

RAPPORT N° 89 19 août 2008
du Conseil d'Etat au Grand Conseil
sur le postulat N° 295.05 Marie-Thérèse Weber-
Gobet/René Thomet relatif à une politique globale
en faveur des personnes âgées

1. INTRODUCTION

1.1 Le postulat

Par postulat déposé et développé le 10 octobre 2005 (BGC p.1386), les député-e-s Marie-Thérèse Weber-Gobet et René Thomet, ainsi que 36 cosignataires, ont demandé au Conseil d'Etat d'élaborer un rapport relatif à une politique globale en faveur des personnes âgées dans le canton de Fribourg.

Dans sa réponse datée du 7 juin 2006, le Conseil d'Etat rappelait que la mise en œuvre des articles 35 et 62 de la Constitution du 16 mai 2004 (projet N° 46) avait été confiée à la Direction de la santé et des affaires sociales. Il était notamment prévu de mener une étude préalable visant à établir un inventaire des mesures qui constituent actuellement les fondements de la politique fribourgeoise en matière de personnes âgées et à définir les besoins qui devront être couverts à l'avenir. Et le Conseil d'Etat de constater que la planification des travaux de mise en œuvre de la Constitution intégrait les préoccupations des député-e-s Weber-Gobet et Thomet.

Le postulat a été accepté par le Grand Conseil le 8 septembre 2006.

1.2 Les défis de la mise en œuvre des articles 35 et 62 de la Constitution

La Constitution garantit aux personnes âgées un droit à la participation, à l'autonomie, à la qualité de vie et au respect de leur personnalité. Elle charge l'Etat et les communes d'œuvrer en faveur de la compréhension et de la solidarité entre les générations.

La concrétisation de ces articles exige la mise en œuvre d'une politique qui place la personne âgée et ses besoins au centre des préoccupations des pouvoirs publics et vise la mise en place et la coordination d'un ensemble de prestations à même de garantir l'objectif visé par la Constitution. Ce mandat constitutionnel constitue une occasion unique pour le canton d'élaborer, en collaboration avec l'ensemble des partenaires et milieux concernés, le concept global demandé par les député-e-s Weber-Gobet et Thomet et les principes législatifs de la future politique en matière de personnes âgées.

1.3 Les délais des travaux de mise en œuvre

Dans son rapport du 15 novembre 2004 au Grand Conseil sur la mise en œuvre de la nouvelle Constitution, le Conseil d'Etat a classé le projet d'élaboration des dispositions d'application relatives aux articles 35 et 62 Cst. dans les projets d'adaptation dits «facultatifs» par opposition aux projets d'application «impératifs», pour lesquels un délai de mise en œuvre maximal au 1^{er} janvier 2009 a été prévu (art. 147 Cst.).

Comme indiqué ci-dessus, la mise en œuvre de ces deux articles constitutionnels nécessite de repenser les fondements de notre politique en faveur des personnes âgées,

en impliquant les milieux concernés. Cette mise en œuvre aboutira à l'élaboration d'une loi sur les personnes âgées et d'un concept y relatif, avec une entrée en vigueur des nouvelles dispositions législatives prévue au 1^{er} janvier 2012.

1.4 Le contenu du rapport

Le rapport a pour but de présenter les résultats et les conclusions de l'étude préalable menée depuis la fin de l'année 2006 et durant l'année 2007 dans le cadre du projet de concrétisation des articles constitutionnels relatifs aux personnes âgées.¹

Le rapport est structuré en quatre parties:

- La première partie est consacrée à une présentation du contexte général dans lequel devra s'inscrire la mise en œuvre de la politique en faveur des personnes âgées;
- La deuxième partie a pour objectif de donner une vue d'ensemble des principaux domaines qui concernent les personnes âgées et des prestations qui leur sont offertes actuellement;
- La troisième partie vise à établir un bilan global des lacunes du dispositif actuel et formule de premières hypothèses d'intervention pour y remédier, propositions qui devront être discutées avec les divers partenaires concernés;
- La dernière partie présente l'organisation de projet prévue pour concrétiser la mise en œuvre des articles constitutionnels.

2. CONTEXTE GÉNÉRAL DE LA MISE EN ŒUVRE D'UNE POLITIQUE GLOBALE EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES

2.1 L'évolution démographique en Suisse et dans le canton de Fribourg

2.1.1 En Suisse

En Suisse, la proportion des personnes ayant 65 ans et plus est passée de 15,4% en 2000 à 16% en 2005, alors que celle des moins de 20 ans a diminué de 23,1% à 21,9%. En 2005, l'espérance de vie s'élevait à 83,9 ans pour les femmes et à 78,7 ans pour les hommes. L'écart entre les durées de vie moyennes féminine et masculine s'élève à 5,2 ans. L'espérance de vie des personnes âgées progresse également. Les hommes ayant atteint l'âge de la retraite peuvent espérer vivre encore 18,1 ans en moyenne, les femmes du même âge 21,6 ans.

L'évolution future se présente comme il suit: la classe d'âge des 80 ans et plus connaîtra la plus forte croissance. Son effectif augmentera de 179% d'ici à 2050. Cet accroissement est dû avant tout à l'actuelle structure par âge de la population, la tranche des personnes nées dans les années 1960 étant la plus importante.²

¹ L'étude préalable a aussi porté sur l'analyse de concepts et des projets d'autres cantons suisses et de pays européens ainsi que sur la recherche internationale dans le domaine de la vieillesse. Il n'est pas fait mention de ces travaux dans le présent rapport qui se focalise sur la situation dans le canton de Fribourg.

² Office fédéral de la statistique, Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse, 2005–2050, Neuchâtel, 2006.

2.1.2 Dans le canton de Fribourg

En 2005, la population du canton de Fribourg se montait à 254 000 personnes. Selon le scénario moyen de l'évolution de la population des cantons 2005–2050, elle devrait atteindre 308 000 en 2030, puis 317 000 personnes en 2050. La croissance de la population du canton jusqu'en 2030 sera due en grande partie à un solde migratoire intercantonal positif. Le solde naturel, ainsi que le solde migratoire international contribueront également à cette augmentation. Dès 2036, le solde naturel sera toutefois négatif.

La proportion des personnes de 65 ans et plus passera entre 2005 et 2030 de 13,1% à 22,9%; en 2050 elle atteindra 26,5%. Par rapport au nombre de personnes en âge de travailler, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus était en 2005 de 21% (rapport de dépendance des personnes âgées en pour-cent). Cette proportion augmentera régulièrement pour atteindre 41% en 2030. Vers 2035, la hausse devrait toutefois se ralentir et ce taux devrait se situer à 49% en 2050.¹

Indicateurs démographiques du canton de Fribourg selon le scénario AR-00-2005/08²

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2015 | 2020 | 2025 | 2030 | 2035 | 2040 | 2045 | 2050 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Taux brut de natalité (pour 1000 habitants) | 10,7 | 10,6 | 10,5 | 10,5 | 10,5 | 10,1 | 9,5 | 9,0 | 8,8 | 8,8 | 8,9 |
| Taux brut de mortalité (pour 1000 habitants) | 7,2 | 7,1 | 7,1 | 7,0 | 7,2 | 7,6 | 8,3 | 8,9 | 9,8 | 10,5 | 11,1 |
| Solde naturel pour 1000 habitants | 3,4 | 3,4 | 3,4 | 3,5 | 3,3 | 2,5 | 1,2 | - | -1,0 | -1,7 | -2,2 |
| Solde migratoire international pour 1000 habitants | 3,9 | 3,6 | 3,3 | 1,9 | 0,6 | 0,6 | 0,7 | 0,7 | 0,7 | 0,7 | 0,7 |
| Solde migratoire intercantonal pour 1000 habitants | 5,8 | 5,7 | 5,4 | 3,2 | 1,9 | 1,9 | 1,8 | 1,7 | 1,5 | 1,3 | 1,2 |
| Solde migratoire total pour 1000 habitants | 9,7 | 9,3 | 8,7 | 5,1 | 2,5 | 2,6 | 2,5 | 2,4 | 2,1 | 2,1 | 2,0 |
| Taux brut de naturalisation (pour 1000 habitants) | 19,0 | 19,0 | 18,7 | 17,0 | 16,9 | 16,6 | 16,2 | 16,1 | 16,2 | 16,1 | 16,0 |
| Accroissement de la population (pour 1000 habitants) | 13,2 | 12,9 | 12,2 | 8,7 | 5,9 | 5,1 | 3,7 | 2,4 | 1,2 | 0,4 | -0,2 |
| Proportion d'étrangers en % | 16,8 | 16,9 | 17,0 | 17,2 | 16,7 | 16,0 | 15,4 | 15,0 | 14,7 | 14,5 | 14,3 |
| Rapport de masculinité | 98,5 | 98,4 | 98,4 | 98,2 | 97,8 | 97,5 | 97,0 | 96,6 | 96,2 | 95,9 | 95,7 |
| Âge médian | 37,9 | 38,1 | 38,4 | 39,5 | 40,5 | 41,4 | 42,4 | 43,4 | 44,2 | 44,8 | 45,0 |
| Proportion des moins de 20 ans en % | 24,7 | 24,4 | 24,1 | 22,7 | 21,9 | 21,7 | 21,4 | 20,9 | 20,4 | 19,9 | 19,6 |
| Proportion des 20 - 64 ans en % | 61,7 | 61,7 | 61,7 | 61,3 | 60,3 | 58,4 | 56,0 | 54,4 | 54,0 | 54,2 | 54,1 |
| Proportion des 65 ans ou plus en % | 13,7 | 13,9 | 14,2 | 16,0 | 17,7 | 19,9 | 22,6 | 24,7 | 25,6 | 25,9 | 26,3 |
| Rapport total de dépendance en % | 62,1 | 62,0 | 62,1 | 63,1 | 65,7 | 71,3 | 78,5 | 83,8 | 85,1 | 84,5 | 84,8 |
| Rapport de dépendance des personnes âgées en % | 22,1 | 22,5 | 23,1 | 26,1 | 29,4 | 34,2 | 40,4 | 45,3 | 47,4 | 47,9 | 48,5 |
| Rapport de dépendance des jeunes en % | 40,0 | 39,5 | 39,0 | 37,0 | 36,3 | 37,1 | 38,1 | 38,4 | 37,7 | 36,6 | 36,3 |

2.2 Les changements sociologiques

Les projections linéaires relatives à l'évolution du nombre de personnes âgées ne sont pas à même de saisir les énormes changements intervenus au cours des dernières décennies dans cette population. En Suisse, ce n'est pas uniquement une prolongation de la durée de vie qui se dessine aujourd'hui, mais également le prolongement de la vie sans handicap majeur. Les femmes et les hommes de 65 ans peuvent actuellement s'attendre à vivre plus des trois quarts du reste de leur vie sans grave problème de santé.

| Espérance de vie | Hommes | Femmes |
|---|----------------------------|----------------------------|
| à la naissance (en années) | 78,7 (2005) | 83,9 (2005) |
| à l'âge de 65 ans (en années) | 18,1 (2005) | 21,6 (2005) |
| en bonne santé à l'âge de 65 ans (en années) | 12,6 (2002) 11,1 (1992) | 13,5 (2002) 11,9 (1992) |
| sans incapacité à l'âge de 65 ans (en années) | 14,6 (2002) 12,3 (1992) | 15,9 (2002) 14,7 (1992) |

¹ Office fédéral de la statistique, Scénarios de l'évolution de la population des cantons 2005–2050, Canton de Fribourg, Neuchâtel, 2007.
² Un glossaire relatif aux notions utilisées dans le tableau figure en annexe.

Malgré une évolution globale réjouissante de l'état de santé des personnes âgées, on constate toutefois une augmentation des maladies de la démence. Selon l'Association Alzheimer Suisse, 96 000 personnes souffrent de dégénérescence progressive et inéluctable du cerveau, dont la forme la plus fréquente est la maladie d'Alzheimer; dans le canton de Fribourg, ce nombre est estimé à 2700. Après 85 ans, on estime que le nombre de personnes atteintes de cette maladie se situe entre 10% et 30%. Ces personnes exigent une prise en charge spécifique tant à domicile que dans les établissements médico-sociaux.

Le développement économique du pays, mais également un système efficace de prévoyance, ont contribué à améliorer de manière significative la situation financière de la majorité des personnes âgées.³ Grâce à cette évolution positive et à l'amélioration de leur état de santé, les rentières et rentiers sont aujourd'hui plus mobiles et physiquement plus actifs que les générations précédentes. Les personnes âgées consacrent de plus en plus de temps à des loisirs et s'impliquent à titre bénévole dans diverses activités très utiles à notre société. Ce dynamisme des personnes âgées est un atout majeur qu'il y aura lieu de favoriser.

Bien que la situation financière des personnes âgées se soit globalement améliorée, il n'en demeure pas moins qu'un certain nombre de rentières et rentiers ne bénéficient que d'une rente AVS et d'une prestation complémentaire pour couvrir leurs besoins vitaux. En 2007, les bénéficiaires d'une prestation complémentaire étaient dans le canton de Fribourg au nombre de 6400 (6189 en 2006), dont 4405 (4213 en 2006) vivaient à domicile. Il est à relever que sur les 6588 personnes qui ont bénéficié dans le canton de Fribourg d'une aide matérielle de l'aide sociale en 2006, 43 personnes se situaient dans la tranche d'âge de 65 à 79 ans (0,8%), alors que 9 personnes étaient âgées de 80 ans ou plus (0,1%).⁴

L'augmentation de l'espérance de vie se traduit aussi par une coexistence prolongée des générations et donc par une société à quatre générations.⁵ Le nombre de personnes non mariées et sans enfants augmentera également de manière importante, ce qui aura certainement une incidence sur le réseau familial à même de participer à la prise en charge de ces personnes dans leur vieillesse. Par ailleurs, il est important de mentionner que la vieillesse se féminise de manière significative, puisqu'on s'attend à une proportion de femmes de plus de 75 ans de 59% en 2050.⁶ Les femmes seront plus concernées par les maladies liées à l'âge que les hommes et elles seront également plus menacées par l'isolement social du fait qu'elles sont plus souvent touchées par la perte de leur partenaire. Finalement, les personnes issues des grandes vagues d'immigration atteignent actuellement l'âge de la retraite et leur nombre va s'accroître à l'avenir. La première génération de migrants après la deuxième guerre mondiale a eu peu de possibilités de formation et est en moins bonne santé que les Suisses du même âge. Cette

³ Höpflinger François; Hugentobler Valérie: Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse, prévisions et scénarios pour le 21^e siècle, Bern, 2003.
⁴ Office fédéral de la statistique: Statistique de l'aide sociale: résultats de la statistique de l'aide sociale 2006, canton de Fribourg, Neuchâtel, octobre 2007.
⁵ Höpflinger François; Hummel Cornelia: Enkelkinder und ihre Grosseltern. Intergenerationelle Beziehungen im Wandel, Zürich: Seismo, 2006.
⁶ US Census Bureau: Global Ageing into the 21st century, Washington, 1996.

génération de migrants se trouve également majoritairement dans une situation économique fragile.

2.3 Les personnes âgées handicapées

La prise en charge des personnes handicapées vieillissantes est une des problématiques qui sera traitée dans les travaux de mise en œuvre de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) en vue de l'élaboration du plan stratégique exigé par la loi fédérale sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides, la LIPPI. Depuis l'entrée en vigueur de la RPT au 1^{er} janvier 2008, les cantons disposent en effet d'un délai transitoire de 3 ans pour élaborer leur plan stratégique cantonal qui devra notamment définir les principes et procédures qui régiront dans le futur la prise en compte des besoins de l'ensemble de la population invalide (planification et analyse des besoins).

Une présentation de la mise en œuvre du projet RPT a été faite dans le rapport sur le postulat N° 261.04 Christine Bulliard/Yvonne Stempfel concernant les possibilités d'accueil dans notre canton pour les personnes handicapées physiques nécessitant des soins. Il est précisé dans ce rapport que «en référence au postulat Weber-Gobet/Thomet visant à la mise en place d'une politique globale en matière de personnes âgées, une coordination de la mise en œuvre de la RPT avec le projet de mise en œuvre des nouveaux articles constitutionnels relatifs aux personnes âgées sera assurée par la Direction de la santé et des affaires sociales».

2.4 Les enjeux de la politique en faveur des personnes âgées

L'article 35 de la Constitution fribourgeoise stipule que «les personnes âgées ont droit à la participation, à l'autonomie, à la qualité de vie et au respect de leur personnalité». La mise en œuvre d'une politique des personnes âgées se doit de garantir ces droits fondamentaux et de relever les défis posés par l'évolution démographique et sociale exposée plus haut. Elle doit tenir compte de la contribution apportée par les personnes âgées à la société globale et de leur potentiel de participation dans cette société en favorisant la reconnaissance et la valorisation de cette contribution. Elle vise à promouvoir un mode de vie actif et autonome, garantissant aux aînés la possibilité de décider de la manière dont ils aimeraient organiser leur vie. Par ailleurs, elle doit tenir compte des multiples besoins, systèmes de valeurs, modes de vie et attentes des personnes âgées ainsi que des évolutions prévisibles. En outre, la politique en faveur des personnes âgées se construira dans une perspective de solidarité entre les générations, en favorisant la mise en place de mécanismes d'échange entre les aînés et les générations plus jeunes.

Quelles sont les mesures à même d'atteindre ces objectifs? Maintenir la qualité de vie d'une personne ne signifie pas uniquement lui prodiguer des soins adéquats, si nécessaire dans un établissement spécialisé. Il s'agit aussi de pallier, le cas échéant, les conséquences de l'affaiblissement du réseau social et familial de la personne âgée, d'éviter son isolement et de favoriser son intégration. Finalement, il est impératif d'adapter les infrastructures afin de garantir à cette partie toujours plus importante de la population un cadre de vie adéquat.

Les mesures qui devront être prises ne seront pas toutes de la compétence des pouvoirs publics. Ainsi, bon nombre d'initiatives, de prestations et de produits sont développés actuellement sous l'impulsion des milieux économiques, conscients des importantes potentialités du marché que représentent les personnes âgées. Les milieux associatifs ne sont pas en reste et multiplient les actions et prestations les plus diverses pour répondre à leurs attentes. Au plan national et à l'étranger, diverses mesures sont à l'étude en vue de maintenir la personne âgée dans le marché du travail et de bénéficier de ses compétences.

Certaines mesures relèvent toutefois clairement de la compétence des pouvoirs publics. Parmi elles, il en est qui exige une égalité de traitement sur l'ensemble du territoire cantonal, notamment dans le domaine de la santé et des soins. D'autres mesures ne sont à même de développer pleinement leurs effets que si elles tiennent compte des particularités du lieu de vie de la personne, de son entourage social.

La future politique globale du canton de Fribourg en faveur des personnes âgées devra se concentrer sur un certain nombre de mesures jugées prioritaires en vue d'atteindre l'objectif fixé dans la Constitution. Ces mesures ne pourront cependant être mises en œuvre que si tous les milieux concernés les soutiennent.

3. LE DISPOSITIF FRIBOURGEOIS AUTOUR DE LA PERSONNE ÂGÉE

Plusieurs politiques touchent directement ou indirectement les personnes âgées, comme tous les habitants de notre canton, et il n'est pas possible d'en décrire de manière exhaustive les impacts spécifiques sur les personnes âgées. Le choix s'est dès lors porté sur une analyse des principaux domaines suivants: le domaine de la santé, le domaine médico-social et l'intégration sociale, y compris les aspects liés aux infrastructures.

Pour pouvoir dresser un état des lieux aussi exhaustif que possible, un questionnaire a été envoyé à l'ensemble des communes du canton. 90% des communes y ont répondu, ce qui rend l'enquête parfaitement représentative.¹

Il sied de relever que les réponses au questionnaire ont révélé la grande diversité et la richesse des prestations et infrastructures offertes dans notre canton aux personnes âgées par les institutions et organisations privées, par les églises, par les réseaux de bénévoles et par les communes.

3.1 Le domaine de la santé

3.1.1 La prise en charge hospitalière

Le canton de Fribourg dispose d'un réseau hospitalier et d'infrastructures de qualité, ainsi que de personnel hautement qualifié. En plus des prestations de base offertes à l'ensemble de la population fribourgeoise dans les divers établissements du réseau hospitalier fribourgeois, certaines missions ont été développées aussi pour répondre aux besoins particuliers des personnes âgées. Il s'agit en particulier d'unités de réadaptation, de suite de traitement et de gériatrie (sites de Billens, Châtel-Saint-Denis, Estavayer-le-Lac et Meyriez). Une unité de soins palliatifs

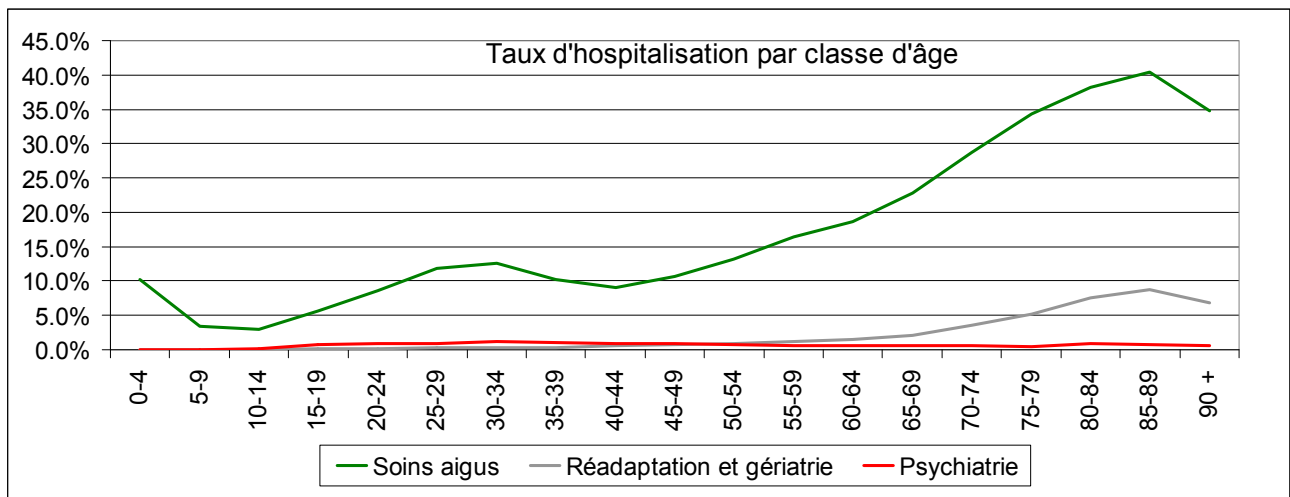
¹ Le questionnaire envoyé aux communes figure en annexe. Aucune exigence méthodologique n'a été formulée sur la manière d'y répondre.

est également opérationnelle sur le site de Châtel-Saint-Denis. Par ailleurs, le Réseau de soins en santé mentale, nouvelle organisation des structures psychiatriques cantonales entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2008, s'articule en 3 secteurs. L'un des secteurs est entièrement dédié à la prise en charge des personnes âgées, que ce soit de manière ambulatoire, dans des structures intermédiaires ou encore stationnaires. Le service de psychogériatrie sur le site hospitalier de Marsens a accueilli 221 personnes en 2007 (191 en 2006 et 258 en 2005).

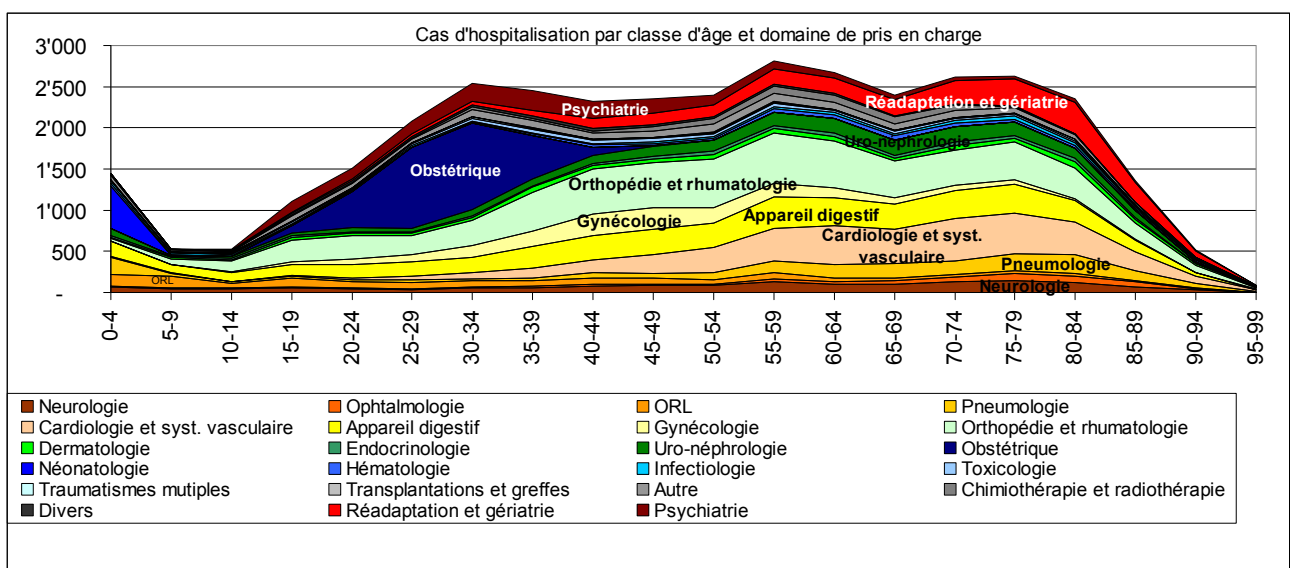
La planification de la prise en charge hospitalière relève de la compétence du Conseil d'Etat. La dernière mise à jour de la planification date de mars 2008. C'est sur la base des travaux du Service de la santé publique et notamment de la Commission de planification sanitaire que le Conseil d'Etat a évalué les besoins futurs en soins (2005 à 2020) et attribué les différents mandats de prestations aux sites hospitaliers du canton. La nouvelle planification est également le résultat d'une large consultation des partenaires de la santé. Ainsi, parmi plus de 200 orga-

nismes, l'Association fribourgeoise des institutions pour personnes âgées (AFIPA), l'Association fribourgeoise des services d'aide et de soins à domicile (AFAS) et la Fédération fribourgeoise des retraités ont également participé à la procédure de consultation.

L'estimation des besoins futurs se fonde sur le constat que les taux et les causes d'hospitalisation varient fortement en fonction de l'âge. Alors qu'entre 40 et 44 ans environ 10% de la population réalise un séjour hospitalier en soins aigus somatiques, ce taux augmente progressivement à 20% entre 60 et 64 ans pour atteindre un seuil maximal de 40% entre 85 et 89 ans. Pour les prestations de réadaptation et de gériatrie, les taux d'hospitalisation sont moins élevés, mais suivent une tendance identique avec des taux également plus élevés pour les personnes âgées. En matière de prise en charge psychiatrique par contre, l'âge n'est pas un critère déterminant et les taux d'hospitalisation sont quasiment identiques chez les jeunes, les adultes à l'âge actif et les personnes âgées.



En ce qui concerne les causes d'hospitalisation, elles varient également en fonction de l'âge. Les maladies liées au domaine cardio-vasculaire et pneumologique ainsi que les traitements de réadaptation et de gériatrie notamment augmentent avec l'âge.



Ces paramètres combinés à l'évolution future de la population, pour chaque classe d'âge, ont permis de déterminer les besoins futurs par prestations. Il est ainsi prévu une augmentation des capacités hospitalières en soins aigus, en réadaptation et en gériatrie.

Concernant la réadaptation et la gériatrie, la nouvelle répartition des prestations par site prévue par la planification hospitalière est la suivante:

- site de Billens: réadaptation générale, réadaptation cardio-vasculaire (nouveau), rééducation respiratoire;
- site de Châtel-Saint-Denis: réadaptation générale, suite de traitement, gériatrie, soins palliatifs;
- site d'Estavayer-le-Lac: réadaptation générale, suite de traitement, gériatrie;
- site de Meyriez: réadaptation générale, suite de traitement, gériatrie, neuroréhabilitation (nouveau), soins palliatifs (nouveau).

Par ailleurs, une activité de médecine aiguë a été maintenue sur le site de Meyriez pour permettre à cet établissement de jouer un rôle de «porte d'entrée» au réseau hospitalier fribourgeois. Cette unité permettra également de prendre en charge les personnes âgées nécessitant des soins aigus.

3.1.2 La prise en charge médicale ambulatoire

Le médecin de famille est d'une importance capitale pour le maintien des personnes âgées à domicile. Il est une personne de confiance, qui assure la continuité et la cohérence des soins prodigués. Alors que les médecins de premier recours effectuent le 90% des actes médicaux, et ceci à un moindre coût (15 à 20% des dépenses globales de la santé), leur nombre va vraisemblablement diminuer de manière inquiétante d'ici à 2030. Si les changements dans le mode de recours aux soins ne devaient pas se modifier d'ici là, l'effet démographique conjugué à la diminution du nombre de médecins actifs en cabinets devrait engendrer au plan suisse une diminution du volume des prestations assurées par ces médecins de 29%, voire 40% pour les médecins de famille.¹ Fribourg comptait en 2006 166 médecins en pratique privée pour 100 000 habitants ce qui se situe en dessous de la moyenne suisse. Plus de la moitié des généralistes fribourgeois a dépassé 55 ans et peine, déjà actuellement, à trouver des personnes pour assurer la relève. D'après les réponses au questionnaire adressé aux communes, 35% des communes estiment que sur leur territoire, l'offre en médecins et pharmacies est insuffisante ou inexistante.

En 2002, le Conseil fédéral a décrété un moratoire de trois ans pour l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux privés. Le 13 juin 2008, les mesures de moratoire ont été reconduites une nouvelle fois, jusqu'au 31 décembre 2009. Toutefois, les effectifs de médecins fribourgeois étant en dessous des dotations de référence fixées par les autorités fédérales, le canton de Fribourg n'a jamais refusé d'autorisation de pratique à charge de la LAMal en raison du moratoire. Cependant, la lourdeur des investissements, la surcharge de travail et les complications administratives liées aux demandes et attentes croissantes des assureurs-maladie constituent également des freins pour l'installation des jeunes médecins dans des cabinets

privés. Pour combattre la pénurie de médecins, la Société de médecine du canton de Fribourg s'efforce de rendre le métier de médecin de famille attrayant, notamment en créant des réseaux de médecins ou en organisant la garde en collaboration avec des hôpitaux.

En plus des médecins généralistes, il faut relever l'important rôle assuré par un grand nombre d'autres professionnels de la santé, tels que les médecins spécialistes, ergothérapeutes, ostéopathes, physiothérapeutes, orthopédistes, masseurs médicaux, infirmières indépendantes et pharmaciens, qui offrent des prestations aux personnes âgées et contribuent ainsi au maintien de leur santé.

3.1.3 La prévention et la promotion de la santé

Dans son rapport sur la promotion de la santé des aînés, l'Observatoire suisse de la santé (ci-après: Obsan) a défini plusieurs champs d'action, dont le comportement en matière d'alimentation (en Suisse, la dénutrition touche entre 5 et 10% des personnes âgées) et l'activité physique.²

De nombreuses études récentes démontrent en effet une corrélation entre le manque d'exercice physique et le développement d'une surcharge pondérale ainsi que de nombreuses maladies chroniques. Des travaux effectués par des neurologues américains et canadiens prouvent également que l'activité physique peut avoir un effet préventif et soulager différentes formes de dépression.³

Dans le canton de Fribourg, les priorités d'actions en matière de prévention et de promotion de la santé sont fixées dans le Plan cantonal de promotion de la santé et de prévention. Le Plan 2007–2011, accepté par le Conseil d'Etat le 7 mai 2007, confirme le bien-fondé des actions jugées prioritaires avant 2006, à savoir: les comportements néfastes à la santé (mauvaise alimentation, abus d'alcool), les accidents, l'utilisation des services de santé, les suicides. Il prévoit en outre d'intervenir en priorité dans les domaines suivants:

- Alimentation saine et activité physique;
- Santé psychique: stress, violence, dépression/suicide;
- Contexte/conditions cadres.

Parmi les groupes-cibles identifiés, celui des personnes de plus de 50 ans exige des mesures et programmes spécifiques tels que le programme de dépistage du cancer du sein ou le programme de promotion de la santé au travail déjà mis sur pied mais qu'il y a lieu de renforcer. Le Plan cantonal ne prévoit pas d'action spécifique pour les personnes âgées de 65 ans et plus, partant de l'idée que les programmes et mesures proposées auront dans le futur un impact sur l'évolution de la santé et du bien-être des personnes âgées. Les thèmes prioritaires du Plan cantonal 2007–2011 seront déclinés dans un plan d'action. Un inventaire des structures et projets existant dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé sera établi sous l'égide de la Commission cantonale de promotion de la santé et de prévention. Comme l'indique l'Obsan dans une étude relative aux coûts des soins de longue durée, l'efficacité des programmes de prévention

¹ Observatoire suisse de la santé: Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – Projections à l'horizon 2030, Document de travail 33, Neuchâtel, juillet 2008.

² Schweizerisches Gesundheitsobservatorium: Gesundheitsförderung und Prävention im Alter in der Schweiz. Ergebnisse aus dem Gesundheitsprofil-Projekt, Neuchâtel, 2007.

³ Hays, K. F., Overcoming inertia: Exercise and depression. In K. F. Hays (Ed.), Working it out: Using exercise in psychotherapy (pp. 75 à 85). Washington, DC: American Psychological Association, 1999.

et de maintien de l'autonomie des personnes de 65 ans et plus aura une influence sur la hausse des coûts futurs des soins de longue durée. Il est dès lors important d'intégrer ces programmes dans les mesures du futur Plan cantonal de promotion de la santé et de prévention.¹

En matière de prévention et de promotion de la santé pour les personnes âgées, les associations privées, essentiellement les sociétés de gymnastique et les groupements des aînés, et Pro Senectute sont très actifs et proposent aux aînés des cours de gymnastique. Pro Senectute a en outre mis sur pied des cours de prévention des chutes et des accidents. Quant à la Croix-Rouge fribourgeoise, elle organise des ateliers santé pour seniors sur les thèmes suivants: nourriture, sommeil, douleurs chroniques, entraînement de la mémoire.

Enfin on peut noter, en termes de prévention, les guides d'intervention pour les professionnel·les à destination des personnes âgées (y inclus des informations sur la problématique du suicide assisté) développés par Prévention Suicide Fribourg (PreSuiFri).

3.2 Le domaine médico-social

3.2.1 Les établissements médico-sociaux

Lors de l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 1981 de la loi du 21 février 1980 sur le subventionnement des soins spéciaux dans les établissements pour personnes âgées, le canton de Fribourg comptait 3 établissements reconnus pour une centaine de lits médicalisés. Au 1^{er} janvier 2002, lors de l'entrée en vigueur de la loi du 23 mars 2000 sur les EMS pour personnes âgées, il y avait 37 EMS reconnus pour 1933 lits médicalisés.

En 2008, le nombre d'EMS reconnus se monte à 46 pour 2273 lits médicalisés, ce qui correspond à 6,36 lits pour 100 personnes âgées de 65 ans et plus et à 23,17 lits pour 100 personnes âgées de 80 ans et plus. A ce nombre, il y lieu d'ajouter 40 lits médicalisés réservés à des courts séjours d'une durée maximale de 3 mois. On compte encore 89 lits non médicalisés dans les EMS reconnus.

Nombre de lits EMS reconnus pour des longs et courts séjours: Situation au 1^{er} janvier 2008

| Districts | Lits longs séjours | Population 31.12.2007 65 ans et + | Taux couverture district | Population 31.12.2007 80 ans et + | Taux couverture district | Lits courts séjours | Solde lits non médicalisés en EMS |
|---------------|--------------------|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|---------------------|-----------------------------------|
| Sarine | 745 | 12 020 | 6,20% | 3 336 | 22,33% | 8 | 15 |
| Singine | 326 | 5 559 | 5,86% | 1 377 | 23,67% | 10 | 8 |
| Gruyère | 456 | 6 197 | 7,36% | 1 747 | 26,10% | 3 | 40 |
| Lac | 229 | 4 231 | 5,41% | 1 194 | 19,18% | 3 | 21 |
| Glâne | 181 | 2 538 | 7,13% | 738 | 24,53% | 3 | 5 |
| Broye | 187 | 3 428 | 5,46% | 941 | 19,87% | 9 | |
| Veveysse | 149 | 1 747 | 8,53% | 477 | 31,24% | 4 | |
| Canton | 2 273 | 35 720 | 6,36% | 9 810 | 23,17% | 40 | 89 |

Il est important de relativiser les chiffres par district dans la mesure où la provenance des pensionnaires accueillis dans les EMS n'est pas connue. Une enquête est actuel-

¹ Observatoire suisse de la santé: Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse, Document de travail 24, Neuchâtel, 2008.

lement en cours afin de déterminer, pour chaque EMS, la provenance de chaque pensionnaire.

Selon une comparaison intercantonale établie en 2006 par l'Obsan (données statistiques 2002), le taux moyen de recours aux EMS en Suisse se situait à 20% pour les personnes âgées de 80 ans et plus.²

En novembre 2003, la commission consultative en matière d'EMS préconisait un taux de 6,5 lits pour 100 personnes âgées de 65 ans et plus et de 25 lits pour 100 personnes âgées de 80 ans et plus. Ces taux seront vérifiés lors de la planification des besoins en matière de prise en charge des personnes âgées, qui débutera cet automne en collaboration avec l'Obsan.

Evolution du niveau de soins des pensionnaires en EMS³

| Années | Niveau de soins A | Niveau de soins B | Niveau de soins C | Niveau de soins D |
|--------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| 2001 | 7,75% | 21,90% | 27,26% | 43,09% |
| 2002 | 5,87% | 20,77% | 28,68% | 44,68% |
| 2003 | 5,13% | 20,03% | 28,08% | 46,76% |
| 2004 | 4,89% | 19,48% | 29,71% | 45,92% |
| 2005 | 3,49% | 18,87% | 30,60% | 47,04% |
| 2006 | 2,70% | 18,39% | 30,93% | 47,98% |

En relation avec les journées enregistrées dans les comptes des années 2001 à 2006, il y a lieu de constater une diminution de 5,05% des pensionnaires de niveau de soins A, de 3,60% pour le niveau B et une augmentation pour le niveau de soins C de 3,66% et de 4,89% pour le niveau de soins D. Cette tendance se confirme dans les budgets 2007 et 2008.

3.2.2 Les homes simples, pensions et congrégations religieuses

Il existe plus d'une centaine de lits non médicalisés dans des institutions non reconnues par le canton. Parmi ces institutions citons le Home II des Bonnesfontaines, à Fribourg (18 lits), le Foyer Les Peupliers, au Mouret (18 lits), celui de Saint-Joseph, à Morlon (21 lits) et le Hospiz St. Peter, à Gurmels (44 lits).

Ces lits sont actuellement occupés en majorité par des personnes nécessitant des soins et un accompagnement. Ces personnes sont prises en charge soit par du personnel engagé par l'institution soit par les services d'aide et de soins à domicile. En lien avec les EMS reconnus se pose la question de l'égalité de traitement des personnes âgées nécessitant des soins lourds et du financement des prestations de soins dispensées dans ces institutions.

Le canton de Fribourg compte en outre de nombreuses congrégations religieuses qui prodiguent des soins à leurs membres dont deux tiers ont plus de 65 ans.

² Observatoire suisse de la santé: Comparaison intercantonale du recours aux soins de longue durée en Suisse, Neuchâtel, 2006.

³ L'évaluation des besoins en soins et en accompagnement des pensionnaires en EMS est faite au moyen d'une grille définissant 14 domaines à évaluer selon un système de points allant de 1 à 6, en fonction du temps d'intervention des soignants. Selon le nombre de points obtenus, la personne est évaluée avec un degré de dépendance (ou niveau de soins) A, B, C ou D. Le degré de dépendance détermine la dotation nécessaire à la prise en charge de la personne: le degré A correspond à une dotation de 0,15 EPT (44 minutes), le degré B à 0,34 EPT (100 minutes), le degré C à 0,64 EPT (188 minutes) et le degré D à 1,02 EPT (300 minutes).

3.2.3 L'aide et les soins à domicile

Depuis l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2006 de la loi révisée du 8 septembre 2005 sur l'aide et les soins à domicile, douze services d'aide et de soins à domicile offrent les prestations de base en matière de soins et d'aide à domicile. Parmi elles, cinq ont en outre développé des prestations spécifiques: puériculture, conseil aux parents, ergothérapie, système d'alarme, repas à domicile.

Selon les statistiques 2006 de l'AFAS, l'association faîtière des organisations d'aide et de soins à domicile du canton, le nombre de personnes employées par les organisations pour fournir les prestations d'aide et de soins à domicile s'élevait à 585 personnes (561 en 2005), soit 268,63 EPT (265,77 EPT en 2005). A cet effectif s'ajoutent 55 stagiaires en formation, 31 personnes actives dans les services de repas à domicile, 1 infirmière puéricultrice et 1 ergothérapeute, soit un effectif total de 673 personnes (633 en 2005).

En 2006, 428 718 prestations ont été fournies aux 5985 clients qui ont fait appel aux services d'aide et de soins à domicile, dont 3962 étaient au bénéfice d'une rente AVS (67%). 75% des heures d'aide et de soins fournis l'ont été à des personnes âgées de plus de 65 ans. 80% de ces prestations concernaient le domaine des soins et ont été refacturées aux assureurs-maladie. Les données statistiques permettent de constater un recul de l'aide à domicile proportionnellement à l'ensemble des prestations fournies. Globalement, entre 2005 et 2006, les heures d'aide à domicile facturées par client ont reculé d'environ 2%. Cela a son importance, dans la mesure où la clientèle des personnes âgées 65 ans et plus représentait, en 2006, 57% de la clientèle totale.

Selon l'étude de l'Obsan établie en 2006, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus recourant aux services d'aide et de soins à domicile était de 16,8 pour 100 habitants en 2002 (12,4 en moyenne suisse). En revanche, le nombre d'heures de soins était de 30,4 par client (40,1 en moyenne suisse) et le nombre d'heures d'aide familiale était de 43,7 par client (48,3 en moyenne suisse). Ces données devront être actualisées dans le cadre de la planification des besoins en matière de prise en charge des personnes âgées, qui débutera cet automne en collaboration avec l'Obsan.

Toute personne ayant besoin d'un soutien pour cause de maladie, d'accident, de maternité, de handicap ou en raison de son âge, peut solliciter l'organisation d'aide et de soins à domicile desservant sa région de résidence. La nécessité d'une intervention est établie sur la base d'une évaluation des besoins. Cette évaluation comprend l'appréciation de l'état général de la personne, de son environnement et de ses besoins en aide et/ou en soins. L'introduction d'un instrument uniforme d'évaluation des besoins de la personne est actuellement en cours (RAI-Home-Care).

Grâce aux prestations d'aide et de soins à domicile, les personnes concernées peuvent continuer à vivre dans leur environnement familial en dépit d'incapacités ou réintégrer plus rapidement leur domicile au lendemain d'une hospitalisation. L'aide et les soins à domicile ont pour objectif de maintenir et de stimuler l'autonomie de la personne en associant, dans la mesure du possible, les personnes de son entourage, souvent avec l'appui d'autres professionnels de la santé.

Les organisations d'aide et de soins à domicile n'offrent pas un service 24 heures sur 24. Leur intervention est subsidiaire à celle des parents et des proches. Lorsque les soins et l'encadrement à domicile ne peuvent plus être assurés pour des raisons techniques, humaines ou économiques, il convient de s'orienter vers d'autres solutions. Un transfert en institution doit être envisagé lorsque la sécurité de la personne, de son entourage ou des collaboratrices et collaborateurs des services d'aide et de soins à domicile n'est plus assurée, lorsque les proches impliqués dans les soins ne peuvent plus les assumer ou lorsque le volume des prestations requises dépasse les capacités des organisations d'aide et de soins à domicile.

3.2.4 Maintien à domicile et accueil de jour

De nombreuses personnes assurent elles-mêmes les soins de leurs proches à domicile. Selon l'enquête suisse sur la population active 2004, 3,3% des personnes entre 65 et 79 ans apportent une aide à d'autres membres adultes du ménage, généralement l'épouse ou l'époux. On estime que le 70 à 80% des prestations de soins aux personnes âgées sont fournies par un membre de la famille.¹ Des cours sont organisés à leur intention, notamment par la Croix-Rouge.

A noter que Fribourg fait office de pionnier en Suisse en versant une indemnité forfaitaire de 25 francs par jour aux parents et proches qui apportent une aide régulière, importante et durable à une personne impotente pour lui permettre de vivre à domicile.

Les besoins en soins augmentent avec l'âge et les proches soignants sont souvent surchargés, voire épuisés. Il est donc essentiel de les soutenir par des prestations d'accueil de jour. Dans le canton, 6 foyers de jour ont été créés, dont l'un accueille des personnes atteintes de démence. Dans l'ensemble, environ 40 places sont disponibles 3 à 4 jours par semaine. En 2007, 3544 journées d'accueil (2600 en 2006) ont été comptabilisées pour environ 93 personnes (70 en 2006). L'âge moyen des personnes accueillies est de 78 ans. La volonté politique du canton est de soutenir la création de foyers de jour dans tous les districts. Selon le questionnaire transmis aux communes, il est à relever que 52% des communes interrogées n'envisagent toutefois pas de soutenir des projets d'accueil de jour à l'avenir. Conformément à une étude confiée à l'Unité de Psychologie Clinique de l'Université de Fribourg², le niveau de satisfaction des bénéficiaires (84,6%) et de leur entourage (95,5%) à l'égard des prestations des foyers de jour est très élevé. Outre le fait qu'elle permet de retarder l'entrée dans un EMS et de soulager l'entourage de la personne, la prise en charge dans les foyers de jour contribue à enrichir la vie sociale des bénéficiaires.

3.2.5 Autres prestations permettant le maintien à domicile

Environ 50% des communes ayant répondu au questionnaire ont mentionné l'existence d'une offre d'aide à domicile, indépendante des services d'aide et de soins à domicile. Ces prestations sont assurées principalement

¹ Commission fédérale de coordination pour les questions familiales COFF, Soigner, garder et payer. La famille dans les phases tardives de la vie. Berne, OFCL 2006.

² Reicherts Michaël; Maggiori Christian: Foyers de jour du Canton de Fribourg: Qualité de vie et bien-être des hôtes et de leur entourage proximal; non encore publié.

par Pro Senectute, la Croix-Rouge ou par des services d'entraide. Des professionnels indépendants s'organisent également pour fournir des prestations de qualité.

Pro Senectute et la Croix-Rouge proposent en outre un service de location de moyens auxiliaires. Selon le rapport annuel 2007 de Pro Senectute, 746 personnes (478 en 2006) ont fait appel à ce service. Quant à la Croix-Rouge, elle fait état dans son rapport d'activités 2007 d'une augmentation de 15% des raccordements au système d'alarme (2332 raccordements mensuels contre 2005 raccordements en 2007).

Selon une enquête du Service de la prévoyance sociale effectuée en 2004, environ 750 repas en moyenne par jour ont été livrés ou servis dans le canton à environ 830 personnes de plus de 65 ans. Ces prestations ont été assurées pour près de la moitié par des EMS (47%), par des hôpitaux et institutions spécialisées (35%) et par des restaurateurs et traiteurs (18%). Selon les réponses au questionnaire envoyé aux communes, 9% des communes ne disposeraient d'aucun service de repas à domicile.

3.3 Intégration sociale

Actuellement, nos aînés jouissent d'une meilleure santé que les générations précédentes et ont bénéficié d'une meilleure formation. Ils possèdent des compétences sociales importantes. Pour ces hommes et ces femmes, la participation active à la société est essentielle. Nombreux sont d'ailleurs les rentiers et rentières qui s'investissent dans les milieux associatifs. On estime que 40% environ des jeunes retraités en Suisse sont engagés dans des activités informelles telles que la garde des petits-enfants ou l'aide bénévole à des personnes extérieures à la famille. Notre société dépendra de manière croissante des compétences de ces personnes et de l'aide qu'elles pourront apporter aux générations plus jeunes.

L'intégration des personnes âgées dans le tissu social est le seul moyen de réduire le danger d'isolement. Les réponses fournies par le questionnaire établi à l'attention des communes fribourgeoises ont révélé de grandes disparités entre les différentes communes et régions du canton.

3.3.1 Intégration dans la vie politique et défense des intérêts des personnes âgées

Le Conseil suisse des aînés a relevé à plusieurs reprises que les personnes âgées sont ignorées dans la prise de décisions politiques aussi bien par la Confédération que par les cantons et les communes. Selon le questionnaire établi à l'intention des communes fribourgeoises, 8% seulement des communes estiment que l'intégration des personnes âgées dans la vie politique est une tâche communale, alors que 48% attribuent cette tâche à Pro Senectute et 44% aux églises et à des associations privées. Aucun de ces organismes n'a de mandat allant dans ce sens.

La Fédération des retraités est très bien représentée dans tout le canton et joue un rôle important dans la promotion des droits des retraités. Les communes peuvent tirer profit de l'activité de ces organisations, notamment en les incluant comme des partenaires dans l'élaboration de stratégies communales en faveur des personnes âgées.

3.3.2 Intégration dans des activités inter-générationnelles

Il ressort de l'enquête auprès des communes que l'intégration des aînés dans des activités inter-générationnelles, telles que l'accueil extrascolaire, est peu développée dans le canton de Fribourg. De nombreux projets ont été lancés dans ce domaine dans d'autres cantons, notamment en associant les aînés aux programmes Pedibus et à la surveillance bénévole des devoirs. De tels projets n'engendrent pas de coûts importants et sont susceptibles d'être développés dans toutes les communes. Elles soulagent les familles et les collectivités publiques et favorisent le contact entre les générations.

3.3.3 Service de visite à domicile et autres services d'aide

Le service de visite à domicile constitue un moyen simple pour exercer une surveillance préventive. Une visite à domicile permet d'évaluer la situation sociale de la personne âgée et de prévenir une évolution vers l'isolement social. Comme le révèlent les réponses au questionnaire des communes, des visites ponctuelles à domicile sont effectuées dans la plupart des communes par les églises, les organisations pour aînés ou par les associations locales. Certaines communes ont créé un service de visite pour les personnes âgées isolées, notamment la commune de Cugy au sein de laquelle une personne a été mandatée à cet effet. A noter également qu'il existe depuis avril 2005 un réseau de bénévoles à Fribourg, ce qui constitue pour ces activités une ressource importante.

L'enquête auprès des communes révèle aussi l'existence dans certaines communes d'un service d'aide pour les achats organisé par diverses organisations pour personnes âgées ou par des associations privées. Ces prestations permettent à la personne âgée de garder le contact avec la collectivité et favorisent son autonomie.

Par leur complexité, les démarches administratives, notamment dans le domaine des assurances sociales, représentent une difficulté grandissante pour les personnes âgées. Selon l'enquête, un très faible pourcentage des communes (entre 7,2 et 0,6%, selon les districts) assure une telle aide pour les personnes âgées.

3.3.4 Activités et offres de formations pour les aînés

Dans la majorité des communes fribourgeoises, il existe une amicale, un groupe de seniors ou une autre organisation qui organisent des activités spécifiques pour les personnes âgées (sorties, rencontres). Participer à un spectacle, à un concert ou à une exposition favorise le contact des aînés avec la collectivité, surtout lorsque ces manifestations encouragent le contact inter-générationnel.

47% des communes mentionnent l'existence d'une telle offre. Ce sont surtout les sociétés locales qui organisent des événements culturels pour les personnes âgées. Cette offre est variable selon les districts. Les réponses au questionnaire révèlent que les communes alémaniques sont plus nombreuses à impliquer les personnes âgées dans leurs activités culturelles.

La formation continue est un moyen essentiel pour les personnes âgées de maintenir des contacts sociaux et de développer leurs compétences. Des enquêtes effectuées en Suisse par Pro Senectute démontrent que ce sont es-

sentiellement les personnes très actives avant la retraite qui profitent des cours de formation.

82% des communes ayant répondu au questionnaire indiquent qu'il n'existe pas de formation spécifique pour les personnes âgées, 13% déclarent que cette offre existe alors que 5% des communes ne disposent pas d'informations à ce sujet. Parmi les cours qui sont proposés aux personnes âgées, les communes ont cité les cours de travaux manuels, d'informatique, de langues, des cours à caractère religieux, de sport et de danse, des cours de connaissance générale, des cours de téléphone portable et des sorties culturelles. Ces cours sont proposés par Pro Senectute, par l'Université populaire et par d'autres organisations.

3.4 Infrastructures

L'autonomie des personnes âgées dépend fortement de l'aménagement de leur cadre de vie. Leur possibilité d'accéder à des services de proximité, tels que commerces, pharmacies et cabinets médicaux, est essentielle. La mobilité apparaît dès lors comme étant un facteur important pour l'autonomie des personnes âgées.

L'aménagement de l'environnement et la qualité des infrastructures sont primordiaux pour assurer aux personnes âgées une qualité de vie et favoriser leur intégration dans le réseau social.

3.4.1 Transports

Les jeunes retraités font fréquemment usage de leur voiture personnelle pour se déplacer. Avec l'avancement de l'âge, les transports publics et les déplacements à pied prennent une place prépondérante. Un réseau de transport public efficace et adapté aux besoins des personnes âgées contribue de manière importante à maintenir leur autonomie. Dans ce domaine, l'enquête auprès des communes fait état d'une situation plutôt satisfaisante au plan cantonal mais, dans certains districts, les communes déplorent un manque de transports publics.

Pour les personnes à mobilité réduite, il existe deux services de transports dans le canton. Créé en 1985, Passe-Partout dispose d'une organisation dans chaque district pratiquant un tarif uniforme et s'appuyant sur le bénévolat. Ce service est en partie financé par les pouvoirs publics. Le service de transport de la Croix-Rouge, reconnue au plan national, est financé par la Confédération. Il fait aussi appel au travail des bénévoles.

Les deux services ont connu une augmentation de la demande durant l'année 2007 et seront de plus en plus sollicités à l'avenir.

3.4.2 Espace public

Les personnes âgées doivent pouvoir faire usage du domaine public sans rencontrer des obstacles qui limitent leur autonomie ou les mettent en danger (un tiers des piétons accidentés ou tués en Suisse a plus de 64 ans). Dès lors, il est important que les personnes âgées puissent disposer de chemins sécurisés, disposant d'un éclairage suffisant et équipés en bancs publics. Si la grande majorité des communes fribourgeoises jugent leurs infrastructures suffisantes, 11% signalent des lacunes dans ce domaine.

3.4.3 Habitat et logement

L'aménagement de l'habitat est d'une importance centrale pour le maintien de l'autonomie des personnes âgées. Il ne s'agit pas de réfléchir uniquement en termes de logements sans obstacles, mais également à l'environnement social. Le nombre de personnes âgées vivant dans de petits ménages a fortement augmenté durant les dernières décennies. La cohabitation avec des enfants ou avec des membres de la famille élargie a diminué. A l'heure actuelle, la majorité des personnes âgées en Suisse souhaitent vivre dans un appartement peu coûteux, calme et confortable situé à proximité de commerces.¹ Pour la majorité des personnes âgées, le déménagement dans un EMS est une possibilité qu'elles n'envisagent qu'en cas d'absolue nécessité.

Le vieillissement de la population nécessite dès lors le développement de nouvelles formes d'habitations qui tiennent compte des besoins des aînés et des spécificités et des habitudes de vie locales. Différentes organisations dans le canton, telles que la Fédération fribourgeoise des retraités, demandent la construction de logements sécurisés à des coûts abordables. Une motion populaire allant dans ce sens a par ailleurs été déposée en octobre 2007.

Selon une enquête réalisée par le Service de la prévoyance sociale en 2004, il y avait 432 places en appartements protégés et 75 places en appartements adaptés réservés prioritairement aux personnes âgées. Environ 500 personnes âgées de 65 ans ou plus habitaient dans ces appartements. Eu égard à la demande croissante d'appartements pour personnes âgées ou de logements sécurisés, cette offre est insuffisante. 80% des communes ont répondu n'avoir aucun projet de logement pour personnes âgées à l'étude. Des projets sont toutefois en cours de réalisation dans tous les districts.

Pour les communes urbaines, le concept de quartier solidaire est d'une grande actualité dans plusieurs cantons suisses. Pro Senectute Vaud expérimente depuis plusieurs années des projets basés sur le développement communautaire, qui consistent à encourager la population, les associations et les professionnels à identifier ensemble les besoins d'un quartier ou d'un immeuble afin de lutter contre l'isolement des personnes âgées.

3.4.4 Infrastructures et services publics

L'enquête auprès des communes fribourgeoises démontre que la majorité d'entre elles estiment que leurs bâtiments publics sont adaptés aux personnes âgées. En ce qui concerne les lieux de rencontre, près de 20% des communes indiquent des lacunes dans ce domaine. La généralisation de la police de proximité contribue activement à faciliter l'accès aux lieux publics et à renforcer, notamment auprès des personnes âgées, le sentiment de sûreté dans les espaces de rencontre.

Des services communaux de qualité, tels que le ramassage des ordures, contribuent au maintien à domicile des personnes âgées. La très grande majorité des communes estiment que leur service de ramassage des ordures est performant.

Questionnées sur les aménagements spéciaux mis en place pour la population âgée, 48% des communes consul-

¹ Höpflinger François: Traditionelles und neues Wohnen im Alter. Age Report 2004, Zürich, Seismo Verlag, 2004.

tées n'ont pas fourni de réponse. 22% des communes indiquent qu'elles n'ont investi dans aucun aménagement spécial.

4. BILAN DU DISPOSITIF ACTUEL ET HYPOTHÈSES D'INTERVENTIONS FUTURES

Pour établir un premier bilan du dispositif actuel autour de la personne âgée afin d'élaborer des hypothèses d'intervention en vue de son amélioration, de très nombreuses organisations et associations privées, institutions et autres acteurs engagés dans le canton de Fribourg en faveur des personnes âgées ont été consultés durant l'année 2007. Grâce à leur disponibilité, à leurs expériences et à leurs compétences, il a été possible de compléter l'image résultant du questionnaire transmis aux communes et d'étayer les premières conclusions résultant de l'analyse de l'application des législations en vigueur.

Les points développés ci-dessous ne prétendent pas donner un compte rendu exhaustif de la situation, mais mettent l'accent sur un certain nombre de problèmes qui devront être traités en priorité dans la mise en œuvre d'une politique globale en faveur des personnes âgées.

4.1 Le domaine médical et le domaine des soins

Dans le domaine médical et le domaine des soins, diverses mesures ont déjà été prises afin d'améliorer la qualité et la coordination des prestations fournies à la population fribourgeoise. Parmi ces mesures, qui profitent éga-

lement aux personnes âgées, citons la mise en place du nouveau Réseau hospitalier fribourgeois, la mise en place du Réseau de soins en santé mentale ainsi que la réunion des services d'aide et de soins à domicile. Certains districts ont pris l'initiative d'améliorer la coordination de l'offre et des activités des prestataires de soins grâce à la mise en place de réseaux de santé. L'Hôpital de Marsens a développé pour les EMS du canton son offre de prestations de psychiatrie de liaison. De son côté, l'association fribourgeoise des institutions pour personnes âgées (AFI-PA) accomplit un important travail en vue de garantir et d'améliorer la qualité des prestations fournies dans les EMS du canton.

Néanmoins le dispositif en place comporte des lacunes et certains facteurs empêchent son optimalisation.

4.1.1 Le dispositif législatif en vigueur

Actuellement, la prise en charge médico-sociale de la personne âgée est régie par deux législations: l'aspect résidentiel est réglementé par la législation sur les EMS, alors que l'aspect ambulatoire relève de la législation sur l'aide et les soins à domicile. Ces deux législations ne disposent pas d'un objectif commun¹ et, dès lors, ne prévoient pas de mesures de coordination garantissant que la personne âgée bénéficie des prestations correspondant effectivement à ses besoins.

Chacune de ces législations attribue les compétences décisionnelles et financières² à divers acteurs publics: Etat, commissions de districts, communes. Le tableau ci-après permet de mesurer la complexité du système:

¹ La loi sur les EMS a pour but «d'assurer l'équipement du canton en établissements destinés à l'accueil des personnes âgées». Quant à la loi sur l'aide et les soins à domicile, elle a pour but «d'offrir à toute personne malade, handicapée ou nécessitant un soutien ou une surveillance, [...] la possibilité de continuer à vivre dans son environnement habituel le plus longtemps possible».

² Outre les acteurs publics cantonaux, il ne faut pas oublier l'importance des assureurs-maladie dans le financement des soins de longue durée. Le nouveau régime de financement de ces soins, adopté par le parlement fédéral au mois de juin 2008, entraînera d'importantes modifications dans le dispositif actuel.

| | Etat | Districts | Communes |
|--|---|---|---|
| Garantie de la couverture des besoins | Aide et soins à domicile: L'Etat établit avec d'autres institutions de la santé les mandats de prestations spéciaux nécessaires à la couverture des besoins spécifiques. | Aide et soins à domicile: Les communes, réunies en associations, garantissent la couverture des besoins de la population (mandats de prestations avec un ou plusieurs services privés ou création de services communaux). | EMS: Les communes assurent la mise à disposition des places nécessaires à l'accueil des personnes âgées. |
| Planification | EMS: Conseil d'Etat (Elaboration: Commission consultative en matière d'EMS + Commission de planification sanitaire). Aide et soins à domicile: Pas de compétence formelle; la loi sur la santé attribue une compétence générale en matière de planification sanitaire au Conseil d'Etat (Elaboration: Commission de planification sanitaire). | EMS: Préavis des commissions de districts. | |
| Autorisation d'exploiter | EMS: DSAS (Service de la santé publique). Aide et soins à domicile: DSAS (Service de la santé publique). | | |
| Contrôle de la dotation du personnel de soins | EMS: DSAS (Service de la prévoyance sociale). Aide et soins à domicile: DSAS (Service de la santé publique). | | |
| Reconnaissance | EMS: Le Conseil d'Etat reconnaît les lits médicalisés en EMS (Préavis: Commission consultative en matière d'EMS). Aide et soins à domicile: Pas de reconnaissance, mais possibilité de confier des mandats de prestations spécifiques. | EMS: Préavis des commissions de districts Aide et soins à domicile: Pas de reconnaissance, mais possibilité de confier des mandats de prestations à des services privés. | |
| Surveillance médicale | EMS: DSAS (Service du médecin cantonal). Aide et soins à domicile: Les infirmières /- iers doivent disposer d'une autorisation de pratique à titre indépendant et supervisent le travail du personnel non soumis à cette autorisation. | | |
| Compétences décisionnelles en matière de financement | EMS: Le Conseil d'Etat <u>fixe le prix de pension</u> maximal pris en considération dans le calcul des prestations complémentaires et, indirectement, dans celui des subventions individuelles pour les frais d'accompagnement. La Caisse de compensation <u>établit le droit aux prestations complémentaires</u> et calcule le <u>montant des subventions individuelles</u> . Le Service de la prévoyance sociale <u>fixe le prix de l'accompagnement pour chaque EMS</u> . <u>Approbation des budgets</u> Personnel de soins et d'accompagnement: DSAS (Service de la prévoyance sociale). Aide et soins à domicile: Le Conseil d'Etat <u>fixe le montant de l'indemnité forfaitaire</u> (sur proposition des districts). | EMS: Les commissions de districts des EMS répartissent entre les communes les frais financiers d'un séjour. ¹ Aide et soins à domicile: Les commissions de districts répartissent les charges financières entre les communes. Elles décident de <u>l'octroi de l'indemnité forfaitaire</u> | |

¹ Cela n'est toutefois pas le cas dans tous les districts.

| | Etat | Districts | Communes |
|-------------------------------------|---|--|--|
| Répartition des charges financières | <p>EMS: Prestations complémentaires: la part du canton est à 100% à charge de l'Etat (période transitoire).</p> <p>Subventions aux frais d'accompagnement: 45% à charge de l'Etat.</p> <p>Aide et soins à domicile: Subvention à raison de 35% des frais du personnel exécutant les prestations de soins et d'aide à domicile.</p> <p>Prestations complémentaires: la part du canton est à 100% à charge de l'Etat (période transitoire).</p> | | <p>EMS: Frais d'investissements et frais financiers: 100% à charge des communes.</p> <p>Déficits d'exploitation: 100% à charge des communes liées à l'établissement par convention ou par les statuts d'une association.</p> <p>Subventions aux frais d'accompagnement: 55% à charge des communes.</p> <p>Aide et soins à domicile: Le paiement de l'indemnité forfaitaire est à la charge des communes.</p> <p>L'excédent des dépenses d'exploitation des services est à la charge des communes.</p> |
| Coordination | | <p>EMS: Les commissions de districts des EMS (CODEMS) contribuent à la coordination des activités des EMS avec celles des services médico-sociaux de leur district.</p> <p>Aide et soins à domicile: Les commissions de districts d'aide et de soins à domicile s'assurent que les services travaillent en collaboration avec les hôpitaux, les EMS et les autres institutions de santé.</p> | |

Ce tableau démontre que la responsabilité du pilotage politique et de la coordination dans le domaine des prestations médico-sociales en faveur des personnes âgées n'est pas clairement définie. Cela ne facilite pas l'analyse et la planification des besoins et ne permet pas d'agir de manière cohérente sur l'évolution de l'offre des prestations au plan cantonal. A titre d'exemple, la planification du nombre de places nécessaires dans les EMS (compétence cantonale) est notamment liée à l'offre des prestations dispensées par les services d'aide et de soins à domicile (compétence communale). Dès lors, l'Etat ne peut influencer cette offre.

En outre, dans le domaine des EMS, la répartition des compétences financières entre Etat et communes empêche de définir des normes et des critères de gestion uniformes permettant d'influencer l'évolution des coûts. Cela rend donc difficile leur comparaison au plan cantonal.

Il est dès lors impératif de revoir la répartition des responsabilités entre les divers acteurs publics, de définir lequel parmi eux assume la responsabilité du pilotage et de la coordination des prestations médico-sociales offertes aux personnes âgées.

4.1.2 Outils et données permettant l'évaluation des besoins de la personne âgée

Les lacunes du dispositif législatif constatées ci-dessus rendent difficile la mise en œuvre de mesures et d'instruments cohérents permettant de prendre en considération les besoins de la personne âgée. La mise en place d'outils et de bases de données est souhaitée par les prestataires de soins consultés pour l'élaboration de ce rapport, en particulier les instruments suivants:

- Système d'information réunissant les données relatives à l'ensemble des structures sanitaires

Comme mentionné dans le message N° 251 du 13 mars 2006 accompagnant le projet de loi concernant le Réseau hospitalier fribourgeois, «le recueil et la mise à disposition d'informations statistiques harmonisées et établies sur une base unique permettront l'établissement de comparaisons fiables entre unités, outil indispensable à une gestion performante». Cette constatation n'est pas valable uniquement pour le Réseau hospitalier fribourgeois. Une politique globale en faveur des personnes âgées exige que l'on puisse disposer d'informations statistiques unifiées relatives à l'ensemble des structures de soins offrant des prestations aux personnes âgées. En l'absence de telles statistiques, un mandat a été confié à l'Obsan pour la planification des besoins 2009–2020 dans le domaine des soins de longue durée; ce mandat comprend notamment la définition des données et des outils nécessaires au canton pour permettre l'analyse régulière et la planification des besoins en EMS et dans le domaine des soins à domicile.

- Système unifié d'évaluation des besoins de la personne âgée

L'introduction au plan cantonal d'une grille d'évaluation des besoins de la personne âgée, valable pour l'ensemble des prestataires de soins, permettrait de mettre en place des critères unifiés pour l'orientation de ces personnes vers les structures de soins les mieux adaptées à leurs besoins.

- Système d'orientation des personnes

Il n'existe pas au plan cantonal d'organisation visant à coordonner les demandes de prise en charge des personnes âgées dans les EMS. Ces demandes se font par l'intermédiaire des services sociaux des hôpitaux ou directement par les familles, en collaboration avec les médecins traitants ou les services de soins à domicile. De ce fait, l'urgence et le bien-fondé d'une admission ne sont évalués que par rapport à la personne concernée et aux places disponibles dans les EMS contactés. Une évaluation plus générale des demandes d'admissions en EMS et de leur degré d'urgence n'est dès lors pas possible au plan cantonal, ce qui serait souhaitable en vue d'optimiser la prise en charge des personnes et l'utilisation des infrastructures.

4.1.3 Structures de coordination

Il n'est pas rare qu'à la suite d'une hospitalisation, une personne âgée doive entrer en EMS faute d'avoir eu le temps de récupérer les moyens physiques et psychiques lui permettant de regagner son domicile ou faute de pouvoir disposer d'un soutien suffisant de ses proches. Dans ces cas, les services sociaux des hôpitaux sont fortement sollicités en vue de trouver rapidement un lieu de séjour répondant au mieux aux attentes de la personne et de ses proches. Pour assurer la prise en charge post-hospitalière, des structures d'accueil indépendantes de court séjour pourraient être créées, idéalement à proximité des hôpitaux. Leur mission consisterait à évaluer, de manière globale, les compétences de la personne âgée en vue d'un retour à domicile et de travailler à l'amélioration de leur état de santé. Ceci permettrait de libérer des lits dans les structures de soins tout en garantissant à la personne âgée une prise en charge correspondant à ses besoins. Ces structures seraient en outre amenées à définir les besoins de la personne en soins et en prestations d'accompagnement social en cas de retour à domicile (cf. ci-dessous point 4.2.1).

4.1.4 Structures intermédiaires

Pour décharger les proches qui s'occupent d'une personne âgée, en particulier de personnes atteintes d'une démence, il est important de diversifier les offres d'accueil dans les foyers de jour et dans les EMS de notre canton, notamment les moyens d'accueil pour les courts séjours. Dans ce contexte, il y a lieu de réfléchir aussi au rôle que peuvent jouer les homes simples (pensions) et d'autres institutions de convalescence.

Des projets de création d'appartements ou d'autres formes d'habitations sécurisés, visant à offrir aux personnes âgées une infrastructure adaptée à leurs besoins ainsi que des prestations hôtelières ou de soins, sont actuellement envisagées par des communes ou des privés. Certains de ces projets prévoient d'exploiter un potentiel de synergies offert par des EMS. Ces projets de mise en réseau d'un EMS avec des formes de logements sécurisés posent notamment la question de l'opportunité d'un développement des prestations ambulatoires. Se pose aussi le problème de la localisation de ces logements sécurisés et de la nécessité de leur intégration dans un environnement permettant l'accès aux infrastructures et favorisant les échanges inter-générationnels.

4.1.5 Prise en charge des personnes atteintes de démence

Les EMS du canton de Fribourg accueillent un nombre croissant de personnes atteintes de démence et bénéficient des prestations de la psychiatrie de liaison offertes par le Réseau de soins en santé mentale. Une priorité claire doit être mise au plan cantonal dans la formation du personnel de soins et d'accompagnement afin de garantir une prise en charge adéquate de ces personnes. Il est aussi important que le personnel travaillant dans les établissements du Réseau hospitalier fribourgeois soit aussi sensibilisé aux besoins spécifiques des personnes atteintes de démence. L'amélioration de la prise en charge des personnes atteintes de démence exige aussi une adaptation des infrastructures d'accueil. L'évaluation du projet pilote d'unité psycho-gériatrique actuellement en cours à la Résidence des Chênes, à Fribourg, permettra de définir les exigences futures relatives à la formation du personnel et aux infrastructures accueillant des personnes atteintes de démence.

4.2 Intégration sociale

Comme il ressort des questionnaires remplis par les communes, de nombreuses activités et prestations sont offertes sur tout le territoire du canton visant à maintenir la personne âgée dans son environnement social. Au même titre que les prestations de soins, ces prestations sont essentielles au maintien de l'autonomie de la personne âgée et à son intégration au sein de la communauté.

4.2.1 Information et lisibilité des offres existant au plan communal et régional

L'accès aux diverses prestations offertes pour les personnes âgées nécessite une information claire et facilement accessible tant aux personnes âgées qu'à leurs familles et aux professionnels de la santé. Or, les organismes privés et publics susceptibles d'offrir des prestations d'accompagnement social aux personnes âgées vivant à domicile sont multiples et il n'est pas toujours aisé de savoir précisément quelles sont les prestations offertes par quels organismes et comment accéder à ces prestations. Dès lors, il serait souhaitable de confier à un organisme au plan communal ou régional la tâche de coordonner l'information relative à ces prestations, de créer au plan communal ou régional des guichets permettant de renseigner les personnes âgées et leurs familles sur les offres existantes, de même que les structures de soins cantonales en vue d'un éventuel retour de la personne âgée à domicile (cf. ci-dessus point 4.1.3). Ces organismes pourraient aussi contribuer à l'organisation de ces prestations en fonction des besoins spécifiques et des souhaits de la personne.¹

4.2.2 Prestations permettant l'intégration des personnes âgées

De plus en plus de communes prennent conscience de l'importance de développer des prestations et des activités spécifiques pour les personnes âgées, car elles ont compris les avantages d'associer les aînés à la vie politique et sociale de la commune. Il reste de nombreuses

pistes à explorer et des mesures à envisager pour éviter que la personne dépendante ne s'isole ou pour profiter des multiples compétences offertes par nos aînés.

A l'instar de ce qui se fait dans quelques-unes des communes fribourgeoises, la mise en place de concepts communaux en faveur des personnes âgées permettrait de sensibiliser les autorités et la population aux problèmes et aux besoins spécifiques des personnes âgées, de réfléchir à des mesures originales mettant en valeur leurs compétences et favorisant les contacts inter-générationnels. Pour appuyer les communes dans leur démarche, la centralisation et la diffusion des informations relatives à toutes les initiatives et à tous les projets en cours dans les différentes communes pourraient être envisagées au plan cantonal et favoriseraient l'émergence de projets similaires dans d'autres communes.

4.3 Infrastructures

Pour leur permettre de vivre le plus longtemps à domicile et d'être intégrées dans l'environnement social dans lequel elles ont choisi d'évoluer, les personnes âgées doivent pouvoir bénéficier d'infrastructures et d'un cadre de vie adaptés à leurs besoins. Ces besoins doivent être évalués par les communes, en fonction des spécificités et des habitudes de vie locales. Comme pour les prestations décrites sous le point 4.2.2, le développement de concepts communaux en faveur des personnes âgées permettrait d'établir un constat de la situation des infrastructures au plan communal et d'envisager des mesures concrètes en faveur de leur amélioration.

4.3.1 Logements adaptés et infrastructures communales

La grande majorité des personnes âgées n'envisagent pas de déménager si elles n'y sont pas obligées. Il existe quelques mesures relativement simples, par exemple dans le domaine sanitaire, permettant de transformer un appartement en un lieu de vie adapté aux besoins de la personne âgée. D'autres mesures architecturales peuvent s'avérer plus complexes, par exemple la construction d'un ascenseur. Encore faut-il que les propriétaires de ces logements soient sensibilisés aux besoins spécifiques des personnes âgées et acceptent de procéder à ces aménagements là où ils s'avèrent pertinents. Une réflexion devra être menée quant aux mesures à mettre en place par les pouvoirs publics pour inciter les propriétaires à entreprendre ces transformations dans leurs immeubles ainsi que les promoteurs privés et publics à construire des logements adaptés aux besoins des personnes âgées. Il en est de même des infrastructures publiques (accès aux bâtiments publics, trottoirs, lieux de rencontres).

4.3.2 Accès aux fournisseurs de services et aux commerces

La personne âgée dont la mobilité se réduit avec l'âge doit pouvoir accéder aux commerces et aux services assurant ses besoins les plus importants. Dès lors, des mesures favorisant le maintien ou l'installation de commerces et de fournisseurs de services à proximité des logements adaptés aux personnes âgées ou, à défaut, l'organisation de moyens de transport vers des structures plus éloignées doivent être étudiées.

¹ Cette question devra être coordonnée avec le projet de création d'un «guichet social» qui est actuellement discuté au sein de la Direction de la santé et des affaires sociales.

5. ORGANISATION DU PROJET POUR LA CONCRÉTISATION DES ARTICLES CONSTITUTIONNELS RELATIFS AUX PERSONNES ÂGÉES

Les constatations relatives aux lacunes du dispositif actuellement en place dans le canton de Fribourg et les premières ébauches de solutions présentées dans le chapitre précédent donnent un aperçu de l'étendue et de la complexité des problèmes à résoudre pour favoriser une politique globale en faveur des personnes âgées.

La mise en place d'une telle politique exige tout d'abord que l'on définisse les objectifs que l'on se propose d'atteindre avant de réfléchir aux instruments et mesures à même d'atteindre ces objectifs. Cette démarche nécessite dès lors la mise en place d'un projet intégrant tous les acteurs publics et privés susceptibles de contribuer à l'amélioration de la condition des personnes âgées.

5.1 Le calendrier du projet

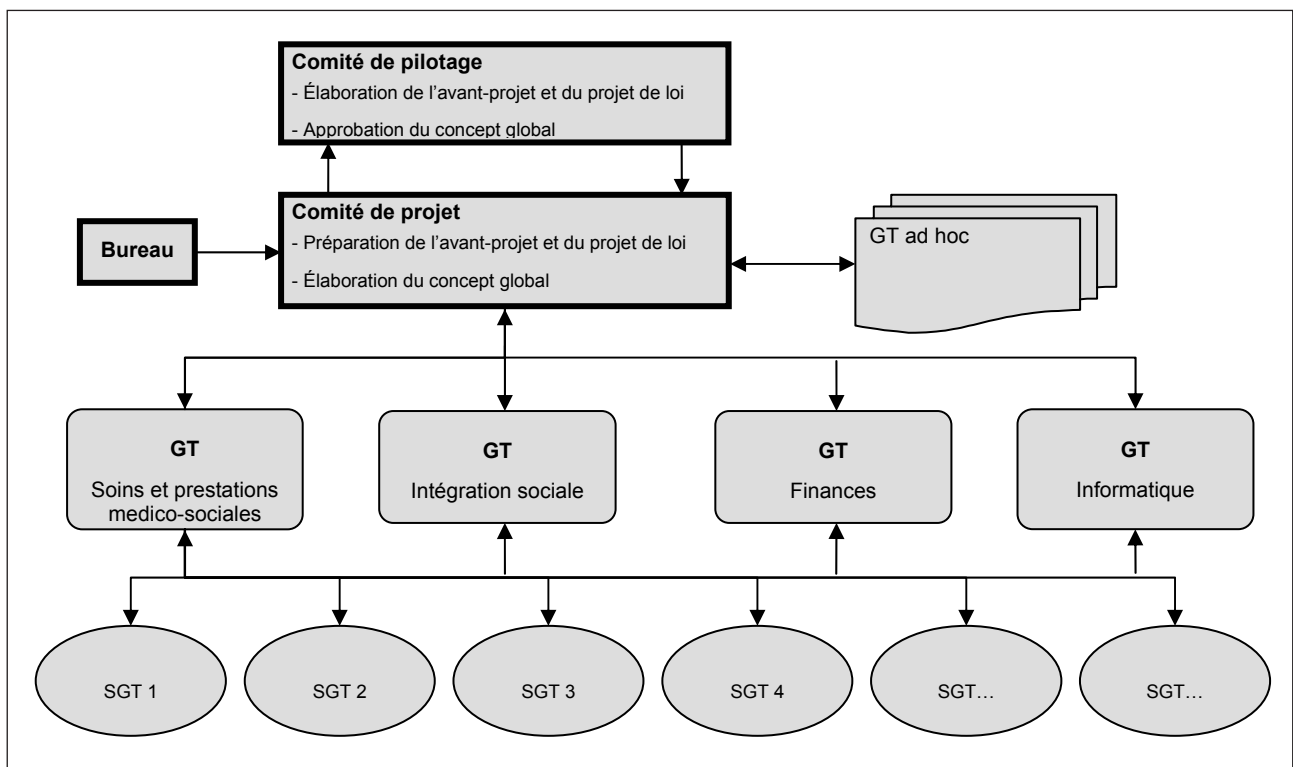
La mise en œuvre du projet de concrétisation des articles constitutionnels relatifs aux personnes âgées est prévue selon le calendrier ci-dessous:

| | |
|-------------------------|---|
| Septembre 2008 | • Transmission du rapport au Grand Conseil |
| Octobre à décembre 2008 | • Mise en place de l'organisation de projet |
| Janvier à décembre 2009 | • Elaboration d'un projet de concept global • Elaboration d'une esquisse d'avant-projet de loi |
| Janvier à mars 2010 | • Mise en consultation du projet de concept global auprès des établissements et milieux associatifs |

| | |
|------------------------------|---|
| Avril à août 2010 | • Elaboration de l'avant-projet de loi • Evaluation des résultats de la consultation • Elaboration du concept global et adaptation de l'avant-projet de loi |
| Septembre à décembre 2010 | • Mise en consultation de l'avant-projet de loi (avec le concept global) |
| Janvier à février 2011 | • Evaluation des résultats de la procédure de consultation • Elaboration du projet de loi et du message |
| Mars 2011 | • Transmission du projet de loi et du concept global au Conseil d'Etat pour adoption |
| Avril 2011 | • Transmission du projet de loi et du message au Grand Conseil |
| Mai à septembre 2011 | • Adoption de la loi par le Grand Conseil |
| 1 ^{er} janvier 2012 | • Entrée en vigueur de la loi et du concept global |

5.2 L'organisation de projet

La mise en œuvre d'une politique globale en faveur des personnes âgées exige, dès le départ, une participation des milieux concernés qui seront représentés dans les divers groupes et sous-groupes de travail prévus dans l'organigramme ci-après:



Afin de garantir que le projet aboutisse à la mise en place d'un dispositif qui tienne compte des besoins des personnes âgées, des particularités des régions, des moyens financiers à disposition et des interactions existant entre les différents fournisseurs de prestations, les groupes et sous-groupes de travail seront notamment composés de représentants des diverses associations et institutions œuvrant en faveur des personnes âgées, de représentants des milieux de la santé et des autorités communales et cantonales.

6. CONCLUSION

Le présent rapport constitue une première étape dans la mise en œuvre des articles constitutionnels relatifs aux personnes âgées. Conformément à ce que le Conseil d'Etat avait annoncé dans sa réponse du 7 juin 2006 au postulat des député-e-s Weber-Gobet et Thomet, il donne un aperçu général des mesures et prestations qui existent actuellement dans notre canton en faveur des personnes âgées et définit les besoins qui devront être pris en compte à l'avenir. Il constitue dès lors un outil nécessaire à la suite des travaux visant à la concrétisation des articles 35 et 62 de la Constitution.

La définition des objectifs à atteindre par la politique cantonale en faveur des personnes âgées et le choix des mesures et instruments jugés prioritaires pour améliorer le dispositif actuel feront l'objet d'une loi-cadre. Cette loi-cadre devra aussi déterminer le rôle et les responsabilités politiques et financières des divers acteurs publics et privés dans la mise en œuvre de cette politique. Elle devra finalement prévoir la mise en place de critères permettant d'évaluer l'impact du nouveau dispositif mis sur pied. Les principes élaborés dans la loi-cadre seront concrétisés dans un concept global en faveur des personnes âgées.

Le Conseil d'Etat vous invite à prendre acte de ce rapport.

Annexes (se trouvent à la fin du message en allemand):

- Glossaire des indicateurs démographiques (cf. ch. 2.1.2 du rapport)
 - Questionnaire pour les communes
- _____

BERICHT Nr. 89 *19. August 2008* **des Staatsrats an den Grossen Rat** **zum Postulat Nr. 295.05 Marie-Thérèse Weber-** **Gobet/René Thomet über eine umfassende Politik** **zugunsten Betagter**

1. EINFÜHRUNG

1.1 Das Postulat

Mit ihrem am 10. Oktober 2005 eingereichten und begründeten Postulat (TGR S. 1386) ersuchten Grossrätin Marie-Thérèse Weber-Gobet und Grossrat René Thomet sowie 36 Mitunterzeichnende den Staatsrat um einen Bericht über eine umfassende Politik zugunsten der Betagten im Kanton Freiburg.

In seiner Antwort vom 7. Juni 2006 erinnerte der Staatsrat daran, dass die Direktion für Gesundheit und Soziales mit der Umsetzung der Artikel 35 und 62 der Kantonsverfassung vom 16. Mai 2004 betraut ist (Projekt Nr. 46). Namentlich vorgesehen seien eine Vorstudie zwecks Aufstellung eines Inventars der Massnahmen, die heute der freiburgischen Alterspolitik zugrunde liegen, und die Ermittlung der Bedürfnisse, die künftig gedeckt werden müssen. In der Planung der Arbeiten für die Umsetzung der Verfassung seien die Anliegen von Grossrätin Weber-Gobet und Grossrat Thomet schon integriert.

Das Postulat wurde am 8. September 2006 vom Grossen Rat angenommen.

1.2 Herausforderungen der Umsetzung der Verfassungsartikel 35 und 62

Die Verfassung garantiert älteren Menschen den Anspruch auf Mitwirkung, Autonomie, Lebensqualität und Achtung ihrer Persönlichkeit. Sie beauftragt den Staat und die Gemeinden damit, das Verständnis und die Solidarität zwischen den Generationen zu fördern.

Die Umsetzung dieser Artikel erfordert eine Politik, die den älteren Menschen und seine Bedürfnisse ins Zentrum der Anliegen des Gemeinwesens stellt und auf die Einsetzung und Koordination einer Gesamtheit von Leistungen zielt, mit denen das verfassungsmässige Ziel gewährleistet werden kann. Dieser Verfassungsauftrag bietet dem Kanton eine einmalige Gelegenheit, zusammen mit allen betroffenen Partnern und Kreisen das von Grossrätin Weber-Gobet und Grossrat Thomet verlangte Gesamtkonzept und die Gesetzgebungsgrundsätze der künftigen Alterspolitik auszuarbeiten.

1.3 Fristen für die Umsetzungsarbeiten

In seinem Bericht vom 15. November 2004 an den Grossen Rat über die Umsetzung der neuen Verfassung reichte der Staatsrat das Projekt der Ausarbeitung von Anwendungsbestimmungen zu den Verfassungsartikeln 35 und 62 in die so genannt «fakultativen» Anpassungsprojekte ein, im Gegensatz zu den «zwingenden» Anpassungsprojekten, für die eine Umsetzungsfrist bis maximal 1. Januar 2009 vorgeschrieben worden ist (Art. 147 der Verfassung).

Wie oben gesagt, bedingt die Umsetzung der beiden Verfassungsartikel ein Überdenken der Grundlagen unserer Alterspolitik, und zwar unter Einbezug der betroffenen