

**ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX
POUR PERSONNES AGEES**

Rapport de la Commission consultative

Novembre 2003

1. Organisation

1.1 Dispositions légales

Art. 8 de la Loi du 23 mars 2000 sur les établissements médico-sociaux pour personnes âgées (LEMS) :

¹Le Conseil d'Etat nomme une commission consultative de neuf membres en matière d'EMS.

²Cette commission a pour tâche d'émettre un préavis sur la planification des EMS et de conseiller le Conseil d'Etat et la Direction dans toutes les questions liées aux activités et au financement des institutions et à la prise en charge des personnes âgées.

³Elle représente tous les milieux intéressés, notamment les communes, les assureurs-maladie, les institutions et les personnes âgées. Pour les membres représentant les personnes âgées, la limite d'âge prévue dans la loi réglant la durée des fonctions publiques accessoires n'est pas applicable.

Art. 2 du règlement du 4 décembre 2001 sur les établissements médico-sociaux pour personnes âgées (REMS) :

Le ou la chef/fe du Service de la prévoyance sociale préside d'office la commission. Celle-ci comprend, outre les personnes représentant les milieux intéressés, des personnes représentant le Service du médecin cantonal et l'Etablissement cantonal des assurances sociales.

1.2 Commission consultative

Par arrêté du 5 novembre 2002, le Conseil d'Etat a nommé membres de la commission consultative :

Président

M. Sébastien Barras, chef du Service de la prévoyance sociale

Membres

M. Jürg Leuenberger, représentant l'AFIPA

M. Sébastien Ruffieux, représentant SantéSuisse

Mme Raymonde Favre, représentant l'Association des communes fribourgeoises

Mme Madeleine Pasche, représentant la Fédération fribourgeoise des retraités

M. Michel Boni, représentant Pro Senectute

M. Bernard Pillonel, représentant l'Association Alzheimer Suisse

Dr Georges Demierre, médecin cantonal

Mme Josiane Mondoux, directrice adjointe de la Caisse cantonale de compensation

Cette commission est permanente ; elle déposera ultérieurement d'autres rapports

Le Service de la prévoyance sociale en assure le secrétariat.

1.3 Méthodes de travail de la commission

La commission a formé deux groupes de travail : l'un chargé d'évaluer les besoins et de formuler des propositions pour la mise en place d'un réseau de foyers de jour, l'autre étant appelé à évaluer, pour les cinq prochaines années, les besoins en lits pour les séjours de longue durée et les courts séjours.

2. Les besoins en soins des personnes âgées

(cf. publication François Höpflinger et Valérie Hugentobler / Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé)

Chez les personnes âgées et en particulier chez celles qui sont très âgées, le besoin de prise en charge est rarement dû à une seule cause, mais plutôt à une conjonction de divers facteurs liés à l'âge et à la maladie.

Les éléments qui mettent fin à l'autonomie des personnes de grand âge et forcent une entrée en EMS sont en particulier les chutes et fractures, les symptômes dépressifs et les démences.

Chez les personnes âgées, les chutes sont relativement fréquentes. Elles constituent un problème important non seulement en raison des traitements onéreux qu'elles impliquent, mais aussi parce qu'elles affectent considérablement la qualité de vie des personnes concernées. A cette période de vie où les os sont fragiles, les chutes provoquent souvent des fractures avec pour conséquence une réduction durable de la mobilité et la perte de l'autonomie, forçant certaines personnes à quitter leur milieu de vie habituel. Les chutes peuvent être dues à des troubles de l'équilibre et à des réactions moins rapides. Certains médicaments peuvent perturber le sens de l'équilibre.

Les symptômes dépressifs occupent une grande place dans les prises en charge de personnes âgées. Les tendances dépressives minent l'autonomie des personnes âgées, augmentant ainsi davantage leur besoin en soins.

Les troubles cérébraux organiques des personnes âgées, avec leurs diverses formes (maladie d'Alzheimer, Parkinson etc.) constituent depuis longtemps un problème auquel doit faire face le système de santé. La fréquence des démences augmente avec l'âge et cette évolution est constatée dans tous les pays industrialisés. Si le nombre de personnes âgées atteintes de démence est aujourd'hui plus élevé, ce n'est pas parce que le risque de maladie s'est accru mais parce qu'un nombre plus grand de personnes parviennent à un âge où ces affections sont plus fréquentes.

Des études pilotes ont également montré que des visites préventives au domicile de personnes âgées ou très âgées sont à même de réduire le risque d'infirmité. La gériatrie dispose donc déjà de stratégies préventives applicables et efficaces qui peuvent contribuer à diminuer le taux de prise en charge. Des modélisations ont montré qu'une réduction modérée du besoin des soins – obtenue grâce à des programmes gériatriques préventifs ou à une augmentation du taux de réadaptations réussies – peut atténuer sensiblement l'effet du vieillissement démographique. De plus, une stratégie ciblée de promotion de la santé chez les personnes du troisième âge pourrait atténuer le problème que pose l'augmentation de la demande de soins.

3. Les moyens de répondre à ces besoins

Ces moyens sont :

- les services de soins et d'aide à domicile
- les foyers de jour
- les accueils en EMS pour de courts séjours
- les accueils en EMS de longue durée.

3.1 Les services de soins et d'aide à domicile

Dans le domaine de l'aide aux personnes âgées, la politique de la santé doit privilégier le maintien à domicile. Ce n'est qu'à partir du moment où toutes les mesures favorisant le maintien à domicile sont épuisées que le recours au milieu résidentiel peut être envisagé.

La loi du 27 septembre 1990 sur les soins et l'aide à domicile prévoit des mesures de nature médico-sociale pour maintenir la personne dans son environnement habituel. Il appartient aux communes de veiller à ce que leurs habitants puissent bénéficier de soins et d'aide à domicile. Le maintien à domicile dépend donc essentiellement des moyens que les communes, en collaboration avec leur commission de district, mettent à disposition pour que chaque personne, quel que soit son lieu de domicile, puisse bénéficier des services de soins et d'aide.

La commission n'est pas en mesure de donner une appréciation de l'état de la situation et n'a pas la compétence d'investiguer sur la qualité des services de soins et d'aide familiale.

3.2 Les foyers de jour

3.2.1 Définition du foyer de jour

Il s'agit

- d'une structure de prise en charge pour des personnes âgées vivant à domicile, qui ont besoin d'un encadrement durant la journée et qui permet de décharger de temps en temps les proches, la famille, ceci afin d'empêcher ou de retarder l'entrée en EMS ;
- d'un lieu de dépistage et de prévention de troubles éventuels ; le foyer de jour est un maillon entre le domicile et un établissement de soins (par exemple l'hôpital) et vice-versa.

3.2.2 Mission

Le foyer de jour vise à

- conserver la dignité et maintenir l'autonomie et les acquis de la personne âgée
- soulager la famille
- maintenir les habitudes et les relations sociales
- prévenir les aggravations de l'état de santé physique et psychique
- retarder ou écourter une hospitalisation
- rompre l'isolement et favoriser les nouvelles relations et activités
- familiariser à la vie communautaire les personnes âgées qui pourraient être un jour accueillies en EMS
- éviter ou retarder le placement dans un EMS.

3.2.3 Evaluation du besoin

Selon une consultation organisée par l'Association Alzheimer au début de l'année 2001 auprès des 53 établissements du canton, 26 homes ont déclaré ne pas pratiquer l'accueil de jour, 5 occasionnellement et 11 acceptent des personnes durant la journée, les conditions d'admission et les tarifs variant fortement.

En regard d'une autre enquête effectuée en 1999 par la même association auprès de ses membres, les chiffres démontrent que le besoin existe d'autant plus que le nombre de personnes atteintes de cette maladie est estimé à plus de 2500 dans le canton et que les foyers de jour ne seront pas réservés à ces seuls malades.

La nécessité de créer des foyers de jour est une évidence. Bien qu'il n'existe pas de véritables statistiques et qu'aucune enquête n'ait été entreprise afin de déterminer le besoin réel en foyers de jour, les professionnels et bénévoles travaillant dans le domaine médico-social constatent chaque jour le manque de structures intermédiaires entre le domicile et l'EMS. Tant les responsables des Services de soins à domicile et d'aides familiales que ceux des Services sociaux des hôpitaux, de Pro Senectute et d'autres services déplorent l'absence de structures d'accueil à la journée, favorisant le maintien à domicile et déchargeant momentanément les proches.

Des demandes de reconnaissance de foyers de jour ont été adressées à la Direction de la santé et des affaires sociales par quatre institutions : le Home du Gibloux, à Farvagny, qui exploite déjà un foyer de jour, la « Famille au jardin » à Römerswil, dont l'ouverture est prévue en 2004, le foyer de jour de Mme Stauder, à Gurmels, et « Le Soleil d'Or », à Fribourg.

3.2.4 Implantation du foyer de jour

La commission est de l'avis qu'il devrait y avoir au moins un foyer de jour par district. Le foyer pourrait, mais cela n'est pas une obligation, être inclus dans un EMS et utiliser ses services (repas, soins éventuels, entretien). Le foyer de jour proprement dit serait associé à l'engagement du personnel spécifique d'animation ainsi que de l'éventuel personnel de soins et d'encadrement. L'intégration du foyer dans un EMS devrait se faire si possible dans des locaux séparés de la partie « long séjour ».

3.2.5 Conditions d'admission

Le foyer de jour est destiné à accueillir des personnes en âge AVS. A titre exceptionnel, il peut accueillir des personnes qui, n'étant pas encore en âge AVS mais au bénéfice d'une rente de l'assurance-invalidité, sont atteintes d'un handicap physique ou d'une maladie qui laisse entrevoir une invalidité durable.

La personne accueillie en foyer de jour

- ne doit pas présenter de troubles psychiques ou/et du comportement trop importants qui pourraient perturber la vie communautaire du foyer ;
- ne peut pas vivre seule mais est accompagnée à son domicile par des proches qui souhaitent être momentanément déchargés ;
- est capable de vivre à son domicile sans danger, mais souhaite entrer en foyer de jour pour rompre son isolement, sa solitude ;

- a besoin d'une stimulation ou/et d'un encadrement médico-social pour pouvoir encore rester chez elle.

3.2.6 Durée de l'accueil

La personne peut être accueillie, selon ses besoins, à la demi-journée ou à la journée.

3.2.7 Infrastructures du foyer de jour

La capacité d'accueil est de 5 à 10 places.

Tout foyer de jour, rattaché à un EMS ou pas, devrait avoir une infrastructure minimale, en principe sans barrières architecturales.

L'aménagement, peu onéreux, nécessite un investissement dans deux ou trois types de locaux, soit 1 pièce communautaire (50 m²), 1 salle à manger avec équipement de cuisine (40 m²), 1 local pour le repos (20 m²), 2 WC dont l'un adapté aux personnes handicapées. D'autres locaux serviront de bureau et de dépôt de matériel.

3.2.8 Organisation

Personnel

Afin d'assurer la meilleure prise en charge possible, le foyer de jour doit être doté d'un personnel qualifié (par exemple en soins relationnels, en animation, en ergothérapie etc.) qui devra tenter de développer ou de maintenir les acquis physiques et sociaux des hôtes.

La dotation en personnel de soins, d'encadrement et d'animation devrait être au moins de 0,25 unité par journée de personne accueillie, mais au maximum de 0,5 unité. Si le foyer de jour est rattaché à un EMS, une partie de ce personnel peut être mise à disposition par le home. La qualification du personnel sera définie par la Direction de la santé et des affaires sociales, en conformité avec la législation sur la santé et les EMS.

Le foyer de jour devra disposer d'au moins un(e) infirmier(ère) répondant(e).

Horaires

Le Foyer de jour devrait pouvoir accueillir les personnes de 0800 h à 1800 h et être ouvert le samedi.

3.2.9 Financement

L'article 27, al. 3 LEMS prévoit que les pouvoirs publics peuvent encourager l'accueil de jour par le versement d'une aide financière. Selon l'article 29, al. 1 REMS, l'aide financière des pouvoirs publics ne peut dépasser le 30 % du budget du foyer de jour.

Le coût d'une journée en foyer de jour par sondage dans différents cantons peut varier du simple au double (120 fr. dans le canton de Neuchâtel à 200 fr. dans un foyer de Genève).

Les projets en cours dans le canton de Fribourg indiquent un coût journalier de 100 à 180 fr.

De l'avis de la commission, la contribution mise à la charge de la personne en foyer de jour devrait se situer entre 30 et 40 fr. par jour.

Selon la législation sur l'AVS, l'Office fédéral des assurances sociales peut verser une subvention de 30 fr. par jour et par personne pour autant que foyer compte 1'500 journées d'accueil par année. La nouvelle péréquation financière entre la Confédération et les cantons prévoit l'abandon de cette subvention à partir de 2007. L'aide financière fédérale reste cependant aléatoire parce qu'elle est limitée dans le temps et qu'il n'est pas certain que le nombre de journées d'accueil annuel soit au moins de 1500 dans chaque foyer.

3.2.10 Commentaires au sujet du financement

Si l'on prend en compte une subvention cantonale de 30 %, le versement de la subvention de l'OFAS de 30 fr. et un prix journalier de 120 fr., il resterait à la charge de la personne un montant de 54 fr. qui pourrait être dissuasif, voire freiner l'accessibilité du foyer aux personnes financièrement défavorisées.

La commission propose que l'article 29 REMS soit modifié dans le sens d'une augmentation de la participation des pouvoirs publics de manière à ce que toute personne qui en a le besoin puisse accéder à ces structures. De plus, cette participation ne devrait pas être liée au budget du foyer lui-même pour éviter de subventionner les établissements luxueux, mais être fixée par un tarif arrêté par la Direction de la santé et des affaires sociales.

Ainsi, la nouvelle formulation de l'article 29 REMS serait la suivante : une aide financière des pouvoirs publics ne peut dépasser le 50 % du coût journalier admis, fixé par la direction ; elle est versée à l'établissement sous la forme de forfaits.

Enfin, les critères de reconnaissance des foyers doivent être encore définis, en référence notamment à la loi sur la santé.

3.3 Les accueils en EMS pour de courts séjours

3.3.1 Définition du court séjour

Il s'agit d'un hébergement en EMS d'une durée limitée ; le but essentiel est de favoriser le maintien à domicile de la personne âgée et d'offrir des possibilités d'accueil lorsque le séjour à domicile n'est temporairement pas possible parce que la personne, après un séjour hospitalier, doit subir une convalescence dans une structure médicalisée ou parce que le conjoint ou des proches qui s'occupent de la personne âgée ne peuvent pas momentanément rester auprès de celle-ci (vacances, maladie etc.) ou doivent temporairement s'en séparer en raison d'une surcharge de travail.

3.3.2 Evaluation du besoin

Les articles 26 et 27 de la LEMS prévoient que les EMS peuvent accueillir des personnes en foyers de jour ou pour de courts séjours. Les courts séjours sont ceux dont la durée est limitée à trois mois au maximum. Ils sont assimilés aux séjours de longue durée en ce qui concerne leur financement.

En 1994, l'AFIPA avait fait une étude des besoins et de l'offre en matière d'accueils pour des courts séjours. Dans un rapport adressé à la Directrice de la

santé et des affaires sociales, l'AFIPA relevait que, malgré la forte demande, l'offre de courts séjours médicalisés en milieu résidentiel faisait cruellement défaut.

En juillet 2003, un questionnaire a été adressé aux 37 EMS reconnus afin de recenser le nombre de lits affectés à des courts séjours et de savoir si ces établissements entendent mettre à disposition de nouveaux lits pour ce type d'accueil. Cette enquête à laquelle 29 établissements ont répondu a révélé que

8 établissements disposent de 20 lits réservés uniquement à des courts séjours ; ces lits se répartissent de la manière suivante : 4 lits en Sarine, 7 lits en Singine, 6 lits dans le Lac et 3 lits en Veveyse.

5 établissements souhaitent créer 12 lits supplémentaires (5 lits en Sarine, 1 lit en Singine, 4 lits en Gruyère et 2 lits dans la Broye).

13 établissements n'ont pas l'intention de mettre des lits à disposition pour ce type d'accueil.

En 2002, les statistiques des courts séjours dans ces établissements révèlent les données suivantes :

Nombre de courts séjours	167
dont nombre de personnes ayant fait	
1 séjour	108
2 séjours	17
3 séjours	7
4 séjours	1

Nombre de journées de courts séjours selon le niveau de soins	4'030
I	259
A	428
B	1'587
C	1'314
D	442

Nombre de courts séjours devenus de longs séjours	19
---	----

Constatation

Le taux d'occupation annuel des 20 lits est de 73,5 % (4030 : 20 x 365 x 100).

Ce taux d'occupation est bon. Toutefois, pour favoriser le maintien à domicile, il faut augmenter la capacité des accueils en courts séjours en ajoutant aux 20 lits disponibles 15 lits supplémentaires dont les 12 lits que les 5 EMS souhaitent créer. On vise ainsi un taux de 1,5 pour 100 lits EMS reconnus en considérant que dans les districts de la Singine, du Lac et de la Veveyse, les lits disponibles pour les courts séjours ne peuvent pas être désaffectés.

Le point de la situation devrait être fait deux ans après la mise à disposition de ces lits.

3.3.3 Proposition de répartition de nouveaux lits pour de courts séjours

Les 35 lits courts séjours sont à répartir dans tous les districts. La commission propose de le faire en fonction du nombre de lits EMS reconnus (1,5 lit pour 100 lits EMS) :

District	Nombre de lits EMS reconnus en 2003	Nombre de lits courts séjours existants	Lits supplémentaires à créer	Total
Sarine	693	4	5	9
Singine	281	7	1	8
Gruyère	372		4	4
Lac	190	6		6
Glâne	159			0
Broye	149		1	1
Veveyse	149	3		3
A attribuer			4	4
Total	1'993	20	15	35

3.3.4 Conditions d'admission

Seules, les personnes ayant atteint l'âge de la rente AVS peuvent être admises pour de courts séjours. A titre exceptionnel et selon des critères d'admission à définir par la commission, des personnes non rentières de l'AVS peuvent entrer en EMS pour y faire de courts séjours.

L'admission est possible indépendamment du fait que la personne âgée nécessite ou non des soins. L'EMS décide de l'admission selon ses possibilités et évalue le plus rapidement possible le niveau de soins de la personne. Celle-ci produit un certificat médical si l'EMS estime qu'elle a besoin de soins.

L'EMS qui met un ou des lits à disposition pour des courts séjours assure l'accueil de la personne dans les 12 heures qui suivent la demande d'admission. Aucune entrée n'est possible entre 2000 h et 0800 h.

3.3.5 Durée du court séjour

La durée est de 4 nuits au minimum ; la personne peut accomplir plusieurs séjours dans l'année civile. La durée totale ne peut toutefois dépasser 3 mois pour un séjour continu ou 90 jours pour tous les séjours accomplis dans l'année civile.

3.3.6 Infrastructure

L'EMS réserve un nombre de chambres déterminé qu'il affecte exclusivement à des courts séjours. En aucun cas, ces chambres ne peuvent être utilisées pour recevoir des personnes dont l'admission dans l'EMS est définitive. La ou les chambres offrent le même confort que celles occupées par les résidents des EMS.

3.3.7 Organisation

La dotation en personnel de soins et d'accompagnement est déterminée par le Service du médecin cantonal et calculée pour toute l'année en fonction du nombre de lits réservés aux courts séjours et du niveau de soins B.

Le personnel est affecté prioritairement aux soins et à l'accompagnement des personnes en courts séjours. En cas de non-utilisation des chambres réservées aux courts séjours, le personnel de soins et d'accompagnement accomplit des tâches auprès des autres résidents de l'EMS.

3.3.8 Financement

Remarque préliminaire

L'article 27 LEMS mentionne que les courts séjours sont assimilés aux séjours de longue durée en ce qui concerne leur financement. La réalité montre que cette disposition ne règle pas le financement des courts séjours. Des EMS l'ont relevé dans leur réponse au recensement des lits courts séjours :

« Notre institution offre régulièrement la possibilité d'accueils temporaires d'une semaine à trois mois en fonction de ses disponibilités. Toutefois, nous ne pouvons pas affirmer que nous réservons et que nous offrons un ou plusieurs lits pour des courts séjours car cette pratique occasionnerait pour notre établissement une perte économique résultant d'un taux d'occupation réduit. »

« Nous souhaiterions vivement pouvoir créer un lit pour des courts séjours. Toutefois, cette pratique nécessite de bloquer une chambre à cet usage et cela n'est financièrement pas supportable car

- la pratique des courts séjours n'est pas encore assez connue auprès de la population,
- financièrement, un court séjour est lourd à supporter pour la famille dont le résident ne bénéficie pas d'une PC,
- la chambre réservée pour des courts séjours resterait vide trop souvent ».

Pour les personnes bénéficiaires d'une prestation complémentaire AVS/AI, le financement des courts séjours, sous déduction d'un montant de 20 fr. par jour, peut être assuré par un remboursement via les frais de maladie. Lorsqu'une personne n'est pas au bénéfice d'une prestation complémentaire, la facture du court séjour sera entièrement à sa charge et devra être payée par ses propres moyens. Si les moyens financiers dont dispose la personne ne sont pas suffisants, une demande de prestation complémentaire pourra être déposée.

Le groupe de travail est de l'avis qu'une solution doit être trouvée sur le plan financier de manière à encourager et faciliter les courts séjours. Pour des raisons de simplification administrative et compte tenu du fait que l'évaluation des besoins en soins sera difficilement faisable, la commission propose de procéder de la manière suivante pour l'ensemble des résidents, quel que soit leur niveau réel de soins :

Prix de pension : l'EMS facture à la personne le prix de pension du niveau de soins B, selon le tarif appliqué aux séjours de longue durée.

Frais de soins : l'EMS reporte sur le coût des soins les salaires et les charges sociales du personnel de soins et d'accompagnement affecté aux courts séjours. Les charges salariales des courts séjours sont donc englobées dans le coût des soins de l'EMS.

Participation de l'assureur-maladie : l'EMS facture à l'assureur-maladie le forfait journalier correspondant au niveau de soins B.

Prix de l'accompagnement : l'EMS facture à la personne le prix de l'accompagnement de son propre établissement selon le même tarif que celui qui est appliqué aux séjours de longue durée pour le niveau de soins B.

3.4 Les séjours de longue durée

3.4.1 Les planifications élaborées jusqu'en 2002 :

MEDIPLAN 89

Selon l'ancienne législation sur les établissements pour personnes âgées, les préfets devaient établir, après consultation des communes, le plan de couverture des besoins de la population en établissements pour personnes âgées du district en se conformant au plan médico-hospitalier.

Une modification de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants a exigé que les cantons déposent, jusqu'à fin 1985, leur plan de couverture à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS). Passé ce délai, les projets de construction non annoncés ne bénéficiaient plus des subventions fédérales à la construction (25 %). En outre, les travaux devaient avoir commencé avant le 30 juin 1990 pour que la subvention fédérale soit versée. Cette exigence a eu pour effet d'accélérer la mise en place du plan de couverture du canton que l'on trouve dans MEDIPLAN 89/ chapitre deuxième – Hébergement et accueil des personnes âgées.

En référence aux indications de l'OFAS, le canton a retenu, pour les 27'758 personnes âgées de 65 ans et plus en 1990, un taux de 8 lits pour 100 personnes âgées de 65 ans et plus. Aux 1615 lits disponibles dans les homes simples et médicalisés au 31 décembre 1986 sont venus s'ajouter 784 lits créés dans les établissements en construction, portant la capacité du réseau à 2399 lits. Toujours selon MEDIPLAN, la répartition des lits était d'un tiers dans des homes médicalisés et de deux tiers dans les homes simples.

Les besoins en lits hospitaliers et d'hébergement médico-social – Etude du Prof Pierre Gilliard, décembre 1994

L'étude du Prof Gilliard conclut par la constatation suivante :

En 1993, il y a dans le canton de Fribourg 85 lits pour 1000 habitants âgés de plus de 65 ans. Ce nombre est trop élevé. Des pensionnaires pourraient rester à domicile avec des services de maintien plus développés.

Les besoins en lits dans les établissements pour personnes âgées sont évalués sur la base de trois taux et pour une population de 31'000 personnes âgées de plus de 65 ans en 2010 :

- 7,5 lits pour 100 personnes âgées, soit 2'325 lits. Avec ce taux considéré comme fort élevé, le nombre de lits en homes est suffisant jusqu'en 2010.
- 6,5 lits pour 100 personnes âgées, soit 2'015 lits. Ce taux est supérieur aux indicateurs retenus par les cantons de Vaud et de Genève mais il assure une suffisance en lits jusqu'en 2020.

- 5,5 lits pour 100 personnes âgées, soit 1'705 lits. C'est la norme que vise le canton de Vaud, quoique trop basse à long terme. Dans cette hypothèse, le nombre de lits serait encore trop élevé à l'horizon de 2020.

Planification des EMS pour la période 2002 à 2005 – Rapport de la Direction de la santé et des affaires sociales, octobre 2001

Les données du recensement fédéral n'étant pas disponibles en 2001, la population de personnes âgées de 65 ans et plus a été estimée à 33'775 personnes (14 % de la population résidante de 241'253 personnes).

Le taux de 6,5 lits pour 100 personnes âgées a été retenu pour assurer une couverture en lits EMS jusqu'en 2005. Avec ce taux, le besoin en lits est de 2'195.

Le rapport proposait la reconnaissance des lits des homes simples en lits médicalisés à raison de 80 lits en moyenne par an. Ainsi, en 2005/2006, les lits des homes simples seraient presque tous reconnus médicalisés. Cette réserve de lits en homes simples évite de construire de nouveaux EMS hormis la réalisation du projet du Pflegeheim de Flamatt.

Ces « essais » de planifications révèlent que les prévisions sont difficiles, voire aléatoires, tant la société évolue et, avec elle, les besoins et les attentes des personnes âgées. Les prévisions démographiques sont dépassées par la réalité, la longévité s'accroît, les progrès de la médecine et de la science améliorent le bien-être de la population, mais de nouvelles maladies apparaissent parmi les personnes du troisième et quatrième âge, remettant en question les certitudes qui ont prévalu dans l'élaboration des planifications.

Il convient donc d'être prudent, d'établir des prévisions sur le moyen terme, soit 5 à 10 ans au plus et de garder suffisamment de flexibilité pour adapter les structures à l'évolution des besoins et à un probable resserrement des moyens.

3.4.2 Les indicateurs pour actualiser la planification des EMS

a) L'augmentation de l'espérance de vie

(cf. publication François Höpflinger et Valérie Hugentobler / Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé

Au cours de ces dernières décennies, l'espérance de vie moyenne s'est nettement accrue tant parmi les femmes que parmi les hommes. Cela est moins dû à un allongement de la « durée de vie biologique » qu'à une diminution du nombre de décès prématurés. A court et à moyen terme, on peut donc prévoir que l'allongement de l'espérance de vie va ralentir. Selon les scénarios établis par l'Office fédéral de la statistique, l'espérance de vie moyenne des hommes qui est aujourd'hui de 76,5 ans devrait se situer entre 82,5 et 85,5 ans en 2060 ; celle des femmes, aujourd'hui de 82,5 ans, passera à 87,5 voir 90 ans.

Pour planifier les structures sanitaires et les établissements de soins nécessaires, il importe avant tout de connaître l'évolution du nombre des personnes nécessitant des soins au cours des années et des décennies à venir. L'allongement de l'espérance de vie appelle une question liée à la qualité de vie : les années supplémentaires sont-elles vraiment des années gagnées ou ne s'agit-il que d'une prolongation de l'existence pour des personnes percluses de maladies ?

Deux théories ont actuellement cours à ce sujet :

- Selon la première, la recul de la mortalité, notamment parmi les personnes âgées, résulte de la volonté de repousser la mort chez des individus souffrant de maladies chroniques dégénératives. Si les gens vivent plus longtemps, c'est surtout parce que la médecine et la médecine sociale sont à même de lutter contre les maladies chroniques.
- La seconde théorie part au contraire de l'hypothèse que c'est surtout la durée de l'existence active, c'est-à-dire de la vie en bonne santé, qui s'est allongée. Les maladies chroniques apparaissent plus tard car les générations plus jeunes ont bénéficié d'une meilleure alimentation et d'une meilleure hygiène, et restent ainsi en bonne santé plus longtemps.

Les données empiriques existantes font plutôt pencher la balance en faveur de la seconde de ces théories : aujourd'hui, les hommes et les femmes ne vivent pas seulement plus longtemps, ils souffrent aussi moins vite d'impotence que les générations précédentes.

b) Le recensement fédéral de la population

Le recensement 2000 révèle les chiffres suivants pour le canton de Fribourg :

Population des personnes âgées de 65 ans et +	31'170 personnes
Population des personnes âgées de 80 ans et +	8'344 personnes

Pour une population de 241'706 habitants en 2000, le taux de celle des personnes âgées de 65 ans et + est de **12,89 %** et celui des personnes de 80 ans et + de **3,45 %**.

Par le passé, on a constaté une hausse de l'espérance de vie d'une année au moins par décennie. Les scénarios les plus récents ne tablent plus que sur une augmentation de 0,3 à 0,5 an par décennie. Ces scénarios révèlent que le taux moyen de la population suisse des personnes de 65 ans et + qui est de 15,4 % en 2000 devrait atteindre 17,4 % en 2010, soit une augmentation de 13 %. Pour celle des personnes de 80 ans et +, le taux de 26,2 % en 2000 passerait à 27,0 % en 2010, soit une augmentation de 3 %.

Transposés au canton de Fribourg, ces taux donnent les résultats suivants :

	Personnes âgées de 65 ans et +	Personnes âgées de 80 ans et +
Population 2000	31'170	8'344
Population 2010	35'222	8'594

- c) Les taux retenus par d'autres cantons dans la planification des EMS sont les suivants :

	Pour 100 personnes 65 ans et +	Pour 100 personnes 80 ans et +
NEUCHATEL	6,4 lits EMS 1,7 lit non EMS	
VALAIS		23 lits
VAUD	5,2 lits	
SOLEURE		24 lits
BALE-VILLE		23 lits
LUCERNE	8,5 lits	25 lits

- d) Personnes hospitalisées en attente d'une admission en EMS

Une enquête faite au printemps 2003 dans les hôpitaux du canton montre que **80** personnes âgées doivent prolonger leur séjour hospitalier, dans l'attente que des places se libèrent dans des EMS :

Hôpital cantonal	12 personnes
Hôpital du sud	10 personnes
HIB, Payerne	24 personnes domiciliées sur FR
Hôpital psychiatrique de Marsens	21 personnes
Hôpital de Tavel	5 personnes
Hôpital de Meyriez	5 personnes
CTR, Billens	3 personnes

Au 80 personnes recensées dans les hôpitaux, il faut ajouter **16** personnes qui, selon une enquête faite en été 2003 dans les services d'aide et de soins à domicile, vivent à leur domicile et attendent une entrée urgente en EMS.

4. Constatations sur les structures actuelles

4.1 Les foyers de jour

Le Home du Gibloux est le seul établissement à avoir créé un foyer de jour. Trois autres foyers attendent de connaître les modalités de leur subventionnement pour être mis en exploitation au début de 2004.

Comparé à d'autres cantons, Fribourg est pauvre en matière de structures pour l'accueil de jour des personnes âgées. La commission propose des mesures afin de rattraper le retard et de permettre à des EMS ou à d'autres organisations créer de tels foyers.

4.2 Les courts séjours

Les propositions faites en 1994 par l'AFIPA n'ont pas eu les effets attendus. Les possibilités d'accueil pour de courts séjours existent dans certains établissements de certains districts, mais la couverture sur le plan cantonal est insuffisante, en particulier dans les districts du sud du canton. La commission propose des mesures tendant à développer les accueils pour de courts séjours, étant entendu que cette forme d'accueil peut éviter ou différer l'entrée dans un EMS pour un séjour de longue durée.

4.3 Les séjours de longue durée

En 2003, les établissements médico-sociaux comptent 1993 lits reconnus. S'y ajouteront 70 lits attribués en 2004 à des établissements partiellement reconnus.

La commission observe deux situations de faits contradictoires :

- D'une part, les listes d'attente fournies par les hôpitaux et les organisations d'aide et de soins à domicile démontrent que le nombre de lits EMS actuellement reconnus ne suffit pas ; d'autre part, plusieurs établissements hébergent dans leur secteur non reconnu EMS des personnes âgées qui nécessitent des soins ;
- selon les normes retenues par d'autres cantons pour déterminer le nombre de lits selon les classes d'âge >65 ans ou >80 ans, le réseau actuel est d'une capacité suffisante.

La commission conclut que les 2063 lits EMS reconnus en 2004 suffisent à assurer l'accueil des personnes âgées en milieu résidentiel, mais que des personnes occupant des lits EMS auraient pu rester à leur domicile si les organisations de soins et d'aide à domicile, les accueils pour des courts séjours et les foyers de jour étaient mieux développés.

4.4 Psychogériatrie

Les établissements accueillent de plus en plus de personnes âgées désorientées, souffrant de démences plus ou moins avancées et dont les troubles de comportements dépassent parfois les compétences des équipes soignantes. La commission encourage le développement de la psychiatrie de liaison et la création d'un établissement intermédiaire entre l'EMS et l'hôpital psychiatrique.

5. Propositions pour la création ou le développement de structures favorisant le maintien à domicile

5.1. Foyers de jour

Reconnaissance à partir de 2004 des 4 foyers de jour qui ont demandé à être reconnus ;

Reconnaissance jusqu'à 2006 de 4 foyers supplémentaires de manière à assurer la présence d'un foyer au moins par district.

5.2 Accueils pour des courts séjours

Reconnaître en 2004 les 20 lits que les EMS affectent déjà à des courts séjours et inciter les districts sous dotés en lits à créer 15 lits supplémentaires jusqu'en 2006.

5.3 Séjours de longue durée

Appliquer la norme de 6,5 lits pour 100 personnes âgées de 65 ans et + et de 25 lits pour 100 personnes âgées de 80 ans et +

	Personnes âgées de 65 ans et +	6,5 lits pour 100 personnes âgées de 65 ans et +	Personnes âgées de 80 ans et +	25 lits pour 100 personnes âgées de 80 ans et +
2000	31'170	2026	8'344	2086
2005	33'196	2158	8'496	2117
2010	35'222	2289	8'594	2149

Reconnaissance de nouveaux lits entre 2004 et 2010

Comparée à la norme de 6,5 lits pour 100 personnes âgées de 65 ans et +, celle de 25 lits pour 100 personnes âgées de 80 ans et + révèle les écarts suivants :

2000	+ 60 lits
2005	- 41 lits
2006-2010	- 140 lits

Dans son évaluation de nouveaux lits à reconnaître jusqu'en 2010, la commission propose de tenir compte de la moyenne des lits de ces deux classes d'âge :

2000	2056 lits
2005	2137 lits
2010	2219 lits

Remarque : au moment de l'entrée en vigueur de la LEMS, le 1^{er} janvier 2002, le nombre de lits reconnus était de 1933 lits ; 60 nouveaux lits ont été reconnus au 1^{er} janvier 2003. On constate donc qu'en 2003, le nombre de lits reconnus (1993) est inférieur au nombre de 2056 lits déterminé pour 2000.

Répartition entre 2004 et 2010 des nouveaux lits à reconnaître		
	Nouveaux lits	Etat au 1 ^{er} janvier 1993
2003		
2004	70	2063
2005	74	2137
2006-2010	82	2219

6. Autres propositions

Les milieux professionnels chargés de faire des démarches de placements de personnes âgées dans des EMS déplorent l'absence d'une centrale d'enregistrement qui pourrait tenir un registre des places libres et des réservations de places pour les personnes en attente d'une admission. La commission propose que cette tâche soit confiée à Pro Senectute Fribourg ou à chaque commission de district. L'avantage de faire appel à Pro Senectute est de créer une centrale d'enregistrement ayant une vue sur l'ensemble du canton ; la commission de district ne peut agir qu'au niveau de cette circonscription. Cette centrale d'enregistrement devrait pouvoir faire une première évaluation de la personne inscrite, selon des critères à définir. La commission propose que cette tâche soit discutée et évaluée avec des partenaires possibles.

Les statistiques démographiques publient l'évolution de la population résidente selon le recensement fait chaque année dans les communes. Les données à disposition ne donnent pas de détails sur la population par tranche d'âge, notamment pour les personnes âgées de 65 ans et + et de 80 ans et +. Il faut attendre les résultats des recensements fédéraux pour connaître cette répartition. La commission propose que les communes communiquent dans leurs statistiques annuelles les données relatives à la population des personnes âgées.

Adopté en séance de la commission, le 27 novembre 2003