



Politique du 3^e âge dans le canton de Berne

**Rapport intermédiaire
Avril 2007**

AVANT-PROPOS DU DIRECTEUR DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE

Mesdames, Messieurs,

J'ai le plaisir et l'honneur de vous présenter le rapport intermédiaire 2007 sur la politique du 3^e âge dans le canton de Berne et, ainsi, de vous donner un aperçu de l'avancement des activités de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale (SAP) en la matière.

La politique du 3^e âge est l'un des axes principaux du travail de la SAP, d'autant plus si on la replace dans le contexte de l'évolution démographique et de ses répercussions sur la politique, la société et l'économie. C'est un thème que nous entendons aborder de manière proactive pour que les personnes âgées ne soient pas uniquement considérées comme sources de coûts. Elles sont en effet parties intégrantes de toute société moderne, dont la mission est de garantir une qualité de vie à tous les âges.

La plupart des projets en cours dans le cadre de la politique du 3^e âge touchent les domaines d'intervention n° 1 et n° 2, à savoir «soutien à l'autonomie et promotion de la santé des personnes âgées» et «soutien aux soins et à la prise en charge à domicile et aide aux personnes soignant un proche». De par leur caractère prioritaire dans la chaîne de prise en charge, ces deux domaines d'intervention constituent les pierres d'angle de la politique du 3^e âge dans son ensemble. Les mesures prises dans le cadre de ces domaines doivent permettre aux personnes âgées de rester intégrées le plus longtemps possible dans leur réseau social. D'ailleurs, le sentiment d'intégration et d'appartenance n'est-il pas ce que recherche l'être humain à tout âge? L'intégration sociale des seniors joue un rôle positif sur leur santé aussi bien psychique que physique et correspond au principe qui veut que l'on ne sépare pas le social de la santé, mais que l'un dépende de l'autre.

Réussir l'intégration des personnes âgées est la condition sine qua non pour maîtriser les coûts à long terme et imprimer une orientation positive aux effets de l'évolution démographique. Certes, il est vrai qu'il n'y a encore jamais eu autant de seniors riches qu'aujourd'hui. Il n'en reste pas moins que nombre de personnes en âge AVS connaissent la précarité socio-économique. Pour les uns comme pour les autres, il importe de créer des offres adaptées à leurs besoins et aux moyens financiers à notre disposition.

Nous voulons à l'avenir placer davantage l'accent sur les projets dont le but est d'encourager le soutien et la compréhension entre les générations. Cet objectif nous concerne tous, que nous soyons dans la vie active ou à la retraite, jeunes ou âgés: montrons du respect à tout un chacun, quel que soit son âge, et considérons chaque personne comme faisant partie d'un tout.

Je tiens à remercier chaleureusement tous ceux qui ont contribué à l'élaboration de ce rapport intermédiaire, de même que ceux qui collaboreront à sa mise en œuvre.

LE DIRECTEUR DE LA SANTÉ PUBLIQUE
ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE



Philippe Perrenoud
Conseiller d'Etat

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ INTRODUCTIF

- 2 Situation initiale
- 3 Résultats des débats du Grand Conseil
- 3 Développements depuis l'adoption du rapport
- 4 Bref aperçu des développements
- 6 Perspectives

DOMAINES D'INTERVENTION DANS LA POLITIQUE DU 3^e ÂGE

- 7 **Domaine d'intervention n° 1:
soutien à l'autonomie et promotion de la santé
des personnes âgées**
 - 7 Visites préventives à domicile
 - 8 Prestations de conseil de Pro Senectute
- 9 **Domaine d'intervention n° 2:
soutien aux soins et à la prise en charge à domi-
cile et aide aux personnes soignant un proche**
 - 9 Soutien aux personnes soignant un proche
 - 11 Renforcement de l'offre ambulatoire par le biais des
services de maintien à domicile
 - 11 Autres formes de soutien
- 12 **Domaine d'intervention n° 3:
offre de logement et de prise en charge
axée sur le long terme**
 - 12 Logements avec prestations de soins et d'assistance
 - 12 Rénovation et adaptation de l'infrastructure des EMS
 - 12 Révision du programme des locaux
 - 13 Offre alternative de logement et de prise en charge
- 14 **Domaine d'intervention n° 4:
prise en charge des personnes âgées
atteintes de maladie**
 - 14 Prise en charge de jour
 - 14 Soins post-aigus
 - 16 Planification de la gériatrie
 - 17 Projet pilote des soins transitoires dans le domaine du
long séjour
 - 18 Prestations psychiatriques destinées au 3^e âge
 - 18 Institutions spécialisées pour personnes atteintes
de démence
- 19 **Domaine d'intervention n° 5:
sensibilisation aux besoins du 3^e âge**
 - 19 Plans d'action des communes
 - 19 Forums régionaux du 3^e âge
 - 19 Intégration des intérêts de la population âgée dans
le débat public

- 21 **Domaine d'intervention n° 6:
offre résidentielle conforme aux besoins**
 - 21 Planification des EMS
 - 22 Foyers de jour
- 23 **Domaine d'intervention n° 7:
recrutement du personnel soignant et
du personnel d'encadrement**
 - 23 Formation et perfectionnement dans le domaine des
soins et de l'encadrement
- 24 **Domaine d'intervention n° 8:
assurance de la qualité**
 - 24 Définition de critères qualitatifs en application de
l'ordonnance sur les foyers
- 25 **Domaine d'intervention n° 9:
examen des mécanismes de financement**
 - 25 Du financement du déficit au financement axé sur
la prestation
- 26 **Thèmes relevant de plusieurs
domaines d'intervention**
 - 26 Bénévolat
 - 26 Promotion de la formation des médecins généralistes
 - 26 Soins palliatifs
 - 27 Migrants du 3^e âge
 - 27 Planification des soins 2007–2010 selon la loi sur
les soins hospitaliers

ANNEXE

- 28 Tableau synoptique des projets pilotes

RÉSUMÉ INTRODUCTIF

Situation initiale

Au cours de sa session d'avril 2005, le Grand Conseil a pris connaissance en l'approuvant du rapport de la SAP relatif à la mise en œuvre de la politique du 3^e âge dans le canton de Berne. Ce rapport s'inscrit dans le droit fil des lignes directrices élaborées en 1993 déjà sous le titre «Politique du 3^e âge 2005».

Le présent rapport intermédiaire porte sur l'évolution démographique et ses répercussions. Il s'agit de relever deux grands défis: continuer à proposer une offre de places de soins résidentiels de longue durée suffisante en termes de besoins et de qualité, d'une part, et assurer la relève dans le domaine du personnel soignant en dépit du fait que le nombre de personnes tributaires de soins augmente et que celui des jeunes qui sortent de l'école est en recul, d'autre part.

Le besoin de soins

Si les personnes âgées sont, aujourd'hui, plus longtemps en bonne santé qu'auparavant, le nombre des personnes tributaires de soins n'en augmentera pas moins au cours des années et des décennies à venir parce que, en chiffres absolus, ce groupe d'âge augmente. En admettant que la proportion des personnes âgées entrant dans une institution ne change pas, il faudrait étendre l'offre résidentielle de manière massive, ce qui entraînerait des coûts d'investissement et d'exploitation considérables. Il importe donc de trouver des solutions de rechange et de prendre les mesures préventives appropriées pour que les seniors aient une vie aussi autonome et autodéterminée que possible, même s'ils nécessitent des soins et une prise en charge. C'est la seule façon d'éviter une extension du secteur résidentiel.

Pour toute personne, pouvoir vivre à sa guise dans son propre logement représente une des valeurs essentielles de l'existence. C'est une réalité à laquelle la politique du 3^e âge du canton de Berne accorde une importance primordiale.

La relève

Le nombre de jeunes sortant de l'école se réduit comme peau de chagrin; par conséquent, la population active est aussi en diminution. Dans le domaine des soins, il est de plus en plus difficile d'occuper toutes les places de formation et de trouver du personnel en suffisance.

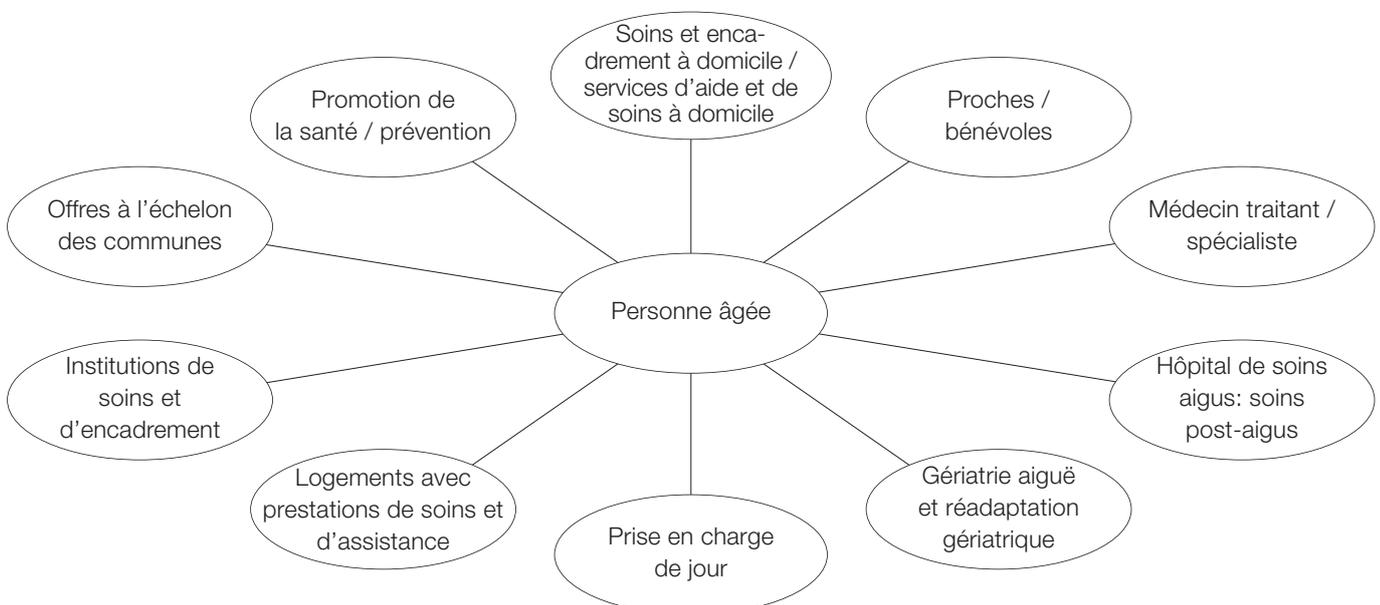
Conséquences

Pour éviter durablement l'apparition de nouveaux coûts supplémentaires dans le domaine des soins de longue durée, il est nécessaire d'investir aujourd'hui dans des mesures alternatives. Dans cette optique, le rapport sur la mise en œuvre de la politique du 3^e âge présente neuf domaines d'intervention destinés à:

- soutenir et promouvoir l'autonomie des personnes âgées,
- repousser, voire éviter l'entrée dans une institution,
- maintenir le besoin de places de soins dans une proportion aussi restreinte que possible,
- garantir la quantité suffisante de personnel soignant et de personnel d'encadrement,
- donner aux communes l'impulsion pour faire face concrètement à la politique du 3^e âge.

Ce train de mesures ne prétend pas être exhaustif. Au contraire, il vise à stimuler de nouveaux développements, à offrir l'espace nécessaire pour que puissent naître des idées créatives et orientées vers le futur et à encourager un vaste débat sur le thème de la politique du 3^e âge en vue de maintenir et d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées.

Toutes les mesures présentées dans le rapport sur la politique du 3^e âge ont pour objectif de développer, de compléter et d'intégrer une offre de prise en charge composée d'éléments groupés de telle sorte qu'un senior y ait accès en fonction de ses besoins:



Résultats des débats du Grand Conseil

Lors de sa séance du 27 avril 2005, le Grand Conseil a adopté, à une écrasante majorité, le rapport sur la mise en œuvre de la politique du 3^e âge et ainsi donné le mandat de concrétiser les objectifs formulés dans le document, compte tenu en particulier des points suivants:

■ Planification évolutive

Il est impératif, pour un pilotage orienté sur la mise en œuvre et l'efficacité dans ce domaine, de privilégier une planification évolutive. Parmi les instruments à disposition, citons les projets pilotes limités dans le temps afin de permettre d'intégrer les nouveaux constats et de tester les nouvelles idées au fur et à mesure. En prônant une planification à géométrie variable, le Grand Conseil apporte son eau au moulin des auteurs du rapport.

■ Financement des institutions axé sur les personnes dans le secteur de soins résidentiels de longue durée

Dans le sillage de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT), les dispositions légales qui, au niveau de la Confédération, empêchaient le financement axé sur les personnes des séjours en institution via les prestations complémentaires et nécessitaient un système de compensation complexe sont supprimées. Ainsi, le financement des institutions axé sur les personnes du 3^e âge dans le domaine résidentiel et plébiscité par divers milieux pourra être mis en œuvre au 1^{er} janvier 2008. La SAP prépare actuellement les bases correspondantes en collaboration avec la Direction de la justice, des affaires communales et des affaires ecclésiastiques (JCE) et la caisse de compensation. Le financement axé sur les personnes consiste à couvrir tout d'abord les prestations d'exploitation, l'infrastructure continuant pour l'instant d'être financée à l'aide de contributions d'investissement. L'objectif à moyen terme est d'intégrer la mise à disposition de l'infrastructure dans le financement axé sur les personnes.

■ Mise en réseau et intégration dans les structures existantes

Au Grand Conseil, d'aucuns ont mis le doigt sur le risque d'éparpillement lié à la diversité et à la multitude des domaines d'intervention et de projets pilotes. Aussi, lors de l'évaluation des projets déposés, on s'efforce de veiller à ce que ceux-ci soient orientés sur les domaines d'intervention, aient un lien évident avec le rapport «Politique du 3^e âge 2005» et poursuivent les objectifs formulés dans ce contexte. L'accent est également mis sur le renforcement de la mise en réseau des offres existantes et sur l'intégration des approches intéressantes dans les structures et les mécanismes de financement éprouvés. L'attention accordée à ces lignes directrices contribue en outre à la clarté de la vue d'ensemble.

■ Implication des communes

Sur les 396 communes du canton de Berne, 330 ont entre-temps élaboré des lignes directrices en matière de politique du 3^e âge; d'autres sont en train de le faire. Autrement dit, il existe une planification du 3^e âge pour 91 % de la population globale. Les lignes directrices fournissent une photographie de la situation et de l'offre actuelles et définissent les mesures à prendre dans la perspective de l'évolution démographique attendue. Dans l'ensemble, les communes assument un rôle plus actif dans la politique du 3^e âge, elles mènent une réflexion approfondie sur les différents domaines d'intervention et aménagent, en partie activement, leur propre planification du 3^e âge. Les communes ont une fonction de pilotage importante: en vertu de la loi sur l'aide sociale, elles sont tenues de définir l'offre pour les seniors, de la planifier et de la piloter.

Etant donné que la majorité des communes se sont dotées de lignes directrices en matière de politique du 3^e âge et qu'elles disposent, de ce fait, d'une première planification, il s'agit maintenant de se concentrer sur la planification régionale, comme c'est déjà le cas dans les régions de la Haute-Argovie, du Frutigland et de l'Aaretal. Il devrait ainsi être possible de définir les offres les unes en fonction des autres, voire de les fixer de manière concertée. Une mise en réseau optimale vise à garantir que les offres existantes soient connues à l'intérieur comme à l'extérieur des frontières communales en vue d'éviter les doublons et d'assurer la meilleure prise en charge possible au sein des structures en place.

Développements depuis l'adoption du rapport

Depuis l'adoption du rapport, de nombreux développements se sont produits, et les premières mesures ont été mises en œuvre sur la base notamment de projets à caractère pilote. D'une manière générale, l'accent est surtout placé sur l'encouragement des projets pilotes dans les domaines préventif et ambulatoire, dont le but est de promouvoir la santé et l'autonomie des personnes concernées par la politique du 3^e âge.

On distingue deux groupes de projets pilotes:

- a) Les offres qui n'existaient pas jusqu'ici et qui font d'abord l'objet de tests à petite échelle pour déterminer leur faisabilité et leur utilité.
- b) Les offres qui ont été estimées pertinentes dans d'autres cantons sur la base d'études et/ou de projets scientifiques et qui seront donc proposées dans l'ensemble du canton de Berne. Ce type de projets pilotes vise à préparer et à éprouver, à petite échelle, les structures dans l'optique d'une mise en œuvre à grande échelle.

Bref aperçu des développements

Le résumé ci-après montre les projets et les mesures ayant trait aux neuf domaines d'intervention abordés dans le rapport. Des informations plus détaillées se trouvent dans les chapitres correspondants dans la partie «Domaines d'intervention». Nombre de projets sont actuellement dans leur phase de mise en œuvre. (Etat des travaux: fin mars 2007)

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

Ce domaine se concentre sur le système des visites préventives à domicile introduit dans différentes régions. Des projets sont en cours à Lyss, à Thoun et en Haute-Argovie. Actuellement en phase d'élaboration, un quatrième projet concernant la région de Berne constitue l'étape préliminaire avant une mise en œuvre à l'échelle du canton. L'utilité des visites préventives à domicile ayant déjà été examinée et vérifiée scientifiquement, il s'agit en l'occurrence surtout de trouver une forme d'application au niveau du canton qui soit compatible avec les structures cantonales existantes.

La promotion de l'autonomie dans le 3^e âge se traduit également par des informations sur les offres en matière de maintien de la santé et de soutien.

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

Ce domaine d'intervention englobe des projets visant à décharger les personnes qui s'occupent d'un proche malade. Celles-ci jouent un rôle important, car elles contribuent de manière déterminante à maintenir plus longtemps à leur domicile, dans leur environnement familial, les personnes âgées tributaires de soins et de prestations d'encadrement. Un allègement de ce réseau de prise en charge informel, mais ô combien précieux sous l'angle du social et de l'économie de la santé, est la condition pour que ledit réseau soit capable de soutenir les personnes âgées le plus longtemps possible.

L'avancement des projets «Standards avec indicateurs» et «Régionalisation» de l'Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile sera aussi décrit dans le chapitre «Domaine d'intervention n° 2». Ladite association a élaboré des standards et est en train de s'organiser en structures régionales.

La réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) constitue un défi supplémentaire, en particulier pour ce qui est du financement des EMS et du financement des offres de prise en charge de jour ainsi que des prestations d'aide et de soins à domicile. Ces trois domaines doivent être bétonnés d'ici à ce que la Confédération s'en retire, c'est-à-dire au 1^{er} janvier 2008.

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

La SAP a développé des prescriptions pour une procédure de construction accélérée et un programme des locaux des EMS moderne fondé sur le modèle du groupe de vie, qui est entré en vigueur le 1^{er} juillet 2006.

Plusieurs EMS sont en train d'adapter leur offre pour la faire coïncider avec la demande des différents groupes cibles. Ce faisant, ils suivent le principe de la politique du 3^e âge du canton de Berne, à savoir offrir une prise en charge de proximité, accessible à tous et conforme aux besoins. On évoquera en l'occurrence les projets visant à créer des résidences pour personnes âgées «accolées» à l'institution, des groupes de vie pour personnes âgées atteintes de démence ou des offres de prise en charge de jour. Des changements sont introduits sur la base de prescriptions en matière de construction et d'assainissement en vue de satisfaire aux nouvelles réglementations d'infrastructure qui entreront en vigueur dans le sillage de la révision de l'ordonnance sur les foyers (surface minimale des chambres, suppression des chambres à plusieurs lits, etc.).

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

Les personnes qui ont atteint un âge avancé sont souvent limitées dans l'exercice de leurs activités quotidiennes, sont victimes d'accidents et souffrent de maladies multiples, complexes et chroniques. Ces particularités, il faut en tenir compte en élaborant des offres de médecine gériatrique appropriées: les personnes âgées atteintes de maladie nécessitent des soins et des thérapies spécifiquement axés sur leurs problèmes. En outre, elles ont besoin d'une prise en charge intégrée, c'est-à-dire ininterrompue dans sa continuité.

La SAP a donc mis au point et introduit une série de mesures en prise directe avec les besoins individuels des personnes âgées atteintes de maladie et garantissant une prise en charge étroitement coordonnée.

- Dans le cas d'un «simple» séjour en unité de soins aigus, il y existera bientôt (dès 2008) une offre de soins post-aigus visant à préparer le retour au domicile.
- Pour les cas aigus plus complexes, la prise en charge dans les domaines de la gériatrie aiguë et de la réadaptation gériatrique est créée ou étoffée sur la base d'une planification globale de la gériatrie. En outre, un essai pilote devra permettre de déterminer, dès 2008, comment améliorer la qualité et le caractère économique des prestations destinées aux patients (très) âgés par une mise en réseau des prestataires à tous les niveaux de la prise en charge médicale.
- Les soins transitoires de longue durée sont censés assurer le passage de témoin entre le séjour en hôpital et le retour à domicile. Ces soins sont destinés aux personnes âgées qui ont besoin d'une convalescence plus longue pour être à nouveau capables de gérer leur quotidien à domicile de

manière autonome, voire avec l'aide de proches et des services d'aide et de soins à domicile. Contrairement à la réadaptation, qui vise avant tout la récupération des fonctions physiques, les soins transitoires prennent également en considération l'environnement social: prestations de conseil, utilisation de moyens auxiliaires, adaptations du logement ou encore entretiens avec les proches et les personnes du voisinage qui apportent leur soutien.

- Pour les maladies de type démence, qui se manifestent fréquemment chez les personnes du 3^e âge, des mesures allant de la prise en charge de jour à l'offre résidentielle spécifique, en passant par les prestations psychiatriques, ont été conçues. Par ailleurs, trois projets testant les possibilités de soulager la tâche des proches assurant une prise en charge sont en cours (cf. chapitre «Domaine d'intervention n° 2», p. 9).

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

Toujours plus de communes disposent de lignes directrices de la politique du 3^e âge et débattent activement de thèmes liés à la politique du 3^e âge et à sa planification. Dans ce contexte, elles se fondent surtout sur le rapport cantonal, qui s'est peu à peu ancré dans les communes. Sur les 396 communes que compte le canton de Berne, 330 – soit près de 83 % des communes et 91 % de la population – ont déjà mis au point leurs lignes directrices de la politique du 3^e âge ou sont en train de le faire.

La SAP se félicite de ce que nombre de communes intègrent de plus en plus le secteur du 3^e âge dans la planification régionale. Les efforts fournis sont utiles et contribuent à renforcer le réseau et à promouvoir une démarche concertée et intégrée à l'échelon régional.

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

L'offre actuelle de places résidentielles en EMS – calculée à l'aune du nombre de personnes âgées de plus de 80 ans – s'inscrit à 27,9 %, c'est-à-dire au-dessous des 30 % postulés dans le dernier rapport. Quant au taux d'occupation des EMS, il est resté stable depuis 2001, à quelque 93 % en moyenne. Si les places en EMS sont actuellement suffisantes à l'échelle du canton, les différentes offres n'en sont pas moins occupées à des degrés divers (cf. chapitre «Domaine d'intervention n° 6», p. 21 ss). On peut supposer que les premiers effets des mesures prises dans les domaines d'intervention n° 1 et n° 2 se font sentir, permettant le maintien à domicile des seniors sur une plus longue durée. A terme et en chiffres absolus, le nombre de places en EMS restera constant à 15 500 au maximum. Le pourcentage de places de soins par rapport à la population des plus de 80 ans continuera probablement de baisser jusqu'en 2040 pour atteindre 20 %. La planification se fonde sur le fait que la politique du 3^e âge est clairement axée sur les secteurs ambulatoire et semi-hospitalier, et que les personnes présentant un bas degré de soins ne bénéficient plus prioritairement de soins hospitaliers, mais sont prises en charge dans le secteur ambulatoire (p. ex. dans des formes nouvelles d'habitation comme les logements avec prestations de soins et d'assistance, qui facilitent le maintien à domicile).

A l'heure actuelle, 14 825 places de soins ont été intégrées dans la planification des EMS (places existantes ou réservées). Dans le sillage de la planification des EMS de 2004 et après audition de SantéSuisse, le Conseil-exécutif a fixé un plafond de 15 500 lits. La répartition des places doit continuer de faire l'objet d'une attention particulière sur la base des planifications régionales, celles-ci permettant de mettre au jour une éventuelle pénurie de lits.

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

La pénurie de personnel soignant qui se profile à l'horizon est l'un des principaux défis lancés à la SAP. En effet, seul un personnel soignant en suffisance permettra, à l'avenir également, de garantir la prise en charge. Pour faire face à ce problème, des mesures aussi diverses que variées ont été étudiées activement. La nouvelle filière de formation d'assistant-e en soins et santé communautaire (ASSC) est l'une des pièces maîtresses du secteur de longue durée et offre aux adultes également la possibilité d'acquérir des qualifications reconnues. La SAP a en outre encouragé la création de l'organisation cantonale du monde du travail, destinée à faire office d'antenne centralisée pour les questions de formation dans le domaine des soins. La SAP a par conséquent largement contribué au financement de la phase de démarrage.

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

Les foyers publics ou privés doivent satisfaire aux mêmes exigences minimales pour obtenir une autorisation d'exploitation liée à des critères précis en matière de qualité. Le respect de ces critères est contrôlé par les institutions concernées elles-mêmes. Par ailleurs, la SAP prend son devoir de surveillance de plus en plus au sérieux, d'où une augmentation considérable du nombre des institutions qu'elle a visitées au cours des deux dernières années.

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

Qu'il s'agisse du domaine hospitalier, semi-hospitalier ou ambulatoire, les travaux sont poursuivis dans l'optique de systèmes de compensation prospectifs axés sur les prestations et fondés sur les coûts normatifs. Certains éléments du secteur résidentiel ont déjà été mis en œuvre dans le système de financement actuel; le financement des institutions axé sur les personnes devrait permettre de franchir une étape supplémentaire. Les premiers concepts ont été élaborés pour les secteurs semi-hospitalier et ambulatoire, concepts qui devront être peaufinés cette année avec la collaboration des associations concernées.

Perspectives

Il est impératif que la politique du 3^e âge et les développements dans ce domaine s'inscrivent systématiquement dans le contexte des développements relevant de la société et de la politique de la santé. Les exigences et les lois existant dans les secteurs des soins aigus somatiques, de la réadaptation et de la prise en charge psychiatrique ont aussi des incidences sur le secteur du long séjour, du moins à moyen terme. Actuellement, la planification hospitalière 2007–2010 est au cœur des débats, dans le cadre de la loi sur les soins hospitaliers. En l'occurrence, on part souvent du principe que le nombre des cas résidentiels diminuera au profit des cas semi-hospitaliers, tendance qui s'accompagnera cependant d'un accroissement des besoins de prestations médicales spécifiques au 3^e âge (soins aigus en gériatrie, réadaptation gériatrique, soins post-aigus, médecine palliative).

Les projets pilotes dans les domaines préventif et ambulatoire sont particulièrement encouragés car ils contribuent à promouvoir la santé et l'autonomie du groupe de population placé au cœur de la politique du 3^e âge.

Il est possible que, grâce à une politique du 3^e âge définie et appliquée avec cohérence, le canton de Berne fera œuvre de pionnier en Suisse. Les communes sont soutenues grâce à une répartition claire des rôles entre les communes et le canton et à une politique active en matière de pilotage et de planification de la politique du 3^e âge. Les échos reçus de communes d'autres cantons le confirment et confortent la SAP dans la voie qu'elle a empruntée.

Le rapport relatif à la mise en œuvre de la politique du 3^e âge dans le canton de Berne est devenu une référence pour la population, qui l'accueille avec bienveillance. Tout incite donc à poursuivre sur le même chemin. L'évaluation et l'appréciation à venir de divers projets pilotes fourniront des indications supplémentaires qui seront précieuses pour les développements ultérieurs.

DOMAINES D'INTERVENTION

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

Pour les personnes âgées, le maintien de l'autonomie et de la santé est un élément essentiel. Il est donc impératif de leur apporter un soutien ciblé lorsqu'elles ont besoin d'aide ou de soins afin qu'elles puissent continuer à vivre de manière autonome le plus longtemps possible.

Visites préventives à domicile

Projets pilotes «Visites préventives à domicile»

Depuis plus de dix ans, des procédures visant à la promotion de la santé des personnes âgées et à la prévention sont développées et évaluées sous la direction d'Andreas Stuck, professeur de gériatrie à l'Université de Berne. Ce qu'il était à l'origine convenu d'appeler «visites préventives à domicile» a été au cœur de la première phase (1993–1998) des travaux de recherche.

Dans ce contexte, le canton de Berne a apporté son soutien financier au projet pilote «EIGER» (Erforschung innovativer geriatrischer Hausbesuche) en allouant des contributions à l'ancienne unité de recherche en gérontologie de l'Hôpital Ziegler de Berne (sous la houlette du prof. A. Stuck). Une première série d'évaluations a démontré que les visites préventives à domicile permettaient de retarder l'entrée en institution et, partant, de réaliser des économies non négligeables.

Se fondant sur les résultats du projet EIGER, le département de gériatrie de l'Université de Berne a exploré plus avant la voie de la différenciation et de l'optimisation des visites préventives à domicile. Il a surtout cherché à structurer l'offre de conseils en matière de prévention, de sorte à toucher un maximum de personnes et à maintenir l'offre pour le canton dans des limites financières viables. Concernant d'autres projets menés dans plusieurs cantons, différentes démarches ont été «pilotées» sous la direction du département de gériatrie de l'Université de Berne. Le projet le plus ambitieux a sans conteste été «SO!PRA» (Solothurn! Prävention im Alter). Les projets de moindre envergure lancés à Thoune et à Lyss servent à préparer le terrain pour une prise en charge cantonale dans la limite des moyens à disposition, et à procéder à des évaluations à petite échelle.

Le projet portant sur les visites préventives à domicile comprend une procédure standardisée (questionnaire) destinée à l'analyse de l'état de santé des personnes interrogées et des risques individuels. La personne concernée remplit le questionnaire informatisé et peut poser à son médecin traitant toutes les questions souhaitées. Le «profil de santé» ainsi obtenu sert ensuite à élaborer des offres spécifiques aux différents groupes cibles. A l'évidence, on atteint les personnes

âgées «plus jeunes et en meilleure santé» plutôt via des manifestations de groupe consacrées à des thèmes spécifiques, tandis que les personnes plus âgées courant des risques accrus préfèrent les visites à domicile, qui sont plus d'ailleurs plus utiles en l'espèce. Concrètement, il s'agit de brèves visites destinées à renforcer l'autonomie des personnes concernées («empowerment») et de visites d'accompagnement sur une plus longue durée.

L'ensemble du processus s'étendant du moment où l'on remplit le formulaire à celui où l'on recourt à des offres de conseils est appliqué et développé sous l'appellation «profil de santé». Les services d'aide et de soins à domicile et Pro Senectute collaborent sous diverses formes en qualité de fournisseurs de prestations pour les manifestations de groupe et les visites à domicile.

Depuis 1998, les efforts déployés par l'unité de recherche en gérontologie de l'Hôpital Ziegler de Berne (aujourd'hui: département de gériatrie de l'Université de Berne) ont aussi bénéficié d'un soutien financier considérable de la part de Promotion Santé Suisse et d'autres cantons (en particulier celui de Soleure). La SAP a continué de verser sa contribution à l'unité de recherche en gérontologie après 1998 à hauteur de quelque 10 % des dépenses globales pour le développement ultérieur et la mise en œuvre de la procédure «profil de santé».

Dans le cadre du développement du rapport «Politique du 3^e âge» (2002–2005), la promotion de la santé des personnes âgées – aujourd'hui encore souvent désignée par «visites préventives à domicile» – a également été reprise par la SAP. Convaincus du bien-fondé de l'offre et des résultats obtenus jusqu'ici, les auteurs du rapport ont précisé que la SAP était disposée à soutenir et à promouvoir l'introduction de la procédure «profil de santé» dans le canton de Berne. Le projet est en cours.

C'est dans cette optique que la SAP a également apporté son soutien financier à la poursuite des projets lancés dans le canton de Berne (à Thoune et à Lyss). En 2006, un autre projet a été introduit dans la région de la Haute-Argovie sous le libellé de «ZiA – Zwäg ins Alter». Un projet, dont le lancement est prévu pour début 2008, est en cours d'élaboration dans la région de Berne.

La SAP a pour but de faire concorder à moyen terme tous les projets déjà initiés et d'harmoniser les systèmes de financement qui présentent aujourd'hui encore des disparités.

La procédure doit être subdivisée en quatre secteurs:

- «Profil de santé» (= remettre le questionnaire aux personnes concernées, faire remplir le questionnaire, procéder à l'évaluation assistée par ordinateur): à l'heure actuelle, les coûts par unité peuvent être chiffrés et indemnisés sur la base de la prestation effective.
- Entretien entre le patient et le médecin traitant: les coûts sont déjà couverts par l'assurance-maladie.

- Manifestations de groupe organisées par Pro Senectute: à l'heure actuelle, les coûts par unité peuvent être chiffrés et indemnisés sur la base de la prestation effective.
- Visites à domicile effectuées par les services d'aide et de soins à domicile: à l'heure actuelle, les coûts par unité peuvent être chiffrés et indemnisés sur la base de la prestation effective.

Prochaines étapes

Pour le canton de Berne, il importe que la procédure couvre le plus rapidement possible l'entier de son territoire et qu'elle présente une bonne qualité tout en étant financièrement supportable. L'initiative émanant des supports juridiques doit absolument être maintenue. Attendre que toutes les questions liées au financement de la LAMal soient réglées pour mettre en œuvre la procédure «profil de santé» poserait de graves problèmes car, du point de vue de la politique du 3^e âge, il est essentiel de renforcer massivement le domaine de la prévention. En outre, un tel attentisme comporterait le risque de voir l'engagement, actuellement considérable, des parties prenantes s'effriter si trop de temps devait s'écouler jusqu'à ce que tous les points en suspens soient résolus.

Le projet de Lyss dure de 2005 à 2007 et bénéficie d'un soutien financier global de 197 500 francs.

Le projet de Thoune dure de 2005 à 2007 et bénéficie d'un soutien financier global de 458 400 francs.

Le projet de la Haute-Argovie dure de 2006 à 2008 et bénéficie d'un soutien financier global de 825 000 francs.

Prestations de conseil de Pro Senectute

Projet pilote «senioreninfo.ch»

Partenaire important pour le canton, Pro Senectute a pour tâche d'offrir, à l'échelle cantonale, soutien et conseil aux personnes âgées, à leurs proches ainsi qu'aux spécialistes. L'offre est à bas seuil et le conseil, global.

Le projet pilote «senioreninfo.ch», qui vise la création d'une plateforme Internet, est en cours dans la région Haute-Argovie/Emmental. Le bureau régional de Pro Senectute a développé un site Internet destiné à fournir aux seniors, à leurs proches de même qu'à toute personne intéressée un aperçu de l'offre située à proximité de leur domicile. Il est ainsi possible de collecter les premières informations depuis chez soi, à l'écran, sans devoir téléphoner ou se rendre au bureau régional. L'utilisateur indique son domicile et le périmètre souhaité, puis reçoit des données et des adresses utiles sur les sujets choisis, tels que logement, santé et prévention, aide à domicile, mobilité, loisirs, conseil, etc.

Au début, ce site ne contenait que des informations concernant la région Haute-Argovie/Emmental. Il a ensuite été étendu à toute la partie germanophone du canton. Des offres pour le Jura bernois devraient être proposées en français d'ici à mi-2007.

Prochaines étapes

Une évaluation de la fréquentation du site Internet a été prévue pour le milieu de 2007 et une extension de la plateforme d'information à d'autres cantons sera étudiée.

Un montant de 30 000 francs a été mis à la disposition de Pro Senectute pour lancer le projet, les coûts restants étant à la charge de l'organisation elle-même.

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

L'aide aux personnes soignant un proche est l'un des piliers du réseau de prise en charge. Elle permet en effet aux personnes tributaires de soins et de prise en charge de rester le plus longtemps possible dans leur environnement familial. Outre les soins prodigués aux personnes qui en ont besoin, il faut aussi penser aux «soins aux soignants», sans qui les seniors seraient plus nombreux à devoir quitter leur domicile prématurément pour entrer dans une institution. Dans ce domaine d'intervention, l'accent est mis sur l'aide aux personnes qui soignent un proche.

Soutien aux personnes soignant un proche

Projet pilote de la section Oberland bernois de la CRS «Soutien aux proches»

Ce projet est constitué de deux volets: le premier vise à placer, à court terme, des bénévoles et le second, à mettre sur pied une antenne destinée à coordonner les différentes prestations de plusieurs organisations, de transmettre les offres de soutien et de proposer des services de conseil.

Avec ce projet, la section Oberland bernois de la CRS entend coordonner et harmoniser les offres de prestations bénévoles existantes. Elle recense les différentes offres et identifie les lacunes avérées dans le réseau de prise en charge afin d'y remédier. L'engagement de bénévoles doit se faire de manière rapide et coordonnée. Une équipe de bénévoles rend possibles les engagements de courte durée visant à soulager les personnes soignant un proche dans les situations de crise. Toutes les organisations partenaires travaillent en étroite collaboration.

L'antenne doit offrir davantage de prestations, notamment fournir des informations par téléphone au sujet de la prise en charge de proches et proposer un conseil sur place. Elle inventorie toutes les offres existant dans l'Oberland bernois et est à la disposition des proches, des soignants, des personnes et instances intéressées et des institutions.

Le projet a débuté en mai 2006; une évaluation intermédiaire aura lieu en août 2007, l'évaluation finale étant prévue pour août 2008.

Les coûts du projet ont été entièrement couverts par la CRS, et le canton a alloué un montant de 24 000 francs pour la phase de mise en œuvre.

Projet pilote «Relève des proches de personnes atteintes de démence» dans la région Bienne-Seeland

Ce projet pilote programmé sur trois ans dans la région Bienne-Seeland vise à déterminer la pertinence de la relève des proches de personnes atteintes de démence assurée par des non-professionnels. Il s'agit également de définir si, le cas échéant, il serait envisageable de reprendre telles quelles les structures du Service de relève pour famille ayant une personne handicapée. Lancé le 1^{er} octobre 2005, le projet doit durer jusqu'au 30 septembre 2008.

Les premières expériences permettent de tirer les conclusions provisoires suivantes:

- Un service d'assistance assuré par des non-professionnels permet de soulager de manière efficace et ciblée les proches de personnes atteintes de démence.
- Les familles sont prêtes à confier la prise en charge de leurs proches à des non-professionnels.
- L'offre en personnel du Service de relève répond aux besoins des proches, en particulier en termes de constance de la personne qui assure la relève (toujours la même personne de référence).
- L'offre s'intègre harmonieusement dans le réseau de prise en charge en place au niveau de la région en matière d'aide et de soins à domicile.

La SAP soutient ce projet à hauteur de 60 000 francs par année sur trois ans.

Projet pilote pour la formation et le soutien des proches de personnes atteintes de démence dans le canton de Berne

Ce projet a consisté à examiner les facteurs qui contribuaient, dans l'aménagement de l'offre de soutien pour les personnes soignant un proche atteint de démence, à maintenir autant que faire se peut les soins au sein de la famille sur toute la durée de la maladie. L'accent a été mis en particulier sur la formation des proches en tant que forme de soutien.

Il a impliqué une recherche bibliographique et sur Internet très complète quant à la situation des personnes ayant un proche atteint de démence, ainsi qu'un débat avec 15 spécialistes des questions touchant aux proches et à la démence dans le canton de Berne. La base de la procédure de consultation a été élaborée à partir des résultats de ce projet, en vue du rapport final. Les intervenants ont pris position par écrit et ont participé à une séance de consultation.

L'évaluation du projet montre que les modules de formation constituent une aide utile pour une minorité des proches de personnes atteintes de démence. Dans l'ensemble, ce type de soutien est considéré comme à très haut seuil et, par rapport à l'évolution de la maladie, il n'est en outre disponible que pour une courte période. Il existe avant tout un besoin de soutien et de soulagement psychique à long terme. Pour les personnes qui soignent un proche malade, il est important de faire partie d'un réseau fiable auquel elles peuvent recourir pour prévenir la surcharge ou le surmenage.

Il est ainsi ressorti du projet une recommandation en vue de la mise sur pied d'une plateforme d'information pour les proches de malades et les bénévoles. Cette recommandation devrait être adoptée dans une prochaine étape et être réalisée de concert avec les partenaires correspondants.

Projet pilote «Vacances Alzheimer»

Les personnes qui prennent en charge des proches atteints de démence ont besoin, à mesure que la maladie progresse, de plus en plus d'îlots leur permettant de se reposer, de se détendre et de récupérer. Souvent, ces personnes ont mauvaise conscience lorsque le proche malade est «passé plus loin», persuadées que nul mieux qu'elles ne peut s'occuper du malade.

En août 2006, la section de Berne de l'Association Alzheimer Suisse a organisé sa première semaine de «Vacances Alzheimer» proposée aux personnes atteintes de démence et à leurs proches. Avant cela, les personnes concernées domiciliées dans le canton de Berne devaient prendre part aux offres de vacances d'autres sections cantonales et ce, pour autant qu'elles y obtiennent une place.

Les «Vacances Alzheimer» s'adressent à des couples dont l'un des partenaires est atteint de la maladie; chacun des couples est assisté d'une personne bénévole. Il appartient aux proches qui accompagnent une personne malade de choisir la forme et l'étendue de l'assistance reçue. Ces derniers peuvent ainsi organiser des activités entre eux, échanger leur vécu et leurs idées, tandis que les partenaires malades suivent leur propre programme et sont pris en charge par une aide bénévole à titre individuel.

La semaine de projet a été visitée par l'Office des personnes âgées et handicapées (OPAH), et des entretiens ont été menés avec toutes les personnes impliquées (proches participants, collaborateurs bénévoles et directrice des «Vacances Alzheimer»).

L'évaluation et l'appréciation effectuées par ladite responsable ont mis en évidence les avantages de ces semaines:

- Les couples peuvent passer des vacances ensemble.
- La prise en charge de la personne atteinte de démence est assurée par une personne et uniquement dans la mesure souhaitée par le partenaire non malade.
- Les proches ont la possibilité de se décharger sur d'autres personnes sans avoir mauvaise conscience et d'apprendre ainsi à «lâcher prise» pendant quelques heures.
- Les proches sont soulagés sans avoir l'impression de «se débarrasser» de leur partenaire (p. ex. lit de vacances en EMS).
- Les proches se reposent davantage que d'habitude dans le cadre de telles vacances, car ils n'ont pas la mauvaise conscience de passer des vacances seuls pendant que leur partenaire malade est en institution.
- L'échange qui a lieu avec les autres participants et l'apprentissage de techniques permettant de gérer les changements de personnalité liés à la démence offrent aux proches des perspectives nouvelles pour maîtriser la vie de tous les jours. Transposées au quotidien, ces expériences offrent aux proches un véritable soulagement.

- La semaine de vacances donne aussi aux personnes concernées le courage d'utiliser les offres visant à alléger momentanément leur charge, telles que les structures d'accueil de jour, afin de se créer de manière consciente et régulière l'espace de liberté nécessaire.

- La semaine de «Vacances Alzheimer» fournit aux proches l'occasion de découvrir que le fait de se décharger présente un caractère préventif et les aide à rester en forme et en bonne santé pour prendre en charge la personne atteinte de démence le plus longtemps possible dans son environnement habituel.

Il ressort de l'analyse des retours collectés et analysés par la direction des «Vacances Alzheimer» que les participants ont, dans l'ensemble, été satisfaits de leur séjour, se sont bien reposés et ont vu les effets positifs des vacances sur leur partenaire atteint de maladie. Certains des proches fréquentent aujourd'hui un groupe d'échanges d'expériences qui leur permet aussi de nouer de nouvelles amitiés parmi les participants aux vacances et, partant, d'étoffer leur réseau social.

Aux yeux de la SAP, cette offre est très utile parce qu'elle permet, d'une part, de décharger les personnes qui s'occupent d'un proche atteint de démence et, d'autre part, de les sensibiliser au quotidien à domicile et, d'une certaine manière, de les former. D'entente avec toutes les parties prenantes, la SAP a par conséquent l'intention de continuer à prendre à sa charge les frais de formation et les débours des aides bénévoles impliquées dans ce projet. Il s'agit maintenant d'observer, sur une période plus longue, les avantages que retirent à la fois les personnes atteintes de démence et leurs proches à participer régulièrement à la semaine de «Vacances Alzheimer», de même que l'incidence, à terme, sur leur capacité de gérer le quotidien.

La SAP a soutenu ce projet au titre des frais de formation et des débours des aides bénévoles à hauteur de 8000 francs.

Projet pilote «LeA-Schulung»

Ce projet de formation de «Freiwillige Begleiter/in im Alter (BeA)», c'est-à-dire d'accompagnants bénévoles de personnes âgées, est décrit au chapitre «Thèmes relevant de plusieurs domaines d'intervention» sous la rubrique consacrée au bénévolat, p. 26.

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

Le rapport sur la politique du 3^e âge dans le canton de Berne prévoit le renforcement de l'offre ambulatoire par le biais des services d'aide et de soins à domicile. En 2004, l'Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile a lancé deux projets en vue de professionnaliser les services de maintien à domicile, intitulés respectivement «Standards avec indicateurs pour les prestations d'aide et de soins à domicile» et «Régionalisation des services de maintien à domicile».

Projet «Standards avec indicateurs pour les prestations d'aide et de soins à domicile»

Ce projet englobe l'élaboration d'un manuel «Standards avec indicateurs pour les prestations d'aide et de soins à domicile» définissant les exigences minimales auxquelles doivent répondre les prestations de maintien à domicile. Pour la période 2004–2006, des objectifs assortis des standards correspondants et de leurs indicateurs ont été déterminés pour toutes les organisations dans les domaines Prestations, Structures et Ressources. Ces standards ont été élaborés par l'association cantonale elle-même dans le cadre d'un intense processus de formation d'opinion, et adoptés lors de l'assemblée des délégués d'avril 2007. Actuellement, le canton étudie les standards qui pourront être repris pour garantir la sécurité des patients ou des clients ainsi que la prise en charge.

Projet «Régionalisation des services de maintien à domicile»

Ce projet comprend l'élaboration et la mise en œuvre d'un concept de régionalisation garantissant la qualité des prestations dans le cadre d'une structure organisationnelle la plus efficace possible en termes de coûts. Différents concepts de régionalisation ont été élaborés, des modèles de documents et des instruments, préparés et intégrés dans un manuel qui a été remis à toutes les organisations d'aide et de soins à domicile à fin 2005.

Les antennes des services de maintien à domicile doivent être réparties dans tout le canton afin d'assurer la proximité avec l'ensemble des citoyens. Les tâches administratives peuvent quant à elles être centralisées, ce qui permet d'utiliser de manière plus judicieuse les moyens financiers disponibles. Nombre de ces organisations ont donc examiné leurs prestations, ressources, structures, exploitations et processus en collaboration avec les autres organisations, pour ensuite les remanier. Les communes et les autorités régionales (préfets) ont un rôle important à jouer dans cette restructuration. A la suite de divers processus de fusion, le nombre des services de maintien à domicile est passé de 126 en 2004 à 116 en 2006; au 1^{er} janvier 2007, on en dénombrait encore 105.

Le canton se félicite des initiatives prises, d'autant plus qu'elles constituent, pour les services de maintien à domicile, la seule manière de relever les défis qui leur seront lancés au cours des années à venir.

Autres formes de soutien

Projet pilote «Service de visite à domicile»

Le rapport sur la politique du 3^e âge dans le canton de Berne fait état non seulement des nombreuses prestations de bénévoles et d'institutions d'intérêt public (p. ex. paroisses), mais aussi des services de visite à domicile assurés par des professionnels dans d'autres cantons. Ainsi, des personnes à la capacité de gain limitée (en raison d'un trouble psychique, p. ex.) bénéficient d'une formation s'inscrivant dans une mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité. Au terme de leur formation, elles effectuent des visites à domicile, si nécessaire accompagnées. Contrairement à ce qui se pratique dans les services de visite à domicile assurés par des bénévoles ou des institutions d'intérêt public, un contrat de travail stipulant la durée de l'engagement, son contenu, etc. est conclu entre le service et la personne qui effectue les visites.

Le service de visite à domicile du canton de Berne est né d'une initiative privée il y a quelques années sur le modèle des services déjà en place dans d'autres cantons. La formation des collaborateurs, financée par l'AI, est assurée par Solodaris, le service de visite à domicile du canton de Soleure. Le service de Berne se concentre pour l'instant sur l'agglomération de Berne.

Sur le fond, la SAP considère cette offre comme judicieuse puisqu'elle contribue à l'intégration (ou la réintégration) aussi bien des «visiteurs» que des personnes visitées. Le développement de l'offre doit impérativement se faire en étroite collaboration avec le service de visite à domicile de Soleure, compte tenu des synergies possibles. Il faut éviter absolument de créer de nouvelles offres de formation dans le canton de Berne. En outre, il y a lieu d'examiner la possibilité d'étendre la collaboration.

Après une phase de lancement, le service de visite à domicile de Berne a l'intention d'étendre son offre à la ville de Berne et à ses environs. Ce projet a été soumis à la SAP à fin 2006 et, en mars 2007, une subvention de 143 000 francs a été allouée pour 2007.

En raison de son caractère à la fois sociopolitique (réintégration des bénéficiaires de l'AI) et solidaire (les bénéficiaires de l'AI aident les bénéficiaires de l'AVS), ce projet doit être introduit à long terme à l'échelle du canton. Il est d'ailleurs question de conclure, dès 2008, un contrat de prestations fondé sur un système de compensation compatible avec la RPT.

Projet pilote «Bénévolat pour l'intégration des migrantes et migrants âgés» dans le canton de Berne

Caritas Berne entend mettre sur pied une offre de bénévolat pour l'intégration spécifiquement axée sur les personnes âgées issues de l'immigration. Ce projet est donc décrit en détail dans le chapitre «Thèmes relevant de plusieurs domaines d'intervention», dans la partie consacrée aux migrants du 3^e âge, p. 27.

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

Logements avec prestations de soins et d'assistance

Les personnes âgées désirent vivre le plus longtemps possible dans leurs murs. Il importe donc de construire des logements adaptés aux personnes âgées offrant sécurité et autonomie même aux personnes qui nécessitent des soins légers ou moyens. Les logements avec prestations de soins et d'assistance présentent un grand intérêt; pour les personnes faiblement tributaires de soins, en particulier, ils constituent une solution de rechange plus avantageuse que certaines places en EMS. Idéalement, les logements avec prestations de soins et d'assistance sont reliés à un EMS ou à un centre médicalisé.

Aujourd'hui, la tendance est de construire des logements adaptés aux personnes âgées à proximité d'un EMS et proposant une offre de prestations au choix. Cette formule présente une sécurité accrue surtout parce qu'elle est équipée d'un système d'appel d'urgence surveillé 24 heures sur 24 par l'institution en question. L'importance de la demande pour cette forme d'habitation en fait également un placement intéressant pour les investisseurs privés. D'une manière générale, toutefois, le loyer de ce type de logements est nettement plus élevé que celui des appartements sans système d'appel d'urgence, ce qui pose un problème aux bénéficiaires de prestations complémentaires.

Rénovation et adaptation de l'infrastructure des EMS

Les infrastructures des EMS et des divisions de soins de longue durée des hôpitaux doivent satisfaire à des exigences de plus en plus élevées, d'autant qu'elles ne répondent plus, pour certaines, aux besoins en termes d'individualisme et de souplesse. Dans certains EMS et autres divisions de long séjour, il est fréquent que les chambres à plusieurs lits ne trouvent plus preneur. Etant donné que ces institutions doivent s'orienter de manière accrue en fonction des besoins des personnes fortement tributaires de soins, une adaptation de l'infrastructure s'impose d'urgence. C'est dans cette optique que le programme des locaux de 1981 a été remanié et que les processus de construction ont été rationalisés, d'entente avec l'Office des immeubles et des constructions (OIC) de la Direction des travaux publics, des transports et de l'énergie du canton de Berne (TTE).

Révision du programme des locaux

Selon les anciens processus de construction applicables aux nouveaux bâtiments ou aux rénovations d'EMS – valables jusqu'au milieu de 2006 –, il fallait compter entre six et douze ans de la naissance d'une idée à sa réalisation finale. Aussi la SAP a-t-elle restructuré et optimisé la procédure pour les projets d'investissement dans le secteur du long séjour: outre des délais plus serrés et des temps de réaction plus courts, ces changements ont entraîné une augmentation de la sécurité lors de la planification et de la transparence pour toutes les personnes et instances impliquées. Dans un premier temps, la SAP doit, avant de planifier les mesures de construction – processus lourd en termes de coûts et de temps – approuver les effets du projet sur la planification des besoins et la conception. Pour ce faire, elle se fonde sur la recommandation de la commission cantonale de consultation prévue par la loi sur l'aide sociale (LASoc), commission qui donne son avis sur le caractère faisable en termes de besoins et de conception de l'offre, avant que la SAP ne rende sa décision.

Comme l'accord a déjà été donné concernant les éléments essentiels liés à la planification des besoins et le concept d'exploitation et de prise en charge, on peut désormais se concentrer sur la planification des mesures de construction. Les travaux peuvent avancer plus rapidement pour un coût plus avantageux. Désormais, le canton calcule la subvention aux constructions en fonction de valeurs directrices et non plus sur la base des coûts effectifs. La responsabilité de l'élaboration des projets et de la mise en œuvre des mesures de construction incombe ensuite au support juridique, ce qui donne à ce dernier davantage de responsabilités, mais aussi une plus grande marge de manœuvre entrepreneuriale.

Parallèlement au nouveau processus, la SAP introduit un nouveau programme des locaux, qui remplace celui en vigueur depuis les années quatre-vingt et promeut le modèle des groupes de vie, en phase avec les exigences actuelles des résidents. Une autre nouveauté réside dans l'encouragement des chambres à un lit.

Au cours des années à venir, il s'agira de réunir des expériences avec le nouveau processus ainsi qu'avec le programme des locaux. A cet égard, les premiers retours concernant les nouveaux projets de construction sont positifs. Par la suite, les principales dispositions seront fixées définitivement dans une ordonnance cantonale.

Le volumineux rapport relatif à la nouvelle procédure pour la planification, l'étude et la réalisation, d'une part, et au programme des locaux, d'autre part, peut être consulté sous www.gef.be.ch, rubriques «Personnes âgées», «Rapport sur les investissements».

Offre alternative de logement et de prise en charge

Projet pilote «Placement dans des familles de la Société d'économie et d'utilité publique»

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 ou handicapées, où celles-ci sont encadrées et intégrées dans le quotidien de la famille. En cas de besoin, un service de maintien à domicile se charge de dispenser les soins nécessaires.

Les premiers constats démontrent que l'accueil dans des familles est une offre de niche. Les séjours temporaires sur un week-end ou pendant les vacances sont plus demandés que les séjours de longue durée. En outre, la demande émanant du secteur de l'AI est plus importante que celle provenant de l'AVS. Pour l'instant, l'offre est supérieure à la demande.

Cette offre sera évaluée dans le courant du deuxième trimestre de 2007.

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

Entièrement restructuré, le domaine d'intervention n° 4 se concentre sur la chaîne de prise en charge allant des soins semi-hospitaliers à l'encadrement résidentiel, prestations sollicitées lors d'affections dues à une maladie.

Prise en charge de jour

La politique du canton de Berne en matière de 3^e âge a pour but de mettre en place une offre aussi complète que faire se peut destinée à couvrir tous les besoins liés au processus de vieillissement. Ainsi, outre la prise en charge en institution et les services d'aide et de soins à domicile, il importe de proposer des semaines de vacances communes accompagnées et des offres de jour afin de décharger les proches s'occupant de personnes âgées. Cette palette de prestations clairement structurées permet de garantir un soutien ciblé et adapté aux besoins et aux différents stades de la maladie ainsi que le maintien à domicile des personnes âgées aussi longtemps que possible, sans que les proches ne tombent eux-mêmes malades en raison du surcroît de travail qu'ils doivent assumer.

L'un des problèmes majeurs de la prise en charge des personnes souffrant de démence sénile réside dans la surveillance constante qu'elles nécessitent à partir d'un certain stade de la maladie. C'est généralement un membre de la famille proche (le conjoint, un des enfants) qui prend soin de la personne concernée. Or celui-ci est assez vite dépassé par les événements lorsqu'il doit s'occuper en permanence d'une personne atteinte de démence. Ici, les foyers de jour, dont l'offre est de plus en plus spécialisée dans la prise en charge des personnes souffrant de ce type de maladie, peuvent offrir une aide précieuse. A cet égard, il convient de préciser que, aujourd'hui déjà, 50 à 75 % environ des pensionnaires des foyers de jour sont atteints de démence. Et tant qu'il n'y aura pas de traitements ad hoc efficaces, le nombre de personnes souffrant de démence continuera de progresser du fait de l'augmentation du nombre de personnes atteignant un âge avancé et de l'allongement de la durée de vie. Il n'est actuellement pas possible de quantifier avec précision le besoin en places dans les foyers de jour, mais on sait qu'il augmentera à l'avenir.

Dans ce contexte, l'Office des personnes âgées et handicapées (OPAH) doit impérativement définir le cadre de la prise en charge semi-hospitalière des personnes âgées, dans les foyers de jour par exemple. Jusqu'ici, ces établissements bénéficiaient, sous certaines conditions, de subventions fédérales. Celles-ci seront toutefois supprimées à partir de 2008 dans le sillage de la mise en œuvre de la RTP, raison pour laquelle la SAP a lancé un projet visant à garantir le financement de ce type d'offre.

Un rapport définissant l'offre et les modalités de financement des foyers de jour ainsi que les critères de qualité auxquels ceux-ci doivent satisfaire est en cours d'élaboration et devrait être publié dans le courant du deuxième trimestre 2007.

Soins post-aigus

Situation de départ

La durée de séjour des patients dans les hôpitaux de soins aigus est de plus en plus courte. Il importe donc, pour les personnes âgées plus particulièrement, de mettre en place une offre de soins transitoires en milieu hospitalier. Celle-ci doit assurer, pour une durée limitée dans le temps, une prise en charge intensive en soins infirmiers et thérapeutiques des patients avant leur retour à la maison, c'est-à-dire aussi longtemps qu'ils ne peuvent pas quitter l'hôpital, mais ne peuvent pas encore être transférés dans une clinique de réadaptation, voire n'ont pas besoin d'y séjourner.

Projet pilote «Soins post-aigus»

Le 1^{er} mars 2003, la SAP a lancé un essai pilote régional intitulé «soins transitoires». En raison de son acception à la fois vague et multiple, ce libellé a été abandonné début 2006 au profit de «soins post-aigus», inscrivant clairement cet essai pilote dans le domaine des soins aigus.

Ont participé à cet essai pilote la clinique d'Erlenbach et l'hôpital de Frutigen, l'hôpital régional de Berthoud y ayant pris part à des fins de comparaison. Cette expérience de 20 mois a permis de mettre en évidence, tant au niveau des coûts qu'à celui de la qualité, les avantages et les inconvénients des soins post-aigus spécifiques après un séjour dans un hôpital de soins aigus. Les résultats statistiques sont disponibles depuis début novembre 2005.

Résultats

L'évaluation du projet pilote bernois a donné des résultats très positifs en faveur des soins post-aigus. L'offre profite en premier lieu aux patients âgés dont l'état de santé, après des soins post-aigus, est meilleur que celui du groupe de contrôle. Ils sont en effet près de deux fois plus nombreux à pouvoir rentrer chez eux après avoir bénéficié de soins post-aigus, ils recourent moins souvent aux services d'aide et de soins à domicile et n'ont quasiment jamais besoin d'un séjour de réadaptation ou de cure. Par ailleurs, le nombre des personnes de ce groupe devant être admises dans un EMS diminue de moitié.

Du point de vue financier, une journée de soins post-aigus coûte 25 % moins cher qu'une prise en charge conventionnelle. Bien que la durée de séjour de 13 jours en moyenne pour les soins post-aigus soit comparativement plus longue que celle pour les soins conventionnels (7 jours), les coûts totaux par cas s'avèrent légèrement inférieurs. Il ressort également de l'essai pilote consacré aux soins post-aigus que, en lieu et place des consultations médicales répétées, l'accent est mis sur les soins et la physiothérapie, assurant ainsi une meilleure préparation au retour à domicile.

Compte tenu des résultats actuels, on peut affirmer que les soins post-aigus répondent aux critères d'efficacité, d'adéquation et de rationalité fixés dans la LAMal. Une première estimation fondée sur une extrapolation des données des institutions participantes montre qu'environ 2,2 % des patients ou 9,5 % des plus de 75 ans pourraient avoir besoin de soins post-aigus, ce qui représente entre 4500 et 5000 personnes par année dans le canton de Berne.

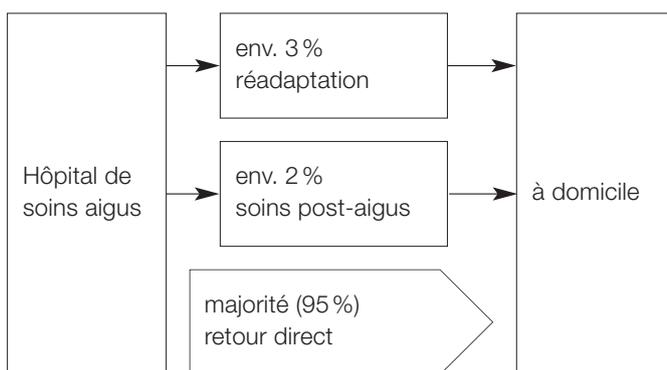
Dans le cadre de la mise en œuvre de la planification hospitalière, les soins post-aigus doivent être intégrés en tant que tâche essentielle dans les soins de base de tous les centres hospitaliers régionaux (CHR).

Coûts

Contrairement à ce qui est le cas pour la réadaptation, il n'est pas prévu d'établir de nouveaux tarifs spécifiques pour les soins post-aigus. Les prestations doivent être rémunérées au titre des soins aigus dans le cadre du tarif des soins aigus fondé sur le système DRG.

Il appartient à chaque centre hospitalier régional d'organiser, en interne ou en externe, son offre de soins post-aigus. Celle-ci peut être proposée dans le même bâtiment, sur un autre site du même CHR, en coopération avec un autre CHR ou une clinique de réadaptation, ou encore avec certains foyers. Les soins post-aigus doivent dans tous les cas être dispensés conformément aux exigences posées par la SAP en termes d'infrastructure et de qualité structurelle. En cas de transfert dans une institution externe, les établissements concernés facturent entre eux les prestations fournies, au tarif des traitements aigus.

Le **cheminement des patients** qui en résulte se présente comme suit:



Vainqueur du concours qualité

L'essai pilote «soins post-aigus» est sorti vainqueur de la catégorie «Gestion innovatrice des finances publiques» du concours qualité 2006 «Excellence des organisations publiques». Réalisé tous les deux ans, ce concours est organisé conjointement par l'Institut de hautes études en administration publique (IDHEAP) de l'Université de Lausanne et la Société suisse des sciences administratives (SSSA). Le but de ce concours est de primer et de faire connaître les projets innovants et les prestations de qualité des organisations publiques.

Planification de la gériatrie

Situation de départ

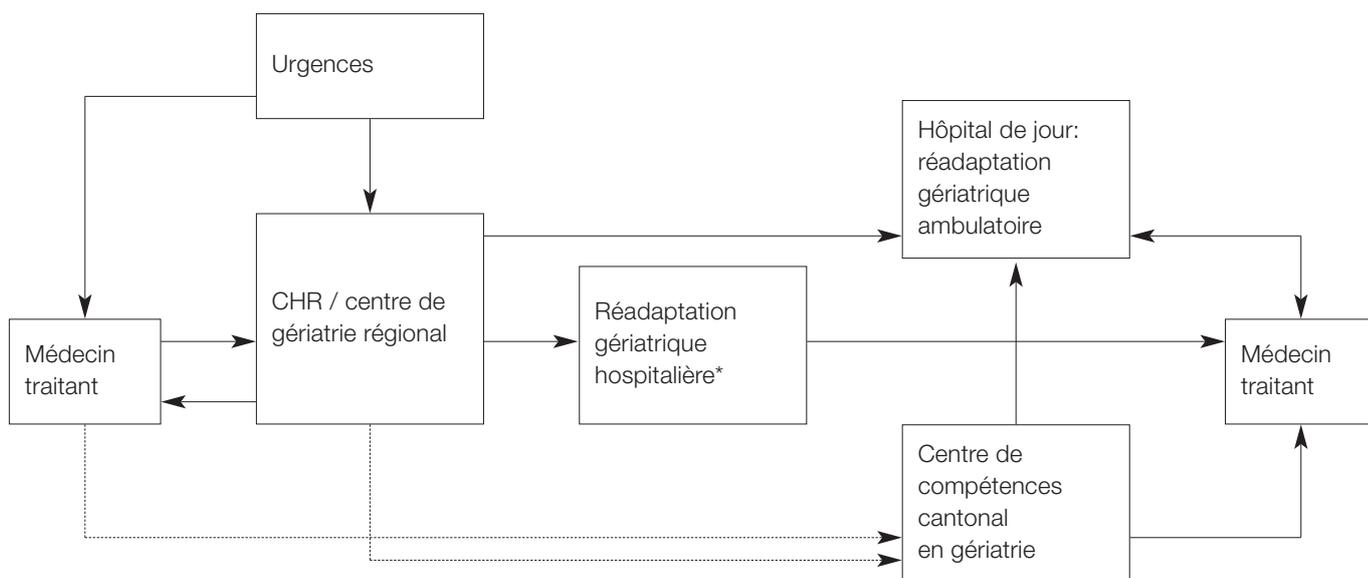
En octobre 2006, les travaux relatifs à la planification de la prise en charge gériatrique dans le canton de Berne ont pu être clos provisoirement. Ce programme repose sur les grandes idées suivantes:

Afin d'améliorer le suivi médical des personnes âgées dans le canton de Berne, il faut encourager le savoir-faire gériatrique spécialisé et créer des structures appropriées. A cette fin, des

centres de gériatrie régionaux seront créés dans les centres hospitaliers régionaux (CHR).

La responsabilité de la prise en charge des patients en ce qui concerne les soins aigus en gériatrie et éventuellement les autres mesures de réadaptation requises incombe à ces centres de gériatrie régionaux. Ceux-ci décident avec quel établissement (site) ils entendent collaborer en vue de la réadaptation gériatrique.

Le **modèle** suivant illustre ce qu'il faut entendre par une prise en charge gériatrique complète dans le canton de Berne:



Remarques: *Offre de réadaptation gériatrique proposée soit en coopération avec le centre hospitalier régional, soit dans une clinique de réadaptation spécialisée ou un EMS

Prochaines étapes

Dans le cadre de la planification des soins 2007–2010 selon la loi sur les soins hospitaliers, le besoin de prestations dans les domaines des soins gériatriques aigus et de la réadaptation gériatrique a été déterminé, et les mesures ad hoc ont été définies.

Il s'agit, pour chaque centre hospitalier régional (CHR), de mettre en place un centre de gériatrie régional; celui-ci ne disposera pas de lits à proprement parler, mais proposera un service de consultations aux divisions médicales pour les soutenir dans leurs tâches, en particulier pour l'évaluation gériatrique des patients.

A cet effet, les centres de gériatrie régionaux doivent satisfaire aux conditions suivantes:

- employer un médecin spécialisé en gériatrie (avec formation approfondie) habilité à donner des instructions,
- proposer sur place des prestations de physiothérapie, de logopédie et d'ergothérapie,
- disposer de leur propre service social,
- être à même de réaliser une évaluation gériatrique/ d'assurer une prise en charge spécifique en gériatrie.

Les CHR sont invités à déterminer leur besoin en la matière et à définir la forme d'organisation appropriée pour leur centre de gériatrie régional, le cas échéant en collaboration avec un autre CHR.

Dans le canton de Berne, seul l'hôpital Ziegler de Berne et le centre hospitalier de Bienne disposent d'une structure de réadaptation gériatrique spécifique. A l'avenir, une part importante des prestations jusqu'ici fournies au titre de la réadaptation non spécifique dans les cliniques de réadaptation bernoises devront être dispensées sous la forme de réadaptation gériatrique spécifique.

Les CHR doivent choisir leur forme d'organisation en fonction de leurs besoins, c'est-à-dire l'établissement dans lequel les prestations de réadaptation dans le domaine résidentiel seront fournies pour eux. Ils sont libres de proposer les offres en question

- dans le même bâtiment que les soins aigus,
- sur un autre site du même CHR,
- en coopération avec un autre CHR,
- en coopération avec une clinique de réadaptation spécialisée ou
- dans un établissement médico-social.

Un tarif séparé ainsi qu'un mandat de prestations spécial sont définis pour les mesures de réadaptation gériatriques. En outre, le canton fixe des critères de qualité pour les structures et les processus et contrôle que les établissements satisfont aux exigences posées à une offre de réadaptation gériatrique spécifique.

Essai pilote de soins en réseau dans le domaine de la gériatrie

Dès 2008 selon toute vraisemblance, un essai pilote sera réalisé afin d'évaluer si un programme complet de «soins en réseau» permettrait d'améliorer la qualité et le caractère économique des prestations destinées aux patients (très) âgés. Une «mise en réseau verticale» des prestataires de tous les niveaux doit assurer la continuité de la prise en charge médicale par une gestion commune. Ce projet prévoit de supprimer le cloisonnement structurel et financier traditionnel entre les soins ambulatoires dispensés par les médecins traitants et les médecins spécialistes, les soins hospitaliers, la réadaptation et les soins de longue durée ambulatoires ou hospitaliers, et d'instaurer une nouvelle organisation.

Les approches existantes, telles que le système de gestion des cas par les assureurs-maladie, seront prises en compte et testées pour voir dans quelle mesure elles pourraient être développées. L'essai pilote a pour but de clarifier les limites et les conditions d'ordre méthodologique et organisationnel, les conséquences juridiques, pratiques et financières pour le canton ainsi que les répercussions pour les futurs mandats de prestations et la prochaine planification des soins.

Projet pilote de soins transitoires dans le domaine du long séjour

Situation de départ

Comme déjà évoqué dans le rapport sur la politique du 3^e âge, les personnes âgées qui doivent séjourner à l'hôpital à la suite d'une maladie ou d'un accident ont souvent besoin de beaucoup de temps pour guérir et recouvrer leur autonomie. Il est fréquent, dans ce genre de situation, que les personnes concernées soient admises dans un EMS parce qu'elles ne peuvent rester seules chez elles durant leur convalescence.

Un premier projet pilote dans le domaine des soins de longue durée est mené depuis le début de 2006 dans le foyer pour malades chroniques de Langnau. Il s'agit de déterminer les institutions qui sont les mieux à même de fournir des soins transitoires, les conditions en termes de personnel et d'infrastructure requises à cet effet ainsi que les modalités du financement futur de ce type d'offre. La mise œuvre de mesures ciblées doit permettre aux personnes âgées de retourner vivre chez elles et, partant, d'éviter un placement définitif dans un EMS. En fait partie – outre les soins et les mesures thérapeutiques comme la physiothérapie ou l'ergothérapie ainsi que l'encouragement et l'aide à l'autonomie –, l'analyse de l'environnement de la

personne concernée en vue d'apprécier si les conditions nécessaires pour une vie indépendante à domicile sont données. A cet égard, il convient d'accorder une grande importance à la bonne coordination des activités et tâches des institutions intéressées afin de garantir une prise en charge sans faille et optimale.

C'est pourquoi le foyer pour malades chroniques de Langnau travaille main dans la main avec l'hôpital régional et les services d'aide et de soins à domicile. Les personnes concernées, les proches et l'environnement social sont très largement impliqués dans toutes les décisions. L'hôpital détermine si une personne âgée dispose, malgré les affections dont elle souffre, des ressources suffisantes pour être admise dans l'unité des soins transitoires. A l'entrée dans le foyer pour malades chroniques, un plan de mesures individuel est établi qui servira de base à la réadaptation. Tous les employés du foyer collaborent étroitement et échangent régulièrement des informations, de sorte à pouvoir apprécier l'effet des mesures et, le cas échéant, formuler de nouveaux objectifs. S'agissant de l'analyse de l'environnement, les éventuelles mesures sont examinées avec les proches et les services d'aide et de soins à domicile afin de garantir la meilleure sécurité et la plus grande autonomie possibles à domicile. Le plus souvent, il s'agit d'examiner la nécessité de prestations de soins et d'aide au ménage, de définir la marche à suivre avec les proches, amis ou voisins ainsi que de mettre à disposition des moyens auxiliaires, voire de procéder à quelques travaux de réaménagement dans le logement. Prévue pour le printemps 2007, une évaluation intermédiaire du projet portera notamment sur l'efficacité, sur les coûts et leur financement, sur les dépenses afférentes aux soins et la durée de ceux-ci ainsi que sur le besoin cantonal en la matière. Cela étant, on peut d'ores et déjà dire que le but visé, à savoir permettre aux personnes âgées de retourner vivre chez elles après un séjour à l'hôpital, a pu être atteint dans de nombreux cas.

Sur la base des expériences faites à Langnau, la SAP prévoit de lancer des projets similaires en collaboration avec d'autres institutions également, cela afin de pouvoir proposer une offre de places en unité de soins transitoires couvrant l'ensemble du territoire du canton.

Prochaines étapes

En se fondant sur les expériences du projet pilote mené dans le foyer pour malades chroniques de Langnau, il convient d'élaborer une planification des soins transitoires et de définir les exigences minimales en termes d'infrastructure et de personnel.

Prestations psychiatriques destinées au 3^e âge

Les prestations psychiatriques sont subdivisées en offres ambulatoires et offres résidentielles.

Concernant les offres résidentielles, il ressort d'une étude menée par le Dr M. Anliker sur mandat de la SAP qu'une partie des patients de longue durée¹ des établissements psychiatriques de Münsingen, Bellelay et Meiringen pouvaient être attribués au secteur du long séjour résidentiel (EMS), dans la mesure où ces personnes sont âgées de plus de 65 ans et que leur état est, dans la majorité des cas, stable du point de vue médical. La plupart de ces personnes sont atteintes de démence sénile. Il s'agit de déterminer si elles peuvent, à l'avenir, quitter les cliniques psychiatriques pour aller vivre dans des institutions de long séjour. Dans cette optique, les EMS concernés doivent disposer de personnel qualifié en conséquence, employer un psychiatre et être épaulés par une assistance psychiatrique.

Prochaines étapes

La SAP a élaboré un rapport interne consacré à ce sujet, dont les conclusions seront intégrées dans la planification des soins psychiatriques.

Institutions spécialisées pour personnes atteintes de démence

En 2001, il est apparu urgent de créer pour les personnes souffrant de démence une offre adaptée à leurs besoins et à l'évolution de leur maladie. C'est à cette époque qu'est née l'idée des centres psychogériatriques régionaux. Cependant, comme il s'est avéré entre-temps que plus de la moitié des pensionnaires des EMS souffraient de démence, on a abandonné l'idée des centres régionaux spécialisés. En l'occurrence, chaque institution doit être en mesure d'assurer une prise en charge appropriée des personnes atteintes de démence.

La situation a évolué ces dernières années dans les EMS locaux, qui ont créé et continuent de créer des places d'accueil spéciales pour personnes atteintes de démence. On s'attend à ce que le nombre de ces personnes continue d'augmenter, raison pour laquelle une prise en charge au niveau régional serait insuffisante. Le rapport sur la politique du 3^e âge dans le canton de Berne, notamment, a amené nombre d'institutions à s'intéresser de plus près à ce problème. Cette tendance est d'autant plus réjouissante qu'elle s'inscrit dans le droit fil d'une prise en charge de proximité et accessible à tous.

Pour que les personnes atteintes de démence puissent rester jusqu'à leur décès dans le même EMS, ceux-ci doivent mettre sur pied des projets adaptés à leur prise en charge. A cet effet,

¹ Par patients de longue durée, on entend les personnes qui séjournent pendant plus de 180 jours consécutifs dans une institution psychiatrique.

non seulement les collaborateurs ont besoin de connaissances techniques supplémentaires, mais encore les infrastructures doivent satisfaire à des exigences spécifiques en vue d'un encadrement approprié des personnes concernées: complexes de taille raisonnable, ouverts sur l'intérieur, fermés vers l'extérieur tout en disposant d'un accès direct et protégé vers l'extérieur – de préférence dans un jardin.

De nombreuses institutions ont créé, ces dernières années, des services pour personnes mobiles atteintes de démence. Quelques prestataires privés leur ont emboîté le pas et rencontrent un vif succès avec leurs établissements spécialisés dans l'accueil des personnes souffrant de démence. Cependant, les institutions spécialisées suprarégionales restent très rares, une situation qui est d'ailleurs souhaitée dans l'optique d'une offre de proximité et accessible à tous afin que les personnes concernées ne perdent pas le contact avec leurs proches.

Centre de compétences cantonal en matière de démence sénile

Un projet de centre de compétences de la démence sénile comprenant des offres résidentielles, semi-hospitalières et ambulatoires a été soumis à la SAP, qui procède actuellement à son examen détaillé. La SAP est favorable à l'idée d'une chaîne de prise en charge intégrée pour les personnes atteintes de démence. Le centre de compétences doit non seulement assurer la prise en charge résidentielle des patients, mais aussi et surtout servir de pont entre l'enseignement, la recherche et la pratique. Autrement dit, il doit être le centre de compétences cantonal en matière de démence sénile, servir de lien entre la théorie et la pratique et jouer le rôle de précurseur dans la mise en œuvre des nouvelles connaissances topiques. Dans le but d'offrir, à l'échelle du canton, une prise en charge des personnes atteintes de démence de grande qualité, ce centre a pour mission de se procurer, d'expérimenter et de mettre à la disposition des autres parties intéressées tout le savoir-faire requis dans le domaine du traitement de la démence.

Aménagements extérieurs adaptés aux besoins des personnes atteintes de démence

Les personnes qui souffrent de démence ont de la peine à se déplacer et à s'orienter correctement dans les espaces extérieurs et se retrouvent, de ce fait, souvent dans des situations difficiles et pénibles pour elles. Les institutions doivent donc elles aussi réfléchir à la question des aménagements extérieurs.

En collaboration avec le canton, la ville de Berne a élaboré un manuel avec des recommandations pour l'aménagement de jardins adaptés aux personnes atteintes de démence. Depuis mai 2007, cette brochure éditée en français et en allemand peut être téléchargée en format PDF sur Internet.

Il est prévu, en complément à cette brochure, d'élaborer des recommandations pour la construction et les aménagements intérieurs.

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

Plans d'action des communes

La question du vieillissement de la population est un sujet important qui doit être traité dans toutes les communes avec la participation active de la population locale. Les thèmes et les requêtes relevant de la politique du 3^e âge doivent être formulés par les personnes concernées elles-mêmes et faire partie intégrante du programme politique des communes. Toutes les communes du canton, à quelques exceptions près (surtout les plus petites), ont élaboré des lignes directrices en matière de politique du 3^e âge. Mais le processus n'est pas clos pour autant. D'autres étapes sont prévues, et ces lignes directrices doivent être régulièrement actualisées dans le cadre d'une planification évolutive.

La mise en œuvre des plans d'action dans le domaine du 3^e âge ne se fait pas uniquement au plan communal, mais aussi au niveau régional: l'expérience montre que les régions d'aménagement du canton se prêtent aussi à la planification de l'offre destinée au 3^e âge. On compte ainsi aujourd'hui des groupes de travail en Haute-Argovie et dans l'Aaretal, qui se chargent de la planification régionale en matière de 3^e âge et de la coordination des offres. Le projet pilote en Haute-Argovie porte ses fruits: l'intérêt pour les sujets en relation avec le 3^e âge s'est renforcé, et la région prend davantage position vis-à-vis du canton en la matière. Celui-ci salue et soutient le travail effectué en Haute-Argovie et encourage les autres régions d'aménagement à suivre son exemple. Une planification régionale s'avère nécessaire là où les offres n'ont pas un caractère purement communal: il peut s'agir, entre autres, d'EMS de grande taille, de services régionaux d'aide et de soins à domicile ou de prestations centralisées pour personnes âgées qui ne peuvent pas être assurées dans chaque commune, ou encore d'offres de transports publics destinées à garantir la mobilité des personnes âgées. Il appartient aux diverses régions de définir et d'élaborer leur propre plan d'action concret en matière de 3^e âge. Lorsqu'il s'agit d'offres concernant leur région, les comités régionaux doivent aussi être davantage inclus dans la planification des places à inscrire dans la liste des établissements médico-sociaux du canton.

Depuis avril 2006, le canton a mis en place à l'intention des communes un bureau de renseignement pour toutes les questions liées à la coordination des plans d'action des communes et des régions en matière de 3^e âge.

Forums régionaux du 3^e âge

Projet pilote dans la région de la Haute-Argovie

Dans la région pilote de la Haute-Argovie, un forum informant sur les derniers développements dans le domaine du 3^e âge intervenus dans la région est organisé chaque année à l'initiative d'un groupe de travail ad hoc. Ce forum ainsi que le groupe de travail régional ont un caractère pilote et doivent servir de modèle à d'autres régions. Le groupe de travail a pour mission de développer une stratégie du 3^e âge pour la région, de lancer des projets régionaux, d'assurer la coordination entre les divers prestataires et d'organiser le forum annuel. Depuis 2007, un représentant de chacune des sept régions de la Haute-Argovie concernées par les lignes directrices participe au groupe de travail.

La région de la Haute-Argovie a signé un contrat de prestations avec la SAP, en vertu duquel celle-ci lui alloue, jusqu'en 2009 y compris, des subventions à hauteur de 20 000 francs par an.

Intégration des intérêts de la population âgée dans le débat public

Projet pilote «Jung mit Alt»

Le Bernischer Verband für Seniorenfragen (BVSF, association bernoise des aînés et des rentiers) a mis sur pied le projet pilote «Jung mit Alt», dans le cadre duquel des membres du BVSF se rendent dans les classes terminales de diverses écoles (gymnases, écoles professionnelles) afin de parler de la vieillesse avec les élèves. Ces rencontres se déroulent tant en grand comité qu'en groupes restreints. Les thèmes abordés concernent les deux générations. Les différences de vues et d'opinions contribuent à sensibiliser les jeunes et les vieux à leurs besoins et à leurs problèmes respectifs. Par leur engagement personnel, les aînés incitent les jeunes à percevoir l'âge et la vieillesse d'un œil plus nuancé. Ils partagent leurs expériences et leur vécu, et ont ainsi la possibilité de faire valoir non seulement leurs besoins, mais aussi leurs potentiels dans le débat public.

Pour les années 2005 et 2006, le projet bénéficie d'une subvention unique de 4000 francs destinés à couvrir les dépenses administratives et les frais des acteurs du projet. Le rapport relatif au projet 2006 est prévu pour le deuxième trimestre 2007.

Projet pilote

«Pro Senior – Berner Forum für Altersfragen»

Le rapport sur la mise en œuvre de la politique du 3^e âge du canton de Berne a pour but également d'encourager l'esprit d'initiative des aînés et d'intégrer davantage l'opinion des principaux concernés. L'association Pro Senior, créée par des personnes à la retraite, entend notamment mener des activités et des projets pour recenser les besoins et les attentes des personnes âgées, leur offrir de nouvelles possibilités de participation et tirer parti de leurs compétences inexploitées. Le savoir-faire et les connaissances ainsi regroupés sont mis à la disposition des parties intéressées – les autorités communales ou cantonales par exemple. Ainsi, en 2005, 2006 et 2007, une journée d'échange a été organisée en collaboration avec Pro Senectute Berne. Cette manifestation et les sujets qui y sont traités s'adressent aux représentants des communes qui sont confrontés à des questions liées au 3^e âge et participent à la mise en œuvre des mesures correspondantes au sein des communes.

La SAP verse une subvention annuelle de 15 000 francs à l'association Pro Senior, car elle considère que ce projet pilote favorise l'échange de connaissances et d'expériences sur le 3^e âge dans le canton de Berne.

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

Planification des EMS

Le taux d'occupation des EMS du canton de Berne est constant. Les institutions offrant des chambres à plusieurs lits et dont l'infrastructure n'est plus adaptée aux attentes et aux besoins des pensionnaires et de leurs proches connaissent actuellement des problèmes croissants. Sur la base du nombre des personnes âgées de plus de 80 ans, la moyenne cantonale de places en institution se situe aujourd'hui, selon la planification des EMS, à 27,9 %, soit 2,1 points de moins que la valeur directrice maximale de 30 % définie dans le rapport de 2005. De 2001 à 2005, le taux d'occupation annuel moyen de l'ensemble des EMS s'est établi à plus de 93 %. Les chiffres pour 2006 seront publiés fin mai 2007 par le centre cantonal de coordination pour malades chroniques et personnes âgées (KKC), à Spiez.

Le taux d'occupation varie d'une institution à l'autre. Ce sont les divisions de long séjour des hôpitaux qui présentent le taux d'occupation le moins bon avec à peine 90 %. Les listes et les délais d'attente pour être admis en EMS se sont raccourcis ces deux dernières années. Considéré sur l'ensemble du canton, le nombre de places en EMS est suffisant, mais mal réparti. Ainsi, certaines régions disposent de places en sur-nombre alors que dans d'autres, il y a plutôt pénurie. Ventilé par degré de soins, le taux d'occupation montre que, en 2005,

quelque 41 % des lits étaient occupés par des personnes des degrés de soins 0 à 2. Sur la base de l'évolution des logements avec prestations de soins et d'assistance décrites sous le domaine d'intervention n° 3 et des mesures dans le domaine préventif, en association avec les offres de soutien aux proches, on peut admettre que les degrés de soins 0 à 2 pourront, à l'avenir, être davantage pris en charge de manière ambulatoire. Par conséquent, les lits en institution pourront être mis à la disposition des personnes nécessitant des soins d'un degré plus élevé. Cette mesure permet – comme le souhaite le canton – de stabiliser le nombre de places en EMS et de couvrir les besoins sur le long terme.

A l'heure actuelle, le canton de Berne compte 14 113 places en EMS (état 28.02.2007). Comme déjà évoqué plus haut, le nombre de places compte tenu de la tranche d'âge des plus de 80 ans correspond à 27,9 %, soit un chiffre inférieur à la valeur maximale de 30 % retenue dans le rapport de 2005.

	2006	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
Population âgée de plus de 80 ans dans le canton de Berne	50 449 ²	52 361	54 187	55 234	62 512	70 309	73 613	77 681
Places nécessaires pour une valeur directrice de 30 % de la population âgée de plus de 80 ans	14 113	15 708	16 256	16 570	18 754	21 093	22 084	23 304
Offre stable de places en EMS	–	15 500	15 500	15 500	15 500	15 500	15 500	15 500
Nombre de places en % de la population âgée de plus de 80 ans en cas d'offre stable	27,9 %	30 %	29 %	28 %	25 %	22 %	21 %	20 %
Nombre de places à compenser par une diminution du besoin ou des offres de rechange		208	756	1070	3254	5593	6584	7804

Source: Préviation de l'évolution de la population (part des plus de 80 ans) dans le canton de Berne, scénario «tendance», OFS 2002, fondée sur les données de la population résidante du canton de Berne au 31.12.2001.

² Il s'agit là du chiffre disponible le plus récent. Cependant, il se réfère uniquement à la population totale et n'est pas ventilé par commune. Les chiffres détaillés sur lesquels se fonde la planification des EMS sont ceux du recensement de la population de 2000 calculés par commune et par catégorie d'âge. Ils ont été extrapolés pour 2006 conformément au scénario «tendance» de l'OFS. C'est pourquoi, dans la planification des EMS, la valeur moyenne de la prise en charge est de 27,0 %.

Il ressort du tableau que, pour une offre stable fixée à 15 500 places dans le domaine résidentiel, la fréquence d'admission dans un EMS, c'est-à-dire le nombre moyen de places en EMS par rapport à la population des plus de 80 ans, doit diminuer d'ici à l'an 2040 pour s'établir à 20 %. Cela implique une extension des offres ambulatoires et semi-hospitalières, ainsi que la création de nouvelles formes d'habitation permettant de continuer de vivre chez soi grâce à la proximité de services. Ainsi, les personnes des degrés de soins 0 à 2 peuvent, en grande majorité, rester chez elles et n'ont pas besoin, comme c'est en partie le cas actuellement, de solliciter une place en foyer.

La population âgée de plus de 80 ans constitue la base de calcul pour les places en EMS: les morbidités multiples et la fragilité augmentant avec l'âge, la majorité de ces places sont occupées par des personnes très âgées. Toutefois, une partie d'entre elles sont prises par des personnes de moins de 80 ans et sont comprises dans les chiffres susmentionnés. Selon la statistique dressée chaque année par le centre cantonal de coordination pour malades chroniques et personnes âgées (KKC), à Spiez, un quart environ des lits est occupé depuis des années par des personnes âgées de moins de 80 ans.

Foyers de jour

Cf. domaine d'intervention n° 4, chapitre «Prise en charge de jour», page 14.

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

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

Dans son rapport de 2005, la SAP évoquait déjà le problème de la pénurie de personnel soignant et de personnel d'encadrement. Comme précisé en outre dans la planification des soins selon la loi sur les soins hospitaliers, les besoins les plus importants en termes de relève du personnel soignant touchent le secteur du long séjour et les services d'aide et de soins à domicile. Différentes mesures ont été introduites depuis lors pour améliorer la situation.

La nouvelle filière de formation d'assistant-e en soins et santé communautaire (ASSC) est mise en œuvre dans la partie germanophone du canton selon le principe du lieu d'apprentissage. Autrement dit, les apprenants sont engagés par une entreprise et suivent la formation en cours d'apprentissage. La SAP et les institutions ont déployé des efforts intenses pour créer des places d'apprentissage dans le domaine du 3^e âge. Comme le montre le tableau ci-après, la nouvelle filière ASSC a entraîné la création de places d'apprentissage, en particulier dans le secteur du long séjour. La tendance se poursuit.

	Long séjour Contrats d'apprentissage	Maintien à domicile Contrats d'apprentissage	Etabl. de soins aigus Contrats d'apprentissage	Psychiatrie Contrats d'apprentissage
2004	63	4	46	0
2005	112	24	79	12
2006	147	19	117	13
2006 / Adultes	47	9	8	–
Total	369	56	250	27

Parallèlement, une filière d'apprentissage ASSC accélérée pour adultes a été mise sur pied, et introduite en août 2006. Actuellement, 56 contrats d'apprentissage ont été conclus dans le secteur du long séjour et les services d'aide et de soins à domicile, répartis dans 45 entreprises au total. Les institutions de long séjour peuvent ainsi offrir à leurs collaborateurs de longue date et sans formation spécifique la possibilité d'accomplir un apprentissage professionnel au sein même de l'institution. Quant aux EMS, ils continuent de pro-

poser des stages dans le cadre de la formation de personnel soignant.

En 2004, l'organisation cantonale du monde du travail a vu le jour. Cette instance paritaire, qui intègre des représentants des employeurs et des employés ainsi que de la SAP, a jeté les fondements de l'apprentissage ASSC. La composition de cette organisation, à laquelle la Direction de l'instruction publique participe avec voix consultative, confère au canton de Berne un rôle de pionnier à l'échelle de la Suisse. Le canton a financé séparément la phase de démarrage de la nouvelle filière, ce qui a permis à celle-ci de reposer sur des bases solides.

Par ailleurs, l'apprentissage pour les adultes a débuté en août 2006. Au cours des années à venir, une formation professionnelle initiale avec attestation destinée aux personnes ayant des difficultés à apprendre sera introduite en remplacement de la formation d'aide soignant.

S'agissant des aspects pédagogiques des nouvelles filières de formation ASSC, de l'apprentissage pour adultes ASSC et de la formation avec attestation ASSC, la compétence incombe à la Direction de l'instruction publique.

Projet pilote de l'ASGRMC visant la réinsertion dans les professions de la santé dans le secteur du long séjour

Depuis plusieurs années, l'Association professionnelle Suisse de soins en Gériatrie, Réadaptation et aux Malades Chroniques (ASGRMC) propose, dans le canton de Berne, un cours au personnel soignant titulaire d'un diplôme ad hoc et désireux de se réinsérer dans la vie professionnelle après une pause plus ou moins longue. Cette offre suscite un grand engouement et contribue à la réintégration dans le monde du travail du personnel diplômé, qui peut ainsi mettre ses connaissances à jour.

Projet pilote CRS Berne «Tremplin»

L'association cantonale bernoise de la Croix-Rouge a mis sur pied un cours de langue à l'intention des personnes issues de la migration et qui n'ont pas (encore) les connaissances de français ou d'allemand suffisantes pour suivre le cours d'auxiliaire de santé CRS. Une formation pilote est prévue dans chacune des langues concernées. Les participants acquièrent par la pratique des notions du jargon des professions de la santé et les capacités nécessaires pour gérer le quotidien en tant que personnel soignant. Le projet vise également à enseigner des techniques d'apprentissage et à encourager la réflexion sur son propre travail.

Le cours préparatoire doit permettre au participant d'atteindre le niveau de langue requis pour ensuite suivre le cours d'auxiliaire de santé CRS et maîtriser, du point de vue de la langue, le quotidien dans l'exercice de sa profession.

La SAP se félicite de ces mesures judicieuses et ciblées qui, à ses yeux, contribuent à recruter du personnel soignant dans le secteur du long séjour. La phase pilote du projet a été couverte par une subvention de 44 665 francs.

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

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

En 2005 et 2006, une autorisation d'exploiter illimitée a été octroyée à toutes les institutions publiques. Qu'ils soient privés ou publics, les foyers doivent désormais remplir les mêmes exigences, l'accent étant placé en particulier sur la conception, le respect de la dotation minimale en personnel et la mise en place d'une infrastructure adaptée aux besoins.

Le nombre de visites effectuées dans les institutions au titre de la surveillance a considérablement augmenté au cours des deux dernières années; nous disposons par conséquent d'une analyse plus concrète des problèmes, des besoins, de l'offre et de la qualité. Or l'assurance de la qualité constitue une garantie minimale pour les résidents et pour leur protection. Aussi la SAP prend-elle sa fonction d'autorité de surveillance très au sérieux afin de pouvoir intervenir de manière ciblée lorsqu'elle constate une lacune en termes de qualité.

En résumé, on peut dire que les responsables de foyer sont de plus en plus conscients de la complexité de leur tâche et qu'ils entendent être à la hauteur des enjeux liés à une gestion moderne d'une institution pour personnes âgées. Ainsi, par exemple, les soins et la prise en charge sont toujours plus conformes aux besoins des personnes fortement tributaires de soins, tandis que l'activité des résidents est sciemment stimulée en vue d'améliorer leur qualité de vie. D'une manière générale, les pensionnaires sont de plus en plus traités comme des «clients» et leurs proches, impliqués dans le processus de soins. Il n'en reste pas moins que l'assurance de la qualité est une tâche de longue haleine qui doit être planifiée, appliquée et évaluée avec rigueur.

Domaine d'intervention n° 9: examen des méca- nismes de financement

Du financement du déficit au financement axé sur la prestation

Examen des mécanismes de financement dans le secteur résidentiel

Jusqu'à fin 2005, le canton et les communes ont couvert le déficit effectif des institutions jusqu'à concurrence du coût plafond défini par la SAP.

Un projet pilote de financement des EMS axé sur les personnes est en cours depuis 2004 dans la ville de Berne. Les EMS imputent à leurs résidents des tarifs qui couvrent réellement leurs frais. Les personnes dont le revenu et/ou la fortune ne suffisent pas pour payer ce tarif touchent la différence sous la forme d'allocations selon décret. Les retours afférents à ce projet pilote sont des plus positifs, d'autant que les résidents ne sont plus contraints de dévoiler leur situation financière (revenu et fortune) à l'EMS qui les accueille. Les institutions, quant à elles, sont déchargées de la tâche de calculer des tarifs dits sociaux et sont davantage incitées à optimiser le coût et la qualité de leurs prestations dans un esprit d'entreprise. La caisse de compensation est la seule instance à disposer de toutes les données et à prendre les décisions en conséquence. Grâce à cette procédure, l'approche est moins bureaucratique et les sources d'erreurs sont réduites.

Début 2006, la SAP a introduit le système de financement des institutions axé sur les personnes. Désormais, les institutions définissent, avant l'exercice concerné et via le contrat de prestations conclu avec le canton ou la commune, un tarif couvrant effectivement leurs frais. La part qui n'est pas acquittée par le résident (déficit tarifaire) est couverte par le canton. Cette méthode permet d'encourager la transparence en matière de tarif, au même titre que la liberté et la responsabilité d'entreprise.

La loi sur les prestations complémentaires (PC) sera entièrement révisée dans le sillage de l'entrée en vigueur, au 1^{er} janvier 2008, de la RPT. La couverture des besoins fondamentaux généraux incombera dès lors essentiellement à la Confédération. Par contre, les prestations complémentaires destinées à financer les frais d'institution supplémentaires seront entièrement à la charge des cantons.

Les cantons déterminent librement le montant des taxes d'EMS déterminantes, ce qui leur permet d'influer sur la part de PC qu'ils assument. Le plafonnement de la prestation complémentaire annuelle imposé par la Confédération est supprimé.

Ces modifications posent les conditions nécessaires pour que le séjour en EMS soit intégralement couvert par les prestations complémentaires. Le calcul tient compte du forfait de la caisse-maladie, de l'allocation pour impotents ainsi que du revenu et de la fortune de la personne concernée. Le canton ne doit plus verser de subventions d'exploitation.

Le système du financement des séjours en foyer peut ainsi être encore simplifié, d'où une transparence accrue pour toutes les personnes et instances en jeu. La SAP entend mettre en œuvre le financement axé sur les personnes dès 2008.

Examen des mécanismes de financement dans le secteur ambulatoire

Pour des raisons relevant de la politique du 3^e âge, les prestations des services d'aide et de soins à domicile devront être considérablement étoffées au cours des années à venir; la compensation des charges en sera d'autant plus sollicitée. Par ailleurs, des économies importantes pourront être réalisées sur les coûts, puisque cet étoffement devrait réduire, voire empêcher l'extension de l'offre résidentielle des EMS. Les efforts en cours visant à régionaliser les organisations d'aide et de soins à domicile jettent en outre les bases nécessaires pour améliorer l'efficacité de la fourniture des prestations.

Adaptations tributaires de la législation fédérale

Depuis l'introduction de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), en 1996, les assureurs-maladie sont tenus de financer les coûts des soins dans les secteurs résidentiel et ambulatoire. La question de savoir quelles prestations les assureurs-maladie doivent effectivement prendre à leur charge a donc régulièrement été remise sur le tapis. Dans le sillage de la révision de la LAMal de 2005, le Conseil fédéral a décidé de geler les tarifs-cadre.

Le canton de Berne poursuit le débat sur le financement des soins entamé à l'échelle de la Confédération. Les adaptations qui seront apportées au financement dépendent par conséquent des décisions que celle-ci prendra.

Thèmes relevant de plusieurs domaines d'intervention

Bénévolat

Principe

Le bénévolat est l'un des piliers essentiels du système d'aide aux personnes âgées, valeur que le canton de Berne reconnaît pleinement. Les projets pilotes menés dans ce domaine revêtent une grande importance car ils valorisent le bénévolat à titre de complément au réseau de prise en charge des professionnels. La SAP encourage dès lors la formation des bénévoles.

Projet pilote «LeA-Schulung»

L'école LeA (Lebensbegleiter/in im Alter) existe depuis 1998; à compter de l'automne 2005, des cours sont proposés aux bénévoles désireux d'apporter leur aide aux personnes âgées. Ces cours s'étendent sur douze jours et permettent aux personnes intéressées d'acquérir une formation d'accompagnateur BeA (Begleiter/in im Alter) ainsi que les connaissances nécessaires pour accomplir leur travail de bénévole.

En gage de reconnaissance et pour démontrer la valeur qu'il accorde au bénévolat professionnel, le canton a pris à sa charge deux tiers des coûts de formation des participants aux trois premiers cours domiciliés dans le canton de Berne. Le troisième cours est désormais terminé, mais il n'existe pas encore d'évaluation à ce sujet. Les premiers retours des participants et de l'école sont très positifs. L'offre de cours permet aux intéressés d'acquérir, dans le cadre d'une formation de base, un savoir et des connaissances suffisantes pour se lancer dans le bénévolat.

Les trois premiers cours auxquels le canton a participé financièrement (2006/2007) ont rapidement été complets et se sont révélés être un succès. L'école a déjà reçu les inscriptions à un quatrième cours censé débuter en avril 2007. La SAP décidera si elle renouvelle son soutien à cette offre sur la base de l'évaluation des trois premiers cours.

Les trois premiers cours ont bénéficié d'un soutien global de 67 500 francs.

Projet pilote de la section Oberland bernois de la CRS «Soutien aux proches»

(cf. Domaine d'intervention n° 2, chapitre «Soutien aux personnes soignant un proche», p. 9)

Le projet pilote de la section Oberland bernois de la CRS prévoit non seulement le placement de bénévoles, mais aussi leur formation.

Promotion de la formation des médecins généralistes

Mesures à prendre

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

Prochaines étapes

Les exigences formulées dans les motions précitées et qui relèvent du domaine de compétences du canton sont traitées dans le cadre d'un groupe de travail placé sous la houlette de l'Office du médecin cantonal et composé de représentants de la Société des médecins du canton de Berne, de la faculté de médecine, de l'instance facultaire de médecine générale, de la Direction de l'instruction publique, de la Direction de l'économie publique ainsi que d'autres organismes intéressés.

La SAP examine également l'opportunité de réaliser un essai pilote destiné à promouvoir la formation des assistants et des assistantes en médecine générale (assistantat au cabinet médical).

Soins palliatifs

La question des soins palliatifs fait l'objet d'un large débat au sein de divers groupes de travail nationaux et constitue un défi non négligeable pour le canton de Berne également.

L'unité de soins palliatifs de la Maison des diaconesses offre une prise en charge résidentielle pour les malades en fin de vie. Il existe également une prise en charge ambulatoire pour les personnes qui désirent mourir chez elles. Ainsi, les services d'aide et de soins à domicile de Berne (Spitex Berne) proposent depuis plusieurs années des soins oncologiques dispensés hors hôpital (SEOP). En janvier 2007, Langenthal a soumis un projet visant à la mise sur pied d'un programme de soins palliatifs en collaboration avec divers acteurs (les services d'aide et de soins à domicile, le SRO Hôpital régional de Haute-Argovie, certains EMS et l'Oberaargauer Verein zur Begleitung Schwerkranker [OVBS]). La SAP est favorable à l'intégration, dans les structures en place, des soins tant ambulatoires que résidentiels.

Projet pilote >>zapp à Berthoud

Le centre de soins palliatifs ambulatoires >>zapp offre, dans le cadre d'un projet mené dans la région de Berthoud et co-financé par la SAP, des prestations de conseil aux proches et aux services spécialisés. Ce centre, qui travaille en étroite collaboration avec les organisations d'aide et de soins à domicile,

se charge également de la formation, du placement et du soutien des bénévoles du centre >>zapp, qui déchargent les proches en prenant le relais, de jour comme de nuit, auprès des malades incurables et des personnes en fin de vie.

D'ici à fin août 2007, il s'agira d'évaluer les expériences tirées de ce projet pilote de soins palliatifs ambulatoires mené dans la région de Berthoud en vue de définir des standards cantonaux permettant de déterminer quels seraient les prestataires à même de fournir ce type d'offre et comment régler les modalités de financement.

Migrants du 3^e âge

Le thème de l'âge et des migrants fait l'objet de divers projets en cours à l'échelle nationale. Le nombre de migrants atteignant l'âge de la retraite augmente, d'où l'émergence de nouveaux défis et problèmes liés à l'intégration. En 2001, la ville de Berne a institué un groupe de travail intitulé «Age et migration», qui s'est intéressé, il y a quelques années, à la question des migrants italiens en âge AVS dans le cadre du projet intitulé «Invecchiare a dr Aare».

Projet pilote «Bénévolat pour l'intégration des migrantes et migrants âgés» dans le canton de Berne

Ce projet mené par Caritas a pour but de mettre en place une offre basée sur le bénévolat en faveur des personnes âgées de plus de 60 ans issues de l'immigration et de la rendre accessible à ce cercle de personnes. Le Seeland bernois, et plus particulièrement la campagne, ont été retenus comme région pilote. Des contacts ont été établis dans diverses communes avec des personnes clés et des multiplicateurs susceptibles de jouer un rôle déterminant dans la mise à disposition d'une offre pour les migrants âgés. Il s'agit de déterminer les besoins précis de ce groupe cible, d'examiner la nécessité de renforcer un éventuel réseau de prestations en place et de recruter pour ce projet des compatriotes bénévoles issus d'un milieu culturel similaire, par exemple des migrants plus jeunes ou de la deuxième génération.

La SAP s'intéresse de près au sujet de l'intégration des migrants âgés et soutient actuellement ce projet de Caritas Berne.

Elle a ainsi alloué une somme de 25 000 francs pour la phase de conception et soutiendra la mise en œuvre à hauteur de 239 000 francs au maximum.

Planification des soins 2007–2010 selon la loi sur les soins hospitaliers

Conformément à la loi sur les soins hospitaliers (LSH) entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006, la planification des soins constitue l'instrument de pilotage fondamental des soins hospitaliers et préhospitaliers. Ce texte détermine les objectifs à atteindre, les besoins à couvrir et les coûts des prestations à fournir et définit les structures de soins requises à cette fin. La Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne élabore les mesures de planification permettant de développer le système de soins en respectant les principes de la loi. Son objectif principal est d'assurer à la population du canton des soins hospitaliers de qualité, conformes aux besoins et économiquement supportables.

La planification des soins comprend les secteurs suivants: les soins aigus somatiques, la réadaptation, la psychiatrie, les soins préhospitaliers et les métiers de soins et d'encadrement. Nombre des mesures évoquées dans le présent rapport intermédiaire sur la politique du 3^e âge sont donc, pour autant qu'elles concernent les soins aigus résidentiels, aussi partie intégrante de cette planification des soins. A cet égard, il convient de se référer également au rapport «Planification des soins 2007–2010 selon la loi sur les soins hospitaliers» de l'Office des hôpitaux (ODH).

Tableau synoptique des projets pilotes

Projet / manifestation
Statut / échéance

Contributions des pouvoirs publics
en milliers de francs

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

- Visites préventives à domicile Thoune, en cours depuis 2005
- Visites préventives à domicile Lyss, en cours depuis 2005
- Visites préventives à domicile Haute-Argovie, 2006–2008
- Visites préventives à domicile région de Berne, phase de conception
- Plateforme Internet Pro Senectute, depuis mai 2006, extension à tout le canton dans le courant de 2007 (contribution unique accordée pour la phase de démarrage)

Contributions totales jusqu'au 31.12.2006

CHF 725

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

- Soutien aux proches CRS Oberland bernois³, en cours depuis mai 2006
- Relève des proches de personnes atteintes de démence Bienne-Seeland, octobre 2005-septembre 2008, 3 ans
- Formation des proches de personnes atteintes de démence et des bénévoles (projet W'EG⁴), projet clos en mars 2006, étapes suivantes 2^e semestre 2007
- «Vacances Alzheimer» ALZ Berne, projet clos, 1 semaine en août 2006
- Standards avec indicateurs Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile, 2004–2006 définition, 2007 audition et approbation
- Régionalisation des services de maintien à domicile, en cours
- Service de visite à domicile Berne, lancement au printemps 2007
- LeA-Schule⁵, 2006/2007, 3 cours en tout
- Bénévolat pour l'intégration des migrantes et migrants âgés Caritas, phase de conception 2006, projet 2007–2009

Contributions totales jusqu'au 31.12.2006

CHF 558

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

- Placement dans des familles OGG⁶, 2005–2007

Contributions totales jusqu'au 31.12.2006

CHF 529

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

- Brochure Pour un aménagement extérieur adapté aux personnes atteintes de démence (en collaboration avec la ville de Berne), projet clos
- Soins post-aigus, mars 2003–décembre 2004, projet clos
- Essai pilote Soins en réseau dans le domaine de la gériatrie, élaboration du concept 2007, lancement 2008
- Soins transitoires dans le domaine du long séjour, 2006
- >>zapp⁷ Berthoud, soins palliatifs ambulatoires, 2005–2007

Contributions totales jusqu'au 31.12.2006

CHF 433

³ CRS = Croix-Rouge suisse

⁴ WE'G = Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe Aarau (centre de formation continue pour les professions de la santé Aarau)

⁵ LeA = Lebensbegleitung im Alter (accompagnement bénévole de personnes âgées)

⁶ OGG = Société d'économie et d'utilité publique du canton de Berne

⁷ zapp = Zentrum für ambulante Palliativpflege (centre de soins palliatifs ambulatoires)

**Projet / manifestation
Statut / échéance**

**Contributions des pouvoirs publics
en milliers de francs**

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

- Colloque Mobilité du 3^e âge (Thoune), mars 2005
- Pro Senectute – Alter ego (Journée scientifique «Maltraitance des personnes âgées»), septembre 2003 (ZH) / octobre 2003 (NE)
- Contribution au manuel Coordination personnes âgées SSG⁸, projet clos
- Contribution au Congrès SSG, novembre 2005
- Contrat de prestations Pro Senior, 2002–2005
- Contrat de prestations AG Altersfragen Oberaargau, 2006–2009
- Projet pilote «Jung mit Alt» du BVSF⁹, 2005/2006
- Projet pilote commune de Lyss «Altersbeauftragte/r» (coordination pers. âgées), 2004–2006

Contributions totales jusqu'au 31.12.2006

CHF 150

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

- CRS «Tremplin», 2006 cours en allemand, 2007 cours en français
- ASGRMC¹⁰ «Wiedereinstieg in die Langzeitpflege» (réinsertion dans le domaine du long séjour), 2006

Contributions totales jusqu'au 31.12.2006

CHF 90

RÉSUMÉ – Aperçu des coûts

CONTRIBUTIONS

(tous domaines d'intervention confondus) au 31.12.2006

CHF 2485

⁸ SSG = Société Suisse de Gérontologie

⁹ BVSF = Bernischer Verband für Seniorenfragen (association bernoise des aînés et des rentiers)

¹⁰ ASGRMC = Association professionnelle Suisse des soins en Gériatrie, Réadaptation et aux Malades Chroniques

Comme le montre le tableau, les coûts afférents aux projets pilotes dans le domaine du 3^e âge se sont élevés, de leur lancement jusqu'au 31.12.2006, à tout juste 2,5 millions de francs. Compte tenu des projets déjà approuvés, ce montant passera à quelque 4,3 millions de francs d'ici à 2009. S'ajoutent à ce budget d'autres coûts qui ne peuvent être chiffrés pour l'heure, soit parce que le projet n'en est qu'à sa phase de conception (p. ex. visites préventives à domicile de la région de Berne), soit parce qu'il n'est même pas encore connu.

Concernant les subventions et dépenses cantonales allouées au domaine du 3^e âge, le tableau ne donne pas d'informations concluantes. Dans certains secteurs, des coûts sont ou ont été pris en charge sans être déclarés en tant que projets pilotes; il s'agit par exemple du financement initial de l'organisation du monde du travail ou des subventions accordées aux places de vacances dans les EMS à hauteur de 20 francs par jour d'occupation.

Parallèlement, les séjours en EMS coûtent chaque année plusieurs millions de francs. Le tableau ci-après présente de manière exemplaire les coûts d'exploitation moyens afférents à une année ainsi que la part des coûts d'investissement des EMS que le canton et les communes ont assumée en 2006:

Quoi	Coûts 2006 / en milliers de francs
Projets pilotes Politique du 3 ^e âge	1400
Coûts d'exploitation totaux places de soins¹¹ (14 000 x CHF 252.85 x 365)	1 300 000
Participation canton/communes aux coûts d'exploitation des places de soins	66 000
Participation PC aux coûts d'exploitation des places de soins	280 000
Participation résidents aux coûts d'exploitation des places de soins	954 000
Participation canton/communes aux coûts d'investissement des places de soins	32 000

Mesurées à l'aune de ces participations, les dépenses consenties pour les projets pilotes en matière de politique du 3^e âge – d'un montant de 1,4 million de francs en 2006 – sont plutôt faibles. En outre, comme ces projets se concentrent sur la prévention et le maintien de l'autonomie ainsi que sur le soutien aux proches de personnes malades, ils contribuent largement à assurer un bas niveau des coûts liés au secteur résidentiel (exploitation et investissement).

¹¹ Valeur indicative calculée sur la base du nombre actuel de lits et d'un degré de soins moyen de 3,5 (y c. part de coûts d'investissement)