches, les conseille et les accompagne, couvrant ainsi une vaste palette de prestations. Ce travail se fait en étroite collaboration avec différents spécialistes et services (médecins généralistes, oncologues, hôpitaux, services d'aide et de soins à domicile et autres prestataires spécialisés). L'équipe propose également des formations à l'intention du personnel soignant et conseille les institutions du système de santé en matière de soins palliatifs.

Soins palliatifs dans le Jura bernois

Selon une déclaration d'intention des directeurs de la santé des cantons de Neuchâtel, du Jura et de Berne, il s'agit de coordonner les soins palliatifs entre les trois cantons. Un groupe de travail intercantonal et interdisciplinaire a ainsi élaboré en 2008 un projet de réseau de soins palliatifs dans l'Arc jurassien, sur la base duquel un accord a été conclu entre les trois cantons en mai 2009. La Chrysalide, établissement spécialisé dans les soins palliatifs de l'Hôpital neuchâtelois, y est désignée comme centre de référence dans ce domaine pour l'Arc jurassien. La Chrysalide figurera donc sur la future liste des hôpitaux comme fournisseur de soins palliatifs dans les trois districts du Jura bernois. Par ailleurs, les cantons participants ont lancé un projet visant à créer une équipe de soins palliatifs mobile dans l'Arc jurassien et à développer un programme de formation dans ce secteur. Un rapport sur l'organisation de cette équipe a été rédigé ; la mise en œuvre est prévue pour 2011.

Soutien aux personnes accompagnant un proche

La promotion des soins palliatifs est par ailleurs étroitement liée aux démarches visant à soulager les personnes qui soignent et accompagnent un proche (cf. domaine d'intervention no 2 et Centre de compétences Démence et soins palliatifs ci-après).

Centre de compétences Démence et soins palliatifs

Ce centre s'occupe spécifiquement de l'accompagnement et des soins palliatifs des personnes atteintes de démence qui, ne pouvant plus communiquer, sont particulièrement dépendantes de ce type de soutien. L'une des principales tâches du centre est de mettre à disposition des connaissances dans ce domaine. Le projet est décrit plus en détail ci-après.

Institutions spécialisées pour personnes atteintes de démence sénile

Prise en charge de jour

Les foyers de jour pour personnes âgées atteintes de maladies psychiatriques liées à l'âge et prises en charge à domicile par leurs proches contribuent à améliorer leur qualité de vie ainsi qu'à décharger ces derniers. Depuis 2008, le canton soutient financièrement les offres de ce type dans le cadre de contrats de prestations. Le modèle de financement et de pilotage des foyers de jour peut être

consulté sur le site **www.gef.be.ch**, à la rubrique « Politique du 3e âge ».

Outre les foyers de jour, de nombreux EMS proposent un accueil de jour pour les personnes âgées. Le site **www.gef.be.ch** donne également une liste de ces institutions, à la rubrique « Direction / Organisation / Office des personnes âgées et handicapées / Téléchargements et publications / Répertoires et listes d'adresses ».

En 2009, dans le canton de Berne, plus de 30 000 journées ont été passées dans des foyers de jour.

Incités par le cofinancement du canton – 80 francs par journée d'accueil –, des EMS et des prestataires privés ont développé une offre d'accueil de jour. Mais l'expérience montre que celle-ci est beaucoup moins utilisée que prévu. Le tableau qui ressort des entretiens menés avec quelques directeurs de foyers existant depuis de nombreuses années est décourageant : bien que les hôtes et surtout leurs proches jugent ces formules intéressantes et utiles, il n'en est pas suffisamment fait usage. Depuis plusieurs années, l'âge moyen des personnes accueillies s'élève et leur état de santé lors de leur première visite est de plus en plus mauvais. Leur état de démence est alors si avancé que la fréquentation du foyer leur apporte moins de bénéfices qu'elle ne le ferait à un stade plus précoce. De ce fait, la durée des séjours diminue, se limitant parfois à deux mois. L'état de santé des bénéficiaires fait que l'entrée en EMS devient nécessaire peu de temps après. Néanmoins, les familles qui profitent de cette offre s'en trouvent nettement soulagées, tout en reconnaissant avoir attendu trop longtemps.

Cette possibilité est pourtant connue et les exploitants de foyers de jour attirent régulièrement l'attention des services sociaux, de Pro Senectute, des services d'aide et de soins à domicile et des médecins généralistes à son sujet, que se soit par des journées portes ouvertes ou des annonces dans les journaux locaux. Mais apparemment les familles hésitent à confier conjoints ou parents à un foyer, ne fût-ce que pour quelques heures.

Cette problématique n'est pas propre au canton de Berne : les foyers de jour ne sont pas plus fréquentés dans les cantons de Zurich et de Schaffhouse.

Centre de compétences cantonal en matière de démence et de soins palliatifs

Il y a un certain temps déjà, la fondation « Diakonissenhaus Bern » (DHB) et le service d'aide et de soins à domicile de la ville de Berne avaient mis au point un projet commun dans ce domaine, que l'association VRB (Verein Region Bern) avait choisi dans le cadre d'un appel d'offres en en recommandant la mise en œuvre. Les deux partenaires, dont l'un dispose d'expérience et de savoir-faire dans le domaine des soins résidentiels de longue durée et l'autre dans celui des soins ambulatoires, étaient prédestinés pour proposer ensemble un programme axé sur les besoins des personnes atteintes de démence et / ou se trouvant en fin de vie. Ils devaient gérer ensemble le futur centre de compétences. Mais pour diverses raisons, la fondation DHB s'est retirée du projet. Elle a été remplacée par la fondation « tilia Stiftung für Langzeitpflege », qui gère les EMS d'Ittigen, de Köniz et de Wittigkofen.

Le but du projet correspond à la stratégie du canton en matière de politique du 3e âge (cf. rapport intermédiaire 2007, p. 18), qui prévoit de créer un seul centre de compétences pour les questions relatives à la démence. Outre les soins résidentiels, semi-résidentiels et ambulatoires, le centre de compétences a pour tâche de mettre en lien l'enseignement et la recherche avec la pratique. Il est chargé de centraliser les connaissances en matière de soins palliatifs destinés aux personnes âgées et en particulier à celles atteintes de démence sénile.

Cette **mise à disposition de connaissances** est considérée comme l'une des principales missions du centre. Les soins palliatifs sont en effet particulièrement importants chez ces malades qui, dans la dernière période de leur vie, ne peuvent pratiquement plus communiquer. La combinaison entre accompagnement de ces personnes et soins palliatifs est également judicieuse du point de vue de la politique des soins. Le centre doit donc développer la formation dans ces deux domaines, encourager la coordination avec les principaux acteurs et assurer la transmission du savoir-faire à d'autres institutions. Cette mise en réseau permet de développer en continu les stratégies de soins et de prise en charge dans la pratique.

Dans le domaine ambulatoire, il est prévu de mettre sur pied une équipe d'intervention mobile, car on sait par expérience que la prise en charge à domicile des malades atteints de démence provoque souvent des crises chez les proches en raison de la lourde charge que cela représente. Ces crises apparaissent brutalement, sans signes annonciateurs, et exigent donc une aide immédiate. Or, comme l'a montré l'étude **SwissAgeCare-2010**[22], les possibilités de soutien dans ces situations d'urgence sont insuffisantes. Etant donné que les équipes régulières de soins à domicile n'ont souvent pas la possibilité de réagir rapidement, le centre de compétences met à disposition une équipe d'intervention offrant son soutien 24 heures sur 24 pour soulager l'entourage, stabiliser la situation et organiser un suivi régulier adapté aux besoins.

Des places d'accueil de jour compléteront l'offre résidentielle. Le centre installera aussi une ligne téléphonique d'urgence, hébergera une antenne du service de conseil sur la maladie d'Alzheimer, du service de relève canton de Berne et du service de soins oncologiques et palliatifs à domicile (SEOP)[23], ainsi que des cabinets de médecins et de thérapeutes.

Cette combinaison de prestations, unique en son genre, est particulièrement intéressante pour le canton de Berne du point de vue de la politique du 3e âge. Il n'existe nulle part ailleurs en Suisse un tel centre de compétences. C'est pourquoi le projet a bénéficié de 288 000 francs

[22] Perrig-Chiello, Pasqualina et Höpflinger, François et. al. 2010 : *Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Deutschschweiz.* Executive summary. SwissAgeCare 2010: Projet de recherche pour le compte de l'ASSASD, disponible en allemand sous http://upload.sitesystem.ch/B2DBB48B7E/0CDC636B60/70ABCCA905.pdf.

[23] SEOP = SpitalExterne Onkologie- und Palliativpflege.

(2007 / 2008) de subvention pour l'étude de faisabilité et du soutien de la commission consultative lors de sa séance du 18 septembre 2008. Les deux organismes responsables, DHB et le service d'aide et de soins à domicile de Berne, ont ainsi obtenu le feu vert pour poursuivre son développement puis le réaliser. Il est prévu de continuer à soutenir le centre de compétences par un financement de départ pendant les prochaines phases (développement, mise sur pied et contrat de prestations pour les premiers exercices à titre de projet innovant). Une subvention de 380 000 francs a été octroyée pour la phase de développement, d'octobre 2008 à juin 2009. Les autres contributions prévues jusqu'à juin 2010, d'un montant de 620 000 francs, sont pour l'instant suspendues en raison du retrait de la fondation DHB. Elles seront versées quand le projet reprendra avec le nouveau partenaire.

Aménagement des espaces intérieurs

Les personnes atteintes de démence sénile ont des difficultés à s'adapter à leur environnement et, de ce fait, se retrouvent souvent dans des situations difficiles. Les EMS sont donc invités à réfléchir à l'aménagement des espaces intérieurs où elles vivent.

La Ville de Berne, en collaboration avec le canton et à partir du travail de diplôme de deux spécialistes24 ayant suivi un cursus sur ce sujet de l'école de gérontologie appliquée (Schule für Angewandte Gerontologie [SAG]) de Berne, a publié des lignes directrices avec des recommandations. La brochure a été envoyée à tous les EMS du canton et est téléchargeable en format PDF (**www.gef.be.ch** sous Direction / Office des personnes âgées et handicapées / Téléchargements et publications / Démence). Etant donné le petit nombre d'intéressés, la version française n'est disponible que sous forme électronique. La nouvelle brochure constitue le pendant de la première, parue en 2007, sur l'aménagement des espaces extérieurs adapté aux personnes atteintes de démence, que l'on trouve au même endroit sur Internet.

Conclusion

Une chaîne de soins continue et ouverte, qui crée des liens entre les différentes prestations et les divers domaines, les coordonne et ainsi comble les lacunes existantes, est essentielle pour les soins fournis aux personnes âgées. Il convient d'assurer la continuité de l'offre et de faire en sorte de proposer dans chaque situation le meilleur traitement dans le contexte le plus approprié. L'approche choisie est prometteuse et sera poursuivie ces prochaines années. Elle sera soutenue par le développement d'une stratégie de soins intégrés.

[24] Cattaneo-Rüegg, Kathrin et Verena Maritz (2008). *Empfehlungen zur Innenraumgestaltung in stationären Betreuungseinrichtungen für Menschen mit Demenzerkrankungen.* Travail de diplôme présenté à l'école de gérontologie appliquée (SAG), Berne, 6e cursus.

Domaine d'intervention n° 5
Sensibilisation aux besoins du 3e âge

Etant donné que les dernières prévisions démographiques montrent une augmentation de la population âgée plus marquée que prévu, la politique du 3e âge et la sensibilisation à ce thème gagnent en importance. Une planification des besoins en la matière au plan communal et régional est nécessaire pour mettre en place un réseau de soins solide, avec des services coordonnés. 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. Si l'on veut axer la politique du 3e âge sur le futur, et notamment repérer à temps toute nouvelle tendance et y réagir rapidement, il faut une discussion permanente sur ces questions.

On peut donc considérer le soutien financier à la planification des besoins en matière de politique du 3e âge comme un investissement judicieux et durable. Il incite les communes et les régions à se préoccuper régulièrement des questions qui se posent et à les traiter activement au fur et à mesure. De cette façon, ce thème trouve naturellement sa place dans l'agenda et l'action politiques et celle-ci reste à jour. Les coûts inutiles, dus par exemple au fait que les changements ne sont pas perçus ou le sont trop tard, peuvent être évités. L'incitation financière instaurée par le canton permet aux communes et aux régions d'assumer régulièrement et de manière optimale leurs tâches et leurs obligations en matière de planification du 3e âge, conformément à la LASoc.

Planifications communales des besoins

A l'heure actuelle, la plupart des communes disposent de lignes directrices pour la politique du 3e âge, à l'exception de certaines petites communes rurales, notamment dans l'ancien district de Fraubrunnen, qui ne se sont pas encore attaquées à cette tâche. Sur les 383 communes du canton de Berne (situation au 1er janvier 2011), 342 les ont rédigées ; une y travaille actuellement. Il existe ainsi des lignes directrices pour 96 pour cent de la population, seuls 4 pour cent n'en bénéficiant pas encore.

Dans le domaine du 3e âge, la planification est et doit être un processus continu. Elle repose sur la LASoc, en particulier l'article 59, alinéa 3, et l'article 68.

La planification exigeant une mise à jour régulière, la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale (SAP) prévoit que les lignes directrices communales soient régulièrement actualisées, adaptées et complétées. Elles constituent en effet un instrument de planification majeur, qui permet d'analyser l'ensemble du domaine, de repérer les nouvelles tendances et de définir des mesures, ainsi que de démarrer leur mise en œuvre et de la surveiller.

Les lignes directrices communales devraient être revues au moins tous les cinq ans, et ce dans l'optique des deux rapports sur la politique du 3e âge du canton de Berne (rapport initial 2005, rapport intermédiaire 2007). Les communes sont particulièrement concernées par les domaines d'intervention nos 1 à 6 et par le chapitre « Thèmes relevant de plusieurs domaines d'intervention » du rapport intermédiaire de 2007. Elles jouent un rôle crucial pour les questions de logement. Les décisions relatives à la délimitation des nouvelles zones à bâtir doivent être prises de façon à respecter les besoins de la population vieillissante.

La SAP part de l'idée que les mesures formulées dans les lignes directrices seront mises en œuvre dans les communes. Elle souhaite reprendre et approfondir ce thème dans le prochain rapport sur la politique cantonale du 3e âge.

Critères et objectifs de la planification communale

L'élaboration de lignes directrices pour la politique du 3e âge est une tâche de planification inscrite dans la LASoc, qui peut, sur demande, bénéficier d'un soutien financier (prise en compte des dépenses dans la compensation des charges). Pour pouvoir prendre en considération les dépenses découlant de la mise à jour régulière de la planification, il faut que les **critères relatifs au contenu de la révision des lignes directrices** soient remplis :

- Démographie : situation actuelle = population actuelle de la commune, par classe d'âge (65–69, 70–74, 75–79, 80–84, 85+).
- Démographie : situation future = projection de l'évolution de la population de la commune, pour les classes d'âge citées, dans les 5, 10, 15 et 20 prochaines années. Ces chiffres, qui figurent dans une banque de données démographiques de la SAP, doivent servir de base aux communes, qui peuvent les demander à l'Office des personnes âgées et handicapées (OPAH). C'est à partir de là que sont déterminés les besoins futurs de places en EMS, soumises à planification selon la LAMal.
- Comparaison avec les lignes directrices précédentes :
  - vérifier la validité des affirmations formulées à l'époque, intégrer de nouvelles données ;
  - faire une liste des mesures et / ou examiner et compléter celles qui existent déjà, établir les priorités ;

– évaluer les mesures déjà mises en œuvre ;
– définir des indicateurs pour la réalisation des futurs objectifs ;
– contrôler les tâches, les compétences et les responsabilités dans le domaine du 3e âge, ainsi que leur répartition entre les personnes, les organes et les organisations compétents.

- Thèmes en lien avec la politique cantonale du 3e âge :
  – favoriser l'autonomie et la santé des personnes âgées (promotion de la santé et prévention, intégration, mobilité, aménagement d'un environnement accessible aux personnes à mobilité réduite) ;
  – soutenir les soins et la prise en charge à domicile et décharger la famille (accueil de jour, visites et « garde » à domicile, remplacements pour les vacances et en cas de surcharge, bénévoles) ;
  – prévoir des logements adaptés aux personnes âgées et de futures offres de logement (allant des logements adéquats aux places en EMS) ;
  – garantir une offre de soins pour la population âgée en cas de maladie = soins adaptés aux besoins et bonne coordination de tous les acteurs ;
  – garantir la prise en compte de tous les groupes de population concernés.
- Autres thèmes considérés par les autorités, les seniors eux-mêmes et les organisations comme pertinents pour le 3e âge dans la commune.

La SAP est disposée, à certaines conditions, à octroyer une subvention appropriée aux communes pour qu'elles établissent leur planification de la politique en matière de 3e âge.

- La SAP souhaite que les lignes directrices et les plans d'action existants soient retravaillés, adaptés et actualisés **au moins tous les cinq ans**. Les communes peuvent pour cela s'organiser comme elles le souhaitent, par exemple en continu ou à un rythme quinquennal. Si la révision a lieu plus tard, c'est-à-dire au terme de sept, huit, voire dix ans, elles ne toucheront que la subvention correspondant à **une** période d'actualisation (cinq ans), de façon à éviter de trop grands intervalles. En effet, selon François Höpflinger[25], la diversité des effets du vieillissement en fonction des cohortes considérées, de même que les ancrages biographiques extrêmement hétérogènes de la phase de vie post-professionnelle des seniors exigent une planification et un aménagement anticipateurs de la prévoyance et de la sécurité les concernant. Une planification régulière établie tous les cinq ans est de ce fait considérée comme un instrument permettant de réagir à temps aux changements de situation liés à des cohortes précises ou à des tendances nouvelles.
- Le plan d'action communal prend la forme d'un rapport à l'intention de la SAP, qui présente et discute les critères ci-dessus. Si les **prescriptions en matière de contenu sont satisfaites** et que celui-ci renseigne sur l'avancement des mesures prises dans le cadre de la politique communale en matière de 3e âge, la commune peut prétendre à un soutien financier.

[25] Thesen zu Aspekten einer modernen Alterspolitik (*http://www.hoepflinger.com/fhtop/fhalter1G.html*, état au 3 juillet 2008).

Planifications régionales des besoins

Maintenant que des lignes directrices relatives au 3e âge sont prêtes dans presque tout le canton et que les communes se sont penchées sur le thème du vieillissement, il faut passer à l'étape régionale, en particulier en ce qui concerne la planification des besoins.

En effet, il ne suffit pas d'élaborer et d'actualiser des lignes directrices communales, il faut également une planification des besoins en matière de politique du 3e âge au niveau régional qui, elle aussi, doit être régulièrement mise à jour. Cette nécessité résulte surtout de la planification des EMS, les places dans ces institutions étant attribuées là où le besoin en est clairement démontré. Lorsqu'une demande de places supplémentaires est déposée, les communes et les régions sont tenues de communiquer leur avis sur le projet à l'autorité cantonale (SAP – OPAH) en se fondant sur la planification des besoins et les lignes directrices communales.

Le but de la planification régionale est de définir le besoin en soins résidentiels, semi-résidentiels et ambulatoires dans la région concernée et d'élaborer des scénarios pour la mise en œuvre et le développement des offres requises. La SAP exige cette planification pour pouvoir allouer de manière ciblée le contingent de places en EMS.

Les planifications des besoins existantes (Aaretal, association VRB, Haute-Argovie, seeland.biel/bienne, Jura bernois) portent pour l'instant sur les régions d'aménagement du territoire. L'expérience a montré qu'en matière de planification, les questions qui touchent ce domaine sont étroitement liées à celles qui concernent la politique du 3e âge. Toutefois, à l'avenir, la tâche de planification régionale reviendra aux six **conférences régionales** nouvellement créées, à qui les communes sont invitées à la transférer. Le canton indique aux conférences régionales le nombre de places en EMS nécessaires dans leur périmètre (cf. domaine d'intervention no 6, planification des EMS, p. 50) à partir des projections démographiques régionales.[26]

Intégration de la planification des besoins dans les conférences régionales

Le thème de la vieillesse et du vieillissement touche tous les domaines de la vie. De ce fait, il est essentiel d'y sensibiliser les responsables politiques et de l'intégrer dans les

[26] Projections régionalisées de l'évolution démographique du canton de Berne jusqu'en 2030, scénario moyen (*http://www.fin.be.ch/fin/fr/index/finanzen/finanzen/publikationen/bevoelkerungsprojektion.html*, édition 2008 / banque de données de la Conférence des statistiques du canton de Berne).

analyses de situation et les processus de planification. Il ne faut pas seulement en tenir compte dans la planification des besoins en soins (ambulatoires et résidentiels), mais aussi dans l'aménagement du territoire et la planification des transports, qui touchent différents aspects tels que l'espace public sans barrières architecturales (design for all), le logement sans obstacles, la desserte et l'équipement avec leurs aspects techniques, ainsi que le maintien de la mobilité grâce à un environnement adapté aux usagers en général. De ce fait, il est important pour la SAP que la planification des besoins en matière de politique du 3e âge se fasse par les mêmes canaux que l'aménagement du territoire et que la planification des transports et du milieu bâti. Ce n'est qu'en faisant le lien entre des offres de soins coordonnées (ambulatoires et résidentielles) et une planification de l'urbanisme et des transports adaptée à l'être humain que l'on pourra créer un environnement de vie optimal pour les personnes âgées. Des logements et un environnement idéalement aménagés dans leur commune et leur région d'origine leur permettront de conserver le plus longtemps possible leur autonomie, ce qui correspond au but premier de la politique du 3e âge du canton.

La possibilité pour une personne de mener une vie autodéterminée ne dépend pas seulement de sa constitution physique ; elle est conditionnée d'une manière déterminante par l'espace extérieur, aménagé par la société. En effet, s'il est difficile d'influer sur les limitations physiques liées à la vieillesse, l'aménagement et l'accessibilité de l'environnement dépendent de la planification humaine, qui est influençable. L'environnement dans lequel les individus se déplacent, vivent et habitent doit être agencé de façon à rester utilisable même quand la mobilité physique est réduite, notamment en raison de l'âge. La SAP voit là une mission essentielle et une responsabilité politique des communes et des conférences régionales. Celles-ci doivent, pour l'urbanisme et les transports, établir leurs planifications en élargissant leur vision à la population vieillissante et à ses besoins, en se fondant sur une planification régionale des besoins en matière de politique du 3e âge régulièrement actualisée.

L'Office des affaires communales et de l'organisation du territoire (OACOT), de la Direction de la justice, des affaires communales et des affaires ecclésiastiques, attribue aux **conférences régionales** les **objectifs** suivants :[27]

- pilotage ciblé du développement des espaces de vie et des espaces économiques,
- obligation de collaborer,
- simplification des structures.

La planification régionale des besoins en matière de 3e âge répond à ces mêmes principes et vise le même but : piloter **non seulement l'offre de soins et de soutien, mais aussi le développement de l'espace de vie des personnes âgées**. L'obligation de collaborer dans des structures simplifiées au sein des conférences régionales constitue pour cela le lieu idéal. Les conférences comptant déjà quelques-unes des problématiques précitées parmi leurs tâches obligatoires, y ajouter la planification de la politique de la vieillesse paraît tout à fait judicieux. L'Office des personnes âgées et handicapées (OPAH) a déjà évoqué ce sujet avec l'OACOT, qui a réagi de manière apparemment favorable. Il s'agira de lancer un projet destiné à répondre aux questions suivantes : quelles tâches le canton transfère-t-il aux conférences régionales ? Quels sont les instruments dont celles-ci disposent et quel rôle jouent-elles dans ce nouveau domaine d'intervention, notamment par rapport aux communes et au canton ?

Critères et objectifs de la planification régionale

- Démographie : situation présente = population actuelle des communes dans la région d'aménagement concernée, en fonction de l'âge (65–79 ans et 80+).
- Démographie : situation future = projection de l'évolution de la population des communes dans la région d'aménagement concernée, pour les classes d'âge citées, dans les 5, 10, 15 et 20 prochaines années = base de calcul pour le besoin 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 ?
  - mesures permettant une répartition aussi adaptée aux besoins que possible (surtout dans les régions où elle est inégale).
- Planification des offres supra-communales dans le domaine du 3e 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.

La SAP est disposée, sous certaines conditions, à octroyer un soutien financier approprié pour l'élaboration des planifications régionales des besoins :

- La planification se fait à intervalles réguliers, c'est-à-dire **tous les cinq ans** (ce qui correspond à une période d'actualisation).
- Cette **actualisation régulière** est la condition à remplir pour qu'une partie du coût soit prise en charge sur demande. Si elle se fait plus tard que prévu, par exemple après sept, huit, voire dix ans, la région concernée ne bénéficiera que du montant correspondant à **une** période d'actualisation (= cinq ans).

Ce soutien financier est considéré comme un investissement judicieux et durable. En effet, si l'on veut axer la politique du 3e âge sur le futur, et notamment repérer à temps toute nouvelle tendance et y réagir rapidement, il faut une discussion permanente sur ces. De cette façon, le thème

[27] Exposé de Christoph Miesch, chef de l'Office des affaires communales et de l'organisation du territoire, le 9 septembre 2009 au restaurant « Ochsen », Lützelflüh.

du 3e âge trouve naturellement sa place dans l'action politique et celle-ci reste à jour. Les coûts inutiles, dus par exemple au fait que les changements ne sont pas perçus ou le sont trop tard, peuvent être évités. L'incitation financière instaurée par le canton permet aux communes et aux régions d'assumer régulièrement et de manière optimale leurs tâches et leurs obligations en matière de planification du 3e âge, conformément à la LASoc.

Encouragement de forums du 3e âge dans les régions

Groupe de travail «Altersfragen» en Haute-Argovie

Ce groupe pilote, qui dispose d'un contrat de prestations avec la SAP, est chargé d'organiser chaque année le forum du 3e âge de Haute-Argovie et de préparer la planification régionale des besoins dans ce domaine. Les travaux de planification sont quasiment terminés, et le groupe a adopté le rapport début 2011.

Le groupe sera par ailleurs intégré à la région de Haute-Argovie lorsque la responsabilité de la planification sera transférée aux conférences régionales (cf. chapitre précédent, p. 46). Il se prépare à sa future tâche, l'objectif étant d'en faire une commission de la Conférence régionale de Haute-Argovie dès que celle-ci sera sur pied. La politique du 3e âge se verra ainsi donner le poids qui lui revient au niveau régional.

Le contrat de prestations conclu avec la SAP, qui prévoit une subvention annuelle de 20 000 francs au maximum, couvre les années 2010 à 2013

Intégration des intérêts de la population âgée dans le débat public

Pro Senior Bern: Berner Forum für Altersfragen

Pro Senior Bern s'engage pour une planification participative en matière de politique du 3e âge, recense les besoins et encourage l'échange de savoir et d'expérience dans le cadre de colloques, de forums et d'ateliers, ainsi que par Internet. Les connaissances ainsi regroupées sont mises à la disposition des parties intéressées (institutions, autorités communales, régionales et cantonales, particuliers).

L'association Pro Senior Bern s'est fait connaître en organisant chaque année une journée d'échanges cantonale et a acquis une bonne réputation. Cette journée a connu une bonne affluence en 2008, 2009 et 2010. En 2009, où l'interprétation simultanée était assurée pour la première fois, elle a attiré plus d'institutions et de foyers du Jura bernois. Ces rencontres annuelles et ces échanges d'expériences s'adressent aux communes, aux responsables d'institutions et aux membres des organismes responsables, ainsi qu'aux seniors qui s'intéressent à la politique du 3e âge et s'engagent dans ce sens.

Outre les journées annuelles, l'association a organisé à l'automne 2008 une série de manifestations sur le thème «Démence: vivre avec l'oubli», en collaboration avec la section bernoise de l'association Alzheimer (cf. p. 30). Ces manifestations, qui ont attiré un public nombreux, ont confirmé l'hypothèse selon laquelle cette information répond à un besoin majeur des familles et proches concernés. Les diverses expériences et le savoir-faire acquis ont ensuite été intégrés au projet InfoMobil (cf. p. 31) de la section bernoise de l'association Alzheimer. Par ailleurs, grâce à des fonds du sponsoring, la somme octroyée à l'association obtenue n'a pas été épuisée et a pu être utilisée pour ce même projet.

Pro Senior Bern faisant du travail de terrain utile à la sensibilisation et à l'ancrage de la politique du 3e âge, la SAP a conclu un nouveau contrat de prestations avec l'association pour les années 2009–2011. L'activité de Pro Senior Bern est soutenue par une subvention de 25 000 francs par an; en 2007/2008, l'association avait été subventionnée à hauteur de 15 000 francs par an.

Dialogue des générations: projet «Jung mit Alt»

Le Bernischer Verband für Seniorenfragen (BVSF, association bernoise des aînés et des rentiers) a lancé ce projet en 2005. Il consiste à organiser des visites de classe: six ont eu lieu en 2005, sept en 2006 et en 2007, dix (150 élèves environ) en 2008. Pour la première fois, outre les visites à l'école professionnelle gibb, au Freies Gymnasium Bern et à l'école Steiner, une visite a été organisée dans une classe du centre de formation continue à Lyss. Sur la base de ces expériences et pour répondre au souhait des élèves et des enseignants, le projet sera poursuivi.

Les seniors discutent des questions qui intéressent les élèves soit avec la classe entière, soit en petits groupes. En racontant ce qu'ils ont vécu, ils créent un lien entre le présent des jeunes et un passé que ceux-ci n'ont pas vécu, un lien avec l'histoire, tout en leur permettant d'affiner l'idée qu'ils se font des personnes âgées. Les entretiens et les discussions portent sur un thème défini à l'avance[28], par exemple, en 2010, «Modération, retenue, ralentissement et gratitude».

Ce projet constitue une démarche proactive de la part des aînés: ils prennent la parole et recherchent le contact avec celles et ceux qui les suivent, deux générations plus tard, contribuant ainsi à représenter les intérêts des personnes âgées dans la société et à entamer le dialogue intergénérationnel. Le projet favorise l'intégration de toutes les générations en les amenant à respecter chaque âge de la vie et à voir en lui une partie d'un tout. La SAP apprécie beaucoup cet apport bénévole des seniors et considère

[28] 2005: Jeunesse des seniors pendant la seconde guerre mondiale; 2006: Vertus et valeurs; 2007: Epargne, argent et écologie; 2008: Les peurs et comment les surmonter; 2009: Courage, responsabilité, confiance et espoir.

que le projet est une contribution active, importante, à la compréhension entre les générations.

La SAP continuera à soutenir le projet, à titre de marque de reconnaissance pour l'engagement actif et infatigable des seniors, par une participation aux frais administratifs d'un montant de 4000 francs par an.

Conclusion

Les lignes directrices et les planifications en matière de politique du 3e âge, tant communales que régionales, représentent un instrument important de mise en œuvre de la politique du 3e âge du canton de Berne. La planification constitue une mission permanente, raison pour laquelle il faut la revoir à intervalles réguliers ou en continu, et actualiser constamment les lignes directrices.

A côté des planifications, il convient d'honorer d'autres efforts qui contribuent à intégrer les intérêts des personnes âgées dans le débat public et à créer des liens entre les générations. Le débat public doit prendre place dans des contextes très différents afin de faire évoluer les images et les stéréotypes souvent négatifs associés à la vieillesse.

Domaine d'intervention n° 6
Offre résidentielle conforme aux besoins

Les EMS constituent une pièce maîtresse de la politique cantonale du 3e âge. Les personnes s'y font admettre quand elles ne sont plus capables de mener une vie autonome dans leurs propres murs, même avec un soutien ambulatoire formel ou informel. Répartir de la manière la plus juste possible les places en EMS sur l'ensemble du canton en fonction du nombre de personnes de plus de 80 ans fait partie des tâches de planification dans ce domaine. Actuellement, la répartition des places n'est pas équilibrée au vu de l'évolution démographique prévisible d'ici à 2030. Les planifications régionales des besoins, futures ou déjà en cours, devront se confronter à cette problématique.

	Etat actuel 1.1.11	**2015**	**2020**	**2025**	**2030**
Population 80+ dans le canton de Berne	Prévision 31.12.10 55 535	59 734	63 712	75 323	88 103
Offre de places en EMS	Etat 1.1.11 14 532	Contingent 15 500	Contingent 15 500	Contingent 15 500	Contingent 15 500
Taux de couverture en % (nombre de places/population 80+)	Etat 1.1.11 26,2 %	25,9 %	24,3 %	20,6 %	17,6 %

Source: Prévision de l'évolution de la population dans le canton de Berne, scénario moyen (tendance), fondée sur les données de la Conférence des statistiques du canton de Berne, publiée en décembre 2008.

Planification des EMS

L'évolution démographique évoquée en introduction concerne aussi la classe d'âge des 80 ans et plus. Ce groupe constitue la base de calcul pour la planification des EMS. Malgré l'augmentation du nombre de personnes du 4e âge, le canton s'en tiendra au contingent de 15 500 places en EMS.

Evolution du taux de couverture

Le taux de couverture en places d'EMS selon la LAMal exprime le rapport entre le nombre de places existantes et le nombre de personnes de plus de 80 ans. A l'heure actuelle, le canton de Berne compte 14 532 places en exploitation (état au 1er janvier 2011), auxquelles s'ajoutent 610 places déjà réservées, en cours de création grâce à l'agrandissement d'institutions existantes ou à de nouveaux projets. Il reste 357 places disponibles, à la suite de quoi le contingent de 15 500 places sera épuisé.

Malgré l'augmentation qui se dessine du nombre de personnes de plus de 80 ans, le contingent de places en EMS ne sera pas augmenté. Par conséquent, le taux de couverture moyen tombera à environ 17 pour cent d'ici 2030. Dans le rapport intermédiaire 2007, on prenait encore pour hypothèse un taux de couverture de 22 pour cent po

Plusieurs raisons justifient le fait de ne pas augmenter le contingent de lits malgré l'évolution démographique:

1. Selon la statistique SOMED, le taux d'occupation des institutions de long séjour pour personnes âgées était en moyenne de 93,1 pour cent en 2008 et de 92 pour cent en 2009, ce qui montre qu'il existe globalement assez de places dans le canton et qu'il n'y a donc pas pénurie. La difficulté est plutôt que ces places sont mal réparties: certaines régions sont bien dotées, d'autres moins. Améliorer cette situation est l'un des objectifs des planifications régionales des besoins en matière de politique du 3e âge (cf. domaine d'intervention 5, p. 46).
2. Toujours selon la statistique SOMED, en 2009, 32,3 pour cent des places, soit près d'un tiers, étaient occupées par des personnes requérant un degré de soins 0, 1 ou 2[29]. Or la politique cantonale du 3e âge a pour but de mettre les places en EMS à la disposition des personnes ayant un besoin de soins important qui ne peut plus être couvert par les offres ambulatoires. L'une des tâches des communes et des régions est donc d'organiser les offres de logement et de vie de manière que les personnes ne nécessitant que peu ou pas de soins puissent être prises en charge de façon ambulatoire. A l'avenir, les places en EMS devront être attribuées essentiellement aux personnes relevant des degrés de soins supérieurs et qui ne peuvent plus vivre de manière

[29] Degré de soins 0 = pas de soins nécessaires, aide limitée à 15 minutes; degré de soins 1 = max. 45 minutes de prestations de soins par jour; degré de soins 2 = max. 75 minutes de prestations de soins par jour (d'après le modèle à 10 degrés, valable jusqu'au 31 décembre 2010).

autonome dans leurs propres murs, malgré un soutien ambulatoire formel ou informel. Cette évolution oblige les institutions à se réorienter.

3. Le changement entraîné dans le domaine des investissements par le nouveau financement des soins fera que la plupart des personnes n'ayant que peu ou pas besoin de soins n'entreront plus en EMS. En raison du relèvement du forfait d'investissement, qui peut aller jusqu'à 34,55 francs au maximum par jour en 2011, le tarif augmentera en effet d'environ 1000 francs par mois, ce qui constitue une incitation à repousser l'entrée en institution, voire à l'éviter. De ce fait, les places en EMS seront de plus en plus souvent disponibles pour le groupe cible évoqué, c'est-à-dire les personnes tributaires de soins.
4. Les institutions de long séjour voient aujourd'hui déjà la durée des séjours raccourcir : les personnes nécessitant des soins y entrent plus tard et à un stade de dépendance notablement plus avancé qu'il y a quelques années encore.
5. Même si l'allongement de la durée de vie risque d'entraîner un décalage vers le 4e âge et sans doute une augmentation de la demande, la SAP estime que le canton dispose globalement d'un nombre de places suffisant. En effet, dans l'hypothèse d'un taux stable de personnes tributaires de soins accueillies en résidentiel (rapport au nombre total de personnes tributaires) et d'une durée de dépendance aux soins identique à celle d'aujourd'hui, l'étude de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) sur la planification des EMS publiée en décembre 2010[30] table sur un besoin de quelque 13 500 lits dans le canton de Berne jusqu'en 2030. Les personnes attribuées aux degrés de soins inférieurs ne sont pas prises en compte car, d'après l'étude, elles pourront continuer à vivre de manière autonome malgré de légères limitations et n'auront pas besoin des structures résidentielles. Cette estimation coïncide avec les objectifs du canton de Berne en matière de politique du 3e âge. Si la demande devait augmenter malgré tout parce que le vieillissement était plus marqué que prévu et que la phase de dépendance aux soins s'allongeait du fait de l'augmentation de l'espérance de vie, il resterait encore une capacité suffisante vu le contingent cantonal fixé à 15 500 places.
6. Le nouveau régime de financement des soins entré en vigueur le 1er janvier 2011 entraîne une surcharge massive du budget cantonal. Une fois cette réforme achevée, il faut s'attendre à un surcoût de 82 millions de francs par an. Extrapolé au contingent de places en EMS, ce montant représente 5300 francs par place et par an. Si le contingent était augmenté de 500 places, par exemple, la charge supplémentaire pour les pouvoirs publics serait de 2,5 millions de francs par an. Etant donné la situation financière tendue, une telle augmentation n'est pas envisageable. Malgré l'évolution démographique, un accroissement du contingent n'entre donc pas en ligne de compte, ce d'autant plus qu'il ne correspondrait aucunement au souhait des personnes âgées de rester le plus longtemps possible chez elles.

Pour toutes ces raisons, la SAP ne voit pas de nécessité de modifier le contingent fixé pour les places en EMS.

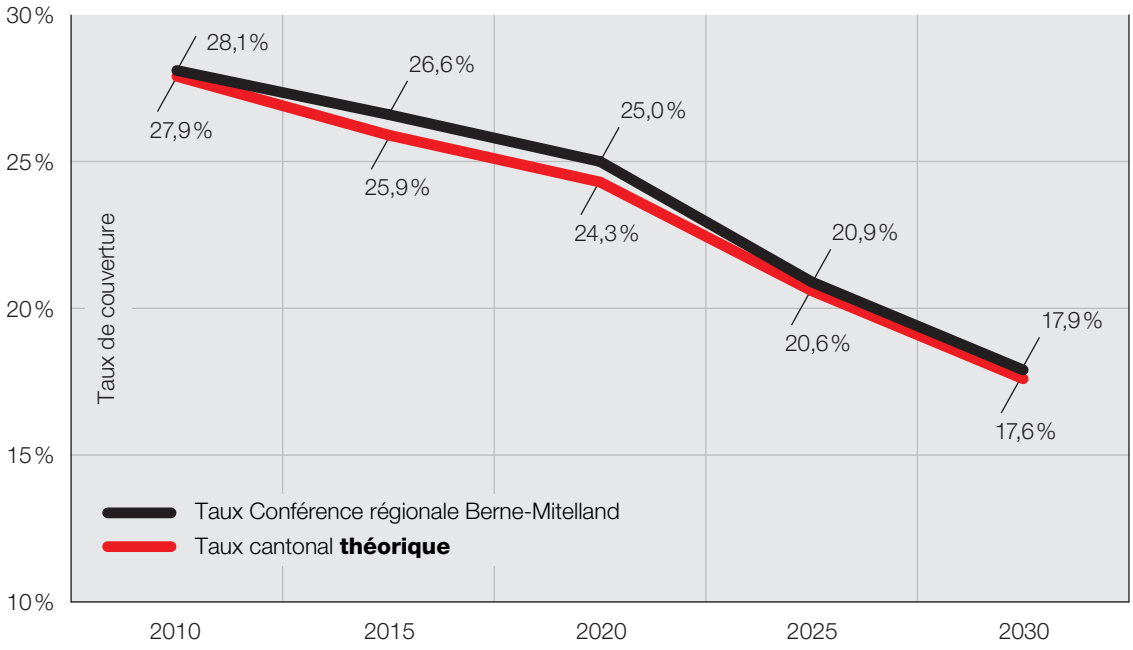
Répartition des places en EMS entre les régions

Un taux de couverture moyen de 17,6 pour cent en 2030 est désormais la valeur de référence pour la planification régionale des besoins. Cela signifie que pour les régions d'aménagement des conférences régionales, le nombre théorique de lits à l'horizon 2030 doit être fixé à 17,6 pour cent du nombre de personnes de plus de 80 ans selon le scénario moyen. Cet objectif est à comparer avec le nombre actuel de lits **et** celui des places déjà réservées afin d'anticiper soit un déficit, soit un nombre de places supérieur à la moyenne cantonale.

On trouvera ci-après un bref aperçu commenté de la répartition des places en EMS pour le périmètre de chaque conférence régionale (état au 1er janvier 2011).

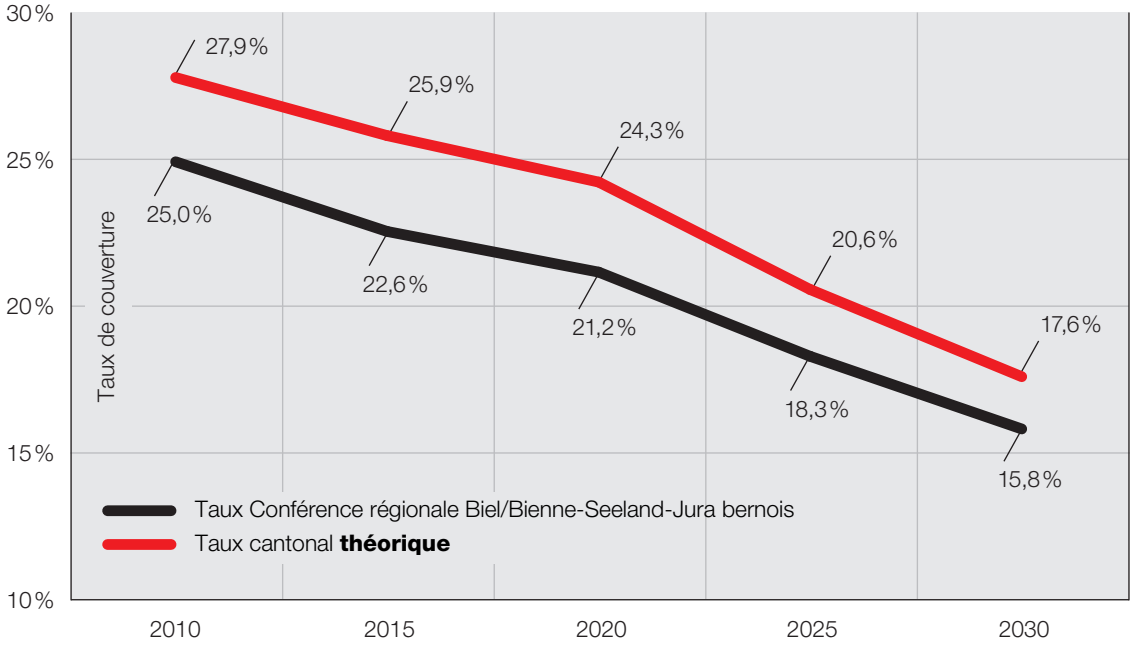
[30] Bayer-Oglesby, Luc et Höpflinger, François. 2010. Statistische Grundlagen zur regionalen Pflegeheimplanung in der Schweiz. Methodik und kantonale Kennzahlen (rapport Obsan 47). Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé : *http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/publikationsdatenbank.html?publicationID=4122.*

Evolution de la couverture: Conférence régionale Berne-Mittelland



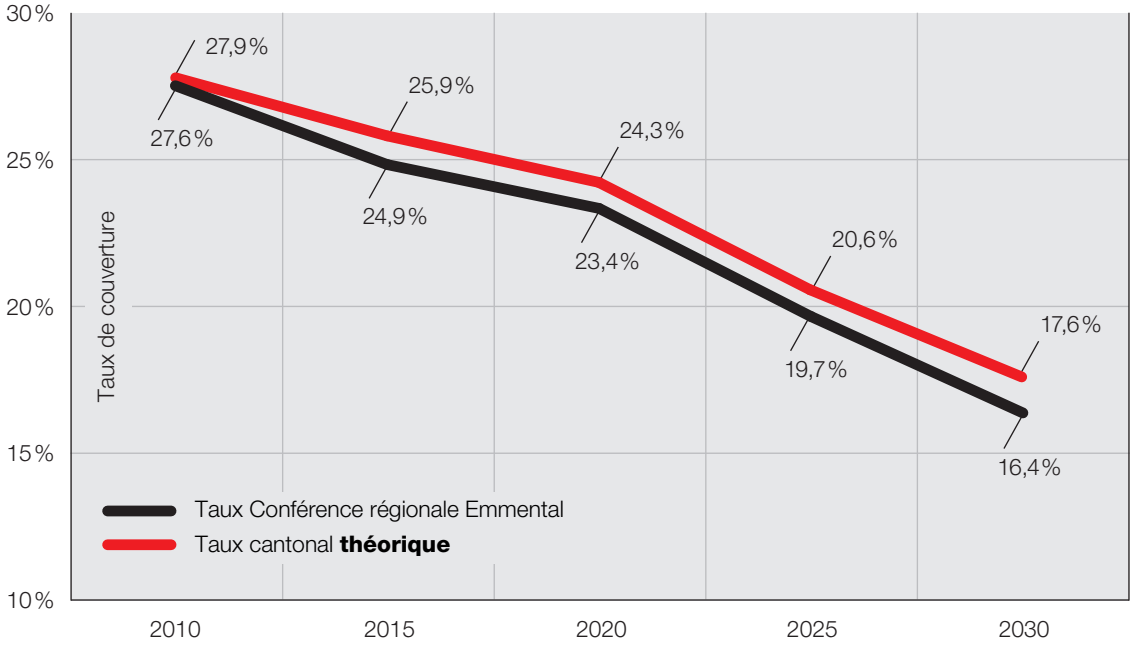
Pour la Conférence régionale Berne-Mittelland (386 217 habitants au 1er janvier 2010), le nombre de places en EMS est légèrement supérieur à l'effectif actuel, places réservées comprises. En chiffres absolus, on aboutira en 2030 à un **excédent de 100 lits**. Cette évolution s'explique par la tendance inverse en ville de Berne: le nombre de personnes de plus de 80 ans y diminuera massivement jusqu'en 2020, puis augmentera de nouveau jusqu'en 2030, mais le niveau ne dépassera que de 3,9 pour cent celui de 2010. Dans l'ensemble de la région, le nombre de personnes de plus de 80 ans augmentera de 56 pour cent entre 2010 et 2030, ce qui est légèrement inférieur à la croissance cantonale moyenne (58 pour cent).

Evolution de la couverture: Conférence régionale Biel/Bienne-Seeland-Jura bernois



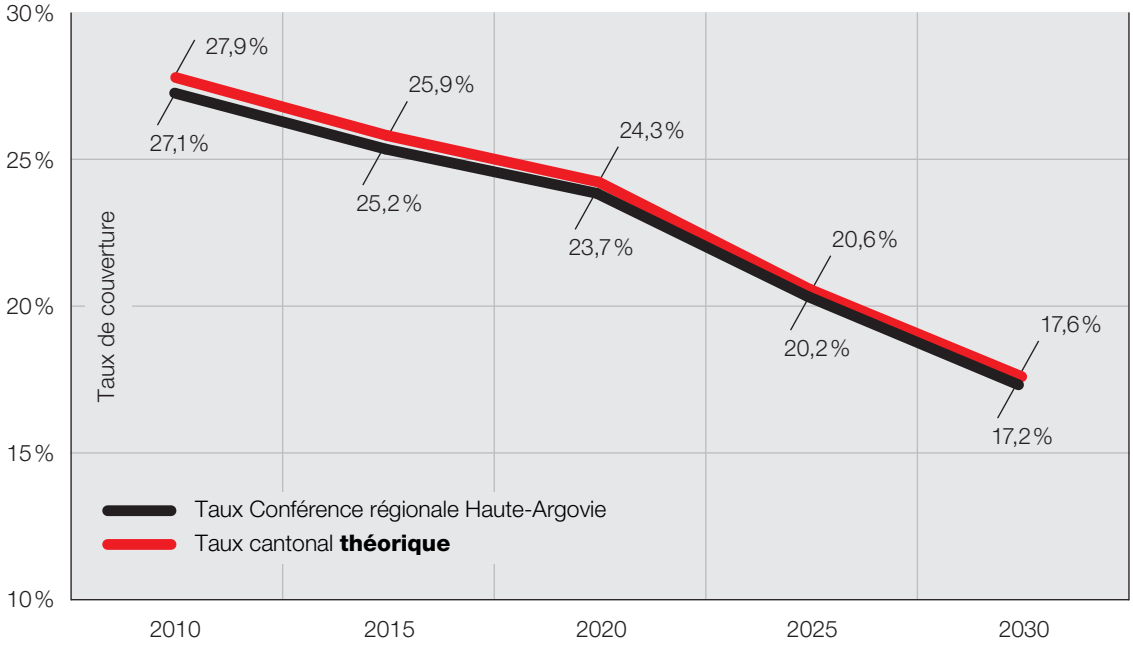
Dans le périmètre de la Conférence régionale Biel/Bienne-Seeland-Jura bernois (211 808 habitants au 1er janvier 2010), le tableau est complètement différent. Cette région va être confrontée à un nombre de places en EMS nettement inférieur à la moyenne cantonale. En chiffres absolus, on aboutira en 2030 à un **déficit de 330 lits**. Le nombre de personnes de plus de 80 ans augmentera de 58 pour cent entre 2010 et 2030, ce qui correspond à la croissance cantonale moyenne.

Evolution de la couverture: Conférence régionale Emmental



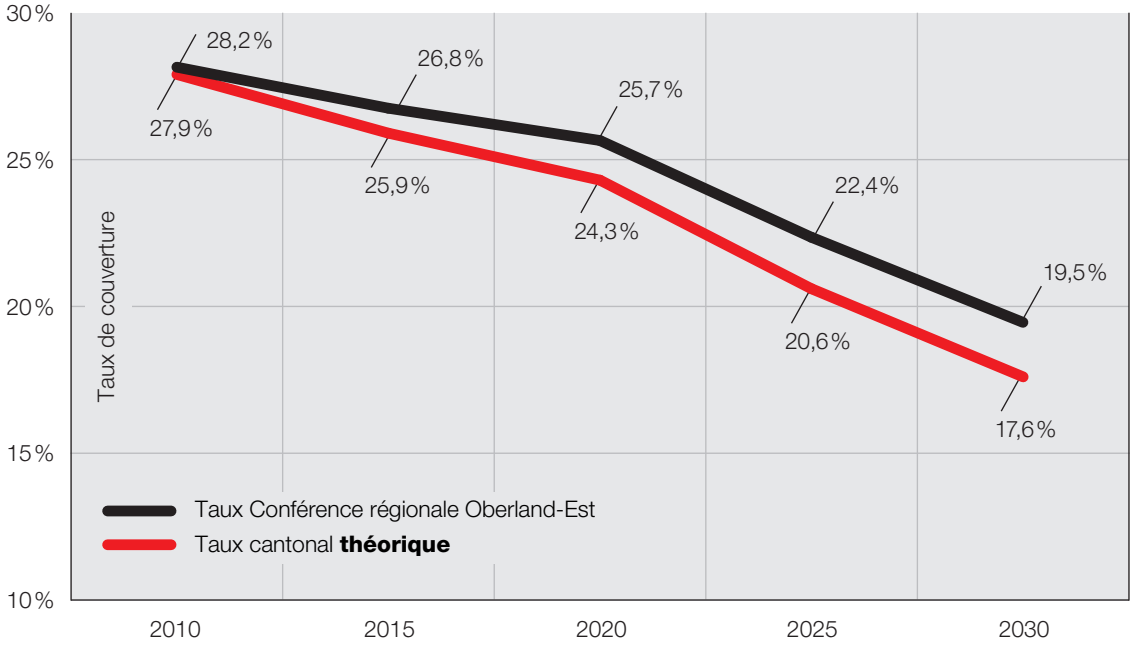
Dans le périmètre de la Conférence régionale Emmental (93 274 habitants au 1er janvier 2010), le nombre de lits, qui se situe encore dans la moyenne à l'heure actuelle, devrait passer en dessous d'ici 2030. En chiffres absolus, on aboutira en 2030 à un **déficit d'une bonne centaine de lits**. Cette évolution s'explique par le fait que l'augmentation du nombre de personnes de plus de 80 ans entre 2010 et 2030 – 68 pour cent – devrait être supérieure à la croissance cantonale moyenne (58 pour cent).

Evolution de la couverture: Conférence régionale Haute-Argovie



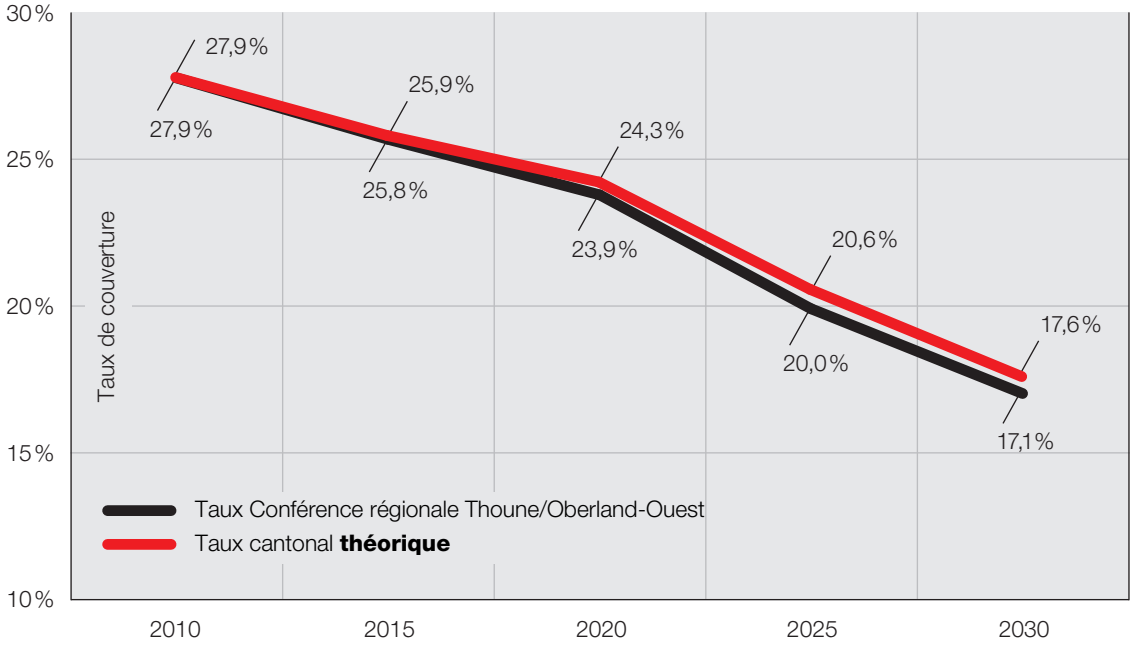
Dans le périmètre de la Conférence régionale Haute-Argovie (76 957 habitants au 1er janvier 2010), le nombre de lits est aujourd'hui légèrement inférieur à la moyenne cantonale, mais il s'en rapprochera à l'avenir. En chiffres absolus, il se situera pratiquement dans la moyenne en 2030; on aboutira à un **déficit d'à peine 30 lits**. Le nombre de personnes de plus de 80 ans augmentera de 58 pour cent entre 2010 et 2030, ce qui correspond à la croissance cantonale moyenne.

Evolution de la couverture: Conférence régionale Oberland-Est



Dans le périmètre de la Conférence régionale Oberland-Est (46 455 habitants au 1er janvier 2010), le nombre de lits sera nettement supérieur à la moyenne en 2030. En chiffres absolus, on aboutira à un **excédent de 77 lits**. En effet, la population des personnes de plus de 80 ans n'augmentera de 2010 à 2030 que de 44 pour cent, ce qui est nettement inférieur à la croissance cantonale moyenne (58 pour cent) et explique ce surplus jusqu'en 2030.

Evolution de la couverture: Conférence régionale Thoune/Oberland-Ouest



Dans le périmètre de la Conférence régionale Thoune/Oberland-Ouest (159 524 habitants au 1er janvier 2010), le nombre de lits correspond exactement à la moyenne cantonale et passera légèrement en dessous d'ici 2030. En chiffres absolus, on aboutira en 2030 à un **déficit de 70 lits**. L'augmentation du nombre de personnes de plus de 80 ans entre 2010 et 2030, de 62 pour cent, sera supérieure à la moyenne cantonale.

Personnes âgées handicapées et tributaires de soins

Sur les 14 532 lits en exploitation mentionnés plus haut, 644 relèvent de l'AI. Le besoin croissant en prestations de soins dans ce domaine est incontesté, parce que les personnes handicapées sont plus nombreuses à atteindre un âge élevé aujourd'hui que dans le passé.
Il n'existe pas encore de planification des besoins propre au domaine AI. Dans le cadre de la CDS, on réfléchit actuellement à la manière d'aborder cette problématique ; la SAP participera activement à ces réflexions. Les résultats influeront sur les travaux menés dans le canton de Berne. Une planification des besoins propre à l'AI, distincte de celle de l'AVS, permettrait aux divisions concernées de l'OPAH de repérer des tendances propres à certains groupes et de les prendre en compte dans la planification.

Conséquences pour la planification des EMS
Les places relevant de l'AI sont comptées dans les calculs ci-dessus mais si on les en exclut, on constate en 2030, pour le domaine de l'AVS, un déficit en lits dans toutes les conférences régionales à l'exception de l'Oberland-Est. En chiffres absolus, la situation se présente comme suit : Berne-Mittelland moins 227 places, Jura bernois-Biel / Bienne-Seeland moins 493, Emmental moins 226, Haute-Argovie moins 42, Thoune Oberland-Ouest moins 95. Seul l'Oberland-Est présente une couverture supérieure à la moyenne, avec 77 places en plus.

Conclusion

Le contingent de 15 500 places en EMS pour les personnes âgées tributaires de soins reste inchangé. Une augmentation n'est pas nécessaire pour l'instant. La question de l'inégalité dans la répartition des places sur l'ensemble du canton doit être abordée et réglée dans le cadre des conférences régionales par le biais des planifications régionales des besoins.

Domaine d'intervention nº 7
Recrutement du personnel soignant et du personnel d'encadrement

Un 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. 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 3800 auxiliaires de santé CRS répartis très inégalement dans le système de santé : ils ne constituent que 0,2 pour cent 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 mise en œuvre 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. Cette pénurie s'aggravera encore à l'avenir. L'étude de l'Obsan publiée en février 2009 et intitulée **Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020** révèle que les besoins en personnel augmenteront en moyenne de 13 pour cent d'ici 2020 sur la seule base de l'évolution démographique. Le recrutement de personnel de la santé constitue dès lors l'un des enjeux majeurs du système de santé publique en Suisse. La SAP a identifié ce problème il y a plusieurs années déjà et favorise en permanence l'offre en places de formation à tous les niveaux par le biais d'une indemnité forfaitaire versée aux centres de formation. En 2009, elle a versé des contributions d'un montant de près de 3,4 millions de francs.

Selon le rapport national sur les besoins en effectifs, quatre domaines d'intervention sont prioritaires pour remédier à la pénurie de personnel qui menace les professions de la santé :

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

Formation et perfectionnement dans le domaine des soins et de l'encadrement

Formation du personnel soignant

A l'heure actuelle, la situation des effectifs du secteur de la santé est tendue dans certains des secteurs et régions sanitaires, et d'importantes lacunes se profilent en ce qui concerne l'assurance de 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. 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 2010, l'offre de places de formation d'assistant-e en soins et santé communautaires (ASSC) a encore été augmentée pour atteindre 610 places d'apprentissage. Les institutions font preuve d'une tendance croissante à former également des adultes par le biais d'apprentissages abrégés et à procurer ainsi une qualification au personnel paramédical dont elles disposent déjà. Elles fidélisent de la sorte activement leur propre personnel. Dans le domaine des soins de longue durée en particulier, d'importants efforts ont permis de créer un nombre supérieur à la moyenne de places de formation dans les EMS et les services d'aide et de soins à domicile.

Il faut résoudre les problèmes de recrutement pour la formation en soins infirmiers en école supérieure (ES). Alors que 83 pour cent des places de formation ont pu être occupées en 2010, seules 60 pour cent l'avaient été l'année précédente. Afin de débloquer cette situation, la SAP a pris plusieurs mesures :

- A titre de mesure d'encouragement, des moyens ont été dégagés pour allouer annuellement à 20 adultes, entre 2008 et 2011, une indemnité de formation accrue durant toute la durée de leurs études.
- Dans le cadre du projet « Infirmière, infirmier ES, une deuxième formation » (filière soutenue par les institutions), la SAP et la Direction de l'instruction publique ont décidé, à titre de mesure d'urgence supplémentaire, d'élargir rapidement et de manière durable le champ de recrutement des soins infirmiers ES. Toutefois, la durée de cette formation, le temps qu'elle prend et l'argent qu'elle nécessite la rendent peu attrayante. Alors que 100 places d'étude étaient disponibles, seules 30 personnes ayant travaillé ou travaillant dans un autre domaine que celui de la santé ont pu être recrutées.

Pour améliorer cette offre, la création d'une filière ES en cours d'emploi est envisagée. Le projet est cofinancé par l'Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie (OFFT), car il contribue à lutter contre le chômage des jeunes.

- La réglementation du financement des cours de réinsertion professionnelle a, elle aussi, été revue. La SAP prend 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. Ces dernières années, l'association professionnelle de soins et assistance « cura humanis » et l'école du Lindenhof à Berne ont proposé de tels cours.

La SAP a organisé une réunion pour informer et sensibiliser les cadres dirigeants des institutions de la santé au sujet des projets prévus pour assurer la relève. A cette occasion, les institutions ont été invitées à couvrir les futurs besoins en personnel autant que possible par leurs propres prestations de formation. Cet objectif doit être atteint d'une part grâce à des directives concrètes (stratégie de la formation), d'autre part grâce au soutien et aux incitations de la SAP. L'une des mesures prévues est l'obligation de formation dans les professions de la santé non universitaires. Si de telles démarches s'avèrent insuffisantes, d'autres sont prévues (p. ex. un recrutement coordonné à l'étranger). La recherche de personnel qualifié à l'étranger est cependant discutable sur le plan éthique et contrevient au Code de pratique de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé. C'est pourquoi les Etats doivent planifier les professions de la santé de manière à ne pas devoir recourir à de la main-d'œuvre immigrée.

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 :

- En 2002, le canton de Berne a introduit une indemnisation des prestations de formation pratique des institutions dans le secteur des professions de soins et d'encadrement. Grâce à cette mesure, l'offre de places d'apprentissages pour les assistants en soins et santé communautaire (ASSC) a pu être étoffée durant la période de planification 2007–2010. En 2006, cette indemnisation a été étendue à la formation dispensée par les hautes écoles spécialisées.
- Pour inciter les jeunes en fin de scolarité à choisir des professions de la santé, le canton finance chaque année des stands à la Foire bernoise de la formation, ainsi que d'autres séances d'information appropriées. Il soutient les mesures de communication de l'organisation du monde du travail cantonale (OdA Santé Berne).
- En 2007 a débuté une campagne de sensibilisation des institutions aux questions relatives à la formation. Conformément à la devise « Nous formons les personnes dont nous avons besoin », les institutions sont invitées à épuiser leur potentiel de formation.

En outre, la Direction de l'instruction publique, conjointement avec la SAP et l'OdA Santé, a décidé d'avancer à août 2011 le démarrage de la formation professionnelle initiale d'aide en soins et accompagnement. D'une durée de deux ans, cette filière, qui est sanctionnée par une attestation de formation professionnelle (AFP), remplace celle d'aide-soignant-e. Il est prévu de créer 200 places de formation dans le canton de Berne.

Outre l'accroissement des prestations de formation, des mesures destinées à fidéliser le personnel sont impératives. Les résultats de l'étude NEXT[31] sont intéressants, car celle-ci examine les causes, les circonstances et les conséquences de l'abandon des professions de soins, en établissant des comparaisons avec l'étranger. Les résultats révèlent que le pourcentage des personnes souhaitant quitter le secteur des soins (et pas uniquement un établissement déterminé) varie sensiblement entre les pays participant à l'étude et, au sein de ces pays, entre les différentes institutions. Cela indique que les conditions de travail, l'identification des employés à l'institution, la reconnaissance du groupe professionnel et d'autres facteurs variables jouent un rôle important pour la fidélisation du personnel.

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). Ces prochaines années, la SAP fixera des priorités en matière d'épuisement du potentiel de formation des institutions et de maintien du personnel et poursuivra 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 effectivement 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.

Projet pilote CRS Berne « Tremplin »

Parallèlement aux formations non universitaires, un grand nombre de personnes suivent un cours d'auxiliaire de la

[31] L'étude NEXT examine les causes, les circonstances et les conséquences de l'abandon précoce de la profession. Il est particulièrement intéressant, à cet égard, de déterminer l'importance d'une telle démarche tant pour les personnes concernées que pour les institutions de soins et le secteur de la santé en général. NEXT a été financée par l'Union européenne (programme cadre QLK6-CT-2001-00475) et menée simultanément en Belgique, en Finlande, en France, en Allemagne, en Grande-Bretagne, en Italie, aux Pays-Bas, en Pologne, en Suède et en Slovaquie. Plus de 40 chercheurs de 14 instituts scientifiques ont pris part au groupe d'étude NEXT. Vous trouverez de plus amples informations sur le site Internet http://www2.uniwuppertal.de/FB14/next/dt/index_dt.htm.

santé CRS et se familiarisent ainsi avec le secteur de la santé. En 2008, 777 personnes ont suivi un tel cours.

L'association cantonale bernoise de la Croix-Rouge suisse a mis sur pied un cours de langue à l'intention des personnes issues de la migration et qui n'ont pas (encore) les connaissances de français ou d'allemand suffisantes pour suivre le cours d'auxiliaire de santé CRS. Les participants acquièrent en contexte des notions du jargon des professions de la santé et les capacités nécessaires pour gérer le quotidien en tant que personnel soignant. Le projet vise également à enseigner des techniques d'apprentissage et à encourager la réflexion sur son propre travail. Le cours préparatoire doit permettre aux participantes et participants d'atteindre le niveau de langue requis pour ensuite suivre le cours d'auxiliaire de santé CRS et maîtriser, du point de vue de la langue, le quotidien dans l'exercice de leur profession. Cela permet d'assurer l'intégration des migrantes et des migrants dans le monde du travail tout en contribuant notablement au recrutement du personnel soignant.

Durant une première phase, neuf cours ont été organisés de 2007 à 2010, dont deux en français et les autres en allemand. Le contenu a été adapté aux besoins des participants sur la base des expériences réalisées dans le cadre des tout premiers cours et constamment optimisé. La durée des cours a en outre été prolongée de quatre demi-journées afin d'enseigner le programme sous une forme moins dense.

Il s'est par ailleurs avéré qu'un certain temps était nécessaire pour faire connaître et établir l'offre, tant auprès des migrantes et des migrants que des institutions. Au début, le réseau et les contacts se sont mis en place plus lentement qu'anticipé. De la publicité a été faite et le contact direct avec les institutions a été privilégié. L'offre s'étoffe petit à petit, et le nombre d'inscriptions et d'intéressés est en constante augmentation.

La SAP continue à penser que ce projet est judicieux et qu'il constitue une mesure ciblée contribuant à recruter du personnel soignant dans le secteur du long séjour. Elle est toutefois consciente que sa mise en place nécessite davantage de temps que prévu et des cours supplémentaires. Pendant la phase pilote qui a duré de 2007 à 2010, l'association cantonale bernoise de la Croix-Rouge s'est vu octroyer une subvention d'un montant total de 90 869 francs. Compte tenu de son évolution satisfaisante, le projet bénéficie d'un soutien financier en 2011 également. Celui-ci est désormais axé sur les personnes : les coûts totaux s'élèvent à 1500 francs par personne et par cours, un montant que les participants ne sont souvent pas en mesure d'assumer totalement. S'il est dès lors judicieux d'octroyer une subvention, la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale (SAP) ne le fait néanmoins que sur demande. Elle s'élève à 1150 francs par personne, la ou le participant prenant à sa charge les 350 francs restants. Trois cours réunissant au maximum douze personnes chacun sont organisés en 2011. La participation de la SAP s'élèvera donc au maximum à 41 400 francs.

Conclusion

D'importants efforts resteront nécessaires dans ce secteur durant les années à venir. Le recrutement de personnel qualifié à l'étranger ne constitue pas une solution appropriée pour lutter contre la menace de pénurie de personnel. Il faut donc imposer une obligation de formation aux institutions du secteur de la santé, afin que le personnel nécessaire puisse être formé au sein des institutions locales et que le recrutement soit assuré de manière durable.

Domaine d'intervention n° 8
Assurance de la qualité

La loi sur l'assurance-maladie exige un processus d'assurance-qualité pour les EMS et les services d'aide et de soins à domicile. Elle fixe en outre des exigences minimales en ce qui concerne l'octroi de l'autorisation d'exploiter. Les organismes responsables des institutions exerçant une influence décisive sur le développement continu de la qualité, leur rôle est très important et la SAP souhaite les sensibiliser davantage à leurs tâches. La liste de contrôle 2009–2011, que tous les EMS doivent remplir, devrait contribuer à déterminer s'il existe une nécessité d'agir à cet égard. Dans l'affirmative, il s'agira de concevoir des offres de formation à l'intention de ces organismes.

Le rapport de 2004 intitulé **Mise en œuvre de l'ordonnance sur les foyers** est en cours de mise à jour et de refonte depuis 2009. Les exigences imposées aux EMS en matière de conception, de personnel et d'exploitation se voient concrétisées. Ces mesures, ainsi que des mémentos et des listes de contrôle aident les EMS dans leur démarche d'assurance-qualité. Le nombre de visites d'institutions effectuées au titre de la surveillance a augmenté ces cinq dernières années, mais se heurte toujours et encore à des limites faute de ressources en personnel.

Conformément au nouveau régime du financement des soins, le secteur public doit participer plus activement au financement des soins en EMS. Celui-ci se fonde sur la classification des pensionnaires au moyen d'un instrument d'évaluation. L'utilisation correcte de cet instrument revêt dès lors une grande importance sous l'angle des ressources financières du canton. La SAP souhaite donc renforcer sa fonction de surveillance en collaboration avec les assureurs-maladie et vérifier les classements opérés par les EMS.

Quant aux organisations d'aide et les soins à domicile, elles sont tenues depuis le 1er janvier 2011 d'obtenir une autorisation d'exploiter. La révision de la loi sur la santé publique (LSP ; RSB 811.01) permettra d'ancrer cette obligation au niveau législatif. Les conditions minimales fixées dans ce secteur des soins visent à protéger la santé des clientes et des clients. Tant l'Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile que l'Association Spitex privée suisse (ASPS) ont demandé l'introduction de cette obligation et soutiennent sa mise en œuvre. Une autorisation d'exploiter valable constitue en outre la base du cofinancement de leurs prestations par le canton.

Conclusion

L'amélioration permanente de la qualité des EMS et des organisations d'aide et de soins à domicile s'avère indispensable pour assurer une offre répondant aux besoins. Les conditions légales exigent une qualité minimale qui garantit la sécurité des clientes et des clients. Pour pouvoir satisfaire à long terme aux attentes des usagères et des usagers, il importe de veiller au développement continu des institutions de ce secteur dynamique.

Domaine d'intervention n° 9
Examen des mécanismes de financement

Ces dernières années, l'abandon de la couverture du déficit en faveur d'un financement axé sur les prestations, tel que l'exige l'article 75 de la loi sur l'aide sociale (LASoc, RSB 860.1), a été mis au banc d'essai dans le domaine du 3e âge. Parallèlement a été introduit le financement axé sur les personnes des séjours en EMS. Ces deux types de financement, qui attribuent aux organismes responsables des institutions une plus grande responsabilité entrepreneuriale, permettent un pilotage efficient et efficace. Celui-ci a fait ses preuves et devra, dans la mesure du possible, être étendu aux autres secteurs où il s'impose.

Financement des EMS axé sur les personnes

Le passage du financement du déficit au financement axé sur les personnes s'est effectué par étapes durant ces dix dernières années. Jusqu'en 2002, les institutions subventionnées se voyaient imposer des conditions budgétaires strictes qui ne leur laissaient aucune marge de manœuvre. Leurs investissements n'étaient financés qu'au terme d'une procédure de longue haleine dans le cadre de la compensation des charges. Cela entraînait de longs processus de décision, et une absence de motivation des institutions à fournir des prestations au prix le plus avantageux possible. En 2003, les institutions ont pu pour la première fois constituer des provisions pour investissements d'un montant de 5 francs par jour de soins. Elles se sont par ailleurs vu verser, lorsque le montant de la facture était inférieur à la limite supérieure des coûts fixée, 10 pour cent de la différence entre les frais effectifs et la limite supérieure des frais. Les pensionnaires qui n'étaient pas en mesure de financer eux-mêmes leur séjour ont bénéficié d'un « tarif social » calculé par l'EMS, à la condition de révéler à celui-ci leur situation de revenu et de fortune. Le déficit causé par le tarif social était remboursé aux EMS par le biais de la compensation des charges (financement de l'objet en référence à un sujet).

En 2008, le financement du séjour en EMS était axé sur la personne, moyennant des prestations complémentaires. Ce changement a été rendu possible par l'abandon du cofinancement, par la Confédération, des frais de séjour des bénéficiaires de PC, la limite supérieure de ces dernières pouvant désormais être fixée par les cantons. L'introduction de ce type de financement constitue l'évolution logique du financement de l'objet en référence à un sujet. Cette mesure a supprimé les différences de financement entre EMS « publics » et « privés ». Les personnes âgées qui n'étaient pas en mesure de financer elles-mêmes leur séjour ont reçu les moyens financiers leur permettant de séjourner dans l'établissement de leur choix dans le canton de Berne. En instaurant le nouveau financement des soins, le Conseil fédéral a exprimé la volonté d'éviter que le placement en EMS ne s'accompagne d'une dépendance à l'aide sociale. Le canton de Berne a tout particulièrement respecté ce souhait.

Le financement des coûts d'investissement axé sur les personnes dans les EMS jusqu'alors subventionnés (cf. ci-après « Mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins ») aménage les mêmes conditions pour tous les organismes responsables de ces institutions. La concurrence est encouragée. Les pensionnaires en profitent, car cela rend transparents la qualité et le prix des différentes institutions et permet les comparaisons. La section bernoise de Pro Senectute contribue de manière décisive à cette transparence sur son site Internet **www.wohnen60plus.ch** (cf. p. 27).

Financement de Pro Senectute axé sur les prestations

L'offre de conseils de Pro Senectute en fait un partenaire important du domaine du 3e âge. Le canton la soutient par une subvention par pensionnaire. Depuis 2008, il prend aussi en charge les prestations que l'Office fédéral des assurances sociales ne cofinance plus en raison de l'introduction de la RPT. Le mandat de prestations est axé sur les prestations depuis le 1er janvier 2010. Cela permet de financer l'offre à bas seuil de Pro Senectute en fonction des besoins et de l'adapter aux nécessités actuelles. Certaines prestations répondent à un grand besoin (p. ex. la promotion de la santé durant la vieillesse), alors que d'autres pourront à l'avenir être de plus en plus souvent prises en charge par les clientes et les clients eux-mêmes grâce aux prestations complémentaires.

Le financement de Pro Senectute axé sur les prestations constitue par ailleurs un standard pour d'autres contrats relatifs à des prestations apparentées (services d'aide et de soins à domicile, Association Alzheimer, organisations de bénévoles, etc.).

Financement de l'aide et des soins à domicile axé sur les prestations

Jusqu'à présent, les organisations d'aide et de soins à domicile subventionnées étaient financées sous la forme d'une couverture du déficit. En 2008 et 2009, la SAP a entrepris, en collaboration avec l'Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile et l'Association Spitex privée suisse (ASPS), les premières démarches pour introduire un financement axé sur les prestations (cf. domaine d'intervention n° 2, p. 29). Le nouveau régime de financement des soins entré en vigueur au 1er janvier 2011 prévoit le versement de forfaits horaires pour les prestations des secteurs des soins et de l'économie domestique. Ce système remplace le financement du déficit en vigueur jusqu'alors. L'année 2011 devrait permettre d'expérimenter le nouveau régime de financement et d'éclaircir différentes questions de fond en vue des prochaines étapes.

Nouveau régime de financement des soins à compter du 1er janvier 2011

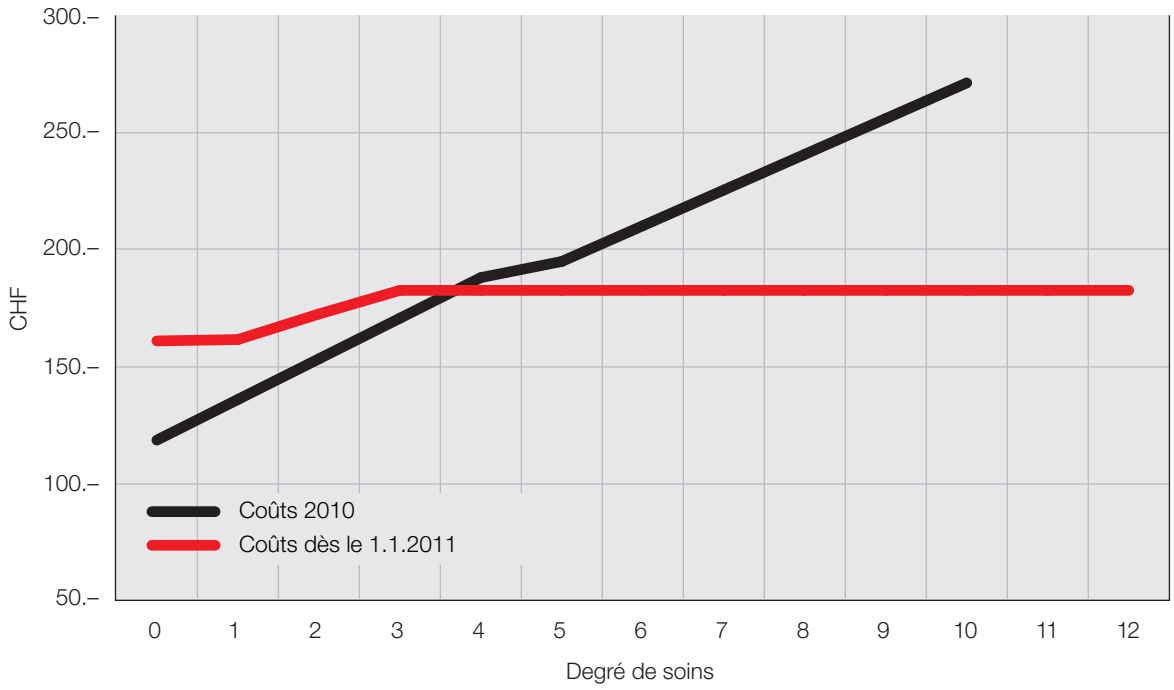
Le 13 juin 2008, le Parlement fédéral a approuvé la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins. Cette loi entraîne une harmonisation, au niveau national, des contributions des assureurs-maladie. Elle introduit par ailleurs la prise en charge des soins aigus et de transition. Ce nouveau régime est entré en vigueur le 1er janvier 2011. Les cantons et les communes supportent conjointement les frais relatifs au financement des soins dans le cadre de la compensation des charges.

Conséquences pour les EMS

Depuis le 1er janvier 2011, les pensionnaires des EMS ne doivent plus payer qu'une partie déterminée des prestations de soins. Pour un grand nombre d'entre eux, le séjour en EMS est dès lors plus avantageux. Dans la majorité des cas toutefois, le pourcentage qu'ils versent et les contributions des assureurs ne couvriront pas les coûts des soins. Conformément au nouveau régime, il incombera aux cantons de réglementer le financement du solde, le comblement de la lacune revenant ainsi aux pouvoirs publics. Dans le canton de Berne, cette réglementation a pour effet de diminuer la contribution des assureurs-maladie et des pensionnaires aux prestations de soins, alors que le canton et les communes sont confrontés à une importante charge financière supplémentaire. Celle-ci s'élèvera, une fois la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins achevée, à environ 82 millions de francs par année.

Pour le canton de Berne, cette charge additionnelle est extrêmement problématique dans la situation financière actuelle. Elle est toutefois partiellement compensée par la contribution que les personnes aisées – qui s'acquittent du plein tarif – versent aux coûts de l'infrastructure immobilière des EMS «publics», utilisée gratuitement jusqu'en 2010.

Conséquences financières pour les pensionnaires s'acquittant du plein tarif



Le passage à un financement des coûts d'investissement axé sur les personnes (par le biais des prestations complémentaires) n'est pas seulement judicieux et responsable sous l'angle de la politique financière, mais également sous celui de la politique du 3e âge et de la fourniture de soins. Par rapport à l'ancien système, les pensionnaires versent une contribution supérieure pour les degrés de soins 0 à 3 (cf. le graphique ci-dessus). Cela incite à utiliser moins de places en EMS, coûteuses en comparaison, au profit d'autres systèmes de soins (aide et soins à domicile ou appartements avec services, p. ex.). Un tel changement de système induit par ailleurs le remboursement, par les institutions, de subventions d'investissement déjà versées.

Ce changement entraîne donc une augmentation des tarifs des EMS dans les degrés de soins inférieurs. De par le financement axé sur les personnes, seules celles et ceux qui ne sont pas en mesure de s'acquitter eux-mêmes du tarif reçoivent une subvention couvrant les contributions à l'infrastructure. Les personnes disposant d'un revenu et d'une fortune suffisants paient le plein tarif.

Conséquences pour le secteur ambulatoire

Jusqu'à présent, les clients et les clientes ne devaient pas contribuer aux coûts de l'aide et des soins à domicile. En raison de ses difficultés financières, le canton leur demande désormais une participation. Celle-ci étant échelonnée et inférieure à ce que coûterait un séjour en EMS, il postule qu'elle ne contredit par le principe de la primauté de l'ambulatoire sur le résidentiel.

Les travaux d'adaptation nécessaires sont pour la plupart achevés. Demeure ouverte la question de savoir comment les soins aigus et de transition décidés par le Conseil fédéral doivent être mis en œuvre. La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé réfléchit actuellement à leur aménagement et à leur financement.

Réforme de la péréquation financière et de la compensation des charges

Dans le cadre des discussions relatives à la révision de la loi sur la péréquation financière et de la compensation des charges (LPFC), un consensus s'est dégagé sur le fait que les communes ne devaient désormais participer au financement des prestations par le biais de la compensation des charges que dans les secteurs où elles peuvent piloter ces prestations. En matière de prestations de soins, les communes n'ont pratiquement aucune possibilité de pilotage, car la quantité est réglée sur la base des besoins, et la qualité par les directives des assureurs-maladie et du canton. Il s'ensuit qu'à partir de 2012, le canton sera seul compétent en matière de financement des prestations de soins. En contrepartie, les prestations d'aide aux personnes handicapées seront désormais admises à la compensation des charges.

Conclusion

Le financement axé sur les prestations et les personnes permet de mobiliser des moyens financiers de manière ciblée dans les secteurs où ils sont nécessaires, plutôt que de les distribuer selon le principe de l'arrosoir.

Le financement axé sur les personnes est centré sur l'être humain en tant que bénéficiaire de certaines prestations. Il favorise la liberté de choix et l'autodétermination auxquelles la politique cantonale du 3e âge a de tout temps aspiré.

Annexe

Tableau synoptique des projets pilotes

Contributions versées du 1er janvier 2007 au 31 décembre 2010 dans le cadre de la politique cantonale du 3e âge

Domaines d'intervention	**Contributions des pouvoirs publics**
Domaine d'intervention nº 1	
Visites préventives à domicile Thoune	
Visites préventives à domicile Lyss	
Visites préventives à domicile Haute-Argovie	
Visites préventives à domicile dans tout le canton de Berne / Projet « Zwäg ins Alter » (y c. plan d'évaluation)	
Plateforme Internet www.wohnen60plus.ch	
CRS Berne, cours pour migrantes et migrants à caractère préventif	
Groupe de travail Age et Migration Köniz	
Groupe de travail Age et Migration Berne Ouest	
Mouvement des Aînés – section bernoise	
rundum mobil : cours pour seniors	
Contributions versées du 1.1.2007 au 31.12.2010	**CHF 3 802 142**
Domaine d'intervention nº 2	
Soutien aux proches beocare, CRS Oberland bernois	
Décharge des proches de personnes atteintes de démence Bienne	
Service de visite Berne	
LeA Schule	
Caritas : Bénévolat pour l'intégration des migrantes et migrants	
ALZ Berne / Pro Senior Berne – Série 2008 : Démence – vivre avec l'oubli	
ALZ Berne – InfoMobil	
HESB – Diploma of advanced studies (DAS) : Soutien aux proches et aux bénévoles	
HESB – Evaluation DAS : Soutien aux proches et aux bénévoles	
HESB – DAS : Travail auprès du 3e âge : cycle de formation axé sur l'exercice physique	
HESB – Etude Aide et soins à domicile	
Contributions versées du 1.1.2007 au 31.12.2010	**CHF 1 948 990**
Domaine d'intervention nº 3	
Placement dans des familles, association OGG	
Contributions versées du 1.1.2007 au 31.12.2010	**CHF 232 555**
Domaine d'intervention nº 4	
Essai pilote « Soins intégrés en gériatrie » / Office des hôpitaux	

>>zapp Burgdorf : soins palliatifs ambulatoires (placement de bénévoles)	
Aide et soins à domicile Langenthal : élaboration du programme « Palliative Care Netzwerk »	
Centre de compétences D+P, étude de faisabilité	
Centre de compétences D+P, phase de développement	
Contributions versées du 1.1.2007–31.12.2010	**CHF 1 118 000**
Domaine d'intervention n° 5	
Contrat de prestations Pro Senior Berne	
Contrat de prestations Groupe de travail pour les questions liées au 3e âge de Haute- Argovie	
PS Arc jurassien : Forum mars 2008	
Dialogue des générations : projet « Jung mit Alt » (BVSF)	
Planification régionale des besoins en matière de politique du 3e âge, Aaretal	
Planification régionale des besoins en matière de politique du 3e âge en Haute-Argovie : travaux préparatoires	
Planification régionale des besoins en matière de politique du 3e âge, association VRB	
Planification régionale des besoins en matière de politique du 3e âge, seeland.biel / bienne	
Contributions versées du 1.1.2007 au 31.12.2009	**CHF 318 766**
Domaine d'intervention n° 7	
CRS « Tremplin »	
Contributions versées du 1.1.2007 au 31.12.2010	**CHF 90 869**
Total des contributions versées dans tous les domaines d'intervention du 1.1.2007 au 31.12.2010	**CHF 7 511 323**
Contribution annuelle moyenne (arrondie)	**CHF 1 800 000**

Comme le montre le tableau, le coût des projets menés dans le cadre de la politique du 3e âge s'est élevé à près de 7,5 millions de francs durant ces quatre dernières années. Cela correspond à une contribution annuelle de près de 1,8 million de francs.

Cet aperçu des contributions et charges cantonales liées à la politique du 3e 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 contributions aux places de vacances dans les EMS à hauteur de 20 francs par jour 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 2010 :

Objet	**Coût moyen en 2010**
Projets pilotes dans le domaine de la politique du 3e âge	**CHF 1 800 000**
Frais d'exploitation totaux des places en EMS[33] par année (14 500 places x 250 francs / jour x 365 jours)	**CHF 1 323 125 000**
Participation du canton	**CHF 120 000 000**
Part des prestations complémentaires (canton / communes)	**CHF 220 000 000**
Participation des pensionnaires	**CHF 983 125 000**

[33] Valeur indicative calculée sur la base du nombre actuel de lits (environ 14 500 places) et d'un degré de soins moyen de 3,5 sur 10. Le coût moyen de 250 francs par personne et par jour comprend les frais d'investissement forfaitaires (bâtiments), les services hôteliers (hébergement et repas) et le coût des soins de degré 3,5.

Au vu de ces montants concernant les soins en mode résidentiel, les dépenses annuelles moyennes de 1,8 million de francs liées aux projets pilotes dans le domaine de la politique du 3e âge sont relativement faibles. Fortement axés sur la prévention, le maintien de l'autonomie des personnes âgées et le soutien à leur entourage, ces projets contribuent largement à assurer à terme un niveau de coûts aussi bas que possible dans le secteur résidentiel.

Pour des raisons de politique financière, il est indispensable d'investir dans des projets pilotes visant à promouvoir la santé des personnes du 3e âge de façon globale et à décharger les proches qui les soignent.

Récapitulatif des interventions parlementaires mentionnées dans le rapport

Domaine d'intervention n° 2 : soutien aux soins et à la prise en charge à domicile et aide aux personnes soignant un proche

Aide aux personnes soignant un proche

- Motion Schnegg-Affolter (M 179/2008) « Soutenir et soulager les proches qui donnent des soins » (cf. explications p. 29)

Participation des patients aux coûts des soins à domicile

- Motion Guggisberg (M 118/2010) « Financement des services de maintien à domicile MAD »
- Motion Morier-Genoud/Amman (M 119/2010) « Financement des services de maintien à domicile MAD » (cf. explications à partir de la p. 33)

Reconnaissance du bénévolat

- Postulat Stalder (P 053/2009) « Reconnaissance et promotion du bénévolat » (cf. explications p. 34)

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

Médecine de famille

- Motion Heuberger (M 035/2005) « Pénurie de médecins généralistes »
- Motion Kilchherr (M 090/2005) « Manque de médecins dans les régions rurales »
- Motion Fritschy (M 123/2005) « Promotion de la médecine générale »
- Motion Heuberger/Fritschy et al. (M 242/2007) « Pénurie de médecins de famille »
- Interpellation Vaguin/Aellen et al. (I 237/2007) « Garantie de l'offre médicale dans les régions dites périphériques : de quoi demain sera-t-il fait? »
- Motion Meyer (M 239/2008) « Pénurie de médecins de famille et soins ambulatoires »
- Motion Balli-Straub (M 113/2009) « Stratégie de prévention de la pénurie de médecins et de promotion de la médecine de premier recours » (cf. explications à partir de la p. 38

Gestion intégrée des soins (managed care)

- Motion Meyer (M 025/2007) « Réseaux de soins coordonnés » (cf. explications p. 40)

Soins palliatifs

- Motion Rérat/Schnegg (M 175/2004) « Développement des soins palliatifs dans le Jura bernois »
- Motion Löffel (M 048/2006) « Inscription des soins palliatifs dans les contrats-cadre »
- Motion Lemann (M 280/2008) « DRG et soins palliatifs »
- Interpellation Morier-Genoud (I 159/2008) « Soins palliatifs dans le Jura bernois, où en est-on ? » (cf. explications à partir de la p. 41)

Impressum

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

Rédaction
Katharina Frischknecht
Andrea Hornung

Collaboration
Nicole Bachmann
Christa Brunswicker
Danny Heilbronn
Adrian Jaggi
Agnes Nienhaus
Martin Rumpf
Bettina Seebeck

Traduction
Service de traduction de la SAP

Conception graphique
Verena Berger, Köniz
Atelier Kurt Bläuer, Berne