



Politique du 3^e âge dans le canton de Berne

Rapport de planification et plan d'action pour
la mise en œuvre des objectifs définis par le Grand Conseil
dans le cadre de la Politique du 3^e âge 2005

Décembre 2004

TABLE DES MATIÈRES

2 INTRODUCTION

SITUATION INITIALE ET DÉFIS

- 4 Evolution démographique dans le canton de Berne
- 4 Besoins en matière de soins et de prise en charge
- 4 Evaluation du nombre de personnes tributaires de soins et de prise en charge dans le canton de Berne
- 5 Augmentation du nombre de personnes atteintes de démence
- 6 Prise en charge par les proches
- 6 Garantie d'une prise en charge professionnelle
- 6 Evolution des valeurs
- 7 Evolution de la situation économique des personnes âgées
- 7 Augmentation de la proportion de femmes parmi les personnes âgées
- 8 Migrants du 3^e âge
- 8 Petite incursion dans la politique familiale
- 8 Récapitulation

INTERVENTIONS PARLEMENTAIRES

- 9 Interventions parlementaires en matière de politique du 3^e âge

POLITIQUE CANTONALE DU 3^e ÂGE

- 11 «Politique du 3^e âge 2005»
- 12 Ligne directrice de la politique du 3^e âge

DOMAINES D'INTERVENTION

- 13 **Domaine d'intervention n° 1: soutien à l'autonomie et promotion de la santé des personnes âgées**
- 13 Visites préventives à domicile
- 14 Prestations de conseil de Pro Senectute
- 14 Vérification de la compatibilité des activités des autres Directions avec la politique cantonale du 3^e âge
- 15 **Domaine d'intervention n° 2: soutien aux soins et à la prise en charge à domicile**
- 15 Soutien des proches
- 16 Projet pilote «Unités de soins transitoires» avec participation des services d'aide et de soins à domicile
- 17 Renforcement de l'offre ambulatoire par le biais des services de maintien à domicile
- 18 Planification de la gériatrie
- 19 Planification des soins psychiatriques
- 19 Services de visite à domicile
- 20 Autres formes de soutien
- 21 **Domaine d'intervention n° 3: offre de logement et de prise en charge axée sur le long terme**
- 21 Rénovation et adaptation de l'infrastructure des EMS
- 22 Révision du programme des locaux
- 22 Projet de placement dans des familles de la Société d'économie et d'utilité publique
- 23 Adaptation de la législation sur les constructions
- 24 **Domaine d'intervention n° 4: offres pour les personnes atteintes de démence**
- 25 Centre de consultation pour les institutions accueillant des personnes atteintes de démence
- 25 Formation des proches et des auxiliaires bénévoles

- 26 Institutions spécifiquement destinées aux personnes atteintes de démence
- 27 Information des personnes atteintes de démence et de leurs proches
- 28 **Domaine d'intervention n° 5: sensibilisation aux besoins du 3^e âge**
- 28 Plans d'action des communes
- 29 Forums régionaux du 3^e âge
- 29 Intégration des intérêts de la population âgée dans le débat public
- 31 **Domaine d'intervention n° 6: offre résidentielle conforme aux besoins**
- 31 Planification des EMS
- 33 Comparaison intercantonale de l'offre de places en EMS et de leurs coûts
- 34 Places d'accueil temporaire et foyers de jour
- 36 **Domaine d'intervention n° 7: recrutement du personnel soignant et du personnel d'encadrement**
- 36 Poursuite des mesures APERS
- 37 Formation et perfectionnement dans le domaine des soins et de l'encadrement
- 38 **Domaine d'intervention n° 8: assurance de la qualité**
- 38 Définition de critères qualitatifs en application de l'ordonnance sur les foyers
- 39 **Domaine d'intervention n° 9: examen des mécanismes de financement**
- 39 Nouveau système de financement des EMS
- 40 Financement des soins de longue durée par l'assurance-maladie
- 41 **Thèmes importants relevant de plusieurs domaines d'intervention**
- 41 Bénévolat
- 42 Promotion de la formation des médecins généralistes
- 42 Soins palliatifs
- 43 Migrants du 3^e âge
- 44 **Remarques finales concernant le train de mesures**

INTERACTIONS ET RÉPERCUSSIONS DES MESURES

- 45 Interactions des mesures
- 46 Impact prévisible sur l'économie
- 46 Conséquences pour les communes
- 47 Répercussions en matière de finances
- 48 Bases légales
- 48 Conséquences d'une non-application de ces mesures

RÉCAPITULATION ET PROPOSITION

- 49 **Récapitulation et proposition du Conseil-exécutif**

ANNEXE

- 50 Résumé des résultats de la consultation
- 54 Groupes de travail ayant contribué à l'élaboration du présent rapport
- 55 Points de repère
- 56 Recommandations pour la prise en charge résidentielle de personnes atteintes de démence (mai 2003)
- 60 Projets pilotes en matière de politique du 3^e âge menés dans le canton de Berne

INTRODUCTION

En 1993 déjà, le Grand Conseil a pris connaissance de la «**Politique du 3^e âge 2005**», qu'il a approuvée à la quasi-majorité. Il a par là même défini des **objectifs novateurs en la matière** pour le canton de Berne, qui n'ont rien perdu de leur pertinence. La mise en œuvre de ces **lignes directrices** constitue une tâche à long terme. Différents facteurs tels que l'évolution démographique, les progrès de la médecine et les mutations sociales exigent une vérification et une adaptation régulières des mesures. Le rapport «**Politique du 3^e âge dans le canton de Berne**» présente un plan d'action global et actualisé.

Il en va du 3^e âge comme des autres phases de l'existence: le vieillissement est ressenti très différemment d'une personne à l'autre. Beaucoup d'aînés peuvent, de nos jours, mener une vie en accord avec leurs besoins personnels. Il y a donc de **grandes chances pour que le 3^e âge soit vécu comme une période positive** et perçu comme tel par la société.

Le présent rapport traite toutefois essentiellement des risques liés au vieillissement et de la politique de prise en charge requise. En effet, la tâche de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale (SAP) consiste à **apporter un soutien aux personnes âgées** lorsque celles-ci, pour des questions de santé ou des raisons sociales, **ne sont pas en mesure** de se procurer l'aide dont elles ont besoin par leurs propres moyens. Si l'évolution démographique, la mutation des valeurs et les nouveaux rôles assumés par les aînés en bonne santé représentent une chance pour notre société, cet aspect, bien sûr très important d'un point de vue sociopolitique, ne peut être évoqué ici que de façon marginale.

Un des principaux objectifs de la politique présentée ici est de favoriser l'**autonomie** des personnes âgées en leur assurant un soutien à domicile afin de **retarder autant que possible**, voire d'éviter, le **placement** dans un **établissement médico-social (EMS)**. Cette option répond à un **besoin des personnes âgées**. Si l'on parvient à réduire encore le nombre de placements résidentiels et à offrir dans les EMS des soins d'une qualité élevée, s'adressant en particulier aux personnes fortement tributaires de soins, l'augmentation prévisible des coûts pourra être considérablement freinée. La réussite de cette politique exige toutefois un **investissement** à tous les niveaux. Le présent rapport définit **neuf domaines d'intervention en matière de politique du 3^e âge** dans lesquels il est impératif de s'engager.

Etant donné la complexité des interactions entre les différents intervenants d'une part, et les progrès pas forcément prévisibles de la médecine d'autre part, il n'est pas judicieux de définir une politique rigide à long terme. Il faut plutôt favoriser une **planification à géométrie variable**, permettant une adaptation rapide à l'évolution de la situation dans le cadre des domaines d'intervention définis. C'est la raison pour laquelle certaines des mesures proposées dans le présent rapport doivent d'abord faire l'objet de **projets pilotes** soumis à évaluation régulière. La politique adoptée ne doit par ailleurs

pas empêcher l'intégration de **nouveaux projets** dans les années à venir.

Le **vieillessement de la population, dû à l'évolution démographique**, constitue un défi de taille. Nous devons partir de l'hypothèse que le besoin de prestations destinées aux personnes âgées, notamment dans le domaine des soins et de la prise en charge, va aller en augmentant. La nature et l'étendue des ressources et des structures nécessaires dépendent toutefois de divers facteurs. L'évolution des attentes des personnes âgées quant à la qualité de vie, les progrès accomplis en matière de prévention, de traitement et de convalescence, la modification des structures familiales et l'amélioration de la situation économique des personnes âgées ont des répercussions sur les exigences posées au système de prise en charge. La **planification** doit donc être **aussi souple que possible** pour pouvoir tenir compte des développements importants dans un délai utile et adapter le dispositif en fonction de l'évolution des besoins.

Aujourd'hui, les deux piliers du système d'aide aux personnes âgées sont le **traitement en institution (EMS)** d'une part et **l'aide et les soins à domicile** d'autre part. Le canton de Berne continuera d'accorder une importance primordiale à ces deux éléments, tout en s'employant au cours des années à venir à renforcer le domaine de la prévention afin de réduire autant que possible les besoins en matière de soins et d'assistance. Une attention particulière sera accordée aux **solutions permettant d'éviter l'hospitalisation**, l'offre institutionnelle restant stable à moyen terme et la proportion de lits pour des séjours de longue durée de personnes âgées de plus de 80 ans diminuant même légèrement. Cette redéfinition des priorités est axée sur les besoins des personnes âgées et rend l'ensemble du système plus souple, plus modelable et moins coûteux que ne le serait un simple étouffement de l'offre résidentielle.

L'élaboration de nouveaux modèles nécessite beaucoup de temps: il faut développer des solutions, laisser aux projets pilotes le temps de faire leurs preuves, puis appliquer les mesures définies. La SAP envisage les cinq prochaines années comme une **phase de transition**, qui sera consacrée de manière intensive et concrète au remaniement fondamental de la politique du 3^e âge. A l'issue de cette phase de transition, le canton devrait disposer des **bases** nécessaires à une politique du 3^e âge solide et financièrement viable, pouvant être exploitée à long terme. La SAP est convaincue que la réalisation de cet objectif nécessitera l'interaction de différentes mesures à divers niveaux.

La structure du présent rapport répond notamment à ce but. La **première partie** décrit les défis auxquels doit répondre la politique du 3^e âge, ainsi que leurs conséquences pour le canton de Berne. La **seconde partie** aborde les différents domaines d'intervention qui détermineront la future politique cantonale en la matière. De nombreuses **mesures concrètes** destinées à entrer en vigueur ces prochaines années seront définies dans ces différents domaines. L'état actuel d'avancement des projets est très variable: si certaines mesures

sont déjà appliquées ou sur le point de l'être, d'autres sont encore à l'état d'ébauches et nécessitent un approfondissement. Certaines **conséquences financières** ont pu être dégagées lorsque l'avancement du projet le permettait; il s'agit néanmoins souvent d'estimations qui devront encore être affinées.

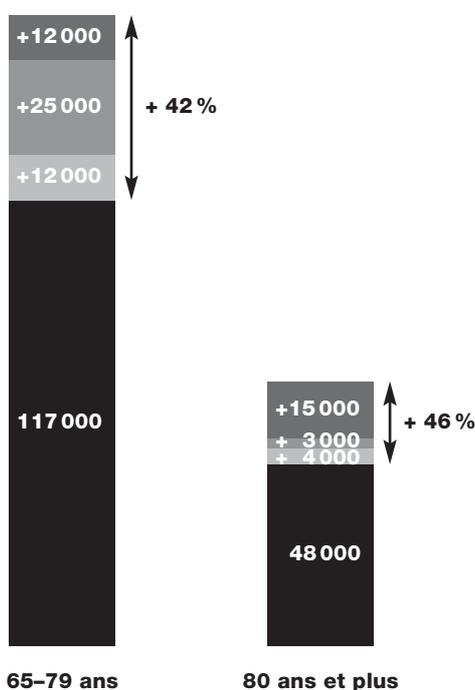
Les mesures citées ne sont pas exhaustives. Le canton espère plutôt voir naître encore des **idées novatrices** dans le cadre défini par le présent rapport. Il encourage donc ses différents partenaires dans le domaine de la vieillesse – **communes, associations, institutions, particuliers** – à lui présenter des projets axés sur l'avenir.

SITUATION INITIALE ET DÉFIS

Evolution démographique dans le canton de Berne

La population âgée devrait encore fortement augmenter au cours des prochaines décennies. Les pronostics pour 2030 tablent sur 49 000 personnes en plus dans la tranche des 65–79 ans et 22 000 personnes en plus dans celle des plus de 80 ans.¹ Le graphique ci-dessous indique les taux de croissance par décennie jusqu'en 2030.

Fig. 1: augmentation du nombre de personnes âgées dans le canton de Berne jusqu'en 2030



■ augmentation jusqu'en 2030
 ■ augmentation jusqu'en 2020
 ■ augmentation jusqu'en 2010
 ■ nombre de personnes âgées en 2003

Besoins en matière de soins et de prise en charge

Il n'est pas possible de séparer totalement le besoin de soins du besoin de prise en charge, une prestation de soins comportant forcément une composante de prise en charge. C'est la raison pour laquelle le présent rapport associe toujours ces deux notions. Sont considérés comme tributaires de soins (et de prise en charge) les hommes et les femmes qui ne sont plus en mesure de gérer leur vie quotidienne de manière autonome en raison d'affections physiques, psychiques et/ou cognitives. Pour les personnes âgées, la dépendance aux soins a d'ailleurs fréquemment des origines diverses, imputables tant à leur âge qu'à leur état de santé.

Evaluation du nombre de personnes tributaires de soins et de prise en charge dans le canton de Berne

Bien que le risque de perte d'autonomie augmente avec l'âge, il ne faut pas confondre âge et maladie. La grande majorité des personnes âgées sont aujourd'hui en bonne santé. Extrapolées au canton de Berne, les estimations de Höpflinger et Hugentobler en ce qui concerne les besoins en soins des personnes âgées en Suisse² donnent un maximum de 6 pour cent de la catégorie des 65–79 ans (soit 7 000 personnes sur 117 000) et de 27 pour cent des 80 ans et plus (13 000 personnes sur 48 000) nécessitant des soins et une prise en charge.

Fig. 2: proportion des personnes de 65 à 79 ans tributaires de soins dans le canton de Berne

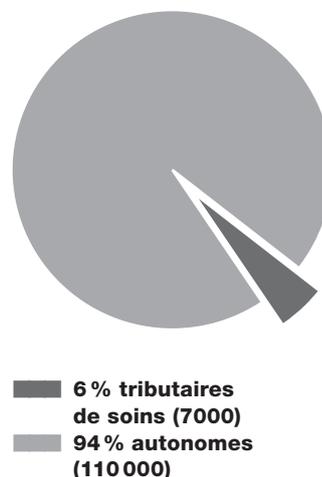
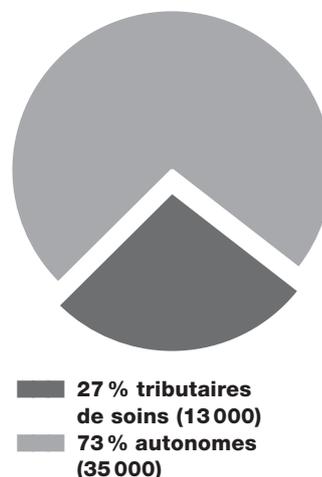


Fig. 3: proportion des personnes de 80 ans et plus tributaires de soins dans le canton de Berne

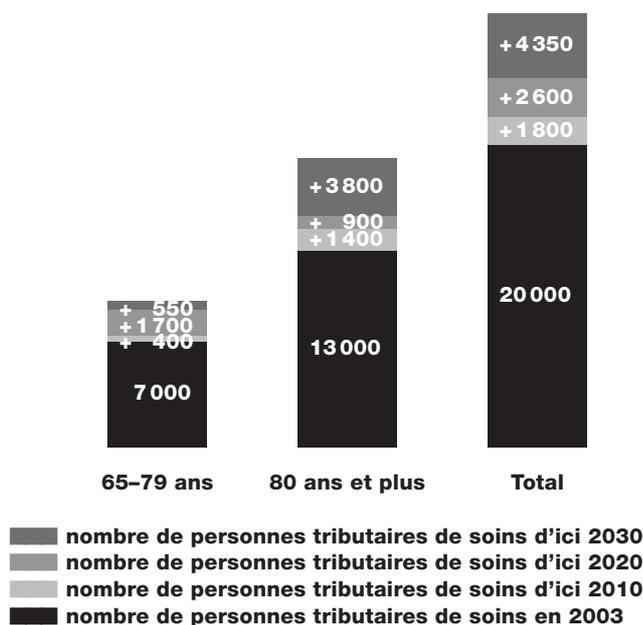


¹ Les calculs qui suivent se fondent sur les projections démographiques cantonales les plus récentes, publiées en 2004 par l'Office fédéral de la statistique (Office fédéral de la statistique: L'évolution démographique des cantons de 2002 à 2040, résultats du scénario «tendance» (A-00-2000). Neuchâtel 2004). Ces données n'étant pas encore disponibles au moment de la mise en consultation du rapport, les chiffres présentés étaient fondés sur les pronostics élaborés pour l'ensemble de la Suisse.

² cf. Höpflinger, F., Hugentobler, V.: Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse. Berne, Huber 2003.

Partant de l'hypothèse que la proportion de personnes tributaires de soins et de prise en charge restera la même, on peut s'attendre à ce que leur nombre augmente de 8750 d'ici 2030 (+ 44%), à savoir 2650 personnes de plus dans la catégorie des 65–79 ans et près de 6100 dans la catégorie des 80 ans et plus.

Fig. 4:
augmentation des besoins en soins de la population âgée d'ici 2030
(dans l'hypothèse où leur proportion reste la même qu'aujourd'hui)

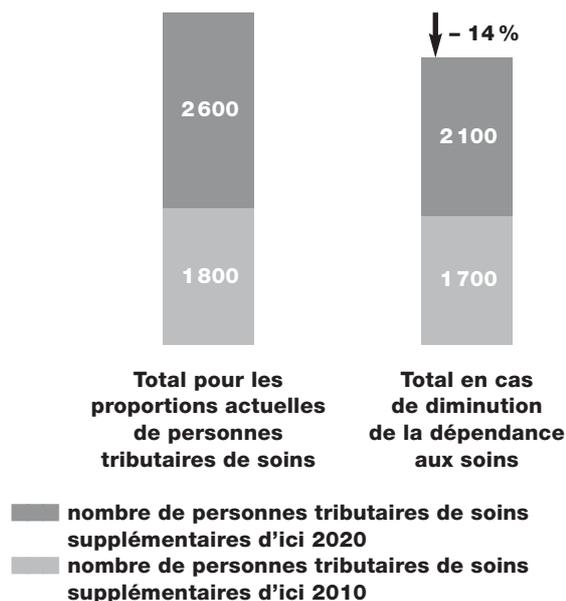


Cette forte augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes pourrait être atténuée par divers facteurs: en moyenne, le vieillissement de la population s'est jusqu'ici accompagné d'une réduction de la période de vie marquée par des accidents ou des maladies. Or cette tendance devrait se poursuivre, pour deux raisons. Premièrement, de plus en plus de gens abordent la vieillesse en bonne santé, notamment du fait qu'ils sont toujours moins nombreux à avoir travaillé dans l'industrie (et à être soumis de ce fait à des atteintes physiques prématurées et irréversibles). Deuxièmement, les possibilités actuelles en matière de prévention et de réadaptation, qui conduisent à une diminution de la proportion des personnes tributaires de soins et de prise en charge, pourraient être considérablement mieux exploitées. Les dernières extrapolations en date démontrent en effet qu'il suffirait de quelques investissements supplémentaires réalistes dans le domaine de la promotion de la santé (visites préventives à domicile, programmes de promotion de la santé, cf. domaine d'intervention n° 1) et des mesures de réadaptation (soins transitoires, cf. domaine d'intervention n° 2).³

³ cf. Höpflinger, F., Hugentobler, V.: Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse. Berne, Huber 2003.

⁴ cf. Association Alzheimer Suisse: Vivre avec la maladie d'Alzheimer dans le canton de Berne. Yverdon-les-Bains 2003.

Fig. 5:
estimation du ralentissement de la croissance du nombre de personnes tributaires de soins (moyennant une optimisation réaliste des ressources dans le domaine de la prévention et de la réadaptation)



En résumé, on peut dire que les besoins en soins dans le canton de Berne vont augmenter au cours des prochaines années et décennies. Un raccourcissement supplémentaire de la période de vie marquée par des accidents ou des maladies peut contribuer à ralentir considérablement cette croissance, à condition toutefois que l'on assiste à de nouveaux progrès en matière de prévoyance sanitaire, de traitements médicaux et de réadaptation. Il est impératif d'investir dans ces domaines pour pouvoir contenir l'extension des besoins en soins dans des limites raisonnables. Il convient cependant de préciser que même dans les meilleures conditions possibles, le nombre de personnes tributaires de soins et de prise en charge devrait s'accroître de 3800 d'ici 2020.

Augmentation du nombre de personnes atteintes de démence

Les différentes formes de démence qui touchent les personnes âgées (maladie d'Alzheimer, par ex.) constituent un problème majeur de santé publique et de prise en charge. Pour les personnes d'un âge avancé, la dépendance aux soins est souvent largement due à la démence. Une grande partie des personnes tributaires de soins vivant dans le canton de Berne citées dans le chapitre précédent souffrent d'une maladie de ce type; leur nombre est évalué à 13300.⁴ Les besoins en matière de soins et de prise en charge varient cependant fortement en fonction du tableau clinique et du stade de la maladie. Dans le canton de Berne, environ la moitié des personnes atteintes de démence sénile vivent en institution, l'autre moitié dans leur

propre foyer. Si les risques en la matière ne changent pas et que la proportion des personnes concernées reste de 8 pour cent pour les personnes de plus de 65 ans, on peut s'attendre, compte tenu de l'évolution démographique prévue, à ce que le nombre de personnes atteintes de démence sénile augmente de 1450 d'ici 2010 et de 4000 d'ici 2030. Comme pour la dépendance liée à la maladie en général, cette hausse peut elle aussi être fortement ralentie grâce à des progrès au niveau de la prévention et des traitements. Cela nécessitera cependant des efforts et des investissements supplémentaires dans ces domaines, notamment en matière de traitements ambulatoires et semi-hospitaliers (cf. domaine d'intervention n° 4), où un étoffement de l'offre permettrait de freiner notablement la croissance du nombre de lits requis en institution, à défaut de l'éviter.

Prise en charge par les proches

Si rien ne démontre que la qualité des rapports intergénérationnels s'est détériorée, la mobilité géographique croissante implique que les relations sont cultivées plus à distance. Il en résulte qu'il y a moins de chances que les soins et l'assistance puissent être fournis directement par des membres de la famille. S'ajoutent à cela d'autres facteurs qui contribuent eux aussi à réduire les possibilités de soins et de prise en charge par les proches:

- Le nombre de personnes vivant seules a encore augmenté ces dernières années. Dans le canton de Berne, il est passé de 127 000 à 150 000 entre 1990 et 2000, soit une augmentation de 18 pour cent.⁵ En 2000, 36 pour cent des ménages du canton de Berne étaient des ménages d'une personne.
- Etant donné les problèmes de financement que connaît le système des assurances sociales en raison de la plus faible proportion de personnes actives, la pression à l'exercice d'une activité lucrative va augmenter, en particulier pour les femmes en âge de travailler. L'évolution du marché jouera aussi, à cet égard, un rôle non négligeable. Comme ce sont le plus souvent les femmes qui assument bénévolement la prise en charge de leurs proches, en cas d'augmentation du taux de l'emploi, il sera important de voir dans quelle mesure les hommes seront prêts à reprendre une partie de ces tâches.

Garantie d'une prise en charge professionnelle

L'augmentation du nombre de personnes tributaires de soins s'accompagne d'une diminution de la population active susceptible d'assumer professionnellement leur prise en charge. L'insatisfaction que le personnel soignant a souvent manifestée au cours de ces dernières années, ainsi que le ternissement de l'image des professions de la santé qui en découle, n'ont fait qu'aggraver ce problème (cf. domaine d'intervention n° 7). Pour pouvoir couvrir les besoins en personnel, il convient de mieux exploiter le potentiel existant au sein de différents groupes de la population:

- Une meilleure intégration des jeunes d'origine étrangère (encadrement scolaire et naturalisation accélérée, par ex.) permettrait d'accroître le nombre de candidats aux professions soignantes. La politique d'accueil et d'intégration des étrangers sera donc déterminante pour garantir des ressources suffisantes.
- L'espérance de vie ne cessant de croître, de nombreuses personnes âgées sont encore en bonne santé et ressentent le besoin de travailler au-delà de l'âge de la retraite. En assumant une partie des tâches qui ne nécessitent pas de formation spécifique, ils peuvent alléger le travail des professionnels.

Evolution des valeurs

Les changements intervenus dans l'échelle des valeurs peuvent se répercuter sur le futur système d'aide aux personnes âgées:

- La majorité des personnes âgées préfèrent rester chez elles le plus longtemps possible et n'entrer en institution que lorsque cela devient inévitable. Cette tendance devrait se poursuivre. S'il n'existe pas aujourd'hui de vue d'ensemble des solutions de rechange privées (résidences pour personnes âgées, logements communautaires, etc.), on peut néanmoins partir du principe que cette offre est limitée. Les personnes âgées n'ont pas vraiment le choix, ce qui renforce leur volonté de rester chez elles aussi longtemps que possible.
- Les formes d'habitation permettant de passer progressivement à une prise en charge institutionnelle sont particulièrement prisées (cf. domaine d'intervention n° 3), notamment les solutions qui permettent aux couples de continuer à vivre ensemble même lorsque l'un des deux partenaires nécessite des soins et un encadrement.

⁵ cf. Office fédéral de la statistique: Nombre de ménages dans le canton de Berne par type de ménage, 1990–2000. Neuchâtel 2003. Sur demande.

■ A leur entrée dans une institution, les personnes âgées ont des exigences plus élevées que par le passé en matière de niveau des prestations et de rapport qualité-prix. Ainsi, les chambres à plusieurs lits ne répondent aujourd'hui plus aux attentes des pensionnaires. Ces dernières décennies, le nombre de personnes disposant, à l'âge de la retraite, d'une bonne, voire d'une très bonne situation financière a considérablement augmenté, une tendance qui devrait encore s'accroître (cf. chapitre suivant). Par conséquent, on assiste aussi à une hausse du nombre de personnes souhaitant bénéficier de prestations allant au-delà de la simple satisfaction des besoins fondamentaux en ce qui concerne le logement, la prise en charge et la qualité de vie.

Evolution de la situation économique des personnes âgées

Le système des trois piliers a considérablement amélioré la situation des personnes âgées au cours des dernières décennies, tant et si bien qu'aujourd'hui, elles n'ont pas plus de risques de se retrouver dans la misère que d'autres catégories de la population. Il n'en reste pas moins qu'environ un quart, donc une large part, des personnes bénéficiant d'une rente AVS disposent de faibles revenus, même si elles ne sont pas à proprement parler pauvres. Dans le canton de Berne, 22 pour cent des personnes âgées de plus de 65 ans⁶ ont un revenu imposable inférieur à 10 000 francs⁷ et 14 pour cent déclarent un revenu inférieur à 80 000 francs. Il convient de préciser à cet égard qu'une grande partie des rentiers AVS actuels n'ont pas eu la possibilité de se constituer une prévoyance vieillesse globale étant donné que le système des trois piliers n'a été véritablement développé que pendant les années quatre-vingt (LPP obligatoire, avantages fiscaux du 3^e pilier).

Par ailleurs, une part non négligeable des rentiers actuels (notamment les jeunes retraités) dispose d'une très bonne couverture: 30 pour cent des personnes imposables de plus de 65 ans déclarent un revenu supérieur à 50 000 francs, 5 pour cent un revenu supérieur à 100 000 francs et 9 pour cent un revenu supérieur à 1 million de francs.

A l'avenir, les retraités seront toujours plus nombreux à toucher des rentes élevées en raison de la possibilité qu'ils ont eue de se constituer une prévoyance vieillesse complète. La proportion de personnes susceptibles de financer par leurs propres moyens les soins et la prise en charge nécessaires augmentera par conséquent elle aussi.

⁶ En matière fiscale, les couples sont considérés comme une seule unité et c'est l'âge de l'homme qui est pris en compte.

⁷ cf. Intendance des impôts du canton de Berne: Statistiques, impôt cantonal 2001. Sur demande.

⁸ cf. Höpflinger, Stuckelberger: Demographische Alterung und individuellen Altern. Zurich 2000.

Il y aura cependant toujours une importante proportion de personnes âgées qui devront vivre avec peu de moyens, notamment celles qui n'auront pas bénéficié du système des trois piliers pendant la totalité de leur vie active, mais aussi celles qui auront épuisé leur fortune à financer des soins de longue durée et qui ne disposent pas d'un revenu suffisant, celles qui auront connu de longues périodes non salariées et dont les rentes seront donc réduites, ainsi que les étrangers, qui présentent plus de problèmes de santé que la moyenne.

Compte tenu de ces paramètres, la répartition inégale des ressources financières risque encore de s'accroître, notamment dans la catégorie des personnes du 3^e âge. Le principe de solidarité entre les jeunes et les moins jeunes, mais aussi entre les personnes âgées nanties et celles à faible revenu, jouera un rôle majeur.

Etant donné le manque de fonds publics qui viendra s'ajouter à ces conditions, il est impératif que les prestations de soutien fournies soient adaptées aux objectifs et aux besoins (cf. domaine d'intervention n° 9).

Augmentation de la proportion de femmes parmi les personnes âgées

L'espérance de vie plus élevée des femmes – due à divers facteurs, dont l'attention plus grande qu'elles portent à leur santé – a entraîné un accroissement de la proportion de femmes dans la population âgée. En Suisse, deux tiers des personnes de plus de 80 ans sont de sexe féminin, de même que quatre centenaies sur cinq⁸. En raison de leur espérance de vie et des normes sociales qui prévalent, les femmes sont plus fortement touchées que les hommes par les questions liées au vieillissement. Elles sont nombreuses à prendre soin de leur conjoint (souvent plus âgé qu'elles) et, de ce fait, sont confrontées plus fréquemment à des situations de deuil – lesquelles, à leur tour, peuvent engendrer des problèmes de santé. Etant donné que les femmes atteignent plus souvent un âge avancé, la majorité des personnes souffrant de solitude ou atteintes de démence sont de sexe féminin.

Aussi convient-il de vérifier, dans les domaines d'intervention évoqués ci-après, si une différenciation de l'offre en fonction des sexes s'impose.

Migrants du 3^e âge

Le nombre de migrantes et de migrants âgés domiciliés en Suisse va augmenter massivement au cours des années à venir, notamment la proportion d'Italiens qui ont immigré dans notre pays dans les années soixante et septante. L'hypothèse selon laquelle la majeure partie d'entre eux retourneront vivre dans leur pays d'origine à l'âge de la retraite n'est que partiellement vraie, beaucoup restant en Suisse. Selon les évaluations de l'Office fédéral de la statistique, le nombre de migrants retraités va presque doubler entre 1995 et 2010, passant de 63 000 à 122 000, ce qui aura pour effet d'accroître le nombre de personnes d'origine étrangère nécessitant des soins et une prise en charge. La fréquence des obstacles linguistiques ainsi que la diversité des besoins socioculturels constituent de nouveaux défis à relever dans l'aide au 3^e âge.

Le système de prise en charge des personnes âgées ne s'est pas encore vraiment penché sur cette problématique, et une sensibilisation accrue aux besoins des aînés d'origine étrangère est de mise. Cette nouvelle situation ouvre cependant aussi des perspectives en ce qui concerne le recrutement de personnel étranger domicilié en Suisse apte à assumer les tâches de soins et de prise en charge requises.

Petite incursion dans la politique familiale

Politique du 3^e âge et politique familiale sont étroitement liées: l'augmentation du nombre de personnes âgées due à l'amélioration de leur état de santé et au prolongement de l'espérance de vie est un phénomène réjouissant, et les problèmes qui se posent tiennent surtout à la diminution de la population active. La préservation à long terme du système de sécurité sociale et d'assistance sanitaire ne peut être garantie que si la relève est assurée sur le marché du travail, et plus particulièrement dans les professions de la santé. Une politique d'immigration ciblée et une meilleure intégration des étrangers en Suisse (soutien scolaire et naturalisation accélérée, par ex.) peuvent contribuer à résoudre cette problématique.

A cet égard, des mesures sont également de mise au niveau de la politique familiale, notamment en ce qui concerne l'encadrement extrafamilial: le développement de structures d'accueil préscolaires et parascolaires permet en effet aux parents, qu'ils soient seuls ou en couple, d'exercer une activité lucrative en conciliant au mieux vie professionnelle et vie familiale. Sans compter qu'employés et employeurs n'auront ainsi pas investi en vain dans une formation souvent coûteuse. Enfin, l'existence de structures de prise en charge favorise une certaine souplesse dans l'organisation de la vie familiale, encourageant les couples à fonder une famille.

Le canton de Berne est très actif dans le domaine de la politique familiale. Les structures d'accueil sont ainsi cofinancées par

le canton et les communes, par le biais de la compensation des charges, moyennant une autorisation de la SAP. Une ordonnance réglementant l'analyse des besoins, la planification de l'offre et le système d'autorisation en matière d'aide sociale institutionnelle, y compris pour les structures d'accueil, est en cours d'élaboration et devrait entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2005. Le canton de Berne participe par ailleurs, dans le cadre de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales (CDAS), au débat fédéral sur la politique familiale, qui porte entre autres sur l'introduction de prestations destinées aux familles à faible revenu, la politique fiscale et la répartition des tâches entre Confédération et cantons. Ces travaux – qui ne sont de loin pas sans intérêt pour la politique du 3^e âge – seront poursuivis dans les années à venir; ils ne sont cependant pas abordés de façon détaillée dans le présent rapport.

Récapitulation

Comme le montre ce bref aperçu de la situation, de nouvelles initiatives s'imposent pour pouvoir continuer de satisfaire les besoins légitimes des personnes âgées. Afin de préserver leur niveau de vie, il est impératif de prendre des mesures en matière de politique du 3^e âge proprement dite, comme celles qui sont analysées de façon détaillée dans le présent rapport, mais aussi des mesures relevant de la politique de migration et de la politique familiale. Cette nécessité d'agir se reflète d'ailleurs dans les interventions parlementaires déposées devant le Grand Conseil du canton de Berne de 2002 à 2004.

INTERVENTIONS PARLEMENTAIRES EN MATIÈRE DE POLITIQUE DU 3^e ÂGE

Plusieurs interventions parlementaires touchant à la politique du 3^e âge ont été traitées ces deux dernières années par le Grand Conseil bernois. Soulevant un certain nombre de questions abordées dans le présent rapport, elles soulignent globalement la nécessité de prendre des mesures en la matière.

Motion Bula du 2 septembre 2002 (Garantir des places de long séjour pour les personnes souffrant de démence ou de la maladie d'Alzheimer)

La motion charge le Conseil-exécutif de proposer, dans le cadre de la planification de l'assistance psychiatrique dans le canton de Berne, des solutions efficaces applicables aux soins et à l'encadrement des patients de longue durée, des personnes atteintes de démence et de celles souffrant de la maladie d'Alzheimer. Dans sa réponse, le Conseil-exécutif précise que la problématique de l'encadrement des personnes souffrant de démence est un sujet qui le préoccupe depuis quelque temps déjà et qu'il entend mettre sur pied des mesures permettant d'améliorer les soins et la prise en charge de ces personnes dans le canton de Berne. Il renvoie aux travaux figurant dans le présent rapport (cf. domaine d'intervention n° 4) et propose au Grand Conseil d'accepter la motion. Celle-ci a été adoptée par 166 voix contre 0.

Motion Heuberger du 10 décembre 2002 (Pour une meilleure prise en charge gériatologique dans le canton de Berne)

Afin d'assurer l'avenir de la prise en charge gériatologique dans le canton de Berne, la motion charge le Conseil-exécutif de créer le plus rapidement possible un centre de compétences en gériatologie qui sera responsable des prestations gériatriques dans le canton, mais aussi de l'enseignement et de la recherche ainsi que du perfectionnement des futurs prestataires de soins dans ce secteur. Elle demande également au Conseil-exécutif de s'engager en faveur de la création de centres régionaux de gériatrie et d'une chaire en gériatologie à l'Université de Berne. Dans sa réponse, le Conseil-exécutif estime qu'au vu de la situation financière du canton, il n'est pas possible de satisfaire rapidement l'ensemble des exigences contenues dans la motion. Les mesures qui découleront de leur analyse seront appliquées autant que possible dans le cadre de la mise en œuvre de la Politique du 3^e âge 2005 et de la loi sur les soins hospitaliers (cf. domaine d'intervention n° 2). Le Conseil-exécutif propose au Grand Conseil d'adopter la motion sous forme de postulat. Celle-ci a été acceptée par 119 voix contre 0 et 1 abstention. Le 17 décembre 2003, le Conseil-exécutif a décidé de créer une chaire ordinaire de gériatologie à la clinique universitaire en gériatologie de l'hôpital Ziegler à Berne, qui a été pourvue dans le courant de l'année 2004.

Motion Heuberger du 10 février 2003 (Formation des médecins généralistes)

Cette motion charge le Conseil-exécutif d'allouer de façon ciblée des moyens financiers à la formation des étudiants en médecine générale. Si le Conseil-exécutif est d'accord sur le fond, il considère que le problème soulevé doit être réglé dans le cadre des développements que les études de médecine

connaissent actuellement au niveau fédéral. Il a donc proposé au Grand Conseil de rejeter la motion. Le Grand Conseil l'a approuvée par 132 voix contre 29 et 5 abstentions.

Interpellation Morgenthaler du 10 février 2003 (Mise en œuvre de la Politique du 3^e âge 2005)

En vertu de l'arrêté du Grand Conseil du 16 mars 1993 («Politique du 3^e âge 2005»), les communes sont tenues de définir une planification du 3^e âge: l'interpellante s'interroge sur l'état de l'élaboration et de la mise en œuvre. Dans sa réponse, le Conseil-exécutif reconnaît que certaines communes du canton ne se sont pas encore attelées à cette tâche et que ce travail devrait être encouragé par des mesures de sensibilisation. A l'avenir, l'aide apportée par le canton à des projets de politique du 3^e âge dans les communes sera conditionnée à la présentation d'une planification régionale (cf. domaine d'intervention n° 5). L'interpellante s'est déclarée partiellement satisfaite de cette réponse.

Motion Bichsel du 16 juin 2003 (Agrandissement du foyer pour personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer à Belp)

La motion charge le Conseil-exécutif de remanier la planification des foyers médicalisés pour y intégrer le projet d'agrandissement du foyer de Belp pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Dans sa réponse, le Conseil-exécutif reconnaît un manque de places de soins pour les personnes souffrant de démence sénile. Il estime toutefois que la problématique doit être abordée dans le cadre du paquet de mesures englobé dans la Politique du 3^e âge, mesures qui figurent dans le présent document (cf. domaines d'intervention n° 4 et n° 6). Il lui apparaît donc pour l'heure inopportun, pour des raisons tant formelles que financières, de décider de façon anticipée de l'agrandissement du foyer d'Oberried. La motion a été adoptée sous forme de postulat par 159 voix contre 1 et 3 abstentions (pour le point 1) et par 137 voix contre 22 et 2 abstentions (pour le point 2).

Postulat Morgenthaler du 15 septembre 2003 (Mise en œuvre de la Politique du 3^e âge: conditions de logement adaptées)

Ce postulat demande au Conseil-exécutif de promouvoir la construction de logements adaptés aux besoins des personnes âgées ou handicapées en prenant diverses mesures:

1. Faire en sorte qu'au moins 25 pour cent des logements neufs soient adaptés aux personnes âgées ou handicapées. L'auteur du postulat a retiré cette demande lors du débat du Grand Conseil.
2. Inciter les communes à intégrer cette exigence dans leur réglementation en matière de construction (cf. domaine d'intervention n° 5). Ce point a été approuvé par 91 voix contre 59 et 5 abstentions.
3. Au niveau cantonal, orienter en ce sens les différents domaines de planification qui, bien que ne relevant pas directement de la politique du 3^e âge, l'influencent directement (urbanisation, circulation, etc.) Ce point a été rejeté à 87 voix contre 70.
4. Inciter les communes à créer des logements adaptés. Ce point a été accepté par 92 voix contre 57 et 5 abstentions.

**Motion Hofer du 16 septembre 2003
(Politique du 3^e âge 2005)**

S'appuyant sur la réponse du Conseil-exécutif à l'interpellation Morgenthaler du 10 février 2003, cette motion demande au Conseil-exécutif de faire établir le plus rapidement possible où en sont les communes et les régions dans l'élaboration et la réalisation de stratégies et de plans d'action pour leur politique du 3^e âge. Elle l'invite aussi à fixer un délai aux communes pour la remise des plans d'action manquants (cf. domaine d'intervention n° 5). La motion a été adoptée par 129 voix contre 0 avant d'être classée.

**Interpellation Burkhalter-Reusser du
16 septembre 2003
(Régionalisation des services de maintien à domicile)**

L'interpellatrice s'enquiert de la nécessité d'une planification des services d'aide et de soins à domicile en complément de la planification des hôpitaux, des soins médico-sociaux et des soins psychiatriques. Dans sa réponse, le Conseil-exécutif déclare que l'organisation des services de maintien à domicile est du ressort des communes. Il n'en salue pas moins les projets de restructuration envisagés et les efforts déployés par l'Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile pour définir une grandeur minimale et des normes standard (par ex. heures de travail uniformes, services téléphoniques et délais d'attente). L'interpellatrice s'est déclarée satisfaite de la réponse.

**Interpellation urgente Schnegg du 14 juin 2004
(Mise en œuvre de l'ordonnance du 18 septembre 1996
sur les foyers en relation avec la loi sur l'aide sociale:
consultation jusqu'au 31 mai 2004)**

L'interpellateur s'enquiert des conséquences de la modification, dans l'ordonnance sur les foyers, de la surface individuelle minimale par pensionnaire. Le Conseil-exécutif répond qu'il est prévu de fixer la surface minimale à 16 m², et d'imposer à cet égard des réglementations équivalentes aux foyers privés (actuellement 10 m²) et aux publics (28 m²). Seule une minorité d'institutions ne remplit pas encore cette exigence. La révision de l'ordonnance leur accordera un délai de transition pour procéder aux aménagements nécessaires. En attendant l'entrée en vigueur de cette modification, la surface habitable minimale de 16 m² a seulement valeur de directive. L'interpellateur s'est déclaré satisfait de cette réponse.

POLITIQUE CANTONALE DU 3^e ÂGE

«Politique du 3^e âge 2005»

Par arrêté du 16 mars 1993, le Grand Conseil a pris connaissance des «Principes directeurs – Vieillir dans le canton de Berne» et des «Charges des communes en matière de planification du 3^e âge», qu'il a approuvés à une large majorité (122 voix contre 2). Il a ainsi établi les fondements d'une politique du 3^e âge qui n'a rien perdu de son actualité aujourd'hui. Le présent rapport s'appuie sur les objectifs de la Politique du 3^e âge 2005, qu'il convient de rappeler brièvement ici.

Objectif 1: autonomie

Développer l'autonomie des personnes âgées est un objectif prioritaire de la Politique du 3^e âge 2005. Il s'agit de favoriser les mesures qui contribuent à maintenir les aptitudes des aînés aussi longtemps que possible et de les motiver à se prendre en charge, même lorsqu'ils deviennent tributaires de soins.

Objectif 2: libre choix et continuité

Les personnes âgées doivent pouvoir choisir elles-mêmes la forme d'aide et le mode d'habitation qui leur conviennent. Cette liberté est gage de continuité, puisqu'elle leur permet de conserver leur cadre de vie familial le plus longtemps possible.

Objectif 3: solidarité

La solidarité entre les générations et le respect des besoins des aînés sont une clé importante pour la réussite d'une politique du 3^e âge digne de ce nom. La solidarité se manifeste souvent à petite échelle, dans un cadre privé, notamment par l'aide de la famille et le soutien du voisinage, qui sont très importants. Elle joue aussi un rôle décisif lorsqu'il s'agit de libérer des moyens pour assurer des prestations conformes aux besoins des personnes âgées.

Objectif 4: participation

Personne ne sait mieux que les habitants d'une commune ou d'une région quelles sont les solutions qui leur conviennent. C'est pourquoi les planifications du 3^e âge ne doivent pas être centralisées, mais déléguées aux communes et aux syndicats de communes.

Objectif 5: harmonisation

Il est important de coordonner les structures existantes et les nouvelles offres pour créer des réseaux assurant une efficacité maximale des prestations et une affectation optimale des ressources financières limitées.

Ligne directrice de la politique du 3^e âge

La politique cantonale du 3^e âge s'appuie sur une conception de l'être humain ménageant une large place à l'autonomie, à la responsabilité et à l'indépendance. Il ne faut en effet pas perdre de vue que les aînés ont autant de projets de vie différents que les personnes en âge de travailler. Or l'autonomie consiste aussi à pouvoir vivre ses vieux jours en fonction de ses besoins et de ses possibilités. Cette liberté doit être garantie à l'avenir également. Il n'appartient pas aux pouvoirs publics d'interférer dans les projets individuels et dans les choix opérés par les personnes âgées pour vivre en conformité avec ces projets.

Il incombe cependant au canton d'avoir une vue d'ensemble des besoins des aînés et de mettre en place les structures leur permettant d'y répondre. Il lui appartient également d'intervenir lorsque des personnes âgées ne peuvent satisfaire leurs besoins en matière de logement, de santé et de contacts par leurs propres moyens.

Sur cette base, il est possible de définir la ligne directrice de la politique du 3^e âge, qui consiste à:

- Faire en sorte que les aînés conservent leur indépendance le plus longtemps possible afin de freiner l'augmentation du nombre de personnes tributaires de soins.
- Couvrir le plus possible par des services ambulatoires les besoins supplémentaires en soins et en assistance dus à l'augmentation du nombre de personnes âgées. Les aînés doivent pouvoir rester chez eux le plus longtemps possible, ce qui, dans la plupart des cas, correspond le mieux à leurs besoins et permet de limiter les investissements supplémentaires massifs à consentir pour construire des établissements médico-sociaux. Cela étant, il convient de préciser que les EMS sont et resteront l'un des grands piliers du système de prise en charge des personnes âgées dans le canton de Berne. La ligne directrice présentée ici, qui souligne notamment la nécessité de développer des solutions complémentaires aux séjours en EMS, n'a aucunement pour objet de dévaloriser ces derniers. Au contraire, le canton de Berne a et aura, à l'avenir aussi, absolument besoin des établissements actuels, et leurs pensionnaires doivent pouvoir compter sur une qualité d'habitat et de prestations élevée (cf. domaine d'intervention n° 6, p. 31).
- Exploiter au mieux les ressources privées (prise en charge de tâches de soins et d'assistance, financement).
- Fournir aux personnes nécessitant une prise en charge institutionnelle une offre de qualité, qui réponde aux besoins en termes quantitatifs et soit financièrement supportable.

En matière de politique du 3^e âge, les défis de demain ne pourront pas être relevés avec succès par le biais de mesures isolées. Il convient au contraire d'agir de manière concertée

à différents niveaux. Les chapitres suivants décrivent neuf domaines d'intervention permettant de mettre en place une politique du 3^e âge durable. L'ordre de présentation de ces domaines est conforme aux priorités fixées, la première étant d'assurer l'autonomie des personnes âgées. Lorsque cela n'est plus possible, il convient de renforcer l'aide à domicile. Enfin, il faut mettre sur pied une offre d'établissements médicosociaux répondant aux besoins des personnes qui ne peuvent plus vivre chez elles. Les mesures décrites dans les domaines d'intervention n° 1 à 6 influent directement sur l'offre et la demande. Des mesures d'appoint sont par ailleurs prévues pour garantir une offre conforme aux besoins; elles sont décrites dans les domaines d'intervention n° 7, 8 et 9.

Comme mentionné dans l'introduction, ce train de mesures n'est ni exhaustif ni définitif. Il peut tout à fait s'enrichir ces prochaines années de nouveaux projets. On peut aussi imaginer que certaines mesures soient abandonnées suite à des expériences négatives. La politique du 3^e âge ne doit pas être statique, mais s'adapter en permanence à une réalité changeante. C'est pourquoi la procédure choisie ici permet une planification continue.

Dans le présent rapport, seules les tâches les plus urgentes ont été traitées de façon approfondie, en raison des moyens financiers limités à disposition. Des idées soulevées lors des discussions internes menées au sein de l'administration pourront toutefois être mises en œuvre même si elles ne sont pas décrites de façon détaillée ici. Il s'agit notamment de la mise en place d'une formation de soignant en gériatrie, de la création d'EMS servant de pôles d'attraction, de l'ouverture d'un foyer de vacances, de la promotion d'études ethnographiques sur la vie des personnes âgées dans les communes et dans les EMS, ainsi que de l'introduction d'une enveloppe budgétaire pour les soins et la prise en charge des personnes âgées dans un certain nombre de communes.

DOMAINES D'INTERVENTION

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

Description

Les besoins des aînés sont aussi divers que leurs parcours. Tous doivent pouvoir façonner leur vie. C'est pourquoi le canton soutient les projets et les institutions qui ont pour vocation d'aider les personnes âgées à conserver leur autonomie. Le but est de préserver aussi bien et aussi longtemps que possible leur qualité de vie, qui est directement liée à leur indépendance, et de limiter autant que possible leurs besoins en matière de soins et de prise en charge, de façon notamment à réduire les coûts.

Mesures concrètes

- Visites préventives à domicile
- Prestations de conseil de Pro Senectute
- Vérification de la compatibilité des activités des autres Directions avec la politique cantonale du 3^e âge

Visites préventives à domicile

Situation initiale

Les visites préventives à domicile ont pour but d'offrir aux personnes âgées une information et un conseil individualisés quant aux risques pour la santé inhérents au 3^e âge et aux précautions à prendre. L'idée est de différer, voire d'éviter, le recours à des prestations de soins ou de prise en charge, de réduire les besoins en la matière, ainsi que de retarder ou d'éviter l'entrée en institution. Le Programme national de recherche n° 32 consacré à la vieillesse a donné naissance au projet pilote EIGER (Erforschung innovativer geriatrischer Hausbesuche) mené en ville de Berne entre 1992 et 1998.

Les résultats montrent que des visites préventives auprès de personnes en bonne santé permettent de réduire tant leurs besoins en matière de soins et de prise en charge que la fréquence des admissions en institution.⁹

Le projet EIGER a également permis d'évaluer les coûts et le potentiel d'économie des visites à domicile. Si la première phase du projet a nécessité des investissements supplémentaires et généré des coûts (visites à domicile et consultations médicales), la seconde phase a permis de réaliser des économies, en évitant ou en retardant des admissions en EMS. Tandis que les investissements par an et par personne se montaient à près de 700 francs la première année, ils étaient d'environ 70 francs la deuxième année, et il a été possible d'économiser 2300 francs par personne dès la troisième.

Les expériences engrangées dans le cadre d'EIGER servent de base au projet SO!PRA («Solothurn! Prävention im Alter»), mené actuellement dans plusieurs communes des cantons de Soleure et de Berne, qui consiste à tester un modèle particulier de visites préventives à domicile. Les conseils prodigués dans ce cadre par le personnel infirmier de santé publique se fondent sur un questionnaire informatisé que la personne concernée remplit avec son médecin de famille. Cette évaluation couvre des thèmes comme l'activité physique, l'alimentation, la consommation de tabac, les capacités mémorielles, le réseau social et la consommation de médicaments. Les résultats obtenus jusqu'ici sont encourageants et montrent que la prévention en matière de santé a été nettement améliorée chez les participants. D'autres projets, qui portent sur l'intégration des visites préventives à domicile dans les structures d'aide et de prise en charge existantes (recours aux services de maintien à domicile, par ex.) sont en préparation. Dans le cadre du système de financement ordinaire des hôpitaux, la SAP soutient la clinique universitaire en gérontologie de l'hôpital Ziegler, à Berne. Les travaux que celle-ci a consacrés aux visites préventives à domicile ont déjà attiré l'attention à l'étranger.

Mesures à prendre

Les mesures à prendre doivent être définies sur la base des expériences et des résultats obtenus jusqu'ici. Ceux-ci montrent sans équivoque que l'on peut améliorer l'état de santé et l'autonomie des personnes âgées, et par là même réaliser de substantielles économies à long terme. A l'avenir, quelle que soit la formule choisie, il faudra continuer à collaborer étroitement avec les médecins de famille et les services d'aide et de soins à domicile.

Prochaines étapes

La SAP examine les conditions et les structures nécessaires pour pouvoir assurer des visites préventives à domicile à grande échelle. Il est prévu que ces travaux se poursuivent à un rythme soutenu et la mise en œuvre devra être évaluée dans le cadre de divers projets pilotes, avec l'appui de la SAP. La clinique universitaire en gérontologie de l'hôpital Ziegler à Berne, les services d'aide et de soins à domicile (cf. p. 17), Pro Senectute (cf. p. 14) et les médecins de famille doivent être associés à cette réflexion.

Coûts

Il n'est pas possible à l'heure qu'il est d'évaluer avec précision les coûts de ces projets.

⁹ Le projet a toutefois aussi montré que chez les personnes présentant déjà des besoins en matière de soins, l'effet préventif des visites est limité.

Prestations de conseil de Pro Senectute

Situation initiale

Pro Senectute fournit aux plus de 60 ans toute une palette de prestations: consultations sociales, formation (cours d'informatique, de mobilité, etc.), sport et exercice physique (gymnastique, randonnée, etc.), aide à domicile (ménage, coiffure, visites, etc.). La fondation apporte ainsi une contribution décisive à la promotion et au maintien de l'autonomie et de la qualité de vie des aînés.

Pro Senectute fournit ses prestations de façon décentralisée, les rendant accessibles à toutes les personnes concernées. Ses activités sont coordonnées avec celles des services d'aide et de soins à domicile et celles des services sociaux, afin d'éviter les redondances.

Dans le canton de Berne, Pro Senectute s'est doté au 1^{er} janvier 2004 d'une nouvelle structure allégée et plus efficace, en regroupant ses activités sur cinq régions du canton, selon le principe: «centralisation du travail administratif, décentralisation des services». Elle est aujourd'hui financée par les subventions de la Confédération (financement de base), les contributions des communes, celles de personnes utilisant ses prestations ainsi que par ses propres fonds (fortune, legs, collectes). Comme les contributions des communes sont portées à la compensation des charges, le canton apporte également son écot.

Bien entendu, Pro Senectute n'est pas la seule organisation à travailler dans ce domaine: les églises par exemple, et d'autres organismes d'utilité publique (notamment les associations féminines), sont également actives sur ce terrain. Si Pro Senectute fait ici l'objet d'un chapitre particulier, c'est que cette organisation garantit aux intéressés une palette de prestations complètes et unifiées dans tout le canton. La fondation est donc pour la SAP un partenaire essentiel dans sa démarche de promotion de la santé et de l'autonomie des personnes âgées. Cependant, cela n'exclut pas la possibilité de collaborer avec d'autres organisations ou de soutenir leurs offres dans ce domaine.

Mesures à prendre

La SAP considère les contributions actuelles des communes et du canton, à hauteur de 800 000 francs par an, comme indispensables pour maintenir à leur haut niveau qualitatif actuel les prestations fournies par Pro Senectute.

Prochaines étapes

La SAP approuve le maintien du soutien financier actuel accordé par les communes et le canton. A partir de 2005, la section bernoise de Pro Senectute sera subventionnée directement par le canton sur la base d'un contrat de prestations et ne percevra plus aucun financement direct des communes. L'action de Pro Senectute pourrait également être soutenue par un renforcement ciblé de la collaboration (participation aux services de visite à domicile, formation à la problématique de la démence sénile, etc.).

Coûts

Afin de maintenir à son niveau actuel l'offre de Pro Senectute, il faut compter environ 840 000 francs par an au titre des contributions du canton et des communes. Il ne s'agit pas là de dépenses en sus car ces montants sont déjà versés chaque année et financés par le biais de la compensation des charges. Des coûts supplémentaires pourraient résulter de la participation de Pro Senectute à de nouveaux projets.

Vérification de la compatibilité des activités des autres Directions avec la politique cantonale du 3^e âge

Situation initiale

La mise en œuvre de la politique du 3^e âge touche bien évidemment aussi aux domaines d'activité d'autres Directions et offices comme la planification du territoire, les transports, les bâtiments publics, etc. C'est pourquoi il est essentiel que toutes les décisions pouvant avoir une influence sur la prise en charge des personnes âgées ou sur l'aménagement d'un environnement répondant à leurs besoins tiennent compte de la politique du 3^e âge formulée dans le présent rapport. C'est là une pratique d'ores et déjà établie dans le cadre de la procédure de corapport.

Mesures à prendre

Il n'y a pas lieu d'intervenir à court terme, les conditions étant déjà réunies pour une prise de position sur les activités des autres Directions.

Prochaines étapes

La SAP évalue en continu la compatibilité des activités des autres Directions avec les buts de la politique cantonale du 3^e âge, dans le cadre de la procédure de corapport. On compte ainsi parvenir à long terme à une meilleure sensibilisation des autres Directions à la problématique du 3^e âge.

Coûts

Cette mesure fait partie intégrante des tâches ordinaires de la SAP et n'entraîne aucun coût supplémentaire.

Domaine d'intervention n° 2: soutien aux soins et à la prise en charge à domicile

Description

La plupart des personnes âgées souhaitent rester chez elles le plus longtemps possible, même une fois qu'elles ont besoin de soins ou d'assistance. Le canton soutient les projets et les institutions contribuant à satisfaire ce désir. Il s'agit avant tout de faciliter la prise en charge par les proches, aussi importante qu'avantageuse pour le canton.

Mesures concrètes

- Soutien des proches
- Projet pilote «Unités de soins transitoires» avec participation des services d'aide et de soins à domicile
- Renforcement de l'offre ambulatoire par le biais des services de maintien à domicile
- Planification de la gériatrie
- Planification des soins psychiatriques
- Services de visite à domicile
- Autres formes de soutien

Soutien des proches

Situation initiale

En Suisse, une grande partie des aînés tributaires de soins sont pris en charge chez eux par leur entourage. On estime actuellement à entre 220 000 et 250 000 le nombre de personnes qui, dans notre pays, prennent quotidiennement soin d'un proche. La valeur annuelle de ce travail représente 10 à 12 milliards de francs. Ce sont pour la plupart des femmes qui rendent ces services, au sein de leur propre famille. Or, non seulement l'encadrement d'un proche prend du temps, mais c'est une charge sur les plans physique et psychique. Lorsque la situation se prolonge sur plusieurs mois ou plusieurs années, il n'est pas rare que la personne soignante abuse de ses forces, voire devienne tributaire de soins à son tour. Ce problème est aggravé par l'augmentation des maladies chroniques, mais aussi par le fait que les hôpitaux écourtent les séjours, ce qui implique des soins à domicile plus nombreux et plus techniques. Le travail des proches est donc tout sauf évident. D'une très grande importance pour la société, il mérite reconnaissance.

Mesures à prendre

Dans le système d'assistance aux personnes âgées du canton de Berne, la prise en charge et les soins assurés par les proches jouent un rôle énorme. Sans ce travail bénévole, le modèle bernois ne pourrait pas être maintenu, ni sur le plan des ressources humaines, ni sur le plan financier. En outre, vu la mobilité croissante que nous connaissons et le fait que les femmes exercent de plus en plus souvent une activité professionnelle (cf. p. 6), il est important de veiller à ce que le

bénévolat subsiste. Les personnes qui prennent en charge leurs proches doivent être soutenues.

Dans le débat sur cette question, trois types d'aide sont souvent évoqués: indemnisation financière, appui de spécialistes et décharges.

L'indemnisation financière n'est pas un scénario réaliste, et ce pour deux raisons: d'une part la précarité des ressources financières cantonales, d'autre part la quasi-impossibilité de déterminer qui aurait droit à quoi et de procéder aux contrôles nécessaires. En revanche, il est important que les personnes qui s'occupent de proches et qui, dans certains cas, renoncent pour cela à certains revenus, ne soient pas pénalisées quant à leur propre prévoyance vieillesse. La SAP soutient des mesures à cet effet. Ce dossier devant toutefois être réglé au niveau fédéral, le canton ne dispose pas ici d'une grande marge de manœuvre.

Il est probable que la motivation des proches dépend aussi de l'appui qu'ils peuvent obtenir: il faut qu'ils puissent compter sur une aide simple et rapide si le besoin s'en fait sentir.

Le recours à des spécialistes ou une décharge momentanée sont des plus importants pour qu'à l'avenir aussi, les proches participent à la prise en charge des personnes âgées.

Prochaines étapes

Aujourd'hui déjà, diverses organisations comme la Croix-Rouge suisse, Pro Senectute et un certain nombre de fédérations de patients proposent aux personnes qui soignent leurs proches des prestations et des publications qui constituent pour elles une aide importante. Il faudra maintenir, et même étoffer cette offre. En outre, une bonne partie des mesures concrètes évoquées ci-après (cf. p. 15–20, 25 ss, 34 ss et en particulier le chapitre consacré au bénévolat p. 41) contribuent aussi largement à soutenir et à décharger les proches. La SAP va s'atteler rapidement à leur mise en œuvre. De plus, elle est disposée à soutenir d'autres projets ayant les mêmes visées.

Projet pilote «Unités de soins transitoires» avec participation des services d'aide et de soins à domicile

Situation initiale

La désignation «soins transitoires» recouvre différentes formes de traitement. La SAP distingue entre soins transitoires aigus et soins transitoires de longue durée.

Les soins transitoires aigus sont dispensés à la suite d'un séjour en hôpital à des personnes n'ayant pas besoin d'être hospitalisées dans un établissement de long séjour, mais requérant une prise en charge plus importante que celle des services d'aide à domicile, sans pour autant nécessiter toute l'infrastructure et le personnel médical d'un établissement de soins aigus. Les hôpitaux de Frutigen et d'Erlenbach proposent actuellement un programme de soins ad hoc sur une période de trois semaines, qui se trouve en phase d'évaluation sous la houlette de la SAP.¹⁰

Le type de soins qui nous intéressent ici, à savoir les soins transitoires de longue durée, répondent à des objectifs bien différents. Ils ont avant tout pour but d'éviter les admissions définitives dans un EMS à la suite d'un séjour dans un hôpital de soins aigus ou d'un premier séjour de courte durée dans un EMS (suite à une situation d'urgence) et de préparer à un retour à domicile.

Il revient aux spécialistes de déterminer si la personne concernée peut rentrer chez elle suite à son séjour en unité de soins aigus ou s'il convient de lui prescrire des soins transitoires. Les connaissances gériatriques du personnel revêtent à cet égard une importance capitale (cf. p. 18). Pour des soins transitoires visant avant tout à éviter une admission définitive en institution, on se base en principe sur une durée de trois à huit semaines, vu la plus grande lenteur du processus de réadaptation chez les personnes âgées. Tout retour à domicile nécessite en outre que l'on vérifie la capacité de l'environnement social à soutenir la personne.

Etant donné que la prise en charge à domicile constitue la tâche première des services d'aide et de soins à domicile et que de nombreux patients sont déjà suivis par ces derniers, il apparaît judicieux et nécessaire de les associer étroitement et à un stade précoce aux soins transitoires de longue durée (cf. p. 17).

Mesures à prendre

Les besoins en matière de soins transitoires de longue durée ainsi que l'efficacité de ce type de soins et leurs répercussions financières exactes devront faire l'objet d'évaluations basées sur les expériences faites jusqu'ici et sur la réalisation d'un projet pilote. Il convient également de déterminer quels sont les recoupements d'une telle offre avec le projet pilote sur les soins transitoires aigus actuellement en cours et avec la réadaptation telle que la pratique l'hôpital Ziegler de Berne par exemple. Autant de questions auxquelles le projet pilote permettra d'apporter des réponses.

Prochaines étapes

La SAP entretient un dialogue nourri avec diverses institutions (divisions de long séjour, EMS) afin de conceptualiser et de mettre en œuvre un projet de soins transitoires de longue durée. Des projets pilotes doivent être menés dans deux ou trois de ces institutions. Du point de vue de la SAP, il convient de donner aux services d'aide et de soins à domicile un rôle central dans la réalisation de ces programmes. La durée de séjour maximale devra être fixée à environ huit semaines (à définir précisément au cours de la phase de conceptualisation).

Pour l'évaluation du projet, on recourra idéalement aux mêmes instruments que pour le projet de soins transitoires aigus.

Coûts

Selon les expériences faites jusqu'ici en matière de soins transitoires aigus et de réadaptation, on peut estimer le coût journalier des soins transitoires de longue durée à au moins 300 francs, ce qui correspond au coût plafond défini pour les degrés 5 et 6 du système central de classification.

En admettant que trois institutions dotées chacune d'une dizaine de places ad hoc participent à un projet pilote de soins transitoires, on peut estimer à environ 10 000 par année le nombre de journées de prise en charge, pour un taux d'occupation de 90 pour cent. Vu la forte fluctuation coutumière dans ce domaine, le taux d'occupation sera certainement plus important que pour les places permanentes. Partant d'une durée de séjour moyenne de six semaines, on peut tabler sur quelque 220 cas par année.

Sur la base de ces prémisses, les coûts se monteraient à quelque 3 millions de francs par année, soit 9 millions sur trois ans.

Si les assureurs-maladie participent à hauteur de 50 pour cent des coûts du traitement, les coûts supportés par le canton au titre du projet de soins transitoires de longue durée se monteraient à quelque 4,5 millions de francs.

A noter que le financement des soins est actuellement débattu au plan fédéral. Une révision de la LAMal pourrait avoir des répercussions sur la prise en charge des soins transitoires.

¹⁰ Le projet a débuté le 1^{er} mars 2003 et doit se poursuivre jusqu'au 31 décembre 2004. Les soins transitoires sont proposés dans les hôpitaux d'Erlenbach et de Frutigen, alors qu'un groupe-témoin est en cours d'évaluation à l'hôpital de Berthoud.

Renforcement de l'offre ambulatoire par le biais des services de maintien à domicile

Situation initiale

En 2002, les services d'aide et de soins à domicile du canton de Berne, qui sont des institutions d'intérêt public subventionnées, ont fourni un total approximatif de 1,26 million d'heures de soins et de prise en charge à des personnes de plus de 65 ans. Vu l'augmentation prévue des besoins (cf. p. 4), la demande va elle aussi aller en s'accroissant.

Le projet visant à étendre l'offre de prestations en matière d'aide et de soins à domicile de façon à éviter ou à retarder les admissions définitives en institution (cf. à ce sujet le domaine d'intervention n° 6) conduit lui aussi à une hausse de la demande. Or un étoffement de l'offre implique une extension tant géographique que temporelle des services de maintien à domicile. En même temps, il conviendra d'améliorer l'efficacité de ces services en veillant à une meilleure coopération entre les différentes organisations présentes sur le territoire du canton. Les services de grande taille pourraient décharger les petits des tâches qui se prêtent à une centralisation (achats, informatique, planification, formation continue, etc.).

Les services d'aide et de soins à domicile ne pourront faire face à cet accroissement de la demande que moyennant une collaboration avec les proches ou avec des bénévoles assurant le maintien des contacts sociaux et la surveillance de l'état de santé des personnes suivies. Il convient d'éviter à tout prix que l'extension des services de soins à domicile n'entraîne un relâchement de l'engagement des proches ou des bénévoles, notamment par un développement des formations à leur intention.

Prochaines étapes

La SAP appuie les efforts faits pour renforcer l'aide et les soins à domicile dans le canton, tant au niveau du nombre d'heures que de l'homogénéité des prestations. A cet effet, elle encourage la réorganisation des services en soutenant financièrement deux projets de l'Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile. Le projet «Standards et indicateurs» porte sur les exigences minimales auxquelles doivent répondre les prestations. A terme, l'octroi d'une autorisation d'exploitation aux services de maintien à domicile dépendra du respect de ces standards. Quant au projet «Régionalisation», il vise à intensifier la collaboration entre les services d'aide et de soins à domicile actifs à l'échelon communal, voire à les regrouper.

¹¹ On ne dispose pour l'heure d'aucune comparaison fiable entre les coûts de la prise en charge en institution et ceux des soins à domicile. Il est très difficile de faire une estimation exacte de ces coûts, car un calcul comparatif doit prendre en compte non seulement les dépenses générées par l'un ou l'autre type de prestations, mais également les économies que chaque variante permet de réaliser: prolongation de l'autonomie dans le cas de la prise en charge à domicile et diminution du nombre d'hospitalisations dans le cas des séjours en EMS.

Objectif de ces mesures: augmenter l'efficacité des services d'aide et de soins à domicile, tant sur le plan des soins que dans le domaine administratif. Cette efficacité accrue profitera aussi bien aux bénéficiaires des soins qu'aux pouvoirs publics.

La SAP s'efforce en outre, dans le cadre de divers projets, d'intensifier sa collaboration avec les services locaux de maintien à domicile (visites préventives à domicile, soins transitoires, etc.).

Coûts

En 2002, le coût horaire moyen des services d'aide et de soins à domicile était de 80 francs. Pour 1,26 million d'heures d'aide et de soins prodigués aux plus de 65 ans, les coûts totaux se sont donc montés à 101 millions de francs, dont 26 pour cent, soit environ 26 millions de francs, ont été pris en charge par le canton et les communes.

A l'avenir, les coûts sont appelés à augmenter, et ce pas seulement en raison de l'accroissement prévisible du nombre des personnes ayant besoin de soins et d'assistance à domicile. L'extension de l'offre de services, destinée à permettre à une plus grande proportion de personnes de retarder, voire d'éviter une admission en institution, nécessitera elle aussi des dépenses plus importantes. Les coûts supplémentaires liés à l'étoffement de l'offre devraient toutefois être compensés en partie par une meilleure collaboration et une meilleure exploitation des synergies. Considéré globalement, le renforcement de l'offre de soins ambulatoires devrait être moins onéreux que la construction et l'exploitation de nouveaux EMS. ¹¹

Grâce à l'amélioration générale de l'état de santé de la population, la proportion de personnes âgées dépendantes de l'aide et des soins à domicile devrait certes diminuer, mais l'extension de l'offre devrait aussi amener les services de maintien à domicile à prendre en charge plus de personnes sur une plus longue période. On part du principe que le volume des prestations (nombre d'heures) suivra plus ou moins la courbe d'accroissement de la population âgée (+8% jusqu'en 2008). Les coûts supplémentaires à porter par le canton et les communes devraient par conséquent s'élever à quelque 420 000 francs par an.

Si on ajoute à cela les dépenses supplémentaires liées à l'élargissement de l'offre de prestations, le renforcement des services d'aide et de soins à domicile devrait coûter environ 10 millions de francs sur les cinq prochaines années.

La SAP contribue aux deux projets lancés par l'Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile («Standards et indicateurs» et «Régionalisation») à raison de 180 000 francs par projet.

Planification de la gériatrie

Situation initiale

Le suivi médical des personnes âgées souffre de l'absence de coordination interdisciplinaire et de lacunes dans la prise en charge, deux manques qui compromettent, voire qui réduisent à néant les efforts entrepris en la matière.

Depuis 1991 (adoption de certains points de la motion von Allmen), le parlement et les autorités politiques savent que la prise en charge gériatrique dans le canton de Berne ne répond pas aux besoins actuels et futurs de la population. Il faut agir rapidement et prendre des mesures tant efficaces qu'économiques en la matière. Du fait de l'évolution démographique et des progrès accomplis dans le domaine, la gériatrie acquiert une importance toujours croissante et constitue désormais une discipline médicale à part entière.

Un simple coup d'œil à la pyramide des âges dans les hôpitaux de soins aigus du canton de Berne révèle toute l'importance de la planification de la gériatrie: plus de la moitié des patients ont d'ores et déjà plus de 65 ans; près du tiers des patients des services de médecine interne ont plus de 75 ans, et plus d'un cinquième ont plus de 80 ans. Et la part des personnes âgées parmi les patients des hôpitaux de soins aigus ne cesse de croître.

Dans le canton de Berne, deux structures spécialisées ont été aménagées pour accueillir cette catégorie de patients: le centre de réadaptation gériatrique de l'hôpital Ziegler de Berne et le service de réadaptation gériatrique du Centre hospitalier de Bienne. Les autres régions manquent pour l'heure de telles structures.

Mesures à prendre

Si les traitements conventionnels suffisent à soigner la plupart des personnes âgées, un certain nombre d'entre elles nécessitent le recours à des méthodes diagnostiques et thérapeutiques spécifiques. Il s'agit des cas «typiques» de médecine gériatrique, qui présentent plusieurs troubles ou pathologies touchant diverses dimensions de leur santé, suivent plusieurs traitements médicamenteux, affichent des formes cliniques atypiques ou encore souffrent d'une instabilité de leur état fonctionnel.

Les déficits constatés dans la prise en charge gériatrique peuvent être comblés à l'aide des quatre catégories de mesures ci-dessous:

- extension de l'offre de prestations spécialisées,
- «gériatrisation» de l'offre de prestations médicales en général, par le biais de la formation continue et de directives,
- formation et perfectionnement du personnel médical et paramédical dans le domaine du diagnostic et des instruments thérapeutiques spécifiques,
- recherche en gériatrie.

Prochaines étapes

Dans le cadre de sa planification des mesures de réadaptation, le canton de Berne s'est attelé au printemps 1999 à l'élaboration d'une planification de la gériatrie, en collaboration avec différents experts et spécialistes du domaine. Il s'est en particulier attaché à déterminer quelles structures existent déjà et celles qu'il convient de créer ou de modifier.

Les résultats de ces travaux préparatoires peuvent se résumer de la façon suivante:

- la prise en charge des patients âgés doit en principe continuer d'être assurée dans les différents services spécialisés des hôpitaux;
- un transfert de savoir-faire spécifique est toutefois nécessaire en direction de la base (hôpitaux, institutions, services de maintien à domicile, médecins de famille), tout comme la création de structures adaptées. Sont prévus à cet effet des centres gériatriques régionaux ainsi qu'un centre de compétences cantonal en matière de gériatrie.

Le bon fonctionnement de ce dispositif repose sur la disponibilité de structures de suivi telles que l'aide et les soins à domicile (cf. p. 17), les soins transitoires (cf. p. 16) et les établissements médico-sociaux (cf. domaine d'intervention n° 6).

Tâches, répartition géographique et organisation des centres gériatriques régionaux

Tâches:

1. mise sur pied d'un consilium dans le centre hospitalier pour les cas difficiles et les examens ambulatoires,
2. gestion de programmes thérapeutiques et de mesures de réadaptation pour les patients du service de gériatrie du centre hospitalier,
3. mise en place du travail d'équipe centré sur le patient dans le centre hospitalier,
4. collaboration avec les prestataires des différents niveaux de prise en charge gériatrique de la région, dans le sens d'une coordination horizontale et verticale,
5. collaboration avec les centres psychiatriques régionaux,
6. organisation à l'échelon régional de la formation continue en gériatrie.

Si des centres régionaux desservent déjà les bassins de population de Berne et de Bienne, il reste à en créer pour la Haute-Argovie, l'Emmental, ainsi que pour les régions est et ouest de l'Oberland. La situation particulière du Jura bernois nécessite une approche différenciée.

Les questions touchant à l'organisation des centres gériatriques régionaux – médecin-conseil en gériatrie ou création d'une unité gériatrique – et à leurs besoins en personnel seront prochainement examinées avec les groupes hospitaliers des différentes régions, sur mandat de la SAP. Il s'agira en majeure partie non pas de créer des lits, mais de réaffecter les lits existants.

Tâches, implantation et organisation du centre de compétences cantonal en matière de gériatrie

Tâches:

1. enseignement et recherche (lien avec l'Université),
2. formation et perfectionnement,
3. conseil aux responsables des centres régionaux pour les cas difficiles,
4. conseil aux autorités cantonales pour les questions ayant trait à la planification de l'offre (évaluations),
5. prestations dévolues aux centres régionaux.

L'équipement, le personnel et les structures nécessaires existent déjà au centre de réadaptation gériatrique de l'hôpital Ziegler de Berne.

Contact a été pris avec les cantons voisins afin de déterminer dans quelle mesure ils seraient prêts à collaborer à la gestion commune d'un tel centre de compétences.

Coûts

Jusqu'en 2006, les coûts afférents à l'étude préliminaire, à la mise sur pied et à l'évaluation continue des centres gériatriques régionaux devraient se monter à environ 1,5 million de francs.

Planification des soins psychiatriques

En septembre 2003, la SAP a englobé la planification de la psychiatrie dans la planification hospitalière, conformément à la loi sur les soins hospitaliers. Dans le domaine de la psychogériatrie, il convient de déterminer quelles prestations les cliniques psychiatriques et les centres psychiatriques régionaux fournissent directement et quelles prestations sont assurées par le biais des EMS, hôpitaux somatiques et cabinets médicaux. Le principe veut que les cliniques psychiatriques ne traitent que les patients en gériatrie dont l'état nécessite le savoir-faire et l'offre spécifique d'une clinique. En règle générale, le séjour en service de psychogériatrie est limité dans le temps. La psychogériatrie prend en charge non seulement les cas de démence sénile, mais toutes les affections psychiques liées à la vieillesse telles que les dépressions.

Mesures à prendre

Il est urgent de renforcer les compétences en psychogériatrie à divers niveaux (médecins de famille, services d'aide et de soins à domicile, EMS, etc.).

Prochaines étapes

La planification des soins psychiatriques se poursuit à un rythme soutenu. Dans ce cadre, la psychogériatrie doit se voir accorder toute l'importance qu'elle mérite. La SAP est ouverte aux nouveaux projets susceptibles de renforcer les compétences en psychogériatrie des prestataires, tant dans le domaine résidentiel que dans le domaine ambulatoire.

Services de visite à domicile

Situation initiale

Afin de permettre aux personnes âgées de rester chez elles le plus longtemps possible, il faut prendre en compte non seulement l'aide et les soins à domicile, mais également les aspects sociaux. Nombre de personnes âgées demandent en effet encore à entrer en institution dans l'espoir de pouvoir nouer des contacts et d'échapper à la solitude. Diverses formes de services de visite ont été créées pour tenter de remédier au problème de l'isolement social: outre les nombreuses prestations de bénévoles et d'institutions d'intérêt public (paroisses, etc.), Pro Senectute propose elle aussi cette prestation (cf. p. 14). Divers cantons ont mis sur pied des cours pour les personnes souffrant d'affections psychiques qui leur permettent ensuite d'assurer un service de visite aux personnes âgées ou handicapées, de les accompagner en promenade, de les aider à faire leurs courses et à cuisiner, de leur faire la lecture et de les assister dans diverses activités quotidiennes et de loisir. Dans le canton de Berne, plusieurs initiatives privées ont vu le jour visant à mettre sur pied des services de visite sur le modèle de ce qui se fait dans les autres cantons.

Mesures à prendre

Un service de visite à domicile constitue un complément utile et nécessaire aux autres offres du domaine ambulatoire, parce qu'il permet de consacrer du temps aux personnes âgées et de satisfaire leur besoin de contacts sociaux, qui se verrait autrement ignoré (promenades, conversation, lecture, etc.). Il contribue à éviter les entrées prématurées en institution. Bien évidemment, les services d'aide et de soins à domicile assument certaines tâches dans ce domaine, mais leur disponibilité en temps est limitée. Il convient de déterminer si la demande existante peut être satisfaite par l'offre actuelle de Pro Senectute, des institutions privées et l'engagement de particuliers, ou si des capacités supplémentaires sont nécessaires.

Prochaines étapes

La SAP examine s'il y a lieu de compléter et de coordonner l'offre existante en matière de services de visite (Pro Senectute, aide et soins à domicile, institutions d'intérêt public, particuliers), afin d'en assurer l'accès à toutes les personnes âgées, quel que soit leur domicile. Cette étude est menée en collaboration avec Pro Senectute, les services de maintien à domicile et les organismes bénévoles.

Coûts

Nous ne disposons pas pour l'heure des bases nécessaires pour calculer le coût des services de visite. On peut toutefois dire que ce type de mesures ne représentera pas une grande charge financière pour le canton, car il repose pour une grande partie sur des bénévoles ou des organisations existantes. Les éventuels fonds publics devraient avant tout servir à encourager la création de tels services.

Autres formes de soutien

Diverses organisations proposent actuellement des prestations de soutien aux personnes âgées. Le service des transports et le système d'alarme de la Croix-Rouge suisse, par exemple, constituent une aide précieuse pour les aînés et pour leurs proches. Mais la Croix-Rouge n'est pas la seule, d'autres organismes d'utilité publique ainsi que les églises s'engagent dans ce domaine.

Ces prestations vont continuer à jouer un rôle très important, raison pour laquelle elles doivent absolument être maintenues. La SAP est prête à étudier l'opportunité d'accorder une aide financière aux nouveaux projets lancés dans ce domaine d'intervention.

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

Description

L'offre de logement et de prise en charge doit répondre aux besoins et aux intérêts les plus divers. Le canton soutient ainsi la mise en place de solutions pouvant offrir aux personnes nécessitant un encadrement léger une solution de rechange à un séjour en EMS. Quant à l'offre résidentielle, il convient de prévoir, en cas de rénovation, une infrastructure susceptible de répondre aux exigences actuelles en termes de qualité d'habitat et de s'adapter rapidement et à peu de frais aux nouveaux besoins des personnes âgées.

Les mesures décrites ci-après concernent le logement en EMS (pour les personnes nécessitant des soins lourds) et le placement dans des familles (besoin de contacts sociaux). Toutefois, il existe aussi une demande importante pour les formes d'habitat qui permettent de mener une vie autonome tout en recourant de manière ciblée à certaines prestations, selon les besoins de chacun: logements spécialement conçus pour les personnes âgées associés à des services d'aide et de soins à domicile ou situés à proximité d'un EMS offrant certaines prestations, homes et résidences pour personnes âgées. Toutes ces solutions permettent de passer en douceur d'un logement indépendant au séjour en institution.

Quant à savoir quel est le type d'habitat le plus approprié à une région donnée et aux besoins de sa population, il n'existe pas de réponse unique. Celle-ci dépend du contexte local, et l'idéal serait d'y répondre dans le cadre du plan d'action de la commune (cf. p. 28).

Le canton ne participe pas au financement de l'habitation en soi. Les ressources financières destinées à la politique du 3^e âge doivent être consacrées de façon ciblée aux soins et à la prise en charge des personnes âgées qui n'ont pas les moyens de financer elles-mêmes le soutien dont elles ont besoin.

Mesures concrètes

- Rénovation et adaptation de l'infrastructure des EMS
- Révision du programme des locaux
- Projet de placement dans des familles de la Société d'économie et d'utilité publique
- Adaptation de la législation sur les constructions

Rénovation et adaptation de l'infrastructure des EMS

Situation initiale

Les offres résidentielles vont rester un pilier important de la prise en charge des personnes âgées dans le canton de Berne. Au fil des décennies, les exigences qualitatives ont évolué. Or, dans de nombreux cas, l'infrastructure des EMS existants ne satisfait plus à ces attentes (chambres à quatre lits, par ex.). En vertu de la ligne directrice établie par la politique cantonale du 3^e âge, les institutions doivent accueillir majoritairement des personnes nécessitant des soins lourds ou souffrant de démence sénile: un réaménagement qui nécessite là encore une adaptation de l'infrastructure (par ex. la création de divisions spéciales comprenant un coin jardin pour les personnes souffrant de démence sénile, cf. p. 24).

Mesures à prendre

Il est urgent d'adapter et de rénover les institutions existantes pour pouvoir proposer aux pensionnaires des infrastructures répondant à leurs besoins (par ex. réaménagement des installations communautaires, individuelles et sanitaires, création de divisions séparées pour des groupes cibles spécifiques, abandon des chambres à quatre lits). Plusieurs institutions importantes pouvant accueillir de 100 à 300 pensionnaires sont concernées par ces mesures. Il s'agit aussi de permettre la prise en charge de personnes souffrant de démence sénile. Enfin, des travaux de construction non négligeables doivent être entrepris dans un certain nombre d'hôpitaux de district offrant des divisions pour soins de longue durée.

Prochaines étapes

La SAP soutient les projets de construction visant à adapter l'infrastructure des institutions actuelles aux attentes des pensionnaires dans le cadre de la procédure ordinaire d'approbation des investissements.

Pour chaque projet, elle procède à un examen détaillé afin de savoir quelles sont les mesures de rénovation nécessaires. La conversion des chambres à quatre lits en chambres individuelles ou chambres à deux lits est impérative pour assurer dans les EMS une qualité d'habitat et de vie conformes aux exigences actuelles. De plus, il faut toujours garder à l'esprit que la rénovation des bâtiments subventionnés par le canton permet de préserver leur valeur immobilière. Enfin, la SAP continue à envisager aussi, dans certains cas, des solutions de rechange à la rénovation, par exemple le transfert dans d'anciens hôpitaux de la région (comme ceux de Jegenstorf, de Grosshöchstetten, de Wattenwil).

La SAP s'efforce en outre de développer et d'examiner des modèles de subventionnement simples dans le cadre du financement des projets d'investissement. On peut imaginer de permettre aux communes d'inscrire le coût du capital investi (intérêts et amortissement) à la compensation des charges à hauteur d'un certain montant forfaitaire. Les modèles de subventionnement de ce type – il en existe déjà quelques-uns – encouragent les investisseurs privés à s'intéresser à

des logements adaptés aux besoins des personnes âgées. Par ailleurs, il ne fait aucun doute que de tels modèles accélèrent la réalisation des projets de construction.

Coûts

Les coûts d'investissement afférents aux travaux requis sont déjà englobés dans le budget et le plan financier du canton de Berne. Les projets recensés à l'heure actuelle devraient coûter quelque 140 millions de francs. Il est cependant peu probable que tous puissent être menés à terme dans les cinq ans à venir. Par ailleurs, de nouveaux projets encore à définir pourraient générer des coûts supplémentaires.

Révision du programme des locaux

Situation initiale

Le programme des locaux actuel des EMS du canton de Berne a été établi sur la base de la planification des foyers pour personnes âgées de 1981. Or les besoins et les attentes ont changé, la structure de la clientèle n'étant plus la même qu'autrefois (davantage de personnes fortement tributaires de soins et de malades souffrant de démence), ce qui nécessite une adaptation des infrastructures. Le programme des locaux doit tenir compte de cette évolution.

Mesures à prendre

Le programme des locaux n'étant que partiellement adapté à l'exploitation d'établissements destinés à accueillir de plus en plus de personnes tributaires de soins lourds, il convient de le réviser. Il s'agit d'adapter la surface des chambres, les équipements et les aménagements aux standards prescrits par le canton, tout en tenant compte des conséquences financières futures de ces améliorations (coûts de construction et d'exploitation) et de leur utilité pour les différentes catégories de pensionnaires. Il faut aussi harmoniser les prescriptions du programme cantonal des locaux avec celles de l'ordonnance sur les foyers (cf. p. 38).

De plus, la révision du programme des locaux permettra de garantir un maximum de flexibilité¹², de façon à pouvoir ajuster les infrastructures aux nouveaux besoins des pensionnaires, qui vont encore évoluer. Sans oublier le problème de la durabilité (choix des matériaux, approvisionnement en énergie, etc.).

Prochaines étapes

En collaboration avec les associations spécialisées et d'entente avec l'Office des bâtiments, la SAP est en train d'élaborer un programme des locaux des EMS répondant aux besoins

¹² Par exemple la possibilité d'utiliser certains locaux de façon polyvalente, soit comme chambre individuelle soit, en utilisant les liaisons existantes, comme appartement.

actuels et futurs. Ce programme servira de base décisionnelle pour le cofinancement de projets de construction ou de rénovation.

Coûts

Le programme, élaboré avec les ressources disponibles, n'entraînera pas de coûts supplémentaires immédiats. A moyen terme, des frais d'une ampleur encore difficile à estimer pour l'heure ne sont pas à exclure.

Projet de placement dans des familles de la Société d'économie et d'utilité publique

Situation initiale

Depuis cinq ans, la Société d'économie et d'utilité publique (OGG) du canton de Berne cherche des places d'accueil dans des familles de paysans pour les personnes âgées qui ne peuvent ou ne veulent plus vivre seules pour des raisons physiques, psychiques ou sociales. Cette solution décentralisée est moins chère qu'un séjour en EMS. L'intégration dans une famille permet aux aînés d'entretenir des contacts sociaux et de structurer leurs journées. La vie en commun et la possibilité de participer aux travaux de la ferme les aident également à rester autonomes. L'OGG s'assure que les familles d'accueil potentielles possèdent les compétences (formation/expérience) pour prendre en charge et soigner des personnes âgées. Par ailleurs, comme l'intervention rapide des services d'aide et de soins à domicile peut se révéler nécessaire un jour ou l'autre, les projets de placement sont organisés en collaboration avec ces derniers. Aux familles paysannes, l'accueil de personnes âgées apporte une rentrée d'argent bienvenue compte tenu de la diminution de leur revenu.

Mesures à prendre

Le placement dans des familles est une solution de rechange valable au séjour en EMS pour les personnes qui ne peuvent plus rester chez elles moins pour des problèmes de santé que pour des raisons sociales. La politique du 3^e âge prévoyant de réserver les places en EMS en priorité aux personnes tributaires de soins complexes (cf. p. 31), il faut trouver d'autres modèles pour les personnes qui ne peuvent plus rester chez elles pour d'autres motifs. Dans cette logique, l'offre de placement dans des familles mérite d'être développée. Rien n'oblige, d'ailleurs, à la limiter aux familles paysannes.

Prochaines étapes

La SAP soutient le projet de placement dans des familles dans le cadre d'un projet pilote qui se terminera fin 2007. Les prestations de l'OGG augmentant progressivement, les 60 places mises à disposition en 2004 passeront à 200 d'ici 2007.

Coûts

La SAP verse à l'OGG un montant calculé en fonction du nombre de places et du nombre de placements, qui oscillera

entre 240 000 francs (2004) et 445 000 francs (2007), cette indemnisation comprenant un montant fixe et un montant variable en fonction des prestations. Le coût total du projet devrait s'établir à 1,35 million de francs jusqu'en 2007.

Adaptation de la législation sur les constructions

Situation initiale

La SAP est bien entendu favorable à la construction de logements adaptés aux personnes âgées, bien qu'un cofinancement ne soit ni indiqué ni possible (cf. p. 21). La réalisation de tels logements par des investisseurs privés pourrait par exemple être encouragée en modifiant la législation sur les constructions (obligation de proposer des appartements adaptés aux besoins des personnes âgées et handicapées même pour les immeubles locatifs de petite taille).

Prochaines étapes

La Direction des travaux publics, des transports et de l'énergie examine les possibilités de modification de la législation sur les constructions en vue d'encourager la réalisation de logements adaptés aux besoins des personnes âgées et handicapées.

Domaine d'intervention n° 4: offres pour les personnes atteintes de démence

Description

Une large partie des personnes âgées tributaires de soins souffrent de différentes formes de démence sénile; ces affections nécessitent la mise en place d'un encadrement particulier pour les malades et leurs proches: conseil et soutien dans la vie quotidienne, structures de logement et de prise en charge. Il convient d'adapter davantage l'offre actuelle aux personnes souffrant de troubles organiques cérébraux, la création d'institutions spécialisées supplémentaires étant, aujourd'hui comme hier, destinée à rester une exception.

Les problèmes gériatriques et psychogériatriques sont souvent concomitants, les uns pouvant conditionner les autres (formes de démence, dépressions, maladies neurologiques, par ex.). Il convient de déterminer au cas par cas l'institution la mieux à même de traiter le patient. La SAP étant responsable aussi bien de la planification de la gériatrie (cf. p. 18) que de celle de la psychiatrie (cf. p. 19), elle effectue un travail de coordination important afin de définir précisément les domaines de responsabilité de chacune et de répartir au mieux les ressources à disposition entre gériatrie et psychogériatrie.

Les planifications comprennent les mesures décrites ci-après. Au cours de l'automne 2000, la SAP a par ailleurs constitué un groupe de travail interdisciplinaire en vue d'améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de démence.

Comme ces dernières ont des besoins très différents suivant la nature et le stade d'avancement de la maladie et que ces besoins recoupent souvent ceux d'autres patients, plusieurs des mesures proposées par le groupe de travail touchent aussi à d'autres domaines d'intervention.

Prévention

Les mesures de prévention de la démence ne sont pas différentes des mesures générales de promotion de la santé: activité (tant physique que mentale), entretien de rapports sociaux, renoncement aux drogues, etc. Des associations telles que Pro Senectute mettent sur pied des programmes spécifiques (sport, formation) destinés aux personnes âgées (cf. p. 14). Les visites préventives à domicile (cf. p. 13) permettent de leur côté de détecter les facteurs favorisant l'apparition de formes de démence sénile et de réduire les risques. Dans l'état actuel des connaissances médicales, il est cependant (encore) impossible de mettre en place des campagnes de prévention à large échelle.

Dépistage/diagnostic

Le dépistage précoce de la démence sénile est primordial pour pouvoir planifier à temps une thérapie ou une intervention psychosociale; c'est dire le rôle essentiel que jouent les

médecins de famille. S'ils sont sensibilisés au problème de la démence, ils sont en effet les mieux placés, en tant qu'interlocuteurs de confiance, pour porter un diagnostic précoce et surtout pour exclure des maladies présentant des symptômes similaires. Or des connaissances en gériatrie, en psychogériatrie ou en neurologie/neuropsychologie sont indispensables pour porter un diagnostic différencié. En l'absence de telles connaissances, il est important de faire appel à une clinique spécialisée (clinique de la mémoire). Un travail dont se chargent aujourd'hui les centres psychiatriques des hôpitaux régionaux, les cliniques psychiatriques, l'hôpital Ziegler de Berne et le service psychiatrique de la polyclinique universitaire de l'Hôpital de l'île de Berne, ce dernier disposant d'une infrastructure technique qui permet d'effectuer certains diagnostics spéciaux.

On devrait pouvoir améliorer le diagnostic et le traitement des personnes atteintes de démence dans les régions périphériques en mettant davantage l'accent sur la gériatrie (cf. p. 18) et la coordination entre gériatrie et psychogériatrie. Le canton espère également que ces mesures sensibiliseront les médecins de famille aux problèmes gériatriques et psychogériatriques et leur permettront de bénéficier de plus de soutien.

Traitement/prise en charge des personnes atteintes de démence et mesures visant à soulager les proches

Le dépistage de la démence sénile et le choix du traitement, de la prise en charge et du suivi ad hoc doivent être considérés comme des problématiques liées. Dans une première phase, la priorité sera donnée au traitement ambulatoire par le médecin de famille ou un spécialiste. A ce stade, l'information des patients et de leurs proches est essentielle pour qu'ils puissent comprendre et accepter la maladie. Les établissements spécialisés, Pro Senectute et l'Association Alzheimer Suisse proposent une large palette de prestations dans ce domaine. Leurs offres peuvent être judicieusement complétées par le projet de formation des proches (cf. p. 25), qui doit être poursuivi l'année prochaine. Plus la maladie progresse, plus la prise en charge par les proches devient difficile et plus ces derniers ont besoin de plages de repos pour se ressourcer. En règle générale, les services d'aide et de soins à domicile sont associés au processus à partir de ce stade. Le renforcement du maintien à domicile (cf. p. 17) vise donc également à alléger la pression qui pèse sur les familles des malades et à permettre ainsi à ces derniers de rester chez eux plus longtemps.

L'admission temporaire de personnes âgées atteintes de démence en EMS ou en foyer de jour ou de nuit contribue aussi à soulager les familles. L'offre de séjours de ce type dans des EMS existants doit être élargie par des incitations financières (cf. p. 34). L'admission permanente en EMS devient inévitable lorsque la prise en charge ne peut plus être assurée par la famille. Les malades doivent alors dans la mesure du possible être accueillis dans des EMS proches de leur domicile. L'objectif visé est de permettre si possible à tous les EMS intégrés dans la planification du canton de Berne d'héberger des personnes atteintes de démence pour des séjours de

longue durée (cf. p. 31). Cela signifie qu'ils devront adapter leur organisation (voir ci-après) et leur infrastructure (cf. p. 21) aux exigences posées par l'encadrement de ces malades. Ces travaux seront effectués au cas par cas, en veillant à ce que les dépenses restent raisonnables. Le groupe de travail a formulé un certain nombre de recommandations pour la prise en charge résidentielle de personnes atteintes de démence. Si le canton de Berne continuera d'abriter un petit nombre d'établissements spécialisés, ceux-ci resteront l'exception (voir ci-après).

Mesures concrètes

- Centre de consultation pour les institutions accueillant des personnes atteintes de démence
- Formation des proches et des auxiliaires bénévoles
- Institutions spécifiquement destinées aux personnes atteintes de démence
- Information des personnes atteintes de démence et de leurs proches

Centre de consultation pour les institutions accueillant des personnes atteintes de démence

Situation initiale

Les EMS du canton de Berne accueillent aujourd'hui près de 6700 personnes atteintes de démence, soit près de la moitié de tous les pensionnaires d'EMS. C'est dire que ces personnes constituent déjà une clientèle importante, dont la proportion ne devrait pas aller en diminuant.

Mesures à prendre

Au vu de l'augmentation prévisible du nombre de personnes atteintes de démence et tributaires de soins, il convient de créer dans les EMS les conditions d'une prise en charge répondant aux besoins des patients (programme d'exploitation, personnel, infrastructures). Il faut pour cela sensibiliser les établissements à la problématique (cf. recommandations émises par le groupe de travail, en annexe). Il importe par ailleurs aussi que les prestataires de soins collaborent étroitement entre eux pour s'échanger leurs expériences et évaluer les nouvelles formes de prise en charge.

Prochaines étapes

La SAP soutient la création d'un centre de consultation chargé de répondre à toutes les questions que les prestataires de soins ambulatoires et hospitaliers peuvent se poser quant à la prise en charge des personnes atteintes de démence (besoins, programme d'exploitation, personnel, adaptations de l'infrastructure, financement, gestion de projet). Ce centre est également à la disposition de la SAP pour l'analyse de projets

concrets. Une collaboration avec les services spécialisés existants (centre de compétences cantonal en matière de gériatrie, Association Alzheimer Suisse, Pro Senectute, associations actives dans le domaine) et les spécialistes de la démence sénile est souhaitable pour mettre en place ce projet.

Coûts

Le coût estimatif du centre de consultation est de l'ordre de 80 000 francs par année, ce qui entraîne un coût total de 240 000 francs pour la période initiale de trois ans.

Formation des proches et des auxiliaires bénévoles

Situation initiale

L'admission en EMS de personnes atteintes de démence est souvent due à une rupture du réseau de prise en charge. La mise en place d'une formation destinée aux proches peut contribuer à les soulager, en leur permettant de mieux comprendre la situation des malades et d'apprendre à décompresser, à se ménager des plages de repos et à élargir leur environnement social.¹³ Sujets abordés: informations sur les différentes formes de maladie, réactions face aux troubles du comportement, stratégies de ressourcement, etc.

Des études menées tant en Suisse qu'à l'étranger montrent que la formation prodiguée aux proches permet souvent de retarder l'admission en EMS des personnes atteintes de démence.

Les Services psychiatriques universitaires de Berne (SPU) proposent une telle formation en collaboration avec les sections bernoises de l'Association Alzheimer Suisse et de Pro Senectute.

Mesures à prendre

L'objectif visant à retarder l'admission en institution des personnes atteintes de démence ne peut être atteint que si les proches sont mieux soutenus. Cela nécessite un renforcement des services d'aide et de soins à domicile, la mise en place de solutions complémentaires permettant d'alléger la charge des proches mais aussi – élément important – la formation des proches et des auxiliaires bénévoles en charge de ces malades.

Prochaines étapes

Les conditions d'une extension de l'offre actuelle des SPU sont à l'examen (besoins à l'échelle du canton, répartition par région, contenu de la formation, communication, financement, etc.). La SAP participe à la réalisation et au financement de ce projet. La caisse-maladie Visana a elle aussi fait part de son intérêt et est prête à s'engager tant financièrement que sur le plan de l'organisation.

Un projet pilote allant dans ce sens sera élaboré en collaboration avec tous les acteurs concernés (SPU, Association Alzheimer, Pro Senectute et Visana).

¹³ cf. Association Alzheimer Suisse, Pro Senectute Suisse: Prestations de base pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, 2002.

Coûts

Il est impossible pour l'heure d'estimer le coût de ce projet pilote. Il devrait rester relativement modeste pour le canton si Visana devait confirmer sa volonté de s'engager financièrement.

Institutions spécifiquement destinées aux personnes atteintes de démence

Situation initiale

Une petite partie des personnes atteintes de démence continueront d'être placées dans des institutions spécialisées, la gravité de leur maladie nécessitant des soins spécifiques (cf. recommandations du groupe de travail en annexe). Mais l'admission dans ces établissements restera une exception.

Les grandes institutions spécialisées dans la prise en charge des personnes atteintes de démence doivent compléter l'offre proposée par les EMS locaux, en accueillant les malades dont la gravité des troubles rend impossible un séjour en institution traditionnelle. Ces établissements sont à même de proposer un cadre axé complètement sur les besoins des malades (infrastructure, programme d'exploitation et formation du personnel) et possèdent en conséquence un large savoir-faire en matière de soins et de prise en charge. Outre le foyer psychogériatrique d'Oberried, subventionné par le canton, d'autres institutions privées (comme le foyer Haus Serena à Schönbühl ou le Chalet Erika à Berthoud) s'occupent spécifiquement de l'encadrement de personnes atteintes de démence.

Mesures à prendre

Même si les EMS traditionnels peuvent accueillir davantage de personnes atteintes de démence (cf. p. 31), le canton de Berne aura besoin de places supplémentaires dans des établissements spécialisés. Ceux-ci devront également pouvoir proposer des prestations semi-hospitalières sur le plan régional.

Prochaines étapes

La SAP soutient la création de trois institutions spécialisées supplémentaires implantées respectivement dans le Mittelland, la Haute-Argovie et l'Oberland, qui ont déjà engagé des démarches concrètes allant dans ce sens. Elle va également examiner l'opportunité d'en fonder une quatrième pour la région Bienne-Seeland–Jura bernois.

La SAP suit les projets suivants:

■ *Mittelland*

Ce projet prévoit la réunion sous un même toit, dans un nouveau centre psychogériatrique, de différentes prestations qui seront ainsi coordonnées de façon optimale (projet élaboré par l'Association de la région de Berne). Ces prestations seront les suivantes:

- équipe mobile (2,4 postes de travail au total pour la psychogériatrie/gériatrie, les soins et le conseil) chargée d'aider les malades à domicile et d'assister les proches, le personnel des services de maintien à domicile et des EMS ainsi que les médecins de famille;
- séjours de jour (8 places au minimum, 12 au maximum);
- séjours temporaires (6 places au minimum, 12 au maximum) un jour fixe de la semaine ou certaines semaines de l'année;
- offre de logement et d'encadrement résidentielle (18 places au minimum, 36 au maximum).

Selon les estimations effectuées en fonction des bases de financement actuelles, il faut s'attendre à un déficit d'exploitation compris entre 515 000 francs et 847 000 francs si le centre psychogériatrique a un taux d'occupation de 100 pour cent. Suivant la taille de l'institution, les coûts d'investissement devraient atteindre entre 7 et 10 millions de francs.

■ *Haute-Argovie*

L'EMS de Wiedlisbach étudie la possibilité de créer un service pouvant accueillir entre 20 et 30 patients atteints de démence sénile, ainsi que de proposer des soins semi-hospitaliers.

Les coûts d'investissement et d'exploitation de ce projet ne peuvent pas encore être estimés.

■ *Oberland*

La clinique privée de Meiringen fournit actuellement diverses prestations de psychogériatrie (clinique de la mémoire et réadaptation psychogériatrique). La création de places d'accueil spécialisées dans l'Oberland doit donc être coordonnée étroitement avec les prestations de cette clinique (celle-ci a élaboré un avant-projet englobant foyer de jour, places temporaires et prise en charge résidentielle). Etant donné que le site le plus adapté pour compléter l'offre de l'Oberland est Interlaken, il faudra tenir compte, pour la suite des travaux, de l'évolution de la situation à l'hôpital d'Interlaken.

Il n'est pas encore possible d'évaluer les coûts que les pouvoirs publics devront prendre en charge dans le cadre de ce projet.

■ *Emmental*

Le home de Bärau a l'intention d'axer encore plus ses prestations sur l'accueil de personnes atteintes de démence.

■ *Foyer d'Oberried*

Le foyer d'Oberried est le plus grand établissement psychogériatrique du canton de Berne, par lequel il est directement subventionné. Il envisage de transformer une ferme toute proche, inutilisée mais faisant partie de l'exploitation, en une unité spéciale susceptible d'accueillir 20 personnes atteintes de démence. Cette mesure permettrait d'élargir le nombre de places du foyer d'Oberried tout en exploitant au mieux les ressources à disposition.

Les coûts d'investissement et d'exploitation de ce projet ne peuvent pas encore être estimés.

Ce projet d'agrandissement a été soutenu par une motion adressée au Grand Conseil en 2003 (cf. p. 9) et par une pétition. Bien qu'ayant tous deux refusé l'entrée en matière, du moins à court terme, le Grand Conseil et le Conseil-exécutif sont d'avis qu'il faut suivre l'évolution de ce projet dans le cadre délimité par le présent rapport.

Coûts

Les coûts de ces réalisations sont compris dans celui des projets «Rénovation et adaptation de l'infrastructure des EMS» (cf. p. 21) et «Planification des EMS» (cf. p. 31).

Coûts

Le coût est estimé à quelque 100 000 francs, auxquels il faut ajouter près de 5000 francs par année pour la maintenance.

Information des personnes atteintes de démence et de leurs proches

Situation initiale

Si l'offre destinée aux personnes atteintes de démence est aujourd'hui très différenciée, les prestations concrètes des institutions sont largement méconnues, même des spécialistes (comme les médecins de famille). Il ne faut donc pas s'étonner qu'elles soient peu utilisées. Les proches peuvent se renseigner sur les troubles et sur les prestations existantes auprès des services de consultation de l'Association Alzheimer ou de Pro Senectute.

Mesures à prendre

Il manque aujourd'hui dans le canton de Berne une plateforme d'information fournissant une vue d'ensemble des nombreuses offres destinées aux personnes atteintes de démence et à leurs proches, sur Internet par exemple. Adresses et autres renseignements utiles pourraient également être diffusés par différents canaux sous forme de brochure ou de notice.

Prochaines étapes

La SAP est en train de mettre en place une plateforme d'information en collaboration avec des spécialistes et des organisations comme l'Association Alzheimer et Pro Senectute.

Domaine d'intervention n° 5: sensibilisation aux besoins du 3^e âge

Description

Conformément à l'arrêté du Grand Conseil du 16 mars 1993 («Politique du 3^e âge 2005»), les communes et les régions ont l'obligation de prendre toutes les mesures qui s'imposent pour permettre une prise en charge adéquate des besoins spécifiques des personnes âgées. Le canton donne des impulsions et soutient les efforts entrepris dans les régions en la matière. Une meilleure coordination des offres existantes revêt à cet égard une importance toute particulière.

Mesures concrètes

- Plans d'action des communes
- Forums régionaux du 3^e âge
- Intégration des intérêts de la population âgée dans le débat public

Plans d'action des communes

Situation initiale

La Politique du 3^e âge 2005 donnait mandat aux communes du canton de Berne d'élaborer des stratégies et des plans d'action communaux. A ce jour, une centaine de communes ou groupements de communes, dont Berne, Bienne et Thoune, ont établi une planification du 3^e âge, et plusieurs sont en train de l'actualiser. Le bassin de population couvert englobe 460 000 personnes, soit 48 pour cent de la population du canton. Dans 80 communes, représentant 19 pour cent de la population (180 000 personnes), les travaux sont en cours. Enfin, environ 220 communes, de petite taille pour la plupart, (310 000 personnes ou 33 % de la population) ont à peine effleuré le sujet.

Toutefois, comme le précise la Politique du 3^e âge 2005, pour pouvoir être cofinancé par le canton, tout projet doit s'inscrire dans une planification locale qui en prouve le besoin. Une exigence que la SAP applique de manière rigoureuse depuis quelque temps et à laquelle elle compte se tenir. C'est ainsi que plusieurs projets d'investissement ont été rejetés ces dernières années faute de planification communale ou régionale.

Les planifications des besoins élaborées à l'échelle du canton (pour les EMS, notamment, cf. p. 31) doivent pouvoir se fonder sur les états des lieux dressés par les communes afin d'évaluer concrètement la nécessité des offres. En d'autres termes, pour qu'un projet ou un établissement soit admis sur la liste cantonale, il doit figurer dans la planification de la commune ou de la région concernée.

Mesures à prendre

Les communes doivent s'intéresser davantage à la problématique du 3^e âge et se doter d'une planification concrète en la matière dès ces prochaines années. Une politique du 3^e âge gérée par le seul canton n'est pas souhaitable, vu le rôle important dévolu aux personnes âgées elles-mêmes et la subsidiarité de l'intervention cantonale par rapport aux communes. En ce sens, c'est à celles-ci qu'il revient en premier lieu d'agir, en prenant les mesures qui s'imposent sur le terrain.

Prochaines étapes

La SAP prie expressément les communes qui n'ont pas encore préparé de planification d'entamer les travaux au plus vite. Elle les invite en outre à rendre rapport régulièrement sur l'état d'avancement de leur planification et à respecter les normes minimales élaborées à leur intention, qui serviront de base d'évaluation.

Vu les difficultés que la planification posera vraisemblablement aux petites communes, une assistance technique devra leur être fournie. La SAP instituera ainsi au sein de son Office des personnes âgées et handicapées (OPAH) un service de soutien chargé de mettre à la disposition des communes les informations et les expériences glanées dans le domaine (plans d'action types, expertises, données statistiques, etc.).

Coûts

Les coûts occasionnés par les planifications du 3^e âge sont admis à la compensation des charges. Conformément à la pratique établie, les communes peuvent y porter entre 30 000 francs (communes de 5 000 à 10 000 habitants) et 50 000 francs (communes de plus de 10 000 habitants). On peut dès lors estimer à environ 1 million de francs le coût des travaux de planification restant à accomplir. Quant au service de soutien de l'OPAH, son coût devrait avoisiner 100 000 francs par an.

Forums régionaux du 3^e âge

Situation initiale

En 2002, la SAP a conduit dans les divisions de long séjour des groupes hospitaliers SRO (Haute-Argovie) et Frutigen-Meiringen-Interlaken (FMI) des analyses visant à déterminer leurs points forts et leurs points faibles. Vu l'importance stratégique que revêtent ces divisions, à la jonction entre soins aigus et soins de longue durée, l'étude a également porté sur les liens établis avec les autres institutions du domaine du 3^e âge. Il s'est ainsi avéré que la coopération entre unités ambulatoires et unités résidentielles méritait d'être optimisée.

Un groupe de travail s'est donc formé dans la région de la Haute-Argovie, constitué de représentants des services d'aide et de soins à domicile, des EMS, de Pro Senectute, des médecins, des hôpitaux et du canton et placé sous la direction des préfets des districts de Wangen et d'Aarwangen, MM. Sommer et Lerch.

Ce groupe réfléchit aux moyens de parvenir à une meilleure coordination de l'aide aux personnes âgées en Haute-Argovie. Il élabore des ébauches de solutions qu'il présente aux cercles intéressés lors des forums de discussion organisés régulièrement à leur intention.

Dans le district de Frutigen, un autre forum est en train de voir le jour, à l'initiative de la région de Kandertal.

Ces forums offrent la possibilité de coordonner les offres destinées au 3^e âge à l'échelle d'une région, de façon à suivre une ligne stratégique unifiée. C'est sur cette mise en réseau que repose la politique cantonale du 3^e âge. Loin de vouloir remplacer ou concurrencer les planifications communales, qui servent à réaliser des projets sur le terrain, les forums régionaux ont pour vocation de les compléter.

Mesures à prendre

La planification régionale en matière de 3^e âge telle qu'elle est pratiquée en Haute-Argovie (groupe d'experts sous la direction des préfets, avec participation des communautés d'intérêts concernées et des responsables politiques dans le cadre de forums) est exemplaire et il convient d'encourager les autres régions à évoluer dans le même sens.

Prochaines étapes

La SAP appuie la création de forums du 3^e âge dans d'autres régions. Le service de soutien de l'OPAH, tel qu'il est évoqué à la page 28, devra également apporter l'assistance requise aux futurs forums du 3^e âge et encourager l'échange d'informations et d'expériences entre les régions.

Coûts

Les coûts estimatifs du service de soutien sont détaillés en page 28. Il n'y aura pas d'autres frais.

Intégration des intérêts de la population âgée dans le débat public

Situation initiale

Le débat public touchant à la problématique du 3^e âge s'est considérablement avivé ces dernières années. Articles et reportages, interventions parlementaires (cf. p. 9), élaboration de planifications du 3^e âge (cf. p. 28) prouvent à l'envi que l'opinion s'intéresse de plus en plus étroitement aux besoins de la population âgée.

Il est essentiel que la future politique du 3^e âge tienne compte de l'avis des personnes âgées, qui doivent avoir la possibilité de faire valoir leurs besoins, mais également leurs potentiels et leurs capacités propres.

Il existe actuellement dans le canton de Berne une variété d'organisations privées chargées de défendre les intérêts de la population âgée au sein de la société civile (Pro Senior, Association bernoise des aînés et rentiers, Panthères grises, etc.). Peu connues, elles ont malheureusement encore trop peu de poids.

De manière générale, ce type d'organisations, d'associations et de groupements tirent leur financement de sources privées, à savoir essentiellement les cotisations de leurs membres. Ils constituent néanmoins des interlocuteurs essentiels en matière de politique du 3^e âge et pour les domaines connexes.

Citons ici l'idée directrice formulée par le Conseil suisse des aînés: «Eu égard au développement démographique futur selon lequel les aînés devraient représenter jusqu'à un quart de l'ensemble de la population, il est important qu'à l'avenir, les dispositions légales respectent mieux le contrat entre les générations. Il ne s'agit pas de créer des privilèges en faveur des seniors, mais plutôt d'édicter des dispositions qui tiennent mieux compte de leurs besoins.»

Au cours de sa jeune existence, le Conseil suisse des aînés, qui s'appuie en partie sur des organisations cantonales, a déjà entrepris nombre d'actions importantes, en faveur par exemple d'un relèvement substantiel du plancher de revenu et de fortune utilisé pour le calcul du droit aux prestations complémentaires.

Il convient donc de faire connaître les organisations de retraités et les forums du 3^e âge à un plus large public.

Mesures à prendre

La problématique du 3^e âge doit à l'avenir davantage occuper le débat public. Les aînés ont besoin d'organisations qui donnent corps à leurs préoccupations et à leurs intérêts et qui sensibilisent l'opinion par le biais de projets ciblés. En même temps, ces organisations peuvent fournir aux administrations et aux organes politiques de précieuses aides décisionnelles.

Prochaines étapes

La SAP soutient les projets d'organismes privés visant à assurer une meilleure prise en compte des besoins de la population âgée dans le débat public. Un projet pilote a d'ores et déjà été lancé dans ce sens en collaboration avec Pro Senior¹⁴, qui bénéficiera d'un financement à hauteur de 15 000 francs pour une durée de trois ans. Des contacts ont été établis entre l'Association bernoise des aînés et rentiers (BSRV) et la SAP en vue d'un projet concret de promotion des échanges inter-générationnels. La Direction de l'instruction publique, pour sa part, appuie les communes mettant sur pied des cours d'économie ménagère destinés aux seniors et soutient le projet «Altersgeneration-Jugend-Familienfragen» de l'Union des paysannes bernoises.

Coûts

Un montant de 100 000 francs devra être mis à disposition pour d'autres projets.

¹⁴ L'association Pro Senior de Berne a pour vocation de chercher des solutions aux problèmes liés à la vieillesse et au vieillissement. Elle vise à exploiter les expériences et les connaissances accumulées par les aînés et fournit aux responsables communaux et cantonaux des bases décisionnelles essentielles pour les questions du 3^e âge.

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

Description

En vertu de l'article 39 de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), les cantons sont tenus de dresser une planification des EMS, et notamment d'établir le nombre de places requis pour couvrir les besoins. L'objectif est de freiner le plus possible la progression des admissions en institution en encourageant l'autonomie et les autres formes de logement et de prise en charge. Il faut cependant s'attendre à ce que le nombre de lits nécessaires en EMS continue encore à croître jusqu'à ce que ces mesures déploient leurs effets (domaines d'intervention n° 1 à 5). Les places en EMS cofinancées par le canton doivent être destinées en priorité aux personnes tributaires de soins lourds, et le canton doit établir une planification des EMS susceptible d'atteindre cet objectif.

Mesures concrètes

- Planification des EMS
- Comparaison intercantonale de l'offre de places en EMS et de leurs coûts
- Places d'accueil temporaire et foyers de jour

Planification des EMS

Situation initiale

Dans le canton de Berne, près de 13 800 personnes vivent aujourd'hui en EMS. Selon les chiffres de ces établissements, pas loin de 12 000 d'entre elles sont, à des degrés divers, tributaires de soins, ce qui signifie que 1 800 personnes pourraient bénéficier d'un autre type de prise en charge. Le canton de Berne disposant au total de 14 000 places en EMS, le taux d'occupation se monte à 97 pour cent.¹⁵

Par ailleurs, 1 700 pensionnaires des EMS ont moins de 65 ans, soit 0,2 pour cent du total des personnes de cette tranche d'âge, près de 2 500 ont entre 65 et 79 ans (2% de cette tranche d'âge) et près de 9 600 plus de 80 ans (20% de cette tranche d'âge).¹⁶

¹⁵ cf. statistiques du centre cantonal de coordination pour malades chroniques et personnes âgées, Spiez 2002.

¹⁶ cf. statistiques du centre cantonal de coordination pour malades chroniques et personnes âgées, Spiez 2002.

¹⁷ santésuisse, Association bernoise des institutions pour personnes âgées (abipa), Association des établissements hospitaliers bernois (VBK), Vereinigte Krankenhäuser Gottesgnad (VKG), Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile, Association suisse des homes médicalisés privés

En vertu de l'article 39 LAMal, le canton est donc tenu de déterminer ses besoins en places résidentielles. Or ceux-ci dépendent largement du reste de l'offre de prise en charge. Plus il y aura de solutions de rechange, moins les places en EMS seront sollicitées dans la mesure où, en règle générale, les personnes âgées considèrent l'admission en EMS comme un dernier recours.

Conformément à la politique cantonale du 3^e âge (cf. p. 12), la planification des EMS table sur un renforcement des autres modes d'aide et sur une réduction du besoin de places supplémentaires.

La planification des EMS actuelle, qui date du 22 octobre 1997, part du principe que les besoins seront couverts si le nombre de lits correspond à environ 30 pour cent de la population âgée de plus de 80 ans; le nombre de places maximum a été fixé à l'époque à 14 700 jusqu'en 2005. Une étude réalisée en 2002 a montré que la valeur directrice de 30 pour cent de lits n'était pas atteinte. De nombreux EMS sont sous pression pour accueillir de nouveaux pensionnaires, et les listes d'attente sont longues. Un taux de couverture réel de 30 pour cent permettrait de réduire considérablement cette pression.

Mesures à prendre

Au vu de cette situation, la planification des EMS doit clairement être revue. A court terme, il est indispensable d'augmenter le nombre de places afin de répondre à la demande croissante. L'urgence du problème a motivé la SAP à élaborer, parallèlement au présent rapport, une planification des EMS pour les cinq prochaines années, qui a été soumise au Conseil exécutif début 2004.

Prochaines étapes

Diverses associations¹⁷ ont été invitées à donner leur avis sur la planification, qui prévoit de maintenir jusqu'en 2008 la valeur directrice actuelle, à savoir un nombre de lits correspondant à 30 pour cent de la population de plus de 80 ans, pour les raisons suivantes:

- la réalisation de projets pilotes permettant d'évaluer les solutions de rechange prend du temps. Il faudra attendre environ cinq ans pour que ces projets portent leurs fruits;
- la mise en place de solutions de rechange passe par une offre suffisante de lits en EMS, car dans le cas contraire, la tentation est grande pour les aînés de demander leur admission en EMS lorsqu'une place se libère même si leur état de santé leur permettrait de continuer à vivre chez eux.

Le tableau qui suit montre le nombre de places en EMS devant permettre de couvrir les besoins jusqu'en 2008:

Tableau 1:
besoins de places en EMS jusqu'en 2008

	Nombre de personnes de plus de 80 ans dans le canton de Berne	Nombre de places compte tenu d'une valeur directrice de 30 pour cent de la tranche d'âge des plus de 80 ans
2003	47 740	14 322
2004	48 617	14 585
2005	49 494	14 848
2006	50 299	15 090
2007	50 971	15 291
2008	51 693	15 508

Le nombre de places en institution devrait se stabiliser à partir de 2008. En effet, grâce aux mesures visant à renforcer l'autonomie des personnes âgées, à développer l'aide et les soins à domicile et à promouvoir d'autres formes de logement et d'encadrement, le nombre relatif d'admissions devrait reculer, de sorte que les besoins devraient pouvoir être couverts à long terme grâce à une offre fixe de 15 500 places.

Se fondant sur les scénarios pour l'évolution des besoins, le canton de Berne élève à 15 500 le plafond des places prises en compte dans la planification des EMS courant jusqu'en 2008. Ces places supplémentaires autorisées ne seront toutefois pas immédiatement attribuées à une institution, une catégorie d'établissements ou une région donnée, mais regroupées pour former un contingent global. Ce système donne à la SAP une certaine marge de manœuvre lui permettant d'assurer le pilotage de l'offre en fonction des besoins avérés et d'autoriser rapidement, sans trop de formalités, les projets de nouvelles places.

Vu les limites des ressources financières du canton, il convient de mettre à profit l'intérêt que manifestent aujourd'hui déjà de nombreux investisseurs privés pour le domaine du long séjour. Ces derniers peuvent en effet apporter une contribution non négligeable à la couverture des besoins en places et une bonne partie des capacités supplémentaires prévues seront vraisemblablement réalisées par des organismes privés. Cet intérêt ne pourra toutefois se concrétiser que si le canton peut donner suffisamment tôt aux investisseurs privés l'assurance que les places prévues seront inscrites dans la planification des EMS.

L'intérêt des investisseurs privés dépend également du système de financement des établissements médico-sociaux.

¹⁸ Les institutions dites publiques revêtent pour la plupart une forme d'organisation de droit privé (fondations, sociétés anonymes, associations), mais ne poursuivent pas de but lucratif. Le manque à gagner résultant de l'application de tarifs sociaux est pris en charge par les communes, qui portent ces dépenses à la compensation des charges.

Aujourd'hui déjà, les communes peuvent contribuer financièrement au séjour d'une personne de condition modeste dans une institution créée et exploitée par un organisme privé, en complétant par un soutien individuel les prestations des assurances sociales, qui sont garanties dans tous les cas (assurance-maladie, AVS, prestations complémentaires, allocation pour impotents). Le système de financement des institutions doit néanmoins être revu (cf. domaine d'intervention n° 9).

La réalisation de places supplémentaires par des organismes privés présente également l'avantage de pouvoir planifier et concrétiser les projets plus rapidement, car ils ne sont pas soumis à la procédure d'approbation prévue pour les investissements publics.

Les pouvoirs publics seront donc appelés à investir à titre complémentaire, lorsque les initiatives privées ne suffisent pas pour couvrir les besoins, notamment pour les groupes cibles économiquement moins «intéressants» ainsi que dans les régions du canton négligées par les investisseurs privés.

Coûts

En 2002, la contribution des pouvoirs publics aux coûts d'exploitation des EMS – les institutions publiques¹⁸ totalisent quelque 10 500 places (3/4 des capacités globales) – s'est élevée à près de 55 millions de francs, dont 45 pour cent financés indirectement par les communes et 55 pour cent directement par le canton. La création de 1500 places entraînera, une fois achevée, des coûts d'exploitation supplémentaires évalués à 6 millions de francs, qui devront être assumés par les pouvoirs publics (sous forme de versement de subventions d'exploitation selon le système actuel). Cette estimation est toutefois sujette à caution, car la charge financière à supporter pourrait en effet être moins lourde si la proportion de résidents disposant de ressources suffisantes pour payer les frais de séjour en institution augmente.

Près de 54 pour cent des pensionnaires des EMS bernois bénéficient actuellement de prestations complémentaires. La création de 1500 places entraînera une augmentation des prestations complémentaires et donc des coûts. Celle-ci se chiffrera – à supposer que le pourcentage de bénéficiaires des prestations complémentaires reste de 54 pour cent – à 19 millions de francs par an. Jusqu'à ce que la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) soit mise en œuvre, la Confédération prendra en charge 35 pour cent des dépenses liées aux prestations complémentaires.

Toutefois, ces chiffres doivent être pris avec précaution, pour les raisons suivantes:

L'évolution des besoins en matière de soins doit être considérée indépendamment du total des places proposées en EMS. Le nombre de personnes âgées fortement tributaires de soins va s'accroître ces prochaines années compte tenu de l'évolution démographique, et si le nombre de places en EMS augmente, ces personnes recourront plus aux prestations complémentaires que si elles restent chez elles. Cependant,

le soutien financier des pouvoirs publics est sollicité aussi pour l'aide et les soins à domicile (par exemple sous forme d'aide sociale). En effet, toutes les personnes nécessitant des soins lourds ne sont pas en mesure de les financer elles-mêmes, ou de recourir à des prestations d'assurance.

En outre, si les EMS n'ont pas la capacité suffisante pour accueillir les personnes incapables de rester chez elles, d'autres solutions doivent être trouvées. Ce sont alors les hôpitaux et les cliniques psychiatriques qui sont mis à contribution les premiers. Or ce type de «placement» engendre des coûts que le canton doit également couvrir en partie. Par conséquent, une offre trop limitée de places en EMS pourrait avoir des conséquences financières négatives pour le canton.

L'étoffement de l'offre de places en institution nécessiterait théoriquement un investissement de 150 millions de francs maximum) à la charge des pouvoirs publics si l'on adopte l'hypothèse que la part des investissements publics restera constante ces prochaines années.

Ce scénario est toutefois peu plausible. Au contraire, les investissements directs des pouvoirs publics se feront plus rares et concerneront exclusivement les besoins non couverts par les organismes privés. Ainsi, selon des prévisions plus réalistes, l'investissement futur pour la création de nouvelles places devrait être de l'ordre de 50 millions de francs. Une bonne partie de cette somme sera vraisemblablement avancée par les communes, qui pourront porter les frais d'amortissement et d'intérêts à la compensation des charges sur plusieurs années. Le montant restant, directement assumé par le canton, se répartira également sur plusieurs exercices, au-delà de la période de planification en cours. En l'état actuel des connaissances, les crédits inscrits au budget et au plan financier devraient donc suffire pour couvrir les coûts d'investissement prévus pour ces prochaines années.

De même, au vu des données disponibles actuellement, les fonds réservés dans le budget et le plan financier devraient permettre de financer les coûts supplémentaires – imputables au compte de fonctionnement – découlant du nouveau système de financement des EMS évoqué ci-dessus (contributions versées à des institutions ou à des bénéficiaires de prestations pour couvrir les coûts d'infrastructure). Là encore, la part des dépenses à la charge des pouvoirs publics sera moins importante si davantage de personnes âgées sont en mesure de financer par leurs propres moyens les coûts du séjour en institution.

Comparaison intercantonale de l'offre de places en EMS et de leurs coûts

Places en EMS

L'offre varie fortement selon les cantons. Il apparaît cependant clairement que les grandes villes disposent souvent de moins de lits que les régions rurales. Ainsi les cantons de Genève et Bâle-Ville ont-ils nettement moins de places destinées aux plus de 80 ans que les cantons d'Appenzell Rhodes-Extérieures, Glaris et Schwytz. Avec pour valeur directrice un nombre de lits correspondant à 30 pour cent de la population âgée de plus de 80 ans (cf. p. 31), le canton de Berne se situe dans la moyenne.

Comparativement à Berne, les cantons les plus peuplés du pays tels qu'Argovie, Lucerne, Saint-Gall et Zurich disposent d'un peu plus de lits destinés à cette tranche d'âge. La Suisse romande et le Nord-Ouest de la Suisse affichent en revanche des valeurs inférieures.

A l'image de Berne, un certain nombre de cantons ont tendance à abaisser leur valeur directrice dans leurs dernières planifications. Etant donné que le nombre de personnes âgées devrait augmenter partout, cette mesure ne signifie évidemment pas que certains établissements vont être fermés ou ne figureront plus sur la liste des EMS relevant de la LAMal. Comme envisagé de le faire Berne (cf. p. 31), ces institutions devront essayer de satisfaire en priorité la demande croissante de lits destinés aux personnes fortement tributaires de soins.

Il est malheureusement pratiquement impossible de procéder à une comparaison intercantonale de la réduction de la valeur directrice (à ne pas confondre avec la réduction du nombre effectif de places en EMS), d'une part parce que les planifications cantonales portent sur des périodes variables allant de 5 à 20 ans, et d'autre part parce qu'il faut tenir compte des spécificités régionales.

Coûts

Il faudra probablement attendre 2006 pour pouvoir procéder à une comparaison intercantonale des coûts. A cette date, la comptabilité analytique uniformisée pour les EMS prévue par la LAMal aura été introduite depuis deux ou trois ans, ce qui devrait permettre de tirer des premiers enseignements.

Les coûts d'une institution pouvant varier considérablement d'une année à l'autre (plus de 10%), il serait judicieux de procéder à une comparaison portant sur deux ou trois ans.

Des problèmes méthodologiques empêchent également d'établir à court terme une comparaison intercantonale des coûts des EMS, tous les cantons ne définissant pas les catégories de la même façon.

Prestations des assureurs

Malgré la protection tarifaire existante, il est difficile de procéder dans des délais raisonnables à une comparaison des prestations des assureurs.

On peut avancer différentes raisons pour expliquer les disparités constatées entre les cantons. Premièrement, les montants initiaux fixés lors de l'introduction de chaque système d'indemnisation jouent un rôle essentiel: les assureurs relèvent en effet leurs prestations par petits paliers. Autre point important, les charges totales des assureurs à l'intérieur d'un canton: l'indemnisation des autres prestataires de soins (hôpitaux de soins aigus, médecins établis, etc.) a un effet sur le montant des indemnités versées aux institutions de long séjour. Jusqu'ici, le système était également influencé par les interventions de Monsieur Prix visant à limiter la hausse des primes d'assurance-maladie. Ainsi, lorsque les assureurs acceptaient des augmentations importantes des montants versés pour des séjours dans des hôpitaux de soins aigus, cela se répercutait négativement sur les tarifs des prestations allouées aux EMS et vice-versa.

Compte tenu des différences structurelles entre les institutions de long séjour d'un canton à l'autre, il est peu probable – et peu souhaitable – que l'on parvienne à une harmonisation des tarifs en Suisse. En collaboration avec les associations de prestataires de soins, le canton de Berne veillera cependant à ce que les assureurs continuent à contribuer largement à la prise en charge des coûts des EMS.

Bilan

Il est pour l'heure pratiquement impossible de procéder à une comparaison intercantonale fiable de l'offre de places de soins et de leurs coûts. Une telle étude sera faite dès que les conditions requises seront réunies, c'est-à-dire dans deux ou trois ans; elle permettra de travailler encore mieux selon des critères de rentabilité.

Places d'accueil temporaire et foyers de jour

Situation initiale

Dans le cadre de la politique du 3^e âge, la création d'un nombre suffisant de places supplémentaires d'accueil temporaire en EMS et en foyers de jour¹⁹ revêt une importance particulière. Cette offre permettra en effet de répondre au besoin des personnes âgées de rester le plus longtemps possible chez elles par différentes formes de soutien:

- en soulageant les proches, qui seront ainsi moins exposés au surmenage, surtout si les établissements proposant ce type de prise en charge ont des horaires d'ouverture longs, accueillent les aînés pour le week-end et disposent d'un service de transport bien organisé (rappelons que dans de nombreux cas, l'admission en EMS est due à une rupture du réseau privé);
- en donnant aux personnes âgées la possibilité de nouer des contacts, de vivre autre chose et de sortir de leurs quatre murs;
- en proposant des programmes variés: bricolage, musique, activités physiques, intellectuelles et sociales, qui permettent aux personnes âgées de rester en bonne forme physique et psychique et d'entretenir leur envie de vivre.

L'exploitation de places d'accueil et d'un foyer de jour est souvent peu intéressante financièrement. Jusqu'ici, les dépenses supplémentaires occasionnées par les admissions et les départs fréquents des pensionnaires ne faisaient l'objet d'aucune indemnisation séparée, ce qui explique que l'offre de foyers de jour et de places d'accueil temporaire dans les EMS n'a pas été développée.

Mesures à prendre

Il convient de créer des incitations financières pour motiver les EMS et les foyers de jour. L'idéal serait que tous les établissements proposent un nombre déterminé de places d'accueil temporaire de façon à disposer d'une offre décentralisée dans tout le canton.

Prochaines étapes

En 2004, la SAP a mis en place une rétribution séparée des places d'accueil temporaire. Chaque journée de prise en charge donne ainsi droit à un supplément. La SAP étudie actuellement d'autres types d'incitations financières pour encourager la création de places d'accueil temporaire et de foyers de jour supplémentaires.

¹⁹ Concernant les effets positifs des foyers de jour, cf. Susanne Zank et Claudia Schacke: Evaluation von Effekten gerontopsychiatrischer und geriatrischer Tagesstätten auf ihre Besucher(innen) und deren Angehörige, volume 210 de la série de publications du ministère allemand pour la famille, les personnes âgées, les femmes et la jeunesse. Stuttgart 2001.

Coûts

L'introduction des incitations financières évoquées ci-dessus devrait occasionner un coût annuel supplémentaire de 500 000 francs. La moitié des places devrait être créée dans des institutions directement financées par le canton, et l'autre moitié dans des institutions bénéficiant de subventions indirectes. Ces coûts sont déjà inscrits au budget et dans le plan financier du canton de Berne, indépendamment des mesures supplémentaires envisagées en matière de politique du 3^e âge.

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

Description

Eu égard au vieillissement de la population, recruter du personnel qualifié en suffisance constitue un problème non négligeable, que le canton s'attache à résoudre par le biais de mesures ciblées.

Mesures concrètes

- Poursuite des mesures APERS
- Formation, formation continue et perfectionnement dans le domaine des soins et de l'encadrement

Poursuite des mesures APERS

Situation initiale

En juin 2001, le Grand Conseil du canton de Berne a approuvé un train de mesures visant à améliorer la situation professionnelle du personnel soignant à long terme («projet APERS»). Depuis lors, plusieurs d'entre elles ont été traduites dans les faits:

- Les salaires du personnel soignant, médico-technique et médico-thérapeutique travaillant dans les institutions subventionnées ont été alignés sur le système de traitement du personnel cantonal et le personnel soignant titulaire d'un diplôme reconnu s'est vu octroyer une allocation mensuelle.
- Côté formation proprement dite, un contrat type a été élaboré à l'intention des écoles et des institutions proposant des places de stage afin d'améliorer les conditions de formation pratique, une brochure décrivant les différentes professions soignantes a été publiée et une journée cantonale («A la découverte des professions de la santé») mise sur pied pour la première fois en 2002 afin de contribuer à améliorer l'image des professions soignantes. Enfin, en 2002 et 2003, 25 personnes souhaitant se former tardivement dans le domaine des soins ont reçu une indemnité plus élevée.
- Les structures d'accueil pour les enfants du personnel soignant dans les hôpitaux ont été étoffées.

Mesures à prendre

Après avoir pris connaissance du résultat final de l'étude APERS en juin 2002, le Conseil-exécutif a chargé la SAP d'évaluer les conséquences de mesures supplémentaires en termes de finances et de personnel.

Prochaines étapes

A titre de mesure supplémentaire, la SAP a étudié une modification ciblée de la grille des salaires pour le personnel soignant expérimenté. Celle-ci est subordonnée à la révision en cours de la loi sur le personnel (LPers), sur la base de laquelle des modèles permettant d'adapter la structure salariale pourront être élaborés. Une comparaison intercantonale des salaires effectuée dans le cadre du projet APERS a montré que les traite-

ments versés dans le canton de Berne aux collaborateurs expérimentés se situent dans le tiers inférieur de l'échelle. D'ici l'entrée en vigueur de la révision de la LPers, qui devrait autoriser une hausse salariale différenciée pour cette catégorie de soignants, le personnel titulaire d'un diplôme reconnu doit continuer de percevoir l'allocation mensuelle introduite en 2001.

Les travaux préliminaires en vue d'une augmentation ciblée et différenciée des effectifs dans les institutions connaissant une pénurie de personnel importante ont été menés à bien. Dans le secteur du long séjour, 2004 a vu l'introduction de nouveaux instruments renseignant sur les prestations de soins fournies. Dans ce même secteur, les institutions définissent elles-mêmes leur plan des postes, en fonction des prestations fournies et des impératifs budgétaires.

Sont encore en discussion à l'heure actuelle d'autres mesures visant notamment à soutenir financièrement les activités mises en place par des associations professionnelles et autres organisations pour promouvoir l'image des professions de la santé et encourager la réinsertion des personnes ayant interrompu leur parcours professionnel.

Coûts

L'application des mesures susmentionnées a coûté quelque 10 millions de francs par an ces dernières années. Répartis dans une proportion de 60 pour cent environ pour le financement direct et de 40 pour cent environ pour le financement indirect, ils sont déjà intégrés au budget et au plan financier. Il n'est à l'heure actuelle pas encore possible de chiffrer les frais de personnel supplémentaires qu'entraînerait pour le secteur du long séjour l'entrée en vigueur de la modification de la loi sur le personnel.

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

Situation initiale

Si l'on entend assurer la prise en charge des personnes âgées, il est primordial de recruter suffisamment de personnel qualifié. Une offre attrayante en matière de formation et de perfectionnement est très importante pour attirer un plus grand nombre de personnes vers les professions de la santé. Il convient avant tout d'examiner les exigences que posent, en matière de formation, les différentes tâches à accomplir dans le domaine des soins de longue durée. Ces exigences doivent être définies par les professionnels de la branche.

Avec la formation d'assistant-e en soins et santé communautaire (ASSC), il est possible pour la première fois à des jeunes gens d'accéder à une profession de la santé dès la fin de la scolarité obligatoire.

Mesures à prendre

Le problème posé par le manque de personnel soignant et de personnel d'encadrement est aigu et il s'aggrave continuellement avec l'augmentation des besoins de soins et de prise en charge. Il est donc urgent de prendre des mesures dans le domaine de la formation. Une offre ciblée et différenciée devrait renforcer l'attrait exercé par ces professions et accroître le nombre des intéressés à tous les niveaux scolaires. Les nouvelles formations professionnelles du niveau secondaire II, notamment, revêtent une importance cruciale pour le système d'aide aux personnes âgées.

Bien entendu, les formations de niveau diplôme ne doivent pas non plus être négligées. Vu la complexité croissante des soins de longue durée, il est essentiel de pouvoir recruter assez de soignants formés au niveau tertiaire.

Prochaines étapes

A partir du 1^{er} janvier 2006, toutes les formations du domaine de la santé seront du ressort de la Direction de l'instruction publique (INS). Les filières sont mises en place en collaboration avec les organisations du monde du travail. La SAP influence sur ce processus en analysant les besoins dans le secteur sanitaire et en formulant les exigences requises en termes de formation.

En 2004, plus de 60 entreprises de l'Oberland, du Seeland et de l'Emmental-Haute-Argovie ont proposé un total de 120 places d'apprentissage d'ASSC. Cette offre devra être encore étoffée (considérablement, même) dans toutes les régions du canton ces prochaines années. La SAP encourage quant à elle la création de places d'apprentissage en sensibilisant les entreprises, notamment dans le cadre de leurs contrats de prestations.

Par ailleurs, elle se mobilise pour la promotion des professions soignantes, à tous les niveaux de formation, à l'occasion de manifestations comme le Salon de la formation professionnelle

(BAM) ou la journée cantonale des professions de la santé, ainsi que par le biais de mesures de communication (site Internet et brochures). Sa mission consiste également à faire connaître les nouvelles formations mises en place dans ce domaine.

Coûts

Impossibles à chiffrer à l'heure actuelle, les coûts de l'aménagement des filières de formation incombent à l'INS. Ils dépendent dans une large mesure de l'ordonnance de formation et des besoins des institutions de soins. Les coûts des mesures de communication, qui sont assumés par la SAP, sont d'environ 250 000 francs à 300 000 francs par an. Une partie de ces dépenses est déjà comprise dans le plan financier (mesures APERS). Une somme totale de l'ordre de 5 millions de francs est affectée jusqu'en 2008 aux forfaits alloués aux établissements de formation concernés pour leur permettre d'introduire la nouvelle filière ASSC sans augmenter leurs coûts.

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

Description

Pour obtenir une autorisation d'exploiter et toucher des subventions, les institutions du domaine du 3^e âge devront à l'avenir satisfaire à des normes qualitatives précises. La définition de ces standards est du ressort du canton. La mesure décrite ci-après ne concerne que l'offre résidentielle. Pour le domaine ambulatoire, les travaux relatifs à l'assurance de la qualité sont cependant aussi en cours (cf. p. 17).

Mesures concrètes

- Définition de critères qualitatifs en application de l'ordonnance sur les foyers

Définition de critères qualitatifs en application de l'ordonnance sur les foyers

Situation initiale

Conformément à l'ordonnance du 18 septembre 1996 sur les foyers (OFoy), les institutions privées mais aussi les établissements publics de soins de longue durée nécessitent une autorisation d'exploiter. Dans le même temps, la loi du 11 juin 2001 sur l'aide sociale (LASoc) confère à la SAP un mandat de pilotage de l'offre tant publique que privée de soins ambulatoires et de soins résidentiels de longue durée, qui doit être conforme aux besoins et orientée sur les effets. A cet égard, la définition de critères qualitatifs précis pour les EMS, tels qu'exigés également par la LAMal, revêt une importance toute particulière. Les instruments de pilotage sont de deux ordres: les contrats de prestations passés avec les institutions (financement direct) et les autorisations octroyées aux communes de porter les dépenses consenties à la compensation des charges (financement indirect).

La SAP a concrétisé en 2004 les prescriptions liées à la mise en œuvre de l'ordonnance sur les foyers en relation avec la LASoc. Ces prescriptions concernent la protection des pensionnaires, la dotation en personnel, l'infrastructure, la qualité de la prise en charge et des soins ainsi que la gestion de l'exploitation.

Ces exigences ont été définies en étroite collaboration avec les associations concernées et les professionnels de la branche. En outre, en 2004, des représentants de la SAP ont pris part à

une série d'évaluations qualitatives basées sur le système Q-Plan/Q-Star de la société Brains²⁰. Cet instrument, qui permet une étude approfondie des divers aspects qualitatifs de la gestion d'un EMS, a fourni à la SAP de précieuses indications pour la définition des critères de qualité applicables.

Prochaines étapes

Les nouvelles réglementations concernant l'autorisation d'exploiter et la surveillance sur la base de l'ordonnance sur les foyers sont entrées en vigueur fin 2004. A noter que le nouveau système confère aussi une responsabilité à l'entité juridique dont dépend l'institution: l'organe responsable doit désormais jouer un rôle plus actif en matière d'assurance de la qualité.

Bien entendu, nombre d'institutions se sont déjà dotées elles-mêmes d'un système d'assurance-qualité, ce qui devra à l'avenir être le cas de la totalité des institutions du canton de Berne.

Coûts

La SAP se charge de définir les critères de qualité dans la limite des ressources dont elle dispose. Le budget et le plan financier du canton englobent les coûts découlant d'éventuels mandats externes. Le financement des mesures d'assurance-qualité dans les institutions doit respecter les coûts plafonds en vigueur. Ces mesures recourent en partie celles qui relèvent d'autres domaines d'intervention (rénovation et adaptation de l'infrastructure des EMS, par ex.).

²⁰ Cf. Alfred J. Gebert et Hans-Ulrich Kneubühler: Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen. Plädoyer für gemeinsames Lernen, 2e édition retravaillée et complétée. Berne, Huber 2003.

Domaine d'intervention n° 9: examen des mécanismes de financement

Description

Les mécanismes de financement doivent permettre une régulation de l'offre en fonction des besoins, d'un point de vue tant quantitatif que qualitatif. L'utilisation des fonds publics doit être orientée sur les objectifs. Il convient de renforcer les incitations économiques encourageant les institutions à fournir des prestations optimales au meilleur prix.

Ce chapitre s'intéresse principalement à l'adaptation du financement des EMS.

Il s'agira, ces prochaines années, d'examiner l'ensemble des mécanismes de financement intervenant dans le domaine du 3^e âge, en tenant également compte des résidences pour personnes âgées (logements avec prestations de soins et d'assistance) ainsi que de la prise en charge à domicile par les proches. La réflexion doit aussi intégrer les expériences tirées du nouveau système de financement des EMS, sans oublier le débat sur le financement des soins qui est aujourd'hui ouvert à l'échelle nationale.

Mesures concrètes

- Nouveau système de financement des EMS
- Financement des soins de longue durée par l'assurance-maladie

Nouveau système de financement des EMS

Situation initiale

Les offres dans le domaine du 3^e âge sont largement régularisées par le biais des mécanismes de financement. Le système utilisé actuellement dans le domaine du long séjour est très complexe et difficile à appréhender si l'on ne dispose pas de connaissances pointues de la branche.

Les institutions bénéficiant de subventions publiques appliquent des tarifs tenant compte du revenu et de la fortune des pensionnaires. Or les tarifs sociaux, correspondant au revenu des personnes qui en bénéficient, prestations complémentaires comprises, ne couvrent pas les coûts effectifs. Le déficit par place en EMS est donc porté à la compensation des charges jusqu'à un plafond par degré de soins fixé par le canton. Il est assumé conjointement par le canton et les communes.

Les institutions cofinancées par les pouvoirs publics perçoivent en outre des subventions d'investissement séparées, qui sont également assumées conjointement par le canton et les communes par le biais de la compensation des charges.

Les institutions non subventionnées doivent couvrir l'entier de leurs coûts par leurs recettes tarifaires. Signalons qu'une grande partie de ces institutions proposent dans le canton de Berne des places qui n'entrent pas dans le segment «haut de gamme» et que sans elles, il serait impossible de satisfaire le besoin. Le séjour dans une institution privée étant souvent hors de portée des bourses mais inévitable du fait du manque de places en établissements publics, bien des communes octroient à l'heure actuelle des allocations selon décret, financées conjointement par les communes et le canton par le biais de la compensation des charges.

Ce système soulève un certain nombre de problèmes:

- les incitations économiques sont insuffisantes pour encourager les institutions à réduire leurs coûts au minimum;
- il n'existe aucune transparence quant au montant total des allocations versées aux pensionnaires, qui sont financées par la compensation des charges;
- les subventions d'investissement versées séparément aux institutions publiques ne sont pas reportées sur les tarifs des EMS, alors que les établissements privés doivent le faire. En d'autres termes, les comparaisons tarifaires entre institutions privées et publiques ne sont pas très pertinentes.

Mesures à prendre

Compte tenu de tout ce qui précède, il convient de chercher des pistes pour optimiser le financement des EMS et d'instaurer des incitations économiques permettant d'atteindre les objectifs fixés en matière de politique du 3^e âge.

Prochaines étapes

Le système de financement des EMS doit élargir la marge de manœuvre entrepreneuriale et renforcer l'incitation à fournir la qualité demandée au coût le plus bas possible. Parallèlement, la transparence des coûts doit être améliorée.

Différentes modifications ont déjà été mises en place à cet égard. C'est ainsi que de nouveaux systèmes de classement des résidents en fonction du besoin de soins et de prise en charge (RAI-RUG, BESA) ont été introduits le 1^{er} janvier 2003. L'instauration d'un système tarifaire central à onze degrés permet de financer de manière plus équitable les institutions en fonction des besoins. Le plafond des prestations complémentaires a été relevé et la latitude des institutions renforcée au niveau des provisions pour investissement. De surcroît, les établissements doivent depuis le 1^{er} janvier 2003 tenir une comptabilité analytique pour toucher les prestations des caisses-maladie.

La SAP étudie par ailleurs l'opportunité d'un transfert du financement consistant à soutenir non plus les fournisseurs de prestations (institutions), mais les pensionnaires dans l'incapacité de payer eux-mêmes un séjour en EMS. Le pouvoir d'achat des résidents à faibles revenus sera ainsi renforcé. Par ailleurs, comme les institutions afficheront des tarifs couvrant réellement leurs frais, les clients auront une plus grande latitude pour faire leur choix. Ce système devrait avoir des répercussions positives sur la viabilité de l'offre privée mais

aussi sur la qualité des prestations proposées grâce à la concurrence qui en découlera.

Cette stratégie de revalorisation du pouvoir d'achat des pensionnaires sur une base individuelle pourrait être concrétisée par le biais d'une prestation complémentaire cantonale ou par des allocations communales. Ces allocations étant liées au séjour en institution, il ne s'agit pas d'aides financières librement disponibles.

La SAP a autorisé un projet pilote de la ville de Berne allant dans ce sens, qui a démarré en 2004 avec le soutien du canton.

Coûts

Si l'adaptation du financement des EMS peut générer à court terme une augmentation des coûts, on s'attend plutôt à long terme à un effet d'atténuation. Il n'est à l'heure actuelle pas encore possible d'évaluer les répercussions financières effectives.

Financement des soins de longue durée par l'assurance-maladie

Les contributions personnelles des pensionnaires et les subventions publiques couvrent une part des coûts des soins. La charge financière qui incombera à l'avenir au canton dans le domaine des soins de longue durée dépendra non seulement de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons, mais aussi des décisions qui seront prises en matière de financement des soins en vertu de la LAMal – question actuellement débattue au niveau fédéral. Une fois la donne connue, tous les acteurs devront se pencher sur l'organisation du financement des soins de longue durée dans le canton de Berne. Le présent rapport n'entend pas traiter plus avant cette question.

Thèmes importants relevant de plusieurs domaines d'intervention

Bénévolat

Situation initiale

Le bénévolat joue un rôle fondamental dans le tissu social et il est, à ce titre, l'un des piliers du système d'aide aux personnes âgées. On en distingue deux formes: le bénévolat organisé et le bénévolat informel. Le bénévolat organisé recouvre les activités accomplies dans le cadre des paroisses, des clubs, associations, organisations et institutions au sens large. Par bénévolat informel, on entend les services rendus en dehors de son propre foyer ou de tout cadre organisé – par exemple l'aide apportée à des voisins, à des connaissances ou à des parents.²¹ En 2000, le nombre d'heures de bénévolat accomplies en Suisse s'est élevé à 44 millions, ce qui représente près de 248 000 emplois à plein temps et une valeur économique de quelque 19,4 milliards de francs.²² Un quart de la population environ est engagé dans une activité bénévole, organisée ou informelle. Le pourcentage de bénévoles actifs dans un cadre organisé varie selon les domaines. Ainsi, les clubs sportifs et les organisations culturelles attirent davantage les hommes, tandis que les femmes sont deux fois plus nombreuses dans les organisations à vocation sociale ou caritative – lesquelles s'occupent très souvent de personnes âgées. Le bénévolat informel attire lui aussi nettement plus de femmes. La différence hommes-femmes est particulièrement nette pour les soins dispensés à des proches adultes (parents ou connaissances): les femmes sont trois fois plus nombreuses à prendre soin de membres de leur famille, et sept fois plus nombreuses à s'occuper de connaissances.

Mesures à prendre

Sans bénévolat, le système d'aide aux personnes âgées du canton de Berne ne fonctionnerait pas. L'engagement des bénévoles est indispensable pour mener à bien la politique cantonale du 3^e âge et il le sera aussi l'avenir (plus encore, même). Toutefois, il est important de souligner qu'il ne s'agit en aucun cas de remplacer par du travail non rémunéré l'aide et les soins assurés par des professionnels. Le bénévolat devra rester, à l'avenir aussi, un complément, important et indispensable, aux prestations des professionnels.

La liberté liée au bénévolat joue probablement un rôle non négligeable dans la motivation des bénévoles, qui peuvent cesser leur activité s'ils en éprouvent le besoin. Il est fort probable que la perspective d'un engagement plus ferme et à plus long terme (semi-professionnalisation) dissuaderait les intéressés au lieu de les motiver. Il y a lieu d'agir pour préserver l'engagement des bénévoles actuels et tirer parti des potentiels inexploités, en s'intéressant en particulier aux aînés restés actifs. Ces derniers, on le sait, sont plutôt réservés à l'égard du bénévolat social; ceux qui s'engagent dans ce domaine en ont généralement l'expérience, acquise durant leur vie professionnelle. Cependant, il faut chercher des moyens pour mieux valoriser les capacités de cette catégorie de population. De plus, les hommes devraient être associés davantage au bénévolat social; il faut réfléchir aux moyens de leur faire découvrir et de leur donner envie de s'y engager plus nombreux.

Quels que soient en tout cas les efforts faits pour maintenir ou augmenter le pourcentage actuel de bénévoles, il ne faut pas oublier que le bénévolat doit procurer un «bénéfice» sous une forme ou une autre à ceux qui s'y adonnent. Actuellement, le débat est lancé au niveau fédéral et dans plusieurs cantons sur la possibilité de leur octroyer un bonus AVS et des dégrèvements fiscaux. Il n'est pas certain, par contre, que cela permettrait de motiver plus de bénévoles. Le bénéfice peut aussi résider dans l'accès facilité à des formations continues ou dans une reconnaissance officielle du travail accompli. Simultanément, il faut faire en sorte que tous les bénévoles puissent, si nécessaire, s'assurer adéquatement et à peu de frais contre les accidents dont ils pourraient être victimes dans le cadre de leur activité.

Prochaines étapes

La SAP étudie, avec les organisations concernées, ce qu'il est possible de faire pour fidéliser les bénévoles et augmenter leur nombre dans le domaine de l'aide au 3^e âge. La SAP est prête à soutenir des projets à cette fin. De son côté, elle étudie des mesures en vue de procurer une assurance-accidents adéquate à tous les bénévoles.

²¹ Les proches qui soignent ou aident bénévolement leurs conjoints, parents, frères ou sœurs, ne sont pas compris dans cette catégorie (cf. p. 15). Bien entendu, la limite entre soins dispensés dans le cadre familial et travail bénévole est floue. Les mesures destinées à préserver ces formes d'engagement sont en partie les mêmes.

²² Office fédéral de la statistique: Rapport sur le travail bénévole en Suisse. Neuchâtel 2001.

Promotion de la formation des médecins généralistes

Situation initiale

Pour que les personnes âgées puissent demeurer le plus longtemps possible dans leur cadre de vie, l'une des conditions à remplir est l'existence sur place de soins médicaux de base suffisants, facilement accessibles et assurés par des médecins généralistes. Les soins médicaux de base sont destinés à tous, indépendamment de l'âge et du sexe des patients – autrement dit, ils s'adressent aussi à la population âgée. En outre, les généralistes qui les assurent font en sorte, en coordonnant les soins, de diriger les patients vers l'interlocuteur du système de santé le mieux à même de résoudre leur problème spécifique. La planification de la gériatrie a d'ailleurs le même but (cf. p. 18): les centres gériatriques régionaux ont notamment pour fonction de soutenir les médecins de famille (ainsi que les autres prestataires, tels les services d'aide et de soins à domicile) sur les questions spécifiques aux personnes âgées, et de mettre à leur disposition les connaissances dont ils pourraient avoir besoin.

Le problème réside d'une part dans la désaffection dont est victime la profession de médecin généraliste, et d'autre part dans la formation continue et le perfectionnement en gériatrie. A l'heure actuelle déjà, le nombre de cabinets généralistes est en recul, et une grave pénurie menace. A la campagne surtout – mais pas seulement –, les médecins de famille qui souhaitent prendre leur retraite ne trouvent pas de successeurs.

Mesures à prendre

La difficulté d'attirer les médecins généralistes vers les régions rurales s'explique en partie par la diminution de l'attrait socio-économique de ces régions. Il est difficile de peser sur cette évolution, qui est d'ordre sociétal. Cependant, en misant sur la décentralisation et sur des services de proximité, la politique du 3^e âge présentée ici devrait contribuer à la revalorisation des régions rurales.

Le risque de pénurie de généralistes tient aussi, d'après le corps médical, à la surcharge administrative, qui ne cesse d'augmenter, ainsi qu'aux difficultés liées au service des urgences: de plus en plus de médecins se faisant dispenser (malgré l'obligation légale à laquelle ils sont soumis), ceux qui participent au piquet subissent une charge psychique accrue, sans compter qu'ils doivent y consacrer davantage de temps.

Autre problème évoqué: la structure et la qualité de la formation et de la formation continue des médecins de famille. Celles-ci doivent mettre l'accent sur les compétences spécifiques requises des généralistes, et il faut sensibiliser davantage les étudiants à l'importance de ce type de médecine. La motion Heuberger du 10 février 2003 (Formation des médecins généralistes) va dans ce sens et demande que la médecine généraliste soit promue selon le modèle développé par la FIAM (instance facultaire de médecine générale). Cette motion a été approuvée à une large majorité (132 voix contre 20 et

5 abstentions). La Direction de l'instruction publique est chargée de sa mise en œuvre.

Prochaines étapes

La SAP soutient les efforts faits pour renforcer la médecine générale dans le cadre des études de médecine. L'Université et les hôpitaux publics sont invités à consacrer plus de ressources financières à ce volet sur le budget dont ils disposent. La SAP, pour sa part, considère qu'une médecine générale forte est indispensable à la mise en œuvre de la politique du 3^e âge présentée ici. Bien des médecins de famille ayant probablement besoin de soutien dans le domaine de la gériatrie, de la médecine sociale et préventive ou des soins palliatifs, la SAP entend recenser ces besoins et va proposer une collaboration à cet effet à la Société des médecins du canton de Berne.

Soins palliatifs

Situation initiale

S'adressant aux malades incurables et aux personnes en fin de vie, les soins palliatifs consistent à atténuer les souffrances des patients. Ils englobent donc traitements médicaux, soins corporels, soutien social et psychologique, accompagnement spirituel et religieux, le but étant de préserver jusqu'au bout la qualité de vie des personnes concernées. Cette définition est conforme à celle donnée par l'Organisation mondiale de la santé (le terme en vigueur à l'échelon international est «palliative care»).

Bien entendu, ce type d'accompagnement n'est pas réservé aux personnes âgées: il est aussi d'une importance toute particulière pour les personnes plus jeunes.

En Suisse, et notamment dans le canton de Berne, on recense actuellement plusieurs projets en matière de soins palliatifs dans les secteurs tant ambulatoire que résidentiel. Ces projets visent à établir la notion de soins palliatifs et les pratiques qui lui sont liées dans la médecine curative. Or ce but est encore loin d'être atteint.

Mesures à prendre

Dans le cadre du présent rapport, les soins palliatifs doivent être associés à diverses autres mesures. Il s'agit d'encourager la réflexion sur la fin de la vie et sur la mort, et de renforcer les compétences en matière d'accompagnement des malades incurables et des personnes en fin de vie dans tous les domaines de l'aide aux personnes âgées.

Les mesures à prendre sont de plusieurs ordres: conseils à l'entourage qui s'occupe de ces personnes à domicile, offre de prestations permettant de soulager les proches impliqués et aussi – très important – formation des proches et des professionnels (médecins de famille, notamment), dans le domaine ambulatoire et dans le domaine résidentiel.

Prochaines étapes

La SAP est en train de recenser le savoir existant, dans le canton de Berne, en matière de soins palliatifs – savoir pour l'instant éparpillé et non coordonné –, et d'analyser les besoins dans ce domaine. La vue d'ensemble ainsi obtenue permettra de prendre des mesures pour renforcer les compétences des médecins généralistes, des EMS et des services d'aide et de soins à domicile.

Cette analyse est réalisée avec les institutions et les spécialistes en la matière. La SAP est en relation avec le zapp (Zentrum für ambulante palliativpflege Bern), qui travaille au niveau essentiellement local, propose une panoplie complète de conseils et de contacts utiles, ainsi que des formations de base et des formations continues dans le domaine de la médecine palliative.

âgés de bénéficier de l'aide dont ils ont besoin (par exemple problèmes linguistiques), des mesures s'imposent. Nous pensons par exemple à la formation des soignants, qui ont besoin de compétences supplémentaires en matière de communication interculturelle, ou au recrutement de personnel disposant des connaissances linguistiques ad hoc. En outre, il serait souhaitable que les informations sur les prestations proposées soient traduites dans les langues concernées.

Prochaines étapes

La SAP lance ou soutient des projets visant à améliorer l'intégration des migrants du 3^e âge. A l'échelon local, ce sont une fois de plus les communes qui devraient prendre le relais. Elles sont invitées à faire une plus grande place à cette problématique dans leurs plans d'action (cf. p. 28).

Migrants du 3^e âge

Situation initiale

Le degré d'intégration sociale et la situation économique des migrantes et des migrants du 3^e âge varient beaucoup selon leur pays d'origine. Ainsi, les personnes d'Europe du Nord et de l'Ouest sont généralement bien intégrées, socialement et économiquement. Les Européens du Sud, venus de pays ayant une tradition d'émigration, ont certes une situation financière souvent plus difficile (qu'ils aient exercé des métiers peu rémunérés faute de qualifications élevées, qu'ils aient dû prendre une retraite anticipée pour cause d'invalidité, ou autre), mais leur intégration sociale, elle, est relativement bonne. Enfin, il y a les migrants originaires des pays balkaniques. Ce sont eux qui vivent dans les moins bonnes conditions économiques et qui sont le moins bien intégrés sur le plan social. Cela s'explique par le fait que la main-d'œuvre recrutée dans ces pays appartient généralement au petit peuple des campagnes, et que ces personnes évoluent principalement au sein de leurs structures familiales. Ainsi, les migrants vivent le 3^e âge différemment en fonction de trois facteurs: leur pays d'origine, leur niveau de formation et leur parcours professionnel (lequel n'est pas sans incidences sur leur état de santé). La politique du 3^e âge doit donc distinguer différentes catégories de migrants et tenir compte des besoins variés qui sont les leurs.

Mesures à prendre

Il s'agit de faire en sorte que ces personnes âgées aient davantage accès aux prestations d'aide et de soins, dans tous les domaines d'intervention de la politique du 3^e âge. Sensibilisation et meilleure information sont à cet égard les maîtres mots. Or, étant donné que les migrants âgés sont difficiles à toucher par le biais de cours, on pourrait envisager de former des «multiplicateurs», dont la tâche consisterait à informer leurs compatriotes âgés, dans leur langue, sur les prestations auxquelles ils peuvent recourir. Ces multiplicateurs pourraient être recrutés dans les organisations de migrants, les associations culturelles étrangères ou les services concernés au plan local. Pro Senectute Suisse est déjà active dans ce domaine. Mais pour aplanir les obstacles qui empêchent les migrants

Remarques finales concernant le train de mesures

Comme précisé dans l'introduction ainsi que dans le chapitre intitulé «Ligne directrice de la politique du 3^e âge», le train de mesures proposé n'est en aucun cas exhaustif. Il est en effet impératif de ménager la possibilité de concrétiser, dans le cadre défini par le présent rapport, des idées novatrices provenant du canton, des communes, d'associations, d'institutions et de particuliers. Les mesures considérées seront mises en œuvre pendant une phase transitoire d'environ cinq ans, qui permettra de déterminer si elles font leurs preuves dans la pratique et doivent être introduites définitivement.

Le développement de la politique du 3^e âge dans le canton de Berne passe par un processus d'évaluations. D'une part, il est indispensable d'exploiter les ressources limitées à disposition de manière extrêmement ciblée. D'autre part, la gérontologie doit s'ajuster à l'évolution des valeurs chez les groupes concernés. Etant donné qu'il faut tenir compte des besoins actuels des personnes âgées mais aussi de ceux de la génération suivante, un certain discernement est de rigueur.

La stratégie suivie dans le présent rapport garantit une planification souple et modulable, susceptible de s'adapter aux nouveaux besoins des personnes âgées et aux progrès constants de la médecine.

INTERACTIONS ET RÉPERCUSSIONS DES MESURES

Interactions des mesures

Comme mentionné au début de ce rapport, seule la conjugaison des mesures relevant des différents domaines d'intervention peut permettre d'atteindre l'objectif visé, à savoir continuer à proposer aux personnes âgées une palette de prestations de qualité, qui soit conforme aux besoins. Cette offre doit garantir sécurité et qualité de vie aux aînés, quel que soit leur état physique et psychique, tout en étant financièrement supportable pour les pouvoirs publics.

Nous nous permettons de revenir ici sur les interactions évidentes entre les différents domaines d'intervention:

Augmenter le degré d'autonomie des personnes âgées (domaine d'intervention n° 1) permettra globalement de réduire le nombre de personnes tributaires de soins par rapport à la population âgée, en améliorant la qualité de vie des aînés tout en soulageant tous les acteurs impliqués dans le financement (Confédération, cantons, communes, assureurs-maladie et proches).

L'autonomie et la qualité de vie des personnes âgées ne dépendent toutefois pas seulement de mesures préventives ciblées mais aussi de l'aménagement de leur environnement direct. Plus les bâtiments, les moyens de transport et les infrastructures (distributeurs d'argent, par ex.) répondront aux besoins des personnes âgées, plus ces dernières pourront vivre de manière autonome. Les besoins des aînés doivent donc être davantage pris en compte dans les discussions sur l'aménagement des logements et des espaces de vie. Le domaine d'intervention n° 5 (sensibilisation aux besoins du 3^e âge) résume les mesures visant la planification et la réalisation d'une offre de soins et de prise en charge concrète et coordonnée dans les régions.

Si l'on veut permettre aux personnes âgées de vivre plus longtemps dans leur propre foyer, il est indispensable de mettre en place un réseau de prestations bien structuré, décentralisé et accessible dans les domaines des soins gériatriques, des services de maintien à domicile et des soins transitoires. Les mesures figurant dans le domaine d'intervention n° 2 (soutien aux soins et à la prise en charge à domicile) devraient permettre de créer des structures adéquates.

La quantité et la qualité des soins à domicile influencent de façon déterminante les besoins en matière de prise en charge institutionnelle. La planification des EMS établie par le canton selon la LAMal et soumise au Conseil-exécutif au début 2004 a été élaborée en tenant compte de la stratégie générale à suivre en matière de politique du 3^e âge. Elle assure une offre en places d'EMS adaptée aux besoins, une revendication qui figure dans le domaine d'intervention n° 6 (offre résidentielle conforme aux besoins).

Il convient par ailleurs de prendre en compte l'évolution des besoins des personnes âgées en matière de logement et de qualité de vie. Les mesures figurant dans le domaine d'intervention n° 3 (offre de logement et de prise en charge axée sur le long terme) intègrent ces besoins dans la planification des futures infrastructures destinées aux personnes âgées.

Le maintien d'une offre de qualité répondant aux besoins passe également par la mise en place d'un système de financement incitatif. Sur ce plan, le dispositif actuel n'est pas optimal. Il convient notamment de renforcer les incitations à proposer des prestations de qualité à un prix avantageux. Les mesures figurant dans le domaine d'intervention n° 9 (examen des mécanismes de financement) vont précisément dans ce sens.

Lorsqu'on parle de qualité, il faut d'abord définir les critères permettant de l'évaluer et déterminer le niveau que l'on peut qualifier de «bon». Cette démarche doit se faire en étroite collaboration avec des spécialistes travaillant dans les EMS. Le canton de Berne ne dispose pas encore de normes de qualité uniformes. Les mesures prévues dans le domaine d'intervention n° 8 (assurance de la qualité) devraient permettre de remédier à cette lacune.

Les besoins croissants en matière de soins et de prise en charge nécessitent une augmentation du personnel dans les secteurs tant ambulatoire que résidentiel. La création – ou le maintien – de nombreuses prestations dépend en effet de la disponibilité de personnel qualifié. Les offres de formation et de perfectionnement, mais aussi la délimitation des compétences entre les professions doivent être conçues de telle sorte que les jeunes qui sortent de l'école ainsi que tous les professionnels, quel que soit leur niveau de formation, puissent trouver des places d'apprentissage ou des postes attrayants dans des établissements de soins de longue durée. Les mesures inventoriées dans le domaine d'intervention n° 7 (recrutement du personnel soignant et du personnel d'encadrement) devraient permettre à la SAP d'assurer dans la mesure du possible le maintien d'un nombre suffisant de soignants qualifiés.

Il ressort clairement de ce qui précède que les différents domaines d'intervention sont étroitement liés. Seule une action coordonnée portant sur l'ensemble de ces niveaux stratégiques permettra de mettre en place une politique du 3^e âge susceptible de relever les défis de demain.

Impact prévisible sur l'économie

La politique du 3^e âge a naturellement des répercussions sur l'activité économique. Il faut s'attendre ces prochaines années et décennies à une nette progression du nombre de personnes âgées. Parallèlement, leur situation économique devrait encore s'améliorer (cf. p. 7). La mise en place d'une politique du 3^e âge novatrice, favorisant l'autonomie et le dynamisme des personnes âgées, devrait permettre d'exploiter encore mieux le potentiel des aînés. La création d'offres et de prestations pour les personnes âgées restées actives est appelée à progresser. C'est dire que l'aménagement d'une politique du 3^e âge tournée vers l'avenir est très important pour l'économie du canton de Berne.

La politique du 3^e âge que l'on souhaite mettre en place contribuera à améliorer l'attrait du canton de Berne comme lieu d'habitation et de vie. Elle est en parfait accord avec la stratégie de croissance du canton étant donné qu'elle garantira l'existence de nombreux emplois intéressants, y compris dans les régions périphériques. En outre, l'existence dans le canton de Berne d'une politique du 3^e âge tournée vers l'avenir contribue à prévenir l'exode des contribuables fortunés vers d'autres cantons, et peut même constituer un argument incitatif pour attirer plus de résidents aisés.

Parallèlement à cet impact positif sur l'économie, la nouvelle politique du 3^e âge devrait permettre de freiner l'augmentation – due à des facteurs démographiques – du nombre de personnes tributaires de soins et d'atténuer la charge que leur encadrement représente pour l'économie publique.

Conséquences pour les communes

Conformément à l'arrêté du Grand Conseil bernois sur la Politique du 3^e âge 2005, les communes sont largement responsables de la mise en œuvre des mesures prévues. La majeure partie des coûts qui en découleront sera assumée, comme jusqu'ici, conjointement par le canton et les communes, par le biais de la compensation des charges. Les communes sont invitées à élaborer leurs propres planifications du 3^e âge en s'inspirant de la ligne directrice formulée dans le présent rapport, afin de mieux coordonner l'offre destinée aux personnes âgées sur le plan communal et intercommunal.

Répercussions en matière de finances

Il est pour l'heure impossible d'évaluer de façon précise les répercussions financières des mesures de politique du 3^e âge figurant dans le présent rapport. Une projection des coûts connus a toutefois pu être effectuée pour celles qui se basent sur des expériences passées (par ex. le développement des services d'aide et de soins à domicile et de l'offre résidentielle). Certaines mesures nouvelles ont pu faire l'objet d'une estimation des coûts alors que pour d'autres, les bases d'évaluation sont insuffisantes.

Synthèse fondée sur les estimations actuelles (en francs):

Compte de fonctionnement

Dépenses prévisionnelles du canton et des communes pour les mesures à prendre durant la phase de transition (2004–2008) 45 mio

Dépenses financées par le secteur des soins aigus:

■ Forfaits versés aux centres de formation pour l'introduction de la filière ASSC (figurant déjà dans le budget et le plan financier)	5,0 mio	
■ Mise en œuvre de la planification de la gériatrie	<u>1,5 mio</u>	
	6,5 mio	<u>-6,5 mio</u>

Total des dépenses sociales 38,5 mio

Dépenses déjà inscrites au budget et dans le plan financier indépendamment du présent rapport:

■ Projets préfinancés par le canton (financement direct)	6,25 mio	
■ Projets préfinancés par les communes (financement indirect)	<u>8,25 mio</u>	
	14,5 mio	<u>-14,5 mio</u>

Nouvelles dépenses prévues dans le présent rapport:

■ Dépenses préfinancées par le canton (financement direct)	9,5 mio	
■ Dépenses préfinancées par les communes (financement indirect)	14,5 mio	

Total des dépenses du canton et des communes	24 mio	24 mio
Total des dépenses du canton (50%)		12 mio

Les coûts d'autres projets pour lesquels il n'existe pas encore d'estimation à l'heure actuelle viendront s'ajouter à ce total.

Compte tenu de la situation financière du canton, la SAP est consciente qu'il lui faudra se satisfaire des montants inscrits au budget et dans le plan financier, à savoir 2,5 millions de francs pour 2004 et 5 millions de francs par année pour la période 2005–2007, soit un maximum de 17,5 millions de francs, pour mettre en œuvre les projets prévus en matière de politique du 3^e âge. Elle devra donc fixer des priorités et éventuellement renoncer partiellement à certains projets.

Compte des investissements

Les coûts afférents à la rénovation et à l'adaptation de l'infrastructure des EMS existants ainsi qu'à l'augmentation indispensable du nombre de places en EMS peuvent être estimés à quelque 190 millions de francs, dont près de la moitié directement à la charge du canton et l'autre moitié relevant du financement indirect par le biais des communes. Le compte des investissements du canton prévoit une augmentation sensible des besoins d'investissement. Pour des raisons de calendrier, il est cependant improbable que tous ces projets puissent être menés à terme dans les cinq ans à venir. Cela signifie qu'une part importante des dépenses devrait se reporter sur la prochaine période de planification financière.

Coûts de la création éventuelle de nouvelles offres

Un certain nombre de mesures figurant dans le présent rapport servent à expérimenter de nouveaux modes de prise en charge dans le cadre de projets pilotes. Au cas où certains de ces projets devraient être concrétisés dans les cinq prochaines années, il conviendrait de prévoir un financement supplémentaire (exploitation et infrastructure).

Bases légales

En vertu de l'article 68 LASoc, la SAP assure en collaboration avec les communes les prestations requises en faveur des personnes nécessitant des soins ou un encadrement ainsi que des personnes âgées. Il s'agit notamment des prestations fournies par les centres de consultation et d'information, les services d'aide et de soins à domicile, les foyers pour personnes âgées, les foyers médicalisés, les foyers pour malades chroniques et les divisions de soins des hôpitaux.

Par ailleurs, selon l'article 59 LASoc, la SAP inventorie et analyse régulièrement les besoins en matière d'aide sociale institutionnelle. Il s'agit de prestations fournies en mode résidentiel ou ambulatoire, notamment dans les domaines de la prévention, des conseils et de l'encadrement, des soins et de la thérapie, de l'hébergement, de l'éducation et de la formation, de l'occupation et de l'insertion.

Le présent rapport est un rapport de planification conformément à l'article 60, alinéa 1, lettre b de la loi sur le Grand Conseil (LGC). Selon l'alinéa 2 du même article, le Conseil-exécutif porte les rapports de ce type à la connaissance du Grand Conseil.

Conséquences d'une non-application de ces mesures

Si les mesures proposées dans le présent rapport ne devaient pas être appliquées, il se pourrait que le canton de Berne ne soit plus à même de garantir une prise en charge des personnes âgées répondant à leurs besoins. La seule alternative serait d'élargir massivement l'offre de soins résidentiels en EMS, ce que la population ne souhaite pas. Cette extension aurait de surcroît un coût énorme. Par rapport à la situation actuelle, il faudrait en effet créer près de 6600 places supplémentaires en EMS d'ici 2030, ce qui entraînerait des coûts d'investissement de l'ordre de 1 milliard de francs, auxquels viendraient s'ajouter près de 35 millions de francs de subventions d'exploitation par année (hors prestations des assureurs-maladie et prestations complémentaires).

RÉCAPITULATION ET PROPOSITION DU CONSEIL-EXÉCUTIF

Comme mentionné en introduction, le présent rapport a pour but de poser les bases nécessaires pour garantir un soutien aux personnes âgées qui soit à la fois conforme aux besoins, axé sur le long terme et financièrement supportable pour le canton de Berne. Il démontre la nécessité d'agir à divers niveaux (domaines d'intervention). Certaines des mesures proposées peuvent s'appuyer sur des structures existantes, qui ont fait leurs preuves, pour un élargissement de l'offre (services de maintien à domicile, EMS, service de consultation de Pro Senectute). Dans d'autres cas, il faudra créer une offre ad hoc afin de pouvoir vérifier son utilité dans la pratique.

La stratégie décrite dans le présent rapport devrait permettre de garantir à court et à moyen terme une prise en charge appropriée des personnes âgées ainsi que de définir, dans un délai raisonnable (environ cinq ans), les structures nécessaires à long terme et d'évaluer leurs coûts. Le train de mesures proposé dans le présent rapport n'est pas exhaustif. Il est important que des projets novateurs susceptibles de contribuer à une politique du 3^e âge durable puissent également recevoir le soutien des pouvoirs publics. Le présent rapport définit cependant la ligne directrice en matière de politique du 3^e âge fixant le cadre dans lequel les projets doivent s'inscrire.

Le Grand Conseil est invité à prendre connaissance du présent rapport en donnant son assentiment.

Résumé des résultats de la consultation

Le présent rapport a été mis en consultation de début avril à fin juin 2004 auprès des Directions de l'administration cantonale, des partis cantonaux, des associations spécialisées concernées et d'un grand nombre d'autres organisations, institutions et particuliers. Les 114 réponses reçues montrent qu'il a suscité un vif intérêt, tant au sein de la population que dans les milieux spécialisés.

La SAP a eu la satisfaction de constater que la ligne directrice présentée dans le rapport ainsi que le plan d'action proposé étaient très largement approuvés. Les Directions cantonales ainsi que de nombreux partis politiques, services spécialisés, associations, communes et particuliers se rallient explicitement ou implicitement au principe de base de la politique proposée. Divers interlocuteurs demandent d'ailleurs une mise en œuvre rapide de cette politique. Sur le fond, donc, la SAP n'a rien changé au présent rapport.

Par contre, les organisations et personnes consultées ont émis, comme on pouvait s'y attendre, un grand nombre de suggestions et de critiques sur des points particuliers. Bon nombre de ces remarques ont été intégrées au rapport. On en trouve la liste dans le présent chapitre avec, pour chacune d'entre elles, un renvoi à la page concernée. De plus, la SAP prend position ci-après sur un certain nombre de suggestions qui n'ont pas été reprises dans le rapport.

Remarques générales sur le rapport

De nombreux participants à la consultation ont trouvé que le rapport n'accordait pas assez d'importance à la prise en charge par les proches ainsi qu'au travail des bénévoles. Ils demandent que ces personnes soient soutenues et que l'on crée, dans tous les domaines de l'aide aux personnes âgées, **des encouragements pour les proches et pour les bénévoles**. Concrètement, le soutien requis devrait prendre les formes suivantes: incitations financières, prestations permettant de décharger les proches et les bénévoles et financement d'organisations leur offrant des conseils et des contacts utiles (cf. pp. 15 et 41 du présent rapport).

Un certain nombre d'organisations consultées, notamment des associations spécialisées, ont fait remarquer que la question des **soins palliatifs** n'était pas suffisamment abordée. Elles soulignent la nécessité d'améliorer l'accompagnement des personnes en fin de vie et affirment qu'il est urgent de diffuser des connaissances dans ce domaine à tous les niveaux de la prise en charge des personnes âgées (séjours en institutions, services ambulatoires, médecine généraliste, etc.). Cette question est abordée en page 42.

Plusieurs participants à la consultation ont remarqué que si le nombre croissant de migrants âgés était bien souligné au chapitre des défis à relever, ce problème n'a pas été traité en détail dans les domaines d'intervention. **Le rapport n'évoquait aucune mesure concrète en faveur des migrants du 3^e âge**. Cette question a donc été reprise à la page 43 du rapport, diverses mesures étant envisagées pour résoudre les problèmes afférents.

Certains considèrent que **le rapport ne satisfait pas à l'exigence d'une politique globale du 3^e âge**.

Selon eux, il évoque surtout les risques et les coûts, et ne fait pas assez cas de ce que les aînés en bonne santé peuvent apporter à notre société. La SAP a donc jugé utile de préciser son objectif en introduction. Elle indique que son rôle est de garantir un soutien aux personnes âgées dépendantes qui ne peuvent financer elles-mêmes l'aide dont elles ont besoin. Une réflexion globale sur les conséquences socio-politiques de l'évolution démographique et sociale aurait dépassé le cadre du rapport.

Selon certains partis et services spécialisés, **les questions de genre, incontournables en raison de la proportion croissante de femmes dans la population âgée, n'ont pas été suffisamment abordées**. La SAP est consciente du fait que les femmes subissent plus souvent les maux de l'âge que les hommes en raison de leur espérance de vie plus élevée et des normes sociales qui prévalent. De plus, les femmes accomplissent une grande partie du travail dans le domaine du 3^e âge, à titre bénévole et à titre professionnel. Cet aspect a été souligné dans la description des défis qui nous attendent dans le domaine du 3^e âge (cf. p. 7). La SAP s'efforcera d'examiner, dans ses divers domaines d'intervention, s'il est opportun de différencier l'offre selon les sexes.

Certains participants à la consultation estiment que **l'image des EMS donnée par le rapport est trop négative**.

Ils rappellent que pour beaucoup de personnes âgées, les EMS constituent la meilleure solution, et qu'il en ira encore de même à l'avenir. Au chapitre présentant la ligne directrice de la politique du 3^e âge (cf. p. 12), la valeur des séjours en institution est explicitement mise en avant, mais il est précisé aussi qu'il n'est pas réaliste de continuer à mettre l'accent sur l'offre résidentielle, ce que la population ne souhaite d'ailleurs pas. Il s'agira à l'avenir de répondre aux besoins avec une panoplie de prestations (ambulatoires et résidentielles) d'égale importance et dont le financement puisse être assuré.

Par ailleurs, la diversité des mesures présentées dans le rapport et le risque d'éparpillement ont été critiqués. Il a ainsi été souhaité que **le rapport coût-utilité** des mesures soit évalué avant de fixer des **priorités**. Or le train de mesures proposé dans le rapport n'est ni exhaustif ni définitif. La politique du 3^e âge ne doit pas être statique mais s'adapter continuellement à une réalité changeante. Ce programme de mesures peut donc tout à fait s'enrichir, et il est possible aussi que certains volets soient abandonnés. L'objectif est de réaliser des projets pilotes et d'en évaluer les résultats

avant d'introduire des mesures à l'échelle de tout le canton. Les priorités seront fixées sur la base de ces résultats.

Une autre exigence va dans le même sens que la précédente: celle de **ne réaliser que les projets reposant sur des données scientifiques fiables**. A cet égard, la SAP tient à préciser que les projets pilotes prévus doivent précisément servir à collecter les données nécessaires. L'instauration définitive de mesures à l'échelle du canton ne se fera que sur la base de résultats convaincants. A l'inverse, les conclusions négatives et constats d'échec sont tout aussi éclairants pour définir la marche à suivre.

En ce qui concerne les **retombées économiques** de la politique proposée ici, certains participants à la consultation ont estimé qu'**elle ne constituait pas un vecteur de promotion efficace pour le canton**. La SAP est de l'avis contraire. Selon elle, la politique du 3^e âge complète de façon optimale la stratégie de croissance du canton et contribue à préserver une multitude d'emplois attrayants, y compris dans les régions périphériques. L'existence d'un système de soins et de prise en charge tourné vers l'avenir contribue à freiner l'exode de la population et peut même attirer dans le canton de Berne des contribuables fortunés.

Enfin, étant donné que l'évolution démographique entraîne des changements décisifs en termes de poids économique et de flux financiers, il a été suggéré de réaliser un **bilan intergénérationnel**. La SAP ne conteste pas la validité de cette remarque ni l'importance des développements précités sur le plan social, mais elle considère qu'une telle étude n'a pas lieu d'être pour l'instant. Les analyses très poussées que cela impliquerait ne seraient pas d'une grande utilité dans le contexte actuel.

Remarques concernant les différents domaines d'intervention

Domaine d'intervention n° 1

Les remarques suivantes ont été insérées dans le rapport à l'issue de la consultation:

- Les **églises** soutiennent la population âgée de très nombreuses manières. Cet engagement, extrêmement important et qui comptera aussi à l'avenir, est signalé à plusieurs reprises dans le rapport (cf. pp. 14 et 20).
- **Pro Senectute n'est pas la seule organisation à proposer des prestations de conseil et à promouvoir la santé des personnes âgées**. Une collaboration entre la SAP et d'autres organismes n'est pas exclue (cf. p. 14).

Domaine d'intervention n° 2

Divers participants à la consultation se sont prononcés en faveur d'un **soutien à la formation des médecins généralistes, qui jouent un rôle très important dans la prise en charge des personnes âgées**. Si aucun effort n'est fait dans ce domaine, affirment les auteurs de cette remarque, on risque à terme de ne plus avoir assez de généralistes. La SAP est consciente du problème (cf. p. 42).

La planification de la gériatrie fait l'objet d'une seule objection: selon son auteur, la spécialisation entraînerait une augmentation des coûts et les centres gériatriques régionaux sont onéreux. Il faudrait selon lui intégrer la gériatrie à la médecine interne et faire dispenser les soins aux personnes âgées par les médecins de famille, notamment ceux formés au centre de compétences cantonal.

En ce qui concerne la spécialisation, la SAP tient à préciser que la planification de la gériatrie vise précisément à généraliser le savoir médical (meilleure utilisation des thérapies reconnues dans tous les domaines), sans technologie spécifique à la gériatrie. Cette généralisation et la mise en relations des offres spécifiques devraient, globalement, atténuer les coûts.

Quant aux centres régionaux, ils ne sont pas fondamentalement onéreux. L'augmentation des dépenses, si elle se produit, serait imputable aux travaux de «maillage». Toutefois, elle sera compensée par les économies réalisées ailleurs (moins de consultations et de traitements à mauvais escient). Au demeurant, une journée de prise en charge coûte moins cher en gériatrie que dans les autres domaines des soins aigus. La prise en charge des patients âgés par les médecins de famille est prévue dans le domaine ambulatoire, avec l'aide de gériatres si la demande va dans ce sens. La planification attribuée au centre de compétences cantonal une mission de formation et de perfectionnement (cf. p. 19).

La SAP reste partisane de la planification de la gériatrie.

Enfin, plusieurs personnes et groupes consultés plaident en faveur d'un **renforcement de la psychogériatrie**. Cette remarque a été prise en compte. La planification de la gériatrie doit donner à la psychogériatrie la place qui convient (cf. p. 19).

Une des prises de position demande à ce que les soins transitoires et les places d'accueil temporaires soient considérés ensemble car ces offres peuvent être combinées et pourraient faire l'objet de synergies. La SAP, bien sûr, est ouverte aux projets de ce type.

Domaine d'intervention n° 3

Plusieurs participants à la consultation ont regretté que des **formes de logement telles que les unités de soins décentralisées ou les résidences pour personnes âgées aient été trop peu évoquées dans le rapport**. L'importance de ce type de logement, à mi-chemin entre la vie chez soi et celle en EMS, ne fait aucun doute. La SAP s'efforce, à travers les prescriptions légales et le financement des soins, de créer des conditions propices à la construction de ce type d'habitat (cf. p. 21).

Une prise de position demande que la **nécessité des rénovations et des aménagements dans les EMS fasse l'objet d'un examen très critique. La réduction du nombre de chambres à plusieurs lits, prévue, est considérée comme non impérative** et mise en question pour des raisons financières. La SAP étudie attentivement chaque cas. Néanmoins, elle estime que loger des pensionnaires dans des chambres à quatre lits n'est plus acceptable de nos jours, et elle s'en tient à son intention de diminuer le nombre de chambres à plusieurs lits (cf. p. 21).

Les points suivants ont été intégrés dans le rapport compte tenu des suggestions et remarques avancées:

- En ce qui concerne l'aménagement de nouveaux EMS, la SAP continuera à **examiner, comme elle l'a fait jusqu'ici, s'il est possible de recourir à l'infrastructure hospitalière inutilisée de la région** (cf. p. 21).
- La SAP s'efforce, **pour le financement des mesures de construction et de rénovation, de développer des modèles de subventionnement simples**, propres à renforcer l'attrait de telles opérations aux yeux des investisseurs privés et à accélérer la réalisation des projets immobiliers (cf. p. 21).
- La **législation sur les constructions** doit être révisée en collaboration avec la Direction cantonale des travaux publics, des transports et de l'énergie en vue d'introduire une obligation de construire plus de logements répondant aux besoins des personnes handicapées (cf. p. 23).
- En ce qui concerne le **placement familial**, il n'est pas exclu d'**élargir le cercle des familles d'accueil à des familles non paysannes** (cf. p. 22 ss).
- La SAP **ne tient pas à une réglementation rigide du nombre de pensionnaires des unités de soins décentralisées**. Cette règle, qui n'est plus appliquée

dans la pratique en raison de son caractère obsolète, sera adaptée dans les textes.

Domaine d'intervention n° 4

Les mesures prévues n'ont suscité que des réactions positives.

Domaine d'intervention n° 5

Là aussi, les mesures envisagées ont toutes été bien accueillies.

Domaine d'intervention n° 6

L'un des participants à la consultation demande que les **conséquences d'une augmentation du nombre de places en EMS sur les prestations complémentaires (surplus de dépenses) soient soulignées**. Cette exigence est satisfaite dans le rapport (cf. p. 32 ss). Toutefois, celui-ci souligne aussi que la demande croissante de places en EMS s'explique par l'augmentation des besoins de soins et de prise en charge. Les coûts supplémentaires que cela implique pour les pouvoirs publics doivent être couverts de toute manière, sous forme de prestations complémentaires ou autre (aide sociale, par ex.).

Domaine d'intervention n° 7

Plusieurs participants à la consultation exigent que soient **rétablies les indemnités de formation pour les personnes apprenant sur le tard un métier dans le domaine des soins – indemnités qui ont fait partie pendant un certain temps des mesures APERS**. Jusqu'en 1998 en effet, la SAP indemnisait les personnes qui, animées d'une «vocation tardive», entreprenaient une formation dans le domaine des soins (critère: avoir plus de 30 ans et résider depuis deux ans dans le canton de Berne). La raison en était la suivante: les formations dans le domaine des soins ont une structure relativement rigide (il est difficile de continuer à travailler ou d'élever une famille en parallèle); dès lors, il fallait prendre des mesures de type salarial pour attirer plus de personnes d'âge mûr vers ces formations. On espérait aussi que cette disposition inciterait ses bénéficiaires à exercer plus longtemps leur nouveau métier. Après examen des résultats, on s'est rendu compte que la mesure ne produisait pas les effets escomptés – raison pour laquelle elle a été abandonnée.

La pénurie aiguë de personnel les années suivantes a certes entraîné la réintroduction avec effet immédiat des indemnités de formation dans le cadre des mesures APERS. Toutefois elle était limitée à deux ans, et visait uniquement à attirer très vite un nombre donné de personnes vers les professions soignantes.

Aujourd'hui, les conditions ont changé: d'une part le manque de personnel est un peu moins prononcé, d'autre part le nouveau système comprend plus de formations modulaires, surtout au niveau des écoles supérieures spécialisées. La formation antérieure et l'expérience des intéressés étant prises en compte, ceux-ci ont plus de latitude pour gérer leur parcours, et les entreprises peuvent leur offrir des conditions de démarrage plus favorables.

La SAP considère qu'il est très important de proposer des places de formation attrayantes aux personnes qui optent sur le tard pour le domaine des soins. Par contre, elle rejette l'idée de réinstaurer l'indemnité, pour les raisons décrites précédemment.

Par ailleurs, certains participants à la consultation ont souligné **la nécessité d'intervenir pour maintenir à son niveau actuel l'effectif de personnel soignant diplômé de l'enseignement tertiaire**. La SAP est de leur avis. Les mesures prises dans le domaine d'intervention n°7 (cf. p. 37) doivent profiter également à cette catégorie de personnel.

Domaine d'intervention n° 8

Plusieurs voix se sont élevées pour réclamer l'instauration de critères qualitatifs dans le domaine des soins ambulatoires. Or, telle est justement l'intention de la SAP (cf. p. 17).

Domaine d'intervention n° 9

Les participants à la consultation sont nombreux à approuver explicitement le **principe du financement sous forme d'allocations aux intéressés** et demandent qu'il soit appliqué rapidement, certains exigeant qu'il soit étendu aux services ambulatoires. La SAP entend instaurer ce type de financement le plus vite possible dans le domaine résidentiel. S'il est cependant trop tôt pour l'élargir aux services ambulatoires, il n'est pas exclu que cela se fasse ultérieurement. La SAP estime judicieux de procéder par étapes.

Groupes de travail ayant contribué à l'élaboration du présent rapport

Groupe de travail «Politique du 3^e âge»

Objectif: instaurer, hors des contraintes du quotidien, un débat interdisciplinaire fondé sur les développements actuels de la prise en charge des personnes âgées, notamment du long séjour, et procéder à une analyse critique des travaux de la SAP en matière de politique du 3^e âge.

Experts participant au groupe de travail:

- Mme B. Bohli, Schule für Aktivierungstherapie, Berthoud
- Mme Th. Boppart, Oberaargauisches Pflegeheim, Wiedlisbach
- Mme M. Brüngger, Spital Bern Ziegler
- Mme S. Kuhn, Spitex Langenthal
- Mme R. Ritter-Rauch, Association Alzheimer Suisse
- Mme K. Weidmann, Esther-Schüpbach-Stiftung, Steffisbourg
- M. F. Frey, directeur Domicil für Senioren, Berne
- M. F. Furger, Spital SRO, Niederbipp
- M. A. Gebert, Commission cantonale des affaires sanitaires et sociales
- M. H. Leibundgut, Hochschule für Soziale Arbeit, Berne
- M. Ritschard, Spital Aarberg
- M. P. Weibel, Berne

Présidence:

- M. R. Gerber, secrétaire général de la SAP

Groupe de travail «Gériatrie»

Objectif: poser, pour le canton de Berne, les bases d'une assistance gériatrique répondant aux besoins sur le plan normatif et qualitatif et définir les structures nécessaires à l'intention des décideurs politiques; présenter un plan d'application (calendrier et budget inclus) dans le cadre de la politique cantonale du 3^e âge.

Experts participant au groupe de travail:

- M. Ch. Chappuis, Spital Bern Ziegler
- M. F. Furger, Spital SRO, Niederbipp
- M. M. Miauton, Centre psychiatrique de Münsingen
- M. D. Pauli, Köniz
- M. Th. Ritschard, Spital Aarberg
- M. H. Schaad, Spital Interlaken
- M. A. Stuck, Spital Bern Ziegler
- M. Th. Widmer, Centre hospitalier de Bienne

Présidence:

- M. Th. Spuhler, Office des hôpitaux de la SAP

Groupe de travail «Prise en charge des patients atteints de démence»

Objectif: élaborer des mesures susceptibles d'améliorer la prise en charge ambulatoire et résidentielle des personnes atteintes de démence.

Experts participant au groupe de travail:

- Mme E. Christen, Haus Serena, Schönbühl
- Mme M. Gasser, Krankenhaus St. Niklaus, Koppigen
- Mme E. Gerber, Spital Bern Ziegler
- Mme S. Mattmann, Spitex Köniz
- Mme R. Ritter-Rauch, Association Alzheimer Suisse
- Mme R. Schmitt, Krankenhaus Ittigen
- Mme B. Schüpbach, Services psychiatriques universitaires de Berne (SPU)
- M. F. Frey, Domicil für Senioren, Berne
- M. A. Gebert, Commission cantonale des affaires sanitaires et sociales
- M. A. Jeschko, Association Alzheimer Suisse, section Berne
- M. U. Leuthold, Alters- und Versicherungsamt der Stadt Bern
- M. Ch. Raafaub, ex. Psychogeriatrisches Heim, Oberried
- M. W. Wyss, Krankenhaus Steffisburg

Présidence:

- M. M. Loosli, Office des personnes âgées et handicapées de la SAP

Groupe de travail «Politique du 3^e âge» (interne à la SAP)

Objectif: instaurer une collaboration interdépartementale pour les projets relevant du domaine du 3^e âge.

Participants:

- M. M. Loosli, chef de l'Office des personnes âgées et handicapées (OPAH)
- M. E. Ramseier, chef de l'Office des hôpitaux (ODH)
- Mme A. Gfeller, responsable de la Division Planification de l'OPAH
- Mme A. Hornung, responsable de la Division Personnes âgées de l'OPAH
- M. J. Binder, responsable de la Division d'évaluation scientifique et du Service de coordination pour la psychiatrie
- M. Th. Spuhler, responsable de la Division Elaboration de l'ODH
- M. J. Guillaume, Division Personnes âgées de l'OPAH
- Mme Ch. Brunswicker, Division Elaboration de l'ODH
- M. S. Leutwyler, suppléant de la responsable de la Division Planification de l'OPAH

Présidence:

- M. R. Gerber, secrétaire général de la SAP

Points de repère

16 octobre 2002

Séance spéciale du Conseil-exécutif sur le thème de la politique du 3^e âge: présentation de la problématique et première approche dans le cadre du «Rapport intermédiaire sur la mise en œuvre de la politique du 3^e âge 2005».

6 novembre 2002

1^{er} forum du 3^e âge à Herzogenbuchsee réunissant les différents fournisseurs de prestations dans le domaine du 3^e âge de la région pilote de Haute-Argovie: présentation de l'analyse des points forts et des points faibles des institutions de long séjour effectuée par la SAP et débat sur l'optimisation de l'interaction des divers prestataires.

11 décembre 2002

1^{er} forum du 3^e âge à Frutigen réunissant les différents fournisseurs de prestations dans le domaine du 3^e âge de la région pilote de Frutigen: présentation de l'analyse des points forts et des points faibles des institutions de long séjour effectuée par la SAP et débat sur l'optimisation de l'interaction des divers prestataires.

19 mars 2003

Rencontre avec l'assureur-maladie Visana: échanges sur les problématiques communes et définition de collaborations éventuelles en matière d'aide aux personnes âgées.

26 mars 2003

Rencontre avec des associations d'institutions de long séjour et avec santésuisse: présentation du projet de révision de la planification des EMS et débat (ces associations ont participé, depuis, à une procédure de consultation écrite).

15 octobre 2003

Séance spéciale du Conseil-exécutif sur le thème de la politique du 3^e âge: présentation de la ligne directrice formulée par la SAP ainsi que des points clés du présent rapport.

28 octobre 2003

Conférence de presse sur le thème de la politique du 3^e âge: présentation de la ligne directrice formulée par la SAP ainsi que des points clés du présent rapport.

14 novembre 2003

Comité de Pro Senectute: présentation des points clés du rapport et premier sondage sur la stratégie envisagée.

18 novembre 2003

2^e forum du 3^e âge de la région pilote de Haute-Argovie, à Langenthal: présentation des travaux effectués par le groupe régional «Politique du 3^e âge» sous la houlette des préfets des districts de Wangen (M. Sommer) et d'Aarwangen (M. Lerch).

25 novembre 2003

Rencontre du groupe parlementaire «Vieillesse» du Grand Conseil: présentation des points clés du présent rapport.

31 mars 2004

Séance du comité de l'Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile: présentation des points clés du présent rapport.

14 avril 2004

Séance d'information régionale sur la politique du 3^e âge, à Berne, dans le cadre de la mise en consultation du présent rapport.

19 avril 2004

Séance d'information régionale sur la politique du 3^e âge, à Tramelan, dans le cadre de la mise en consultation du présent rapport.

21 avril 2004

Séance d'information régionale sur la politique du 3^e âge, à Lyss, dans le cadre de la mise en consultation du présent rapport.

Mai 2004

Séances d'information organisées dans le cadre de la consultation sur la mise en œuvre de l'ordonnance sur les foyers à Berne, Interlaken, Pieterlen et Tramelan.

2 mai 2004

Séance d'information régionale sur la politique du 3^e âge, à Berthoud, dans le cadre de la mise en consultation du présent rapport.

5 mai 2004

Séance d'information régionale sur la politique du 3^e âge, à Spiez, dans le cadre de la mise en consultation du présent rapport.

23 juin 2004

Conférence des maires du Jura bernois: présentation de la politique du 3^e âge.

7 septembre 2004

Rencontre de la SAP et du comité directeur de la Société des médecins du canton de Berne concernant l'état actuel de la politique cantonale du 3^e âge.

1^{er} novembre 2004

Conférence des présidents et présidentes et des directrices et directeurs des services d'aide et de soins à domicile du canton de Berne: présentation de la politique du 3^e âge.

4 novembre 2004

3^e forum du 3^e âge de la région pilote de Haute-Argovie, à Langenthal: présentation des travaux effectués par le groupe régional «Politique du 3^e âge» sous la houlette des préfets des districts de Wangen (M. Sommer) et d'Aarwangen (M. Lerch).

Recommandations pour la prise en charge résidentielle de personnes atteintes de démence dans le canton de Berne (mai 2003)

(Groupe de travail «Prise en charge de personnes atteintes de démence dans le canton de Berne»)

1. Remarques préliminaires

- Le présent document traite de la prise en charge en institution de personnes atteintes de démence. Il ne faut toutefois pas oublier que la majeure partie d'entre elles continuent de vivre dans leur propre foyer, l'encadrement étant assuré par les proches.
- La priorité n° 1 doit ainsi être de soutenir les proches de sorte que les personnes souffrant de démence puissent rester dans leur environnement familial le plus longtemps possible, l'admission dans un foyer n'intervenant qu'en dernier recours, lorsque la prise en charge à domicile devient trop lourde. Pour faire face à cette situation et soulager les proches, il est nécessaire d'étoffer l'offre décentralisée (places d'accueil temporaire, foyers de jour ou de nuit), la couverture des coûts devant être assurée. Parmi les autres mesures à prendre, citons, d'une part, une coordination accrue des services de dépistage et d'information aux patients et aux proches (formation et soutien) et, d'autre part, un renforcement des services d'aide et de soins à domicile.
- Il s'agit ici de dégager quelques pistes permettant d'améliorer la prise en charge résidentielle de patients atteints de démence. A noter toutefois que les différents éléments énumérés ci-dessous (cf. point 3) ne sont pas uniquement valables pour ce groupe spécifique de pensionnaires, mais doivent servir de base, d'une manière plus générale, à la réflexion entourant la qualité de l'encadrement et des soins dans les établissements médico-sociaux (EMS).

2. Structures de prise en charge

2.1 Institutions locales

Les contacts sociaux, en particulier avec les proches, font partie des besoins élémentaires des personnes atteintes de démence, et ce à tous les stades de la maladie. Par conséquent, ces personnes doivent, dans la mesure du possible, disposer du libre choix de leur foyer ou être admises dans un établis-

²³ Il y a lieu toutefois de rappeler que l'admission dans une division fermée ou dans un foyer spécialisé ne peut se faire sur la seule base de «troubles du comportement». En effet, bon nombre de pensionnaires des EMS non atteints de démence souffrent d'une autre maladie psychogériatrique se traduisant également par des troubles du comportement, qui peuvent pour leur part gêner les personnes atteintes de démence.

sement situé à proximité de leur lieu d'habitation ou de celui de leurs proches, ces derniers étant souvent eux-mêmes déjà âgés, d'où la nécessité de leur épargner de trop longs trajets pour les visites.

Concrètement, cela signifie que les EMS locaux doivent s'efforcer d'accueillir, dans la limite de leurs possibilités, des personnes atteintes de démence ne pouvant plus être prises en charge à domicile. Compte tenu du nombre croissant de personnes souffrant de ce type de maladies, cette mesure semble à terme inévitable. D'ailleurs, la plupart du temps, l'admission de ces patients dans les foyers traditionnels est tout à fait envisageable, moyennant quelques adaptations au niveau de l'infrastructure et de la formation du personnel.

2.2 Groupes réservés aux personnes atteintes de démence

Il est impossible, pour l'heure, de se prononcer avec certitude quant aux avantages et aux inconvénients – que ce soit du point de vue des aptitudes cognitives ou des capacités à assumer les activités de la vie quotidienne – d'une prise en charge en divisions «fermées» de personnes souffrant de démence par rapport à l'intégration dans des groupes mixtes.

Cette dernière solution permet notamment d'éviter le sentiment d'exclusion – par rapport non seulement aux autres pensionnaires du foyer, mais aussi aux proches, pour lesquels les visites dans un groupe mixte sont moins pénibles sur le plan émotionnel que dans une division n'hébergeant que des résidents souffrant de démence. A relever par ailleurs que les stimulations extérieures induites par des personnes saines d'esprit peuvent avoir un effet bénéfique sur l'évolution de la maladie.

La séparation des personnes souffrant de démence des autres pensionnaires se justifie la plupart du temps par des comportements difficiles à gérer pour l'entourage social: agressivité, dérangements continuels (d'ordre verbal et non-verbal), confusion fréquente entre le jour et la nuit, instabilité motrice importante, etc.²³ Le danger principal que courent les malades et dont il faut les protéger est la fuite. Or, faute des ressources suffisantes pour gérer ce besoin compulsif de bouger, des foyers se voient contraints de refuser ce type de pensionnaires. Il est toutefois permis de supposer que les mesures d'ordre organisationnel qu'il faudrait prendre pour balayer ces difficultés seraient utiles à l'ensemble de l'institution, et non uniquement à une division réservée aux personnes atteintes de démence.

La question n'est pas de déterminer si, sur le principe, la création de groupes accueillant uniquement des personnes atteintes de démence est une bonne ou une mauvaise chose. Il convient plutôt d'examiner avec soin dans quelle mesure des adaptations d'ordre organisationnel n'impliquant pas l'ouverture d'une division spécialisée pourraient permettre d'atteindre malgré tout les effets escomptés – et ce pour tous les pensionnaires.

2.3 Institutions spécifiquement destinées aux personnes atteintes de démence

Une (petite) partie des personnes atteintes de démence continueront d'être placées dans des institutions ad hoc, la gravité de leur maladie nécessitant des soins spécifiques.

Les foyers spécialisés dans la prise en charge des personnes souffrant de démence sont à même de proposer un cadre axé complètement sur les besoins des malades qui, souvent tributaires de soins lourds, ne peuvent ni bénéficier d'un encadrement à domicile ni être admis dans un établissement local. En outre, ces institutions possèdent un large savoir-faire en la matière, la formation et le perfectionnement du personnel étant ainsi mieux ciblés. A noter enfin que les foyers décentralisés (avec ou sans division réservée aux personnes atteintes de démence) peuvent profiter des connaissances spécifiques de ces «centres de compétence».

2.4 Récapitulatif

En résumé, il apparaît qu'il est nécessaire de diversifier l'offre en matière de prise en charge résidentielle des personnes souffrant de démence:

- L'admission dans un EMS régional doit être privilégiée dans la plupart des cas.
- Compte tenu des besoins spécifiques des personnes atteintes de démence, mais aussi des besoins des autres pensionnaires, la création d'une division spécialisée au sein d'un EMS traditionnel peut s'avérer judicieuse. Les pour et les contre doivent toutefois être analysés avec soin et au cas par cas, à la fois côté institution et côté patients (cf. point 2.2).
- Lorsque les foyers locaux ne sont pas en mesure de répondre aux besoins spécifiques des personnes souffrant de démence, c'est aux institutions spécialisées de prendre le relais. Dans l'idéal, les EMS traditionnels devraient pouvoir bénéficier des connaissances de ces institutions grâce à un transfert de savoir-faire.

La diversification de l'offre dans ce secteur doit être prise en considération dans la planification des établissements médico-sociaux du canton.

Enfin, il semble indispensable que, dans le cadre des efforts déployés pour une garantie de la qualité en matière de soins et d'encadrement, les institutions tiennent compte des besoins spécifiques des personnes atteintes de démence. Les recommandations qui suivent sont conçues pour faciliter cette démarche.

3. Recommandations visant à améliorer la prise en charge des personnes atteintes de démence

Les recommandations ci-dessous, qui s'appliquent quel que soit le type de prise en charge (groupes de vie «mixtes», divisions séparées, institutions spécialisées), ont pour objectif d'aider les institutions à planifier et à mettre en place, dans le cadre de l'assurance qualité, des mesures permettant d'améliorer l'encadrement des personnes atteintes de démence.

N'ont pas été perdus de vue lors de l'élaboration des présentes recommandations les critères de qualité généraux suivants:

- promotion de l'autonomie;
- sauvegarde de l'intimité;
- respect de la dignité;
- continuité avec le contexte de vie antérieur;
- maintien de contacts sociaux;
- mise en place d'activités valorisantes;
- garantie de la sécurité;
- conservation et stimulation des aptitudes fonctionnelles;
- préservation du bien-être.

Afin que ces différents éléments ne restent pas purement théoriques, il est très utile de procéder à une évaluation interne. Les échanges avec d'autres établissements peuvent être bénéfiques, dans le sens où ils contribuent à ce que chaque institution se remette en question et envisage des changements. Quant aux évaluations externes, elles permettent à l'institution de reconnaître les points à améliorer tout en mettant en lumière les objectifs atteints.

Soins et prise en charge

3.1.1 Encadrement

- L'admission fait l'objet de lignes directrices.
- Une planification des soins documentée est établie (besoins, problèmes rencontrés, ressources à disposition, objectifs, mesures, évaluation).
- Un réseau de personnes de référence est mis en place.
- La structure de la journée est réglementée, compte tenu des besoins individuels (p. ex. pas de réveil le matin, pas d'heures fixes pour les soins corporels, horaire souple pour le petit-déjeuner, pas d'«extinction des feux»).
- Des méthodes comme la thérapie de milieu, la validation selon Naomie Feil, les exercices d'orientation dans la réalité, la stimulation basale, la kinesthésie, le travail biographique, l'entraînement de la mémoire, etc. sont proposées aux pensionnaires en fonction des besoins.
- La présence d'animaux peut s'avérer bénéfique pour les pensionnaires.
- Les principes éthiques sur la base desquels les décisions importantes doivent être prises sont fixés par écrit.

3.1.2 Collaboration avec les proches

- Le programme de prise en charge règle la collaboration avec les proches.
- Proches et pensionnaires sont intégrés dans les discussions concernant la prise en charge et le traitement.
- Le foyer est ouvert jour et nuit aux proches.
- L'accompagnement en fin de vie par les proches et l'hébergement de ces derniers dans la chambre de la personne mourante sont possibles.

3.1.3 Droits des pensionnaires

- Le recours à des mesures limitant la liberté de la personne malade est réglé dans le programme de prise en charge. Une copie sur papier des directives et des normes professionnelles en la matière sont à la disposition des pensionnaires et de leurs proches.²⁴
- Les droits des pensionnaires, appuyés et mis en œuvre par le personnel, sont fixés par écrit.

3.1.4 Traitement médical

- Le médecin traitant jouit de plusieurs années d'expérience dans le domaine de la gériatrie et de la gérotopsychiatrie et fait office de personne de référence pour le pensionnaire, dont il s'occupe sur le long terme.
- Une évaluation gériatrique est réalisée lors de l'admission.
- Les pensionnaires sous traitement médicamenteux bénéficient d'un suivi spécifique.
- La prise en charge psychiatrique est assurée par un médecin (externe).

3.2 Personnel

- Le directeur des soins infirmiers est titulaire d'un diplôme ad hoc et a suivi une formation en management.
- Le personnel soignant et les médecins ont la possibilité d'approfondir régulièrement leurs connaissances dans le domaine de la gériatrie, en particulier de la démence.
- Aussi bien le personnel d'encadrement que les employés de maison (cuisine, buanderie, nettoyage, etc.) doivent travailler de concert (interdisciplinarité).

3.3 Infrastructure

3.3.1 Aménagement de l'espace

- Les groupes de vie conservent une taille raisonnable (au maximum 15 à 16 pensionnaires par division) pour ne pas donner l'impression aux pensionnaires de résider dans une grande structure anonyme.
- Dans chaque division sont aménagés des locaux et des installations qui rappellent les pièces habituelles et familières d'un appartement conventionnel (salle de séjour, salle à manger, chambre à coucher, WC).
- Les chambres comprennent un ou deux lits.

- Dans les chambres à deux lits, chaque pensionnaire doit disposer d'un espace qui lui est propre.
- Les personnes partageant leur chambre avec quelqu'un d'autre doivent pouvoir recevoir des visites privées dans une pièce séparée.
- Espace privé et locaux collectifs sont clairement délimités.
- Les surfaces réfléchissantes de grande dimension sont bannies de l'institution.
- Au niveau de l'architecture et des installations, l'uniformité n'est pas un but en soi; toutefois, l'effet «patchwork», qui pourrait amener une certaine confusion, est à éviter.
- Les longs corridors sont entrecoupés de sièges, plantes, tableaux, etc., sans pour autant que l'on perde toute vue d'ensemble.
- Les portes des chambres sont personnalisées.
- Des repères permettent aux pensionnaires de s'orienter (jour de la semaine, date, inscription à l'entrée des salles communes, etc.).
- La salle de séjour, accueillante et confortable, contient des objets rendant l'atmosphère familière et sécurisante (lampes, tableaux, livres).
- La disposition de la télévision et de la radio est dûment réfléchie.
- Les repas sont pris en petits groupes dans la salle à manger.
- Chaque groupe de vie dispose d'une pièce ouverte utilisée pour les activités communes.
- Les locaux sont adaptés aux personnes handicapées (p. ex. installation de mains courantes dans les couloirs et les escaliers; élimination des seuils pour prévenir les chutes).
- Afin d'éviter le bruit et les dérangements excessifs, l'espace commun est idéalement découpé en plusieurs petites salles.
- Les fenêtres sont sécurisées dans toutes les pièces (possibilité de les laisser entrouvertes). De grandes fenêtres permettent aux pensionnaires d'observer la vie à l'extérieur et d'avoir davantage conscience des saisons et du temps qu'il fait.

3.3.2 Eclairage

- Le foyer est suffisamment éclairé, notamment les chambres, les corridors et les salles de séjour, sans pour autant que la lumière y soit éblouissante. Les câbles sont cachés (pour prévenir les risques de chute) et chaque pensionnaire dispose d'une veilleuse dans sa chambre (pour l'aider à s'orienter).
- Les salles de séjour et les corridors sont éclairés la nuit.
- La lumière naturelle doit dans la mesure du possible pénétrer dans toutes les pièces (pour éviter la confusion entre le jour et la nuit).
- Les interrupteurs sont facilement atteignables (même pour une personne en chaise roulante).

3.3.3 Extérieur

- L'institution dispose d'un jardin facile d'accès dans lequel il y a suffisamment d'endroits où s'asseoir.
- Les chemins de promenade sont sécurisés de manière à prévenir les risques de chute.
- Les chemins sont conçus de telle sorte qu'ils semblent mener loin (formant par exemple une grande boucle autour de la maison).

²⁴ Par exemple les «Lignes directrices pour l'application des mesures limitatives de liberté dans le traitement et les soins aux personnes âgées» de la Société suisse de gérontologie ou les «Directives relatives aux différentes mesures destinées à restreindre la liberté de mouvements» d'Alzheimer Europe.

- Plantes (non toxiques!), plans d'eau ou animaux sont autant de moyens de stimuler les sens des pensionnaires dans le parc.

3.3.4 Sécurité

- Les locaux utilitaires potentiellement dangereux (chauffage, cave, etc.) sont fermés à clé.
- Une pièce aussi grande que possible et non verrouillée permet aux personnes atteintes de démence de satisfaire leur besoin compulsif de se mouvoir.
- Les entrées peuvent être discrètement surveillées par des employés.
- Des systèmes de sécurité (clôture cachée dans les haies, contrôle des sorties, système de sas, surveillance électronique, etc.) sont installés à l'intérieur et dans le jardin afin d'empêcher que les pensionnaires ne s'enfuient.

La liste ci-dessus n'est de loin pas exhaustive, preuve en sont les nombreuses dispositions proposées dans la littérature. Il s'agissait ici uniquement de donner un aperçu de la multitude des aspects à prendre en considération dans la prise en charge des personnes souffrant de démence.

Projets pilotes en matière de politique du 3^e âge menés dans le canton de Berne (état novembre 2004)

Projet	Organe responsable	Description	Stade	Coûts pour la SAP (en CHF)		
				2004	2005	2006 2007
Domaine d'intervention n° 1						
Visites préventives à domicile, Thoune	Service de maintien à domicile de Thoune	Visites préventives à domicile par le service de maintien à domicile selon le modèle EIGER/SOIPRA	Déclaration d'intention	23 000.-	34 000.-	
Visites préventives à domicile, Haute-Argovie	Pro Senectute Berne	Visites préventives à domicile ou actions de promotion de la santé auprès de personnes âgées en bonne santé	Demande préalable	250 000.-	250 000.-	250 000.-
Monitoring des offres de promotion de la santé	Pro Senectute Berne	Détection systématique des lacunes en matière de promotion de la santé en vue de proposer des mesures ad hoc	Demande préalable	25 000.-		
SOIPRA	Clinique universitaire en gérontologie de l'hôpital Ziegler	Sur la base de visites préventives à domicile auprès de 50 personnes, élaboration de recommandations pour leur mise en œuvre plus générale	Projet autorisé		35 000.-	
Forum «Maltraiteance envers les personnes âgées»	Alter Ego / Pro Senectute Berne	Forum public sur le thème des maltraiteances dont peuvent être victimes les personnes âgées	Projet autorisé	10 000.-		
Domaine d'intervention n° 2						
Régionalisation	Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile	Elaboration d'un projet de régionalisation des services de maintien à domicile	Projet autorisé	180 000.-		
Standards et indicateurs	Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile	Rédaction d'un manuel portant sur les exigences minimales auxquelles doivent répondre les prestations de maintien à domicile	Projet autorisé	180 000.-		
Soins transitoires	Foyers pour malades chroniques de Köniz et de Langnau	Mise à disposition de 6 places au maximum pour des soins transitoires	Demande en préparation	150 000.-	150 000.-	150 000.-
Soins palliatifs	zapp (Zentrum für ambulante palliativpflege Bern)	Travaux préalables à la mise en place de soins palliatifs ambulatoires à l'échelle du canton	Demande en préparation			

Projets pilotes en matière de politique du 3^e âge menés dans le canton de Berne

Projet	Organe responsable	Description	Stade	Coûts pour la SAP (en CHF)					
				2004	2005	2006	2007		
Service de visite à domicile	Stiftung Besuchsdienst Bern	Formation de personnes ayant un handicap psychique à la visite de personnes âgées ou handicapées (sur le modèle des projets menés à Bâle, Zurich, Soleure et en Suisse centrale)	Demande en préparation						
Domaine d'intervention n° 4									
Formation des proches de personnes atteintes de démence	SAP, VISANA	Evaluation des besoins, des parties et des structures	Elaboration du cahier des charges (mandat externe)						
Domaine d'intervention n° 5									
Manuel de politique du 3 ^e âge	Société suisse de gérontologie (SSG)	Traduction en français des recommandations destinées aux communes	Projet autorisé	5000.-					
Domaine d'intervention n° 6									
Places de vacances	Hôpital de Riggisberg	Courts séjours pour personnes tributaires de soins	Demande de soutien						
Autres projets									
Financement des EMS	Ville de Berne								
Forfaits de formation ASSC									
Rétribution supplémentaire de 20 francs par jour pour l'accueil temporaire					500000.-	500000.-	500000.-		
Total						875000.-	983000.-	934000.-	900000.-

De nombreux autres projets pilotes – dont plusieurs ont déjà été annoncés à la SAP – seront lancés dans les années à venir dans le but de récolter des expériences pour la mise en œuvre d'une prise en charge des personnes du 3^e âge qui soit conforme aux besoins et financièrement supportable.