



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Service de la prévoyance sociale SPS
Sozialvorsorgeamt SVA

Route des Cliniques 17, 1701 Fribourg

T +41 26 305 29 68, F +41 26 305 29 54
www.fr.ch/sps

Fribourg, le 9 janvier 2018

RAPPORT
PLANIFICATION DES SOINS DE LONGUE DUREE
2016 - 2020
CANTON DE FRIBOURG

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	4
2. CONTEXTE	5
2.1. PLANIFICATION SANITAIRE.....	5
2.2. DISPOSITIONS LÉGISLATIVES EN VIGUEUR.....	5
2.2.1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal)	5
2.2.2. Loi du 16 novembre 1999 sur la santé (LSan)	5
2.2.3. Loi du 23 mars 2000 sur les établissements médico-sociaux pour personnes âgées (LEMS) 5	
2.3. LE PROJET SENIOR+	6
2.3.1. Nouvelle politique des seniors	6
2.3.2. Les axes principaux de la nouvelle politique des seniors.....	6
2.4. LE DOMAINE HOSPITALIER	7
2.4.1. Le financement des soins hospitaliers	7
2.4.2. Le virage des soins stationnaires vers l'ambulatoire.....	8
2.5. LE FINANCEMENT DES SOINS EN EMS	9
2.6. LES DOSSIERS EN DISCUSSION AU PLAN FÉDÉRAL.....	9
2.6.1. Les ressources des personnes retraitées	9
2.6.2. Les normes relatives au logement dans le calcul des PC	9
3. ETAT DE LA SITUATION DANS LE CANTON.....	10
3.1. LITS EMS DE LONG SÉJOUR	10
3.1.1. Répartition et taux d'occupation des lits par district.....	10
3.1.2. Taux de recours aux soins en EMS et autres établissements pour personnes âgées	11
3.1.3. Mission spécifique : Unités spécialisées en démence (USD)	11
3.1.4. Flux interrégionaux	11
3.2. AIDE ET SOINS À DOMICILE.....	12
3.2.1. Définition des soins de longue durée pour les prestations à domicile	12
3.2.2. Prestations et EPT totaux par district pour les services mandatés	12
3.2.3. Statistiques pour les services privés et les infirmières et infirmiers indépendants	14
3.2.4. Taux de recours aux services d'aide et soins à domicile.....	14
3.3. LITS EMS DE COURT SÉJOUR	15
3.3.1. Répartition et taux d'occupation par district	15
3.3.2. Mission spécifique : Unité d'accueil temporaire et d'orientation (UATO)	15
3.4. FOYERS DE JOUR	16
3.5. CONSTATS SUR LA SITUATION DANS LE CANTON DE FRIBOURG	16
4. PROJECTION DES BESOINS EN LITS LONG ET COURT SEJOUR 2015 - 2035.....	18
4.1. MÉTHODE UTILISÉE PAR L'OBSERVATOIRE SUISSE DE LA SANTÉ (OBSAN).....	18
4.1.1. Evolution démographique	18
4.1.2. Taux de soins dans la population de 65 ans et plus.....	18
4.1.3. Taux de recours aux soins en établissement.....	20
4.2. PROJECTIONS DE L'OBSAN POUR LES ANNÉES 2020 À 2035	20
4.2.1. Choix du scénario et de la variante	20
4.2.2. Projections démographiques	21
4.2.3. Projections des personnes tributaires de soins	22
4.2.4. Projection du besoin en lits long et court séjour, 2020 - 2035	23
4.3. CONSIDÉRATIONS RELATIVES AUX PROJECTIONS DE L'OBSAN.....	24

5.	PLANIFICATION 2016 - 2020.....	25
5.1.	FACTEURS INFLUENÇANT LA PLANIFICATION DES SOINS DE LONGUE DURÉE	25
5.1.1.	Incidences du projet Senior+.....	25
5.1.2.	Incidences du financement des prestations ambulatoires in house	25
5.1.3.	Incidences du nouveau financement hospitalier.....	26
5.2.	BESOINS SPÉCIFIQUES À INTÉGRER DANS LA PLANIFICATION.....	27
5.3.	ADAPTATION DES PROJECTIONS DE L'OBSAN.....	28
5.4.	LONG SÉJOUR – LITS LONG SÉJOUR RECONNUS ET ADMIS AOS	28
5.4.1.	Lits reconnus et admis AOS : rappel.....	28
5.4.2.	Planification 2016 - 2020 par district.....	29
5.4.4.	Lits long séjour reconnus offrant des prestations spécifiques.....	31
5.4.5.	Explicatif par district.....	31
5.5.	AIDE ET SOINS À DOMICILE.....	33
5.5.1.	Evolution du nombre total d'heures de soins	33
5.5.2.	Evolution du nombre d'heures d'aide et de soins pour les services mandatés	34
5.5.3.	Evolution du nombre d'EPT totaux dans les services mandatés.....	35
5.6.	LITS COURT SÉJOUR.....	36
5.6.1.	Mission spécifique : unité d'accueil temporaire et d'orientation (UATO)	36
5.7.	STRUCTURES DE JOUR ET DE NUIT	37
5.7.1.	Foyers de jour.....	37
5.7.2.	Accueil de nuit	37
6.	INCIDENCES FINANCIERES DE LA PLANIFICATION 2016 - 2020	39
7.	CONCLUSION ET PLANIFICATION 2021 - 2025.....	40
8.	ABREVIATIONS UTILISEES	41
9.	SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE.....	42
10.	TABLE DES ILLUSTRATIONS : TABLEAUX	43
11.	ANNEXES.....	44
11.1.	EXTRAITS DES PROJECTIONS DÉMOGRAPHIQUES 2013-2035 DU SSTAT	44
11.2.	ANNEXE : DETAILS DE LA PROJECTION FINANCIERE	45

1. INTRODUCTION

Le rapport de planification des soins de longue durée 2016 - 2020 définit les prestations en soins de longue durée qui, en fonction de l'offre déjà existante et de l'évolution démographique attendue dans le canton, devraient être développées pour répondre aux besoins de la population du canton de Fribourg. Il permet aux autorités cantonales, régionales et communales de définir les infrastructures à mettre en place et de planifier les ressources nécessaires.

Sont considérées comme prestations de soins de longue durée les prestations en établissements médico-sociaux (EMS), les prestations d'aide et de soins à domicile pour les personnes de plus de 65 ans, les prestations offertes dans le cadre des foyers de jour, des accueils de nuit et des accueils en court séjour.

La question des appartements avec services a été traitée par le Conseil d'Etat dans son rapport du 29 septembre 2015 au Grand Conseil relatif au postulat 2092.11 René Thomet/Ursula Krattinger-Jutzet – Appartements protégés pour personnes âgées (2013-DSAS-35). Ce rapport présente les différents types d'appartements avec services en les distinguant selon les fournisseurs susceptibles d'y prodiguer des prestations de soins. D'une part, ces prestations peuvent être fournies dans ces appartements par des services d'aide et de soins à domicile, publics ou privés, ou par des infirmières et infirmiers indépendants. Ces prestations sont alors financées par l'assurance obligatoire des soins (AOS) au titre de prestations de soins ambulatoires et sont dès lors intégrées dans le présent rapport dans la planification des prestations de soins ambulatoires. D'autre part, il peut s'agir de prestations de soins fournies par le personnel d'un EMS 24h/24h. Ces prestations sont donc assimilées aux prestations de soins en EMS et, par conséquent, intégrées dans la planification des prestations EMS (lits de long séjour).

Outre l'introduction, objet du présent chapitre, le rapport se compose de 5 autres parties. Le chapitre 2 présente le contexte tant législatif que politique dans lequel s'inscrit la planification 2016 - 2020. Le chapitre 3 décrit l'offre actuelle de prestations en soins de longue durée dans le canton de Fribourg en faisant référence aux objectifs fixés dans la planification 2011 - 2015. Le chapitre 4 présente la méthodologie utilisée pour établir les projections concernant l'évolution prévisible du nombre de lits EMS jusqu'en 2035. Ces projections ont servi de fil conducteur pour établir la planification des soins de longue durée présentée au chapitre 5. Les incidences financières sont présentées au chapitre 6.

2. CONTEXTE

2.1. PLANIFICATION SANITAIRE

La planification sanitaire du canton de Fribourg est axée, conformément à l'article 20 al. 2 de la Loi sur la Santé (LSan), autour de 6 volets spécifiques : la planification des domaines hospitalier et pré-hospitalier, de l'aide et des soins à domicile, des établissements médico-sociaux (EMS), des soins en santé mentale et le plan cantonal de promotion de la santé et de prévention.

Le présent rapport est consacré à la planification des soins de longue durée prodigués aux personnes âgées¹ résidant dans un EMS ainsi qu'à celles vivant à domicile, pour les années 2016 à 2020. Il présente également des projections pour la période 2021 à 2035. Ces projections sont établies sur la base des travaux de l'OBSAN et présentées en annexe, sous forme de tableaux.

2.2. DISPOSITIONS LÉGISLATIVES EN VIGUEUR

2.2.1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal)

Art. 39 al. 1 let. a à d

¹ Les établissements [...] sont admis s'ils :

- a. garantissent une assistance médicale suffisante ;
- b. disposent du personnel qualifié nécessaire ;
- c. disposent d'équipements médicaux [...] et garantissent la fourniture [...] des médicaments ;
- d. correspondent à la planification établie par un canton [...] afin de couvrir les besoins [...].

2.2.2. Loi du 16 novembre 1999 sur la santé (LSan)

Art. 20 Principe

¹ Sur la proposition du Conseil d'Etat, le Grand Conseil établit les objectifs de la planification sanitaire cantonale.

² La planification sanitaire cantonale a pour buts, sur la base d'une évaluation de la santé de la population, de déterminer les besoins en soins compte tenu de l'évolution démographique, de définir les moyens de les satisfaire de la façon la plus rationnelle et la plus économique et de garantir des soins appropriés de qualité [...].

2.2.3. Loi du 23 mars 2000 sur les établissements médico-sociaux pour personnes âgées (LEMS)

Art. 4 Planification

¹ Le Conseil d'Etat établit une planification des EMS, après consultation des milieux intéressés. Il tient compte des autres établissements et organisations qui hébergent ou s'occupent des personnes âgées.

² La planification a pour but d'évaluer les besoins de la population et de définir et localiser les moyens. Elle est établie en coordination avec d'autres domaines de la santé. Elle est réactualisée régulièrement.

¹ Dans tout le document, la notion de personnes âgées se réfère aux personnes de 65 ans et plus

³ Sur la base de la planification, le Conseil d'Etat établit la liste des EMS habilités à prodiguer des soins à la charge des assureurs-maladie.

2.3. LE PROJET SENIOR+

2.3.1. Nouvelle politique des seniors

Le projet Senior+ a jeté les bases de la nouvelle politique du canton de Fribourg dans le domaine des seniors. Cette politique vise à privilégier l'autonomie des seniors, à veiller à leur intégration dans la société ainsi qu'à la reconnaissance de leurs besoins et de leurs compétences. Elle définit les domaines et principes d'actions des pouvoirs publics afin d'atteindre ces objectifs ainsi que les mesures concrètes à mettre en œuvre, conformément à un plan pluriannuel (plan de mesures).

Le dispositif législatif sur lequel est fondée la nouvelle politique se compose de la loi sur les seniors (LSen) ainsi que des lois sur les prestations médico-sociales (LPMS) et sur l'indemnité forfaitaire (LIF). Ces trois lois ont été adoptées par le Grand Conseil en date du 12 mai 2016. La LSen est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2016 alors que l'entrée en vigueur de la LPMS et de la LIF a été fixée au 1^{er} janvier 2018.

2.3.2. Les axes principaux de la nouvelle politique des seniors

Coordination des soins (LSen art. 5 let. e + LPMS)

Dans le canton de Fribourg, les différences régionales ou locales ne garantissent actuellement pas à la population un accès égal au dispositif médico-social. La réunion au sein d'un même réseau de toutes les communes d'un district chargées de la planification régionale de l'offre de prestations médico-sociales (EMS, Service d'aide et de soins à domicile, infirmières et infirmiers indépendants), de la surveillance de la gestion de ces fournisseurs de prestations et du financement des infrastructures vise une meilleure coordination des prestations résidentielles et ambulatoires.

L'évaluation des besoins de personnes âgées fragilisées ainsi que leur orientation se fait aujourd'hui selon des méthodes différentes et sans critères unifiés. Cela complexifie la collaboration entre fournisseurs de prestations et ne garantit pas un suivi adéquat des personnes fragilisées dans leur santé. Dès lors, il est prévu d'implémenter auprès de tous les fournisseurs de prestations médico-sociales des réseaux médico-sociaux un instrument commun d'évaluation des besoins et d'orientation de la personne et de mettre cet outil à disposition de l'ensemble des fournisseurs de prestations du canton (hôpitaux, EMS, services d'aide et de soins à domicile, infirmières et infirmiers indépendants, médecins installés en cabinet). L'outil sera développé dès 2017, avec le soutien d'un groupe de travail intégrant les fournisseurs de soins.

Qualité des soins (LSen art. 5 let. e + LPMS)

Comme cela est déjà le cas aujourd'hui, l'Etat doit veiller à la qualité des soins prodigués aux personnes âgées et garantir leur financement. Pour assurer la qualité des soins dans l'ensemble des établissements accueillant des personnes âgées, la LPMS prévoit que certains fournisseurs de prestations pourront être nouvellement admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) dans la mesure où ils remplissent les mêmes exigences en termes de soins que les EMS actuellement reconnus, notamment en ce qui concerne la dotation par niveau de soins et le niveau de formation du personnel soignant (lits admis AOS).

La prise en compte des lits admis AOS permettra à certains fournisseurs de prestations (les actuels homes simples) accueillant aujourd'hui déjà des personnes fragilisées et atteintes dans leur santé de

prétendre au financement des soins prodigués par les assureurs-maladie et les pouvoirs publics (EMS admis à pratiquer à charge de l'AOS). Elle leur permettra notamment de prendre en charge des personnes ayant un faible besoin en soins, mais qui nécessitent une infrastructure sécurisante en raison d'un manque d'autonomie, de légers problèmes d'addiction ou en raison d'un manque de liens sociaux. A noter que ces personnes pourront aussi être accueillies dans les locaux d'EMS reconnus, au sein d'unités spécialement organisées pour assurer leurs soins tout en leur laissant une certaine autonomie et liberté dans l'organisation et la gestion de leur quotidien (unités de lits admis AOS). Finalement, la prise en compte de lits admis AOS permettra aussi à certaines institutions pour personnes en situation de handicap de s'inscrire dans une logique de prise en charge des soins lorsque les besoins des personnes qui y résident nécessitent des prestations de soins selon l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins du 29 septembre 1995 (OPAS).

L'ensemble des lits EMS bénéficieront du financement des soins prévu par la LAMal et par la législation d'application cantonale et seront donc dans les faits des « lits EMS admis AOS ». Parmi ces lits admis AOS, une partie importante bénéficiera, en plus, d'une reconnaissance de l'Etat, reconnaissance qui ouvre le droit à une subvention des pouvoirs publics pour les frais d'accompagnement des personnes qui ne bénéficient pas des moyens suffisants pour financer leur séjour en EMS.

Maintien à domicile / soutien aux proches aidants / liens intergénérationnels (LSen)

Le soutien aux seniors qui souhaitent demeurer chez eux, en dépit de la fragilisation de leur santé, est un pilier fondamental du projet Senior+. Le projet propose ainsi diverses mesures visant à sécuriser les logements et à développer des offres de services et de prestations permettant aux personnes âgées de demeurer chez elles, tout en favorisant la cohabitation et les relations intergénérationnelles. Le projet tient également compte de l'importance des proches aidants et des bénévoles dans le soutien des personnes fragilisées à domicile et prévoit des mesures pour les soutenir dans leurs tâches.

Si l'Etat est garant de la qualité et de la coordination des soins pour l'ensemble du canton, ce sont les communes qui sont chargées de mettre en place les infrastructures ainsi que les prestations d'accompagnement social qui soutiendront les seniors dans leur choix de demeurer à domicile. Les communes ont 5 ans dès l'entrée en vigueur de la LSen au 1^{er} juillet 2016 pour élaborer un concept indiquant les mesures qu'elles entendent mettre en place.

2.4. LE DOMAINE HOSPITALIER

2.4.1. Le financement des soins hospitaliers

En 2012 est entré en vigueur le financement par forfaits (SwissDRG) pour les hôpitaux de soins somatiques aigus. Ce nouveau mode de financement, exigé par l'article 49 al. 1 LAMal, définit le montant dû par l'assureur et le canton pour une pathologie donnée et fixe pour ce remboursement des durées de séjour standard, avec des bornes inférieures et supérieures. En cas de dépassement de la borne supérieure, la rémunération supplémentaire pour l'hôpital n'est que marginale. Or, comme le rappelle le rapport de la Direction de la santé et des affaires sociales (DSAS) d'évaluation des besoins en soins pour la planification hospitalière 2015 (ci-après : évaluation pour la planification hospitalière 2015)², « ces 20 dernières années, la durée moyenne de séjour a diminué dans de

² Direction de la santé et des affaires sociales (2014). Evaluation des besoins en soins pour la planification hospitalière 2015, p. 30

nombreux pays de l'OCDE, y compris en Suisse et dans le canton de Fribourg. Toutefois, la durée moyenne de séjour en Suisse est encore relativement haute en comparaison internationale. Il est probable que les durées de séjour vont continuer de diminuer dans les années à venir, notamment en lien avec l'utilisation des SwissDRG ». Cette diminution de la durée des séjours hospitaliers influence le besoin en soins de longue durée, en particulier la prise en charge des soins à domicile. Comme le relève l'OBSAN, la prise en charge à domicile des patientes et patients nécessitant des soins à la suite d'une hospitalisation a fortement augmenté depuis 2009, passant de 2,0% à 3,3% en 2013³.

L'évaluation pour la planification hospitalière 2015 retient globalement l'évolution suivante :

Tableau 1: Evolution des besoins hospitaliers entre 2010, 2012 et 2020

Evolution des besoins entre 2010, 2012 et 2020	2010		2012	Evolution	2020
	Total		Total		Total
Soins somatique aigus - paquet de base					
Nombre d'hospitalisations	13'364		13'196		16'346
Nombre de journées	88'631	↘	84'913	↗	115'141
Durée moyenne de séjour	6.6		6.4		7.0
Soins somatique aigus - prestations spécialisées					
Nombre d'hospitalisations	20'815		21'568		24'700
Nombre de journées	151'693	↗	155'244	↗	165'630
Durée moyenne de séjour	7.3		7.2		8.7
Réadaptation					
Nombre d'hospitalisations	2'496		2'559		3'394
Nombre de journées	60'666	↘	55'888	↗	76'421
Durée moyenne de séjour	24.3		21.8		22.5
Psychiatrie					
Nombre d'hospitalisations	2'146		2'335		2'607
Nombre de journées	73'134	↘	69'268	↗	76'502
Durée moyenne de séjour	34.1		29.7		29.3
Nombre d'hospitalisations totales	38'821	↗	39'658	↗	47'047
Nbre de journées totales	374'124	↘	365'313	↗	433'694
Durée moyenne de séjour	9.6		9.2		9.2

(Source : DSAS, Evaluation des besoins en soins pour la planification hospitalière 2015)

2.4.2. Le virage des soins stationnaires vers l'ambulatoire

L'évaluation pour la planification hospitalière 2015 table, d'ici à 2020, sur un transfert de 50% des traitements du stationnaire vers l'ambulatoire pour un certain nombre de prestations de soins somatiques identifiées comme pouvant être réalisées en ambulatoire. La majorité de ces cas concerne des hospitalisations de moins de 3 jours⁴.

³ Widmer, M. Kohler, D., Les effets du nouveau financement hospitalier sur la qualité des prestations stationnaires, OBSAN Bulletin du 4.2016. http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_bulletin_2016-04_f.pdf

⁴ Direction de la santé et des affaires sociales (2014). Evaluation des besoins en soins pour la planification hospitalière 2015, p. 18

Selon les auteurs de cette évaluation, l'une des raisons de ces transferts vers l'ambulatoire provient d'incitatifs financiers dus aux systèmes de facturation SwissDRG et TARMED : si la rémunération pour un traitement est moins intéressante selon SwissDRG que selon TARMED, ce traitement sera de plus en plus souvent réalisé en ambulatoire⁵.

Comme la durée moyenne de séjour en hôpital, l'augmentation des prestations ambulatoires est susceptible d'influencer les besoins de prise en charge des soins à domicile.

2.5. LE FINANCEMENT DES SOINS EN EMS

Depuis 2011, la législation fédérale fixe la participation des assureurs-maladie au coût des soins dans les EMS sur la base de 12 niveaux⁶. Ce nouveau mode de financement a dès lors nécessité une redistribution de la dotation en soins des EMS fribourgeois sur 12 niveaux de soins au lieu de 4.

Suite à cette redistribution, la dotation globale des EMS est demeurée stable. Toutefois, dans la nouvelle répartition, il a été tenu compte de l'objectif fixé par le Conseil d'Etat dans le rapport de planification 2011 – 2015⁷ selon lequel la prise en charge à domicile doit être favorisée pour les personnes dont le niveau de soins le permet et la priorité dans les EMS doit être donnée aux personnes avec un niveau de soins plus conséquent. Depuis la mise en œuvre de la nouvelle dotation calculée selon les 12 niveaux de soins, le niveau moyen de soins dans les EMS a ainsi sensiblement augmenté (niveau moyen de 6.14 en 2013 contre 6.26 en 2015). Durant cette période, le nombre de journées effectuées en EMS par des personnes ayant un niveau de soins inférieur à 2 (soit moins de 41 minutes de soins par jour) a diminué de 4%.

2.6. LES DOSSIERS EN DISCUSSION AU PLAN FÉDÉRAL

2.6.1. Les ressources des personnes retraitées

Lors des travaux en lien avec le projet Senior +, il a souvent été fait allusion aux ressources financières dont disposent les personnes âgées. Cette question est certes en lien avec la politique fiscale de notre canton, mais elle dépend en premier lieu des décisions prises au plan fédéral dans le domaine de l'AVS et de la prévoyance vieillesse. Ces décisions ont en effet un impact important sur les moyens financiers à disposition des retraités et influenceront aussi à l'avenir les décisions des personnes âgées fragilisées dans leur santé quant au choix d'une prise en charge résidentielle ou ambulatoire des soins.

2.6.2. Les normes relatives au logement dans le calcul des PC

Lorsque les personnes vivant à domicile ne disposent pas des ressources financières leur permettant de financer leurs besoins vitaux, elles peuvent solliciter des prestations complémentaires. Le montant du loyer pris en compte afin de définir si une personne a droit à des prestations complémentaires relève de la compétence de la Confédération. Le montant maximal du loyer actuellement pris en considération s'élève à 1 100 francs par mois pour une personne seule et à 1 250 francs par mois pour un couple, montant auquel peut s'ajouter un forfait annuel jusqu'à 3 600 francs pour des infrastructures accessibles en chaise roulante.

⁵ Direction de la santé et des affaires sociales (2014), Evaluation des besoins en soins pour la planification hospitalières 2015, p. 33

⁶ Art. 7 a, al. 3 OPAS ; ces niveaux de soins sont évalués au moyen de l'outil RAI (Resident Assessment Instrument)

⁷ Direction de la santé et des affaires sociales (2011), Planification des soins de longue durée 2011 - 2015, p. 12

Dans un communiqué de presse daté du 30 septembre 2016, Pro Senectute déclare : « Pour quelques ménages de retraités touchant des prestations complémentaires, les besoins vitaux ne sont plus couverts. La spéculation n'est pas en cause, mais plutôt le plafonnement des prestations complémentaires relatives au logement ».

Des discussions sont actuellement en cours au niveau fédéral. Elles visent à adapter le montant du loyer pris en considération dans le calcul des prestations complémentaires à l'évolution du marché. Les résultats de ces discussions auront un impact certain sur le maintien à domicile.

3. ETAT DE LA SITUATION DANS LE CANTON

Si l'évolution démographique se fonde sur le scénario élaboré par le Service de la statistique du canton de Fribourg, l'état de situation des soins de longue durée se base, pour les EMS, sur les données chiffrées 2015 en possession du Service de la prévoyance sociale (SPS) ainsi que sur certaines données provenant de la statistique SOMED 2013. Les informations relatives aux services d'aide et de soins à domicile se fondent sur les statistiques du Service de la santé publique (SSP) et les statistiques SPITEX 2013.

3.1. LITS EMS DE LONG SÉJOUR

3.1.1. Répartition et taux d'occupation des lits par district

Selon les statistiques SPS au 31 décembre 2015, le nombre de lits long séjour, reconnus selon la LEMS était de **2 549**, répartis dans 41 EMS, sur 49 sites différents (dont 5 établissements dont l'ensemble des lits n'est pas reconnu). Ce chiffre intègre 50 lits de long séjour reconnus pour les congrégations religieuses (ISRF) et 15 lits de long séjour attribués à l'EMS Les Camélias pour répondre aux besoins particuliers de personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques de l'âge avancé. 114 lits étaient non reconnus au sens de la LEMS. Ils sont localisés dans 5 établissements mixtes (33 lits) et 3 établissements non médicalisés ou homes simples (81 lits).

La capacité totale des établissements pour personnes âgées était donc, à la fin de l'année 2015, de **2 663 lits** et la proportion de lits EMS reconnus s'élevait à 95.72%.

Tableau 2: Répartition des lits long séjour par district au 31.12.2015

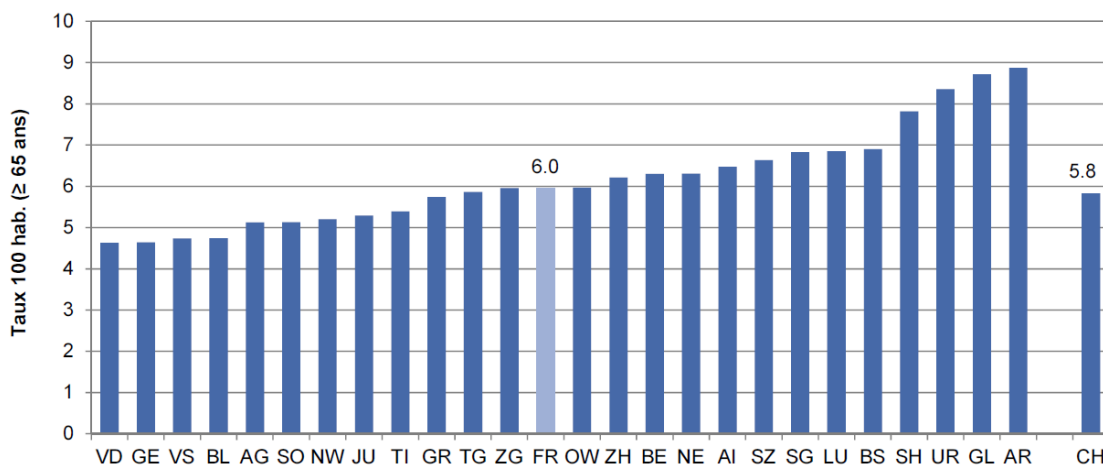
	Lits reconnus	Lits non reconnus dans EMS	Lits dans les homes simples	Total
Broye	194			194
Glâne	206			206
Gruyère	475	21	21	517
Sarine	826		17	843
Lac	259	12	43	314
Singine	375			375
Veveyse	149			149
	2 484	33	81	2 598
ISRF et Camélias	65			65
Total	2 549			2 663

(Source : Statistiques du SPS)

3.1.2. Taux de recours aux soins en EMS et autres établissements pour personnes âgées

Le taux de recours aux soins exprime la proportion de la population ayant recours aux soins dans un établissement médico-social ou un autre établissement pour personnes âgées. Ce taux, calculé pour 100 habitants de 65 ans et plus, oscille entre 8.9% (AR) et 4.6% (VD). Le canton de Fribourg, avec 6.0%, présente un taux très proche de la moyenne suisse (5,8%).

Tableau 3: Taux de recours 2013 aux EMS et autres établissements pour personnes âgées



Source: Statistique des institutions médico-sociales 2013 (OFS 2014)

© Obsan 2015

3.1.3. Mission spécifique : Unités spécialisées en démence (USD)

En 2015, les évaluations RAI révèlent que 57.4% des journées d'accueil dans les EMS fribourgeois concernent des personnes souffrant de démence à des stades moyens ou avancés (indice cognitif 3 et plus selon les exports de données de l'outil d'évaluation RAI pour l'année 2015).

A certains stades de la maladie, la cohabitation avec les résidentes et résidents d'unités traditionnelles d'EMS est difficile. Pour ces personnes, les pouvoirs publics soutiennent une prise en charge plus adaptée dans des unités spécialisées en démence (USD). Les critères permettant une prise en charge dans ces unités sont définis dans une directive de la DSAS. A ce jour, 5 unités ont obtenu une reconnaissance en qualité d'USD dans les EMS d'Attalens, Bulle, Gletterens, Fribourg (Résidence Les Chênes) et Marsens, totalisant 68 lits.

3.1.4. Flux interrégionaux

Les lits mis à disposition dans un district sont parfois occupés par des personnes provenant d'autres districts ou d'autres cantons. L'analyse des flux interrégionaux et intercantonaux démontre que certains districts comblent le manque de places dans les établissements pour personnes âgées d'autres régions.

Les statistiques SOMED 2013 présentent la situation au 31.12.2013 et se réfèrent aux lits reconnus EMS ainsi qu'aux lits non médicalisés. Elles démontrent que les districts de la Gruyère (n= 88), du Lac (n= 71) et de la Veveyse (n= 36) accueillent une proportion importante de personnes provenant d'autres districts. La statistique permet également de voir l'influence des autres cantons sur la population des EMS du district.

Tableau 4: Flux interrégionaux au 31.12.2013

		Emplacement de l'EMS (district d'accueil)								
		Broye	Glâne	Gruyère	Sarine	Lac	Singine	Veveyse	Autres cantons	Total
District de provenance des résidents et résidants	Broye	185		2	12	6		1	8	214
	Glâne	2	161	25	20	3	2	7		220
	Gruyère	2	11	447	25	1	1	12	2	501
	Sarine	11	9	39	865	15	26	8	12	985
	Lac	1		1	12	252	2		7	275
	Singine				6	39	312	1	10	368
	Veveyse	1	4	11	1			115		132
	Autres cantons	4	3	10	6	7	1	7		38
	Total	206	188	535	947	323	344	151	39	2 733

(Source: Statistiques des institutions médico-sociales SOMED 2013)

3.2. AIDE ET SOINS À DOMICILE

3.2.1. Définition des soins de longue durée pour les prestations à domicile

Les prestations d'aide et de soins à domicile sont fournies dans le canton de Fribourg par des services mandatés par les communes ou l'Etat, par des services privés et par des infirmières et infirmiers indépendants. Les données statistiques fédérales et cantonales ne permettent pas de distinguer les prestations de longue durée des prestations de courte durée. De ce fait, toutes les prestations de soins à domicile réalisées auprès des personnes de plus de 65 ans sont considérées comme des soins de longue durée.

3.2.2. Prestations et EPT totaux par district pour les services mandatés

En 2013, 10 services d'aide et de soins à domicile sont mandatés par les communes. Les prestations fournies par l'Association fribourgeoise du diabète, mandatée par la DSAS, ne sont pas recensées dans les tableaux suivants. Les EPT autorisés représentent la dotation maximale autorisée en vue du subventionnement par l'Etat selon la loi sur l'aide et les soins à domicile.

Tableau 5: Prestations et EPT 2013 totaux des services d'aide et soins à domicile mandatés

	EPT utilisés	EPT autorisés	Total heures facturées	Heures aide	Heures soins	Heures aide en %	Heures soins en %
Broye	45.04	46.50	50 831	11 172	39 659	22.0%	78.0%
Glâne	36.31	36.45	37 119	12 113	25 006	32.6%	67.4%
Gruyère	72.87	71.20	77 727	19 055	58 672	24.5%	75.5%
Sarine	76.73	88.60	81 332	16 661	64 671	20.5%	79.5%
Lac	47.17	48.60	58 221	9 610	48 611	16.5%	83.5%
Singine	53.71	59.50	56 129	12 576	43 553	22.4%	77.6%
Veveyse	26.71	28.40	30 168	10 617	19 551	35.2%	64.8%
TOTAL	358.54	379.25	391 527	91 804	299 723	23.4%	76.6%

(Source: Statistiques du Service de la santé publique, 2013)

Tableau 6: Prestations 2013 pour les personnes de 65 ans et plus des services mandatés

	Total heures facturées	Heures aide	Heures soins	Heures aide en %	Heures soins en %
Broye	42 700	8 983	33 717	21.0%	79.0%
Glâne	27 848	8 608	19 240	30.9%	69.1%
Gruyère	63 008	14 859	48 149	23.6%	76.4%
Sarine	60 568	9 817	50 751	16.2%	83.8%
Lac	41 437	6 352	35 085	15.3%	84.7%
Singine	44 427	9 044	35 383	20.4%	79.6%
Veveyse	23 899	8 059	15 840	33.7%	66.3%
TOTAL	303 887	65 722	238 165	21.6%	78.4%

(Source: Statistiques du Service de la santé publique, 2013)

Le nombre d'heures fournies auprès des patientes et patients varie selon les districts. Celles-ci semblent liées à l'importance de l'offre complémentaire des infirmières et infirmiers indépendants, des services privés et de Pro Senectute (cf. Tableau 7), ainsi que des choix stratégiques des districts.

Tableau 7: Part des heures fournies par des services mandatés pour 65 ans et plus

	Part aux heures d'aide et de soins	Part aux heures d'aide	Part aux heures de soins	Population
Broye	84%	80%	85%	15%
Glâne	75%	71%	77%	14%
Gruyère	81%	78%	82%	15%
Sarine	74%	59%	78%	14%
Lac	71%	66%	72%	15%
Singine	79%	72%	81%	17%
Veveyse	79%	76%	81%	13%
TOTAL	78%	72%	79%	15%

(Source: Statistiques du Service de la santé publique, 2013)

Il est à relever que les heures facturées pour les personnes âgées de 65 ans et plus représentent environ 78% de l'ensemble des heures facturées alors que la population concernée ne représente que 15%.

3.2.3. Statistiques pour les services privés et les infirmières et infirmiers indépendants

Tableau 8: Prestations et EPT 2013 des privés et des infirmières et infirmiers indépendants

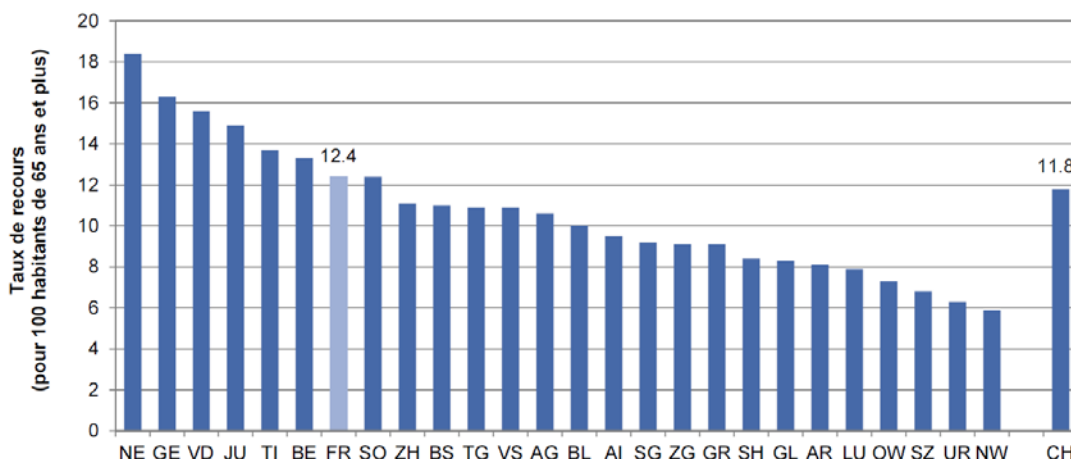
	Infirmières et infirmiers ⁸	Services privés	Pro Senectute
	Heures de soins facturées	Heures de soins facturées	Heures d'aide facturées
Broye	1 282		1 273
Glâne	2 333		1 124
Gruyère	10 462		2 896
Sarine	18 951	5 784	20 177
Lac	3 916	6 013	7 121
Singine	506		774
Veveyse	1 877		842
TOTAL	39 327	11 797	34 207

(Source: Statistiques du Service de la santé publique, 2013)

3.2.4. Taux de recours aux services d'aide et soins à domicile

En 2013, en Suisse, les services d'aide et de soins à domicile et les infirmières et infirmiers indépendants ont pris en charge 225 660 clients pour des prestations de soins de longue durée à domicile (sans les soins aigus et de transition pour les cantons où ces prestations sont fournies), totalisant près de 12 640 000 heures de soins. Le taux de recours aux soins à domicile (pour 100 habitants de 65 ans et plus) est compris entre 5,9% (NW) et 18,4% (NE). Le canton de Fribourg est très proche de la moyenne nationale avec un taux de 12,4%.

Tableau 9: Comparaison des taux de recours aux services d'aide et soins à domicile



Source : Statistique de l'aide et des soins à domicile 2013 (OFS 2014)

© Obsan 2015

⁸ Les répartitions par district ont été effectuées sur la base d'estimations. Pour les infirmières et infirmiers indépendants, ces estimations sont basées sur la facturation liée au nouveau financement des soins. Pour les services privés, la répartition a été effectuée en fonction de l'aire d'activité des services.

3.3. LITS EMS DE COURT SÉJOUR

3.3.1. Répartition et taux d'occupation par district

Tableau 10: Répartition des lits de court séjour par district pour l'année 2015

	Lits court séjour	Taux occupation 2015 ⁹
Broye	11	14.69%
Glâne	5	50.30%
Gruyère	5	72.66%
Sarine	14	82.11%
Lac	6	84.29%
Singine	16	61.03%
Veveyse	4	93.97%
Canton de Fribourg	61	62.03%
UATO ¹⁰	19	97.94%
TOTAL	80	70.56%

(Source : Statistiques du SPS)

L'accueil de personnes pour un court séjour joue un rôle important dans le maintien à domicile. Pour les EMS, cette prestation entraîne une lourde charge de travail et porte un risque financier plus important que les accueils en long séjour. Ces établissements n'ont, à ce jour, pas l'obligation de réserver des lits pour des courts séjours et il n'est pas rare que ceux-ci soient occupés par des personnes pour des séjours de longue durée.

3.3.2. Mission spécifique : Unité d'accueil temporaire et d'orientation (UATO)

Depuis 2012, 19 lits de court séjour sont attribués au projet-pilote UATO. Actuellement, l'UATO accueille des personnes hospitalisées dans une structure de soins aigus et qui:

- se préparent à un retour à domicile, sans être éligibles pour une filière de réadaptation,
- ont besoin d'une évaluation pour déterminer si un retour à domicile est envisageable, ou
- attendent une place en EMS.

Ce projet-pilote cantonal est amené à évoluer ces prochains mois et l'UATO se concentrera dans le futur uniquement sur les retours à domicile et sur les situations pour lesquelles l'indication n'est pas encore définitive. En effet, il appartiendra aux réseaux médico-sociaux de définir comment faire face aux besoins de leur population et notamment de prévoir des lits d'attente de placement au sein de leurs EMS, ces lits étant considérés comme des lits long séjour, dans la mesure où ils sont occupés par des personnes qui souhaitent ou doivent entrer définitivement en EMS.

⁹ Taux d'occupation calculé sur la base des journées facturées en 2015

¹⁰ Unité d'accueil temporaire et d'orientation

3.4. FOYERS DE JOUR

Tableau 11: Répartition des places en foyers de jour par district, état au 31.12.2015

	Places en foyers de jour
Broye	5
Glâne	0
Gruyère	7
Sarine	16
Lac	8
Singine	15
Veveyse	10
Foyer spécialisé en démence	11
Canton de Fribourg	72

Selon les statistiques du SPS, le canton comptait, au 31 décembre 2015, 8 foyers de jour offrant 72 places d'accueil. Le nombre moyen de jours d'ouverture s'élevait à 4.75 jours par semaine et le taux d'occupation se situait en 2015 à environ 83%.

Les foyers de jour sont des structures importantes dans la politique de maintien à domicile. Grâce à l'encadrement de professionnels, ces places d'accueil de jour contribuent au maintien de l'autonomie des personnes âgées fragilisées et permettent de rompre leur isolement, retardant dans de nombreux cas une entrée en EMS.

3.5. CONSTATS SUR LA SITUATION DANS LE CANTON DE FRIBOURG

La situation des soins de longue durée n'est pas identique dans tous les districts. Toutefois, de manière générale, il y a lieu de signaler les éléments suivants :

- > Les lits prévus pour l'accueil en court séjour ne sont pas utilisés à leur pleine capacité, notamment en raison des difficultés liées à la gestion administrative de ces lits et à l'évaluation du besoin en soins des personnes. Par rapport aux projections faites dans le rapport de planification 2011 – 2015 pour l'année 2015, le nombre actuel de lits de court séjour (n= 80) est légèrement inférieur au nombre initialement prévu (n= 89). En comparaison du nombre de places disponibles en 2010 (n= 49), ce nombre a néanmoins augmenté de 31 unités. Pour améliorer le taux d'occupation de ces lits, qui constituent une offre de prestations importante pour soutenir le maintien à domicile, et développer cette offre dans tous les districts du canton, un nouveau mode de financement sera examiné lors de l'élaboration de la législation d'application de la nouvelle LPMS.
- > Le nombre de places dans les foyers de jour (n= 72) est nettement inférieur aux prévisions faites dans le rapport de planification 2011 – 2015 pour l'année 2015 (n= 89). Par rapport au nombre de places disponibles en 2010 (n= 43), le nombre de places a augmenté de 29 unités. A noter que le district de la Glâne est le seul ne disposant pas encore d'un foyer de jour. Dans le projet TransHome, un tel foyer est toutefois prévu.

- > Conformément aux prévisions du rapport de planification 2011 - 2015, la dotation des services d'aide et de soins à domicile mandatés devait passer de 338 EPT en 2010 à 424 EPT en 2015. Or, en 2015, la dotation autorisée ne se montait qu'à 396.3 EPT. L'analyse de l'évolution 2011 - 2015 démontre que les services mandatés par les communes ont pu suivre l'évolution prévue pour les prestations de soins. Ces services ont cependant proportionnellement fourni moins de prestations d'aide qu'en 2011, prestations qui se sont reportées sur d'autres fournisseurs, principalement Pro Senectute pour les prestations d'aide au ménage.
- > Les services d'aide et de soins à domicile privés font leur apparition sur le territoire fribourgeois. Même si l'offre de prestations de ces services n'est pas uniformément répartie sur le territoire cantonal, elle complète celle des services mandatés par les communes et des infirmières et infirmiers indépendants. Le développement futur de ces services est encore difficile à déterminer, mais il est probable qu'ils prendront une place de plus en plus importante, en particulier pour assurer les soins dans des logements avec services exploités par une organisation privée ou publique. Ce point fait référence à l'arrêt du Tribunal arbitral du canton de Berne présenté plus en détail au point 5.1.2¹¹.
- > Le rapport de planification 2011 - 2015 faisait mention d'un besoin de 265 lits pour les USD. A défaut de statistiques, ce chiffre correspondait à une première estimation des situations de démence ne pouvant pas ou plus être prises en charge dans les unités standards d'EMS. Cette évaluation des besoins avait été estimée à 10% des lits de long séjour.

Or, les travaux en lien avec les USD et l'analyse des statistiques fournies par l'outil RAI ont démontré que le nombre de lits pour ces unités était nettement surévalué. En effet, les troubles spécifiques des personnes devant bénéficier d'une prise en charge particulière en USD sont codifiés dans le RAI et une estimation du nombre de lits sur la base de cet instrument situe la proportion plutôt autour des 6% du total des lits long séjour. Etant donné que le nombre total de lits long séjour était en 2015 de 2 549, le nombre de lits en USD aurait dû se situer autour des 150. En 2015, le nombre de ces lits est de 68. Toutefois, de nouvelles unités, totalisant environ 60 lits, sont actuellement en cours de réalisation dans le contexte de rénovations ou de transformations d'EMS.

- > Dans le cadre des prestations de soins de longue durée, certaines personnes séjournent dans un EMS hors de leur district. Afin d'obtenir une image réelle du besoin en lits long séjour, il faut déduire les personnes non domiciliées dans le district et occupant un lit EMS et ajouter celles séjournant dans un EMS hors du district, voire hors du canton.

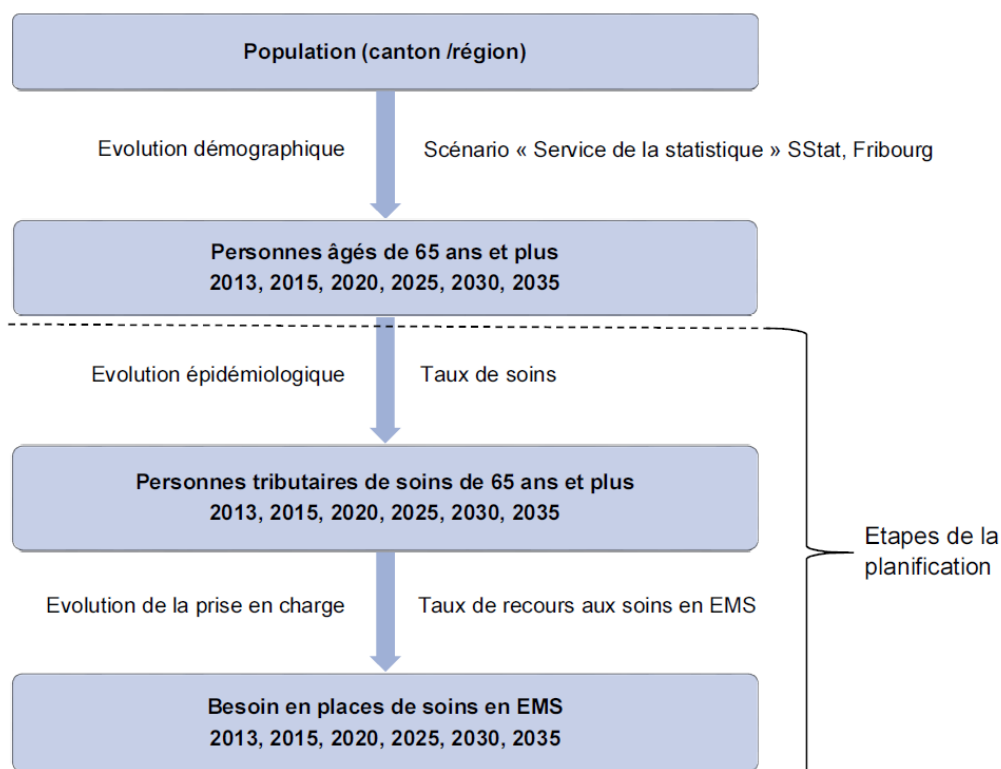
Il s'agit là des flux interrégionaux qui démontrent que certains districts accueillent dans leurs EMS plus de résidentes et de résidents provenant d'autres districts que le nombre de résidentes et résidents domiciliés dans le district mais placés dans des EMS d'autres régions (Gruyère, Lac et Veveyse). Dans d'autres districts, la tendance est plutôt inversée (Broye, Glâne, Singine et Sarine). L'analyse des flux doit se faire par rapport au nombre de lits, mais également par rapport aux niveaux de soins des personnes accueillies. Il est par exemple possible qu'un district accueille des cas plutôt lourds provenant d'autres régions, mais, qu'en contrepartie, les cas légers de ce district, occupent des lits ailleurs.

¹¹ Arrêt du Tribunal arbitral du canton de Berne : Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern, Urteil vom 20. November 2015 betreffend Klage vom 14. August 2012, numéro de dossier 200 2014 903

4. PROJECTION DES BESOINS EN LITS LONG ET COURT SEJOUR 2015 - 2035

4.1. MÉTHODE UTILISÉE PAR L'OBSERVATOIRE SUISSE DE LA SANTÉ (OBSAN)

L'OBSAN a reçu mandat d'établir des projections des besoins en soins de longue durée en se fondant sur les données statistiques du canton de Fribourg. Se basant sur les statistiques des institutions médico-sociales (SOMED 2013), sur l'analyse des structures actuelles de soins de longue durée, et compte tenu de l'évolution démographique ainsi que des facteurs influençant le taux de recours aux soins de longue durée, l'OBSAN a élaboré en janvier 2015, selon le modèle ci-dessous, les bases statistiques régionales permettant au canton de Fribourg de faire une première estimation du nombre de lits à prévoir d'ici à 2035 dans les EMS du canton et de planifier de manière plus précise le nombre de lits pour la période 2016 à 2020, ainsi que le volume d'heures de soins qui devront être prodiguées par les fournisseurs de prestations ambulatoires.



4.1.1. Evolution démographique

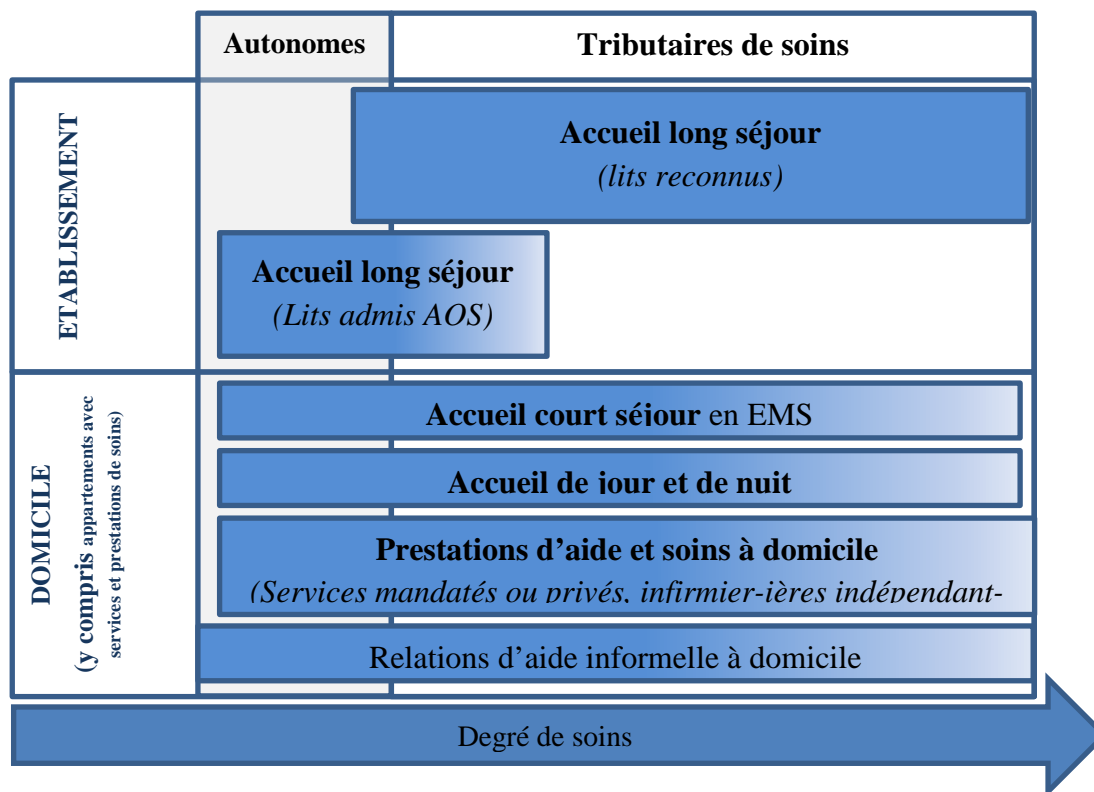
Le scénario démographique élaboré par le Service de la statistique du canton de Fribourg (Clément 2013) est utilisé. Les hypothèses liées aux indicateurs conjoncturels de fécondité, au taux de masculinité à la naissance ainsi qu'à l'évolution de la mortalité, s'appuient quant à elles sur le scénario moyen de l'OFS. Cependant, les soldes migratoires ont été adaptés afin de correspondre aux caractéristiques du canton.

4.1.2. Taux de soins dans la population de 65 ans et plus

Le taux de soins ou, autrement dit, la proportion des personnes tributaires de soins (ou dépendantes de soins) se calcule à partir de la population tributaire de soins dans les établissements pour personnes âgées et de la population tributaire de soins vivant à domicile. Ces deux populations sont

divisées par la population totale du canton pour estimer le taux cantonal des personnes tributaires de soins.

Selon le besoin en soins de la personne, son degré d'autonomie et les possibilités de son entourage, diverses prestations médico-sociales peuvent être sollicitées. En fonction du lieu de résidence de la personne et de son besoin en soins, ces prestations peuvent être schématisées comme suit :



Personnes tributaires de soins en établissement

Le nombre de personnes âgées tributaires de soins en établissement se base sur les niveaux de soins définis par la LAMal. La présente planification considère que les personnes évaluées dans les deux premières catégories (RAI 1 et 2, jusqu'à 40 minutes de soins) sont *non tributaires de soins* (ou autonomes). Au-delà de cette limite, les personnes sont considérées comme *tributaires de soins* (ou dépendantes de soins). La notion de non tributaires de soins en EMS ne signifie pas que cette personne n'a pas besoin d'aide et de soins, mais que son besoin est relativement bas. Elle pourrait être considérée comme tributaire de soins vivant à domicile dans la mesure où elle répond aux critères ci-après.

Personnes tributaires de soins vivant à domicile

L'évaluation du nombre de personnes âgées tributaires de soins vivant à domicile s'appuie sur les données de l'Enquête suisse sur la santé 2012 (OFS 2014) et prend en considération cinq activités de la vie quotidienne (AVQ) :

1. Manger
2. Se coucher, sortir du lit, se lever d'un fauteuil
3. S'habiller et se déshabiller
4. Aller aux toilettes
5. Prendre un bain ou une douche.

Les personnes sont considérées comme *tributaires de soins* (ou dépendantes de soins) à partir du moment où elles ont de grandes difficultés dans au moins l'une de ces AVQ. Les personnes rencontrant des difficultés non majeures ont des besoins légers en soins et sont considérées comme *non tributaires de soins* (autonomes).

Taux de soins dans la population de 65 ans et plus

Une fois estimé le nombre de personnes tributaires de soins dans une population, il faut savoir si, dans un contexte d'allongement de l'espérance de vie, la dépendance apparaît à un âge plus élevé. Dans ses analyses, l'OBSAN présente trois scénarios :

- > Le *scénario de référence* admet que la dépendance apparaît à un âge plus avancé et que la durée de la dépendance reste identique, ce qui signifie que les années de vie gagnées sont des années en bonne santé (compression relative de la morbidité).
- > Le *scénario optimiste* considère que l'âge moyen auquel la dépendance apparaît est reporté et que la durée du report est plus grande que la hausse de l'espérance de vie. Par conséquent, la durée de la dépendance diminue (compression absolue de la morbidité). Ce scénario présente une limite inférieure du nombre de personnes tributaires de soins.
- > Le *scénario pessimiste* part de l'hypothèse que la dépendance intervient en moyenne au même âge qu'aujourd'hui, de sorte que sa durée augmente du fait de l'allongement de l'espérance de vie (expansion de la morbidité).

4.1.3. Taux de recours aux soins en établissement

La proportion entre les personnes soignées en EMS et celles soignées à domicile est estimée grâce aux statistiques SOMED 2013. Le taux de recours aux soins en EMS correspond au rapport entre le nombre de résidentes et de résidents tributaires de soins en établissement et le nombre total de personnes âgées tributaires de soins.

Le taux de recours aux soins en EMS peut être calculé selon 3 variantes :

- > La *variante 1* part de l'hypothèse que le taux de recours aux soins en établissement, mesuré en 2013, restera inchangé.
- > La *variante 2* suppose que l'offre des services d'aide et de soins à domicile se développera, entraînant une diminution du besoin en lits en EMS (diminution de 10% de la part des personnes prises en charge en établissement).
- > La *variante 3* admet que la part des personnes dépendantes soignées en EMS augmentera (hausse de 10% de la part des personnes prises en charge en établissement).

4.2. PROJECTIONS DE L'OBSAN POUR LES ANNÉES 2020 À 2035

4.2.1. Choix du scénario et de la variante

Dans les projections ci-après, le **taux de soins** se base sur le **scénario de référence** (compression relative de la morbidité) (voir point 4.1.2). Pour rappel, le scénario de référence admet que la dépendance apparaît à un âge plus avancé et que la durée de la dépendance reste identique, ce qui signifie que les années de vie gagnées sont des années en bonne santé (compression relative de la morbidité).

Le **taux de recours aux soins en établissement** est, quant à lui, fixé selon la **variante 2** (voir point 4.1.3), soit :

- > De 2016 à 2020, le taux de recours aux soins en institution restera inchangé. La proportion entre les personnes soignées en EMS et celles soignées à domicile est estimée à partir des observations cantonales 2013 (SOMED 2013).

- > A partir de 2021, l'offre des services d'aide et de soins à domicile se développera, entraînant une diminution du besoin en lits EMS (diminution de 10% de la part des personnes prises en charge en EMS).

Lors de la précédente planification, les choix de la variante et du scénario ont été similaires.

4.2.2. Projections démographiques

Les prévisions démographiques du Service de la statistique (SStat) du canton présentent l'évolution démographique à l'horizon 2035 par district et pour le canton. Selon ces projections, la population cantonale passera de 297 600 personnes en 2013 à 372 500¹² en 2035 (+25%).

Le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus au sein de la population fribourgeoise passera de 43 482 en 2013 à 85 965 en 2035, ce qui correspond à un accroissement de plus de 97%. On observe également une augmentation de la proportion des personnes âgées de 80 ans et plus de 25,4% à 29,0% en 2035 dans le canton de Fribourg.

Tableau 12: Evolution du nombre de personnes de 65 ans et plus

		2013	2020	2025	2030	2035
Broye	65-79	3 247	4 127	4 715	5 377	6 263
	80+	1 000	1 264	1 699	2 196	2 515
	65+	4 247	5 391	6 414	7 573	8 778
Glâne	65-79	2 234	2 868	3 337	3 917	4 481
	80+	803	964	1 194	1 497	1 767
	65+	3 037	3 832	4 531	5 414	6 248
Gruyère	65-79	5 459	6 672	7 518	8 705	9 845
	80+	1 967	2 349	2 920	3 579	4 056
	65+	7 426	9 021	10 438	12 284	13 901
Sarine	65-79	10 695	12 890	14 541	17 195	19 616
	80+	3 731	4 566	5 743	6 972	8 074
	65+	14 426	17 456	20 284	24 167	27 690
Lac	65-79	3 753	4 841	5 727	6 785	7 689
	80+	1 373	1 611	2 002	2 537	3 042
	65+	5 126	6 452	7 729	9 322	10 731
Singine	65-79	5 426	6 751	7 552	8 487	9 222
	80+	1 605	2 155	2 881	3 573	4 194
	65+	7 031	8 906	10 433	12 060	13 416
Veveyse	65-79	1 622	2 127	2 596	3 194	3 891
	80+	567	686	850	1 080	1 310
	65+	2 189	2 813	3 446	4 274	5 201
Canton de Fribourg	65-79	32 436	40 276	45 986	53 660	61 007
	80+	11 046	13 595	17 289	21 434	24 958
	65+	43 482	53 871	63 275	75 094	85 965

(Source : OBSAN (2015) Bases statistiques 2013 - 2035 en vue de la planification du besoin en lits en EMS. tableau 1)

¹² Selon les dernières prévisions du SStat, publiées le 24 mars 2017, la population cantonale ne devrait pas dépasser les 353 000 en 2035 (http://appl.fr.ch/friactu_inter/handler.ashx?fid=15360; consulté le 7 avril 2017)

4.2.3. Projections des personnes tributaires de soins

La proportion de personnes tributaires de soins au sein de la population fribourgeoise pour chaque année et chaque district est calculée en appliquant les taux de soins par sexe et par âge.

En 2035, la population fribourgeoise tributaire de soins âgée de 65 ans et plus aura augmentée de plus de 82%. L'évolution par district n'est toutefois pas uniforme (+ 70% en Gruyère et + 104% en Singine), ce qui influencera l'évolution du nombre de lits EMS à prévoir dans chaque district.

Tableau 13: Evolution du nombre de personnes de 65 ans et plus tributaires de soins

		2013	2020	2025	2030	2035
Broye	65-79	96	118	127	122	143
	80+	219	243	308	400	480
	65+	315	361	435	522	623
Glâne	65-79	71	79	87	88	103
	80+	174	190	230	280	327
	65+	245	269	317	368	430
Gruyère	65-79	171	190	201	196	228
	80+	424	468	568	685	784
	65+	595	658	769	881	1012
Sarine	65-79	335	368	386	389	452
	80+	824	915	1 112	1 346	1 576
	65+	1 159	1 283	1 498	1 735	2 028
Lac	65-79	117	135	148	154	182
	80+	297	326	388	471	567
	65+	414	461	536	625	749
Singine	65-79	168	194	201	201	225
	80+	333	413	532	673	799
	65+	501	607	733	874	1 024
Veveyse	65-79	50	59	67	71	87
	80+	122	139	166	204	244
	65+	172	198	233	275	331
Canton de Fribourg	65-79	1 008	1 143	1 217	1 221	1 420
	80+	2 393	2 694	3 304	4 059	4 777
	65+	3 401	3 837	4 521	5 280	6 197

(Source : OBSAN (2015) Bases statistiques 2013 - 2035 en vue de la planification du besoin en lits en EMS. tableau 3)

Ces chiffres traduisent le besoin croissant pour les deux prochaines décennies en matière de soins de longue durée. En effet, toutes les personnes tributaires de soins devront trouver une offre de prestations adaptée à leurs besoins.

La répartition entre les différentes prestations (aide informelle à domicile, aide et soins à domicile, foyer de jour et de nuit, court et long séjour EMS) sera tout d'abord influencée par l'évolution de la morbidité au sein de la population. Elle dépendra aussi des choix effectués par l'Etat, notamment en lien avec le financement de ces diverses prestations et la mise en œuvre des mesures favorisant le maintien à domicile prévues dans le projet Senior+.

L'offre de prestations de soins sera toutefois également tributaire des communes qui devront, d'une part, veiller à offrir des infrastructures, des services et un accompagnement social qui tiennent

compte des besoins des personnes âgées. De plus et conformément à la planification cantonale, il appartiendra aux communes, en qualité de membres des réseaux médico-sociaux, de décider de la mise à disposition et du financement des infrastructures pour les soins de longue durée au sein du district.

4.2.4. Projection du besoin en lits long et court séjour, 2020 - 2035

Le tableau ci-dessous présente les projections de l'OBSAN concernant les besoins en lits de soins long et court séjour reconnus et des lits admis AOS. Les lits admis AOS sont destinés à des personnes non tributaires de soins ou avec des besoins en soins limités qui bénéficient d'un bon niveau d'autonomie. Selon les hypothèses retenues concernant le taux de soins et le taux de recours aux établissements, les besoins sont estimés de la manière suivante :

Tableau 14: Projection du besoin en lits de long et de court séjour reconnus et admis AOS

		Projection ¹³ 2020	Projection 2025	Projection 2030	Projection 2035
Total	Lits reconnus	2 388	2 550	3 032	3 580
	Lits admis AOS	592	629	749	886
Total	Tous les lits	2 980	3 179	3 781	4 466

Broye	Lits reconnus	222	242	298	360
	Lits admis AOS	55	60	74	88
Total pour la Broye		277	302	372	448
Glâne	Lits reconnus	168	178	211	248
	Lits admis AOS	41	44	52	61
Total pour la Glâne		209	222	263	309
Gruyère	Lits reconnus	410	436	508	586
	Lits admis AOS	102	107	126	146
Total pour la Gruyère		512	543	634	732
Sarine	Lits reconnus	803	849	1000	1174
	Lits admis AOS	199	210	247	291
Total pour la Sarine		1 002	1 059	1 247	1 465
Lac	Lits reconnus	288	302	357	430
	Lits admis AOS	72	75	88	106
Total pour le Lac		360	377	445	536
Singine	Lits reconnus	374	412	502	593
	Lits admis AOS	92	101	124	147

¹³ Les projections correspondent aux chiffres non calibrés (informations sur le calibrage disponibles au chapitre 4.3). Le calibrage de l'outil RAI entraîne une augmentation d'environ 10%.

		Projection 2020	Projection 2025	Projection 2030	Projection 2035
Total pour la Singine		466	513	626	740
Veveyse	Lits reconnus	123	131	156	189
	Lits admis AOS	31	32	38	47
Total pour la Veveyse		154	163	194	236

(Source: OBSAN (2015) Bases statistiques 2013 - 2035 en vue de la planification du besoin en lits en EMS. Tableau 9)

4.3. CONSIDÉRATIONS RELATIVES AUX PROJECTIONS DE L'OBSAN

Le document de l'OBSAN présente les bases statistiques 2013 - 2035 en vue de la planification du besoin en lits en EMS. Pour ce faire, il fait très largement référence aux statistiques SOMED 2013.

Or, l'analyse de ce document a permis de mettre en évidence plusieurs imprécisions ou incohérences dans les statistiques SOMED ou dans leur interprétation par l'OBSAN. Ces incohérences peuvent être dues aux spécificités fribourgeoises (homes mixtes, pas d'évaluation RAI dans les homes simples) que SOMED ne parvient pas à reproduire ou être causées par des erreurs ou imprécisions de saisie des EMS (nombre de journées, nombre de lits). Elles sont aussi dues à la prise en compte des lits court séjour dans la base de calcul. Ces lits étant un outil important pour le maintien à domicile, ils doivent être traités de manière séparée et ne pas être intégrés aux projections pour les lits long séjour.

Afin de minimiser le risque de mauvaise évaluation du nombre de lits en EMS provoquée par les incohérences évoquées ci-dessus, la situation de départ (2013) prise en considération par l'OBSAN a été comparée avec les statistiques comptables 2013 disponibles au SPS. Il s'avère que le nombre de lits considérés par l'OBSAN (2 108 lits de court et de long séjour reconnus) est très proche de la réalité des lits long séjour reconnus (2 105 lits long séjour pour les personnes tributaires de soins selon les données 2013 du SPS). Cependant, si la projection du nombre total de lits de l'OBSAN correspond à la réalité, la répartition de ces lits entre les districts n'est pas correcte.

De plus, le taux de recours aux soins en établissement est probablement légèrement sous-évalué par l'OBSAN car SOMED considère les personnes accueillies en home simple comme non tributaires de soins. Or, l'expérience du terrain démontre qu'au minimum 30% des personnes vivant dans ce type d'établissements ne sont pas autonomes. Cette sous-évaluation du taux de recours aux soins n'influence pas le nombre total de lits (2 980 en 2020), mais la répartition entre lits admis AOS et lits reconnus. De plus, le nombre de personnes considérées comme non tributaires de soins en EMS a fortement diminué entre 2013 et 2015 et ceci en raison d'un changement de politique d'accueil des résidentes et résidents, d'un codage plus précis de certaines prestations et du nouveau minutage des soins (calibrage de l'outil d'évaluation du besoin en soins RAI).

Ces deux éléments permettent d'affirmer que la répartition entre les lits admis AOS et reconnus doit être revue. Les adaptations des projections de l'OBSAN sont présentées au chapitre 5.3 et la planification 2016 - 2020 est établie en conséquence.

Finalement, il y a lieu de mentionner le fait que, selon les nouvelles données publiées par le SStat en mars 2017 (cf. note de bas de page ad 4.4.2), l'évolution du nombre de personnes âgées dans le canton de Fribourg pourrait être revu légèrement à la baisse d'ici à 2035 ou le taux de personnes âgées de plus de 65 ans par rapport à la population pourrait être modifié.

5. PLANIFICATION 2016 - 2020

5.1. FACTEURS INFLUENÇANT LA PLANIFICATION DES SOINS DE LONGUE DURÉE

5.1.1. Incidences du projet Senior+

Parmi les domaines d'intervention des pouvoirs publics prévus par Senior+, celui des soins et de l'accompagnement social à la personne fragilisée est essentiel. Les mesures du projet Senior+ visant une meilleure coordination des prestations médico-sociales ainsi que le renforcement du soutien à domicile et des prestations d'accompagnement social au plan communal influenceront le développement des prestations médico-sociales à domicile. En l'absence de données statistiques, le présent rapport part de l'hypothèse que le report des prestations résidentielles vers l'ambulatoire, qui s'est accentué à partir de 2010, ne devrait pas s'accroître avant la création des réseaux médico-sociaux (2018) et la mise en œuvre du plan de mesures Senior+ 2016 - 2020.

La planification des soins de longue durée 2016 - 2020 doit aussi nouvellement tenir compte de la distinction entre lits EMS admis AOS et lits EMS reconnus introduite dans la LPMS qui sera faite en fonction du niveau de soins de la personne (niveau de soins RAI). Ainsi les personnes résidant en EMS sont considérées comme « non tributaires de soins » lorsque leur besoin en soins est évalué en niveau RAI 1 et 2. Ces personnes ne souffrent pas d'atteintes cognitives et leur autonomie leur permet de vivre de manière indépendante sans devoir recourir à des prestations d'accompagnement individualisé prodiguées par des professionnels. Dans la mesure où leur besoin en soins ne dépasse pas 40 minutes par jour, ces personnes pourraient vivre à domicile, dans un logement avec services ou dans une structure disposant de lits admis AOS. Une structure de lits EMS reconnus n'est donc pas nécessaire pour ce type de résidentes et résidents. Il appartiendra, dès 2018, aux réseaux médico-sociaux de choisir quelles prestations ils développeront pour répondre au mieux aux besoins de ces personnes (soins à domicile, unités de lits admis AOS à l'intérieur d'EMS reconnus, appartements avec services et prestations de soins prodiguées par des services d'aide et de soins à domicile).

Nous formulons l'hypothèse que la proportion des personnes bénéficiant de prestations de soins de longue durée dans un EMS par rapport à celles qui font appel aux soins à domicile restera inchangée jusqu'en 2020. En revanche, dès 2021, on devrait assister à un report des soins du résidentiel vers l'ambulatoire.

5.1.2. Incidences du financement des prestations ambulatoires in house

Conformément à la convention administrative du 1^{er} février 2016 entre l'Association Suisse des services d'aide et de soins à domicile et l'Association Spitex Privée Suisse, d'une part, et les assureurs-maladie représentés par tarifsuisse, d'autre part, les prestations de soins ambulatoires fournies dans des appartements avec services par du personnel d'un EMS ou par un service d'aide et de soins à domicile ad hoc sont en principe financées selon les normes applicables aux EMS¹⁴. Cette manière de rémunérer les prestations ambulatoires in house ayant toutefois fait l'objet de nombreuses contestations dans divers cantons, une grande partie des assureurs ont accepté de financer ces prestations selon les tarifs définis pour les prestations d'aide et de soins à domicile.

¹⁴ Convention administrative du 1^{er} février 2016, art. 3 al. 5 lettre b

A défaut d'une pratique uniforme pour le financement des prestations de soins au moment de l'élaboration du projet Senior+ et dans l'attente d'un jugement du Tribunal arbitral du canton de Berne¹⁵ dans un dossier concernant le financement de prestations in house, il a été prévu dans la nouvelle LPMS de traiter de manière identique les prestations de soins fournies au sein des EMS et celles fournies par du personnel d'un EMS dans des appartements avec services (prestations in house).

Ainsi, l'article 8 al. 3 LPMS prévoit que :

³ Les dispositions relatives au coût des soins dans les EMS sont applicables par analogie aux prestations de soins fournies dans les habitations communautaires qui :

- a) sont composées de plusieurs logements adaptés et sécurisés ;
- b) offrent des prestations socio-hôtelières ;
- c) assurent la prise en charge des soins 24 heures sur 24 grâce à du personnel d'un EMS et
- d) répondent aux exigences que l'article 9 impose pour les EMS.

Or, l'arrêt du Tribunal arbitral du canton de Berne est tombé le 20 novembre 2015 et n'a pas fait l'objet d'un recours. Cet arrêt admet qu'une organisation qui, simultanément, exploite un EMS et loue des appartements à proximité de l'EMS en y prodiguant des soins sur la base d'une autorisation d'exploiter un service d'aide et de soins à domicile peut facturer ces prestations selon l'article 7 a) al. 1 OPAS, même si ces prestations sont dispensées par des personnes qui travaillent aussi au sein de l'EMS. A la suite de cet arrêt, les discussions entre fournisseurs de prestations et assureurs-maladie ont abouti à un accord sur le financement des prestations ambulatoires in house, accord qui devrait être formalisé avec effet au 1^{er} janvier 2017¹⁶. Ainsi, les prestations de soins effectuées par du personnel d'un EMS dans des appartements avec services seront, en principe, financées de la même manière que les prestations des services d'aide et de soins à domicile¹⁷.

Nous formulons dès lors l'hypothèse que, dans les appartements avec services exploités par un EMS et dans les homes non médicalisés ou homes simples, les soins seront en majorité fournis par des services d'aide et de soins à domicile mandatés ou privés. Le choix de ce type de prise en charge influencera directement à la baisse le nombre de lits admis AOS qui, eux, sont financés selon le tarif EMS (article 7 a) al. 3 OPAS).

5.1.3. Incidences du nouveau financement hospitalier

La diminution de la durée moyenne des séjours en hôpital et le transfert des prestations stationnaires vers l'ambulatoire dans le domaine hospitalier semblent avoir déjà impacté les prestations des services d'aide et de soins à domicile¹⁸. Concrètement, l'augmentation de la lourdeur des situations prises en charge à domicile a provoqué une évolution à la hausse du nombre d'heures par patient. Une analyse des heures facturées par les services d'aide et de soins mandatés permet de retenir que le nombre moyen d'heures de soins par personne a augmenté de 11% entre 2013 et 2015.

¹⁵ Arrêt du Tribunal arbitral du canton de Berne : Schiedsgericht in Sozialversicherungstreitigkeiten des Kantons Bern, Urteil vom 20. November 2015 betreffend Klage vom 14. August 2012, numéro de dossier 200 2014 903

¹⁶ Cet accord devrait en principe être entériné dans la nouvelle convention administrative liant l'Association Suisse des services d'aide et de soins à domicile et l'Association Spitex Privée Suisse, d'une part, et tarifsuisse, d'autre part

¹⁷ A relever qu'avec cette convention, les fournisseurs de prestations et les pouvoirs publics fribourgeois n'auront pas intérêt à appliquer l'article 8 al. 3 LPMS

¹⁸ Bulletin OBSAN (04.2016) Les effets du nouveau financement hospitalier sur la qualité des prestations stationnaires

Nous formulons dès lors l'hypothèse que le volume d'heures supplémentaires des services d'aide et de soins à domicile lié à la diminution de la durée de séjour dans les hôpitaux et au transfert vers l'ambulatoire continuera à être principalement absorbé par les services d'aide et de soins mandatés.

5.2. BESOINS SPÉCIFIQUES À INTÉGRER DANS LA PLANIFICATION

Les prestations actuellement disponibles dans le canton devront s'adapter aux nouveaux besoins de la population et notamment tenir compte des spécificités culturelles. En plus de ces adaptations continues liées à l'évolution intrinsèque de la population, d'autres facteurs influenceront de manière importante la nature des prestations proposées.

Attentes de placement

Les hôpitaux annoncent un grand nombre de journées inappropriées¹⁹ dues à des attentes de placement en EMS. Les patientes et patients avec cette indication ne devraient pas séjourner inutilement dans un milieu de soins aigus. Outre la charge financière qu'elles induisent, ces attentes ont souvent un impact négatif sur la santé (perte d'autonomie, risque d'infection, isolement, ...).

En lien avec la mise en œuvre de Senior +, les futurs réseaux médico-sociaux devront organiser la prise en charge des soins de longue durée dans leur district. Ils seront donc directement impliqués dans la recherche de solutions pour les personnes âgées se trouvant à l'hôpital, en attente d'un placement en EMS.

Jusqu'à la mise en place des lits d'attente de placement dans les districts, le projet pilote UATO (cf. 3.3.2) répond à une partie de ces besoins d'attentes de placement. En 2015, plus de 3 500 journées d'attente, concernant principalement des personnes provenant du district de la Sarine, ont été réalisées à l'UATO.

Psychiatrie de l'âge avancé

Grâce à l'outil d'évaluation RAI, il est possible d'établir une image assez précise de la population des EMS fribourgeois et de leur type d'atteintes. Dans ce cadre, il est apparu qu'une population non négligeable souffrait de problèmes psychiatriques. Ces personnes séjournent actuellement dans l'EMS Les Camélias, à Marsens, dans des unités classiques d'EMS et dans des USD.

Personnes en situation de handicap

Aujourd'hui, les institutions spécialisées ne disposent d'aucune prise en charge financière des actes de soins dans le cadre de la LAMal. Plusieurs institutions offrent cependant déjà des prestations reconnues par l'OPAS et effectuées par du personnel infirmier. La création d'unités EMS en institution spécialisée permettra de répondre aux besoins spécifiques d'une population vieillissante tout en assurant un financement des prestations de soins.

Accueil de nuit

Le canton de Fribourg n'offre pas de places exclusivement réservées à l'accueil de nuit. L'objectif de ces accueils est de permettre un maintien à domicile en donnant du répit aux familles. Ils retardent souvent une entrée en EMS. Depuis 2015, le foyer de jour « La Famille au Jardin » offre un accueil durant le week-end (du vendredi au dimanche soir). Cette prestation a pour objectif d'offrir un repos aux proches des personnes atteintes de démence, particulièrement durant la nuit. Actuellement, cette prestation est financée comme un court séjour en EMS.

¹⁹ Sont considérées comme journées inappropriées, les journées passées en hôpital alors que l'hospitalisation n'est plus justifiée pour des motifs médicaux ou que les journées ne disposent plus de garantie de la part des assureurs

5.3. ADAPTATION DES PROJECTIONS DE L'OBSAN

La planification des soins de longue durée 2016 - 2020 se fonde globalement sur les projections établies par l'OBSAN. Toutefois, notamment en raison des explications présentées sous point 4.3, ces projections ont été adaptées pour tenir compte des facteurs suivants :

- > le nombre de personnes tributaires de soins (sous-évalué par l'OBSAN) et tenant compte de l'évolution de la lourdeur des soins entre 2013 et 2015 ;
- > le nombre de personnes considérées comme tributaires de soins en EMS qui augmente dès le 1^{er} janvier 2017 en raison du nouveau calibrage de l'outil RAI²⁰ ;
- > le nombre actuel de lits EMS déjà reconnus et non médicalisés dans les différents districts (présentés sous « Réalité 2015 » dans les prochains tableaux) ;
- > le nombre de lits EMS projetés pour 2015²¹ et 2020 dans le rapport de planification 2011 – 2015, dans la mesure où celui-ci a pu inciter l'un ou l'autre district à développer des projets de construction actuellement en cours de réalisation ;
- > l'entrée en vigueur de la LPMS qui introduit la distinction entre les notions de « lit reconnu » et de « lit admis AOS » et nécessitera un temps d'adaptation dans les districts ;
- > les lits réservés aux congrégations religieuses qui deviendront, dès 2018, des lits admis AOS sans conséquence financière pour ces congrégations, car elles ne disposent aujourd'hui déjà que d'un subventionnement pour la partie « soins » de leur dotation ;
- > l'intégration, hors des contingents des districts, de lits réservés aux besoins particuliers pour des personnes avec des problématiques psychiatriques de l'âge avancé ainsi que des lits admis AOS pour répondre aux besoins des personnes en situation de handicap.

5.4. LONG SÉJOUR – LITS LONG SÉJOUR RECONNUS ET ADMIS AOS

Le tableau sous point 5.4.2 présente la planification des lits de long séjour reconnus et admis AOS pour l'année 2020. Ces chiffres se basent sur les projections de l'OBSAN ainsi que sur les adaptations proposées au Conseil d'Etat. Pour chaque district, une explication des différences entre la planification et les projections 2020 est présentée.

5.4.1. Lits reconnus et admis AOS : rappel

L'ensemble des lits long séjour sont des « lits admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins » et correspondent à la définition de l'EMS prévue dans la législation fédérale (LAMal).

Toutefois, certains lits sont prévus pour l'accueil de personnes avec des niveaux de soins supérieurs au RAI 2. Ceux-ci bénéficient, en plus du droit à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS), d'**une reconnaissance** de l'Etat. Ce sont des **lits reconnus**. L'accès à un lit reconnu

²⁰ Le nouveau calibrage de l'outil d'évaluation RAI, accepté par le Conseil d'Etat le 28 novembre 2016, influence la planification dans la mesure où il modifie le nombre de personnes tributaires de soins. En effet, dans ces projections, l'OBSAN considère les personnes en EMS avec des niveaux supérieurs à 2 comme étant « tributaires de soins ». Par le nouveau calibrage, un certain nombre de personnes actuellement en niveau RAI 2 sera nouvellement classé dans le niveau RAI 3. Dès lors, la répartition entre les lits admis AOS et les lits reconnus a dû être revue

²¹ Dans le cadre de la planification des soins de longue durée 2011 - 2015, le taux de soins avait déjà été calculé en tenant compte d'une compression relative de la morbidité. Pour le taux de recours aux soins en institution, elle partait de l'hypothèse que seules les personnes nécessitant un niveau de soins C et D (selon la grille fribourgeoise) seraient traitées en EMS. Celles-ci correspondent aux tributaires de soins dans la présente planification

ouvre, pour les résidentes et les résidents ne disposant pas de moyens financiers suffisants, le droit à des subventions des pouvoirs publics pour les frais d'accompagnement.

Les lits qui ne bénéficient pas de cette reconnaissance sont, quant à eux, appelés **lits admis AOS**. Ces lits admis AOS seront destinés, dès 2018, à accueillir des personnes dont l'autonomie est bonne et dont le degré de soins est plutôt faible.

Concernant les lits admis AOS, il appartiendra aux futurs réseaux médico-sociaux de choisir quel type de structure répond le mieux aux besoins de leur population. Ces lits pourront être regroupés dans des unités spécifiques en EMS, dans des structures d'hébergement collectif ou, dans une moindre mesure, dans des habitations comprenant des appartements avec services et offrant des prestations de soins EMS. Dans ce dernier cas de figure et selon le récent développement exposé sous point 5.1.2, le support juridique qui exploitera ces appartements avec services aura cependant tout intérêt à demander l'autorisation d'exploiter un service d'aide et de soins à domicile plutôt que de choisir d'exploiter des lits admis AOS.

Il appartiendra également aux réseaux médico-sociaux de choisir de quelle manière ils envisagent de développer les prestations d'aide et de soins à domicile dans le district et si une structure avec des lits admis AOS leur paraît nécessaire pour accueillir des personnes avec un faible besoin en soins qui ne peuvent pas vivre seules dans un appartement. En fonction de ce choix, la dotation des soins à domicile présentée au chapitre suivant devra être adaptée.

5.4.2. Planification 2016 - 2020 par district

Le tableau ci-dessous présente la situation 2015 et indique le pourcentage de personnes en niveaux de soins RAI 1 et 2 (moins de 40 minutes de soins par jour). Par rapport à la projection de l'OBSAN (voir point 4.2.4), les colonnes « Planification 2020 » et « Projections calibrées 2020 et 2025 » intègrent également les corrections liées au calibrage de l'outil RAI.

Tableau 15: Planification du besoin en lits long séjour reconnus et admis AOS 2016 – 2020

	Nombre de lits 2015	Niveaux de soins RAI 1-2	Nombre de lits 2017	Planification 2020	Dont LAP ²²	Dont USD ²³	Projections OBSAN calibrées	
							2020	2025
Total pour le canton								
Lits reconnus	2 549	10.89%	2 604	2 603 ²⁴	53	164	2 682	2863
Lits admis AOS				260			298	316
Lits homes simples	114		114					
Total	2 663		2 663	2 863			2 980	3179

²² LAP = lits d'attente de placement / USD = lits en unités spécialisées en démence

²³ USD = lits en unités spécialisées en démence

²⁴ 55 nouveaux lits ont déjà été reconnus pour 2017

	Nombre de lits 2015	Dont RAI 1-2	Nombre de lits 2017	Planification	Dont LAP	Dont USD	Projections OBSAN calibrées	
				2020			2020	2025
Broye								
Lits reconnus	194	9.21%	194	209	4	15	249	272
Lits admis AOS				15			28	30
Lits homes simples	0		0					
Total Broye	194		194	224			277	302
Glâne								
Lits reconnus	206	1.97%	206	206	4	24	188	200
Lits admis AOS				7			21	22
Lits homes simples	0		0					
Total Glâne	206		206	213			209	222
Gruyère								
Lits reconnus	475	8.17%	475	475	10	26	461	489
Lits admis AOS				42			51	54
Lits homes simples	42		42					
Total Gruyère	517		517	517			512	543
Sarine								
Lits reconnus	826	12.92%	881	902	18	50	902	954
Lits admis AOS				40			100	105
Lits homes simples	17		17					
Total Sarine	843		898	942			1002	1059
Lac								
Lits reconnus	259	12.83%	259	272	6	15	324	339
Lits admis AOS				36			36	38
Lits homes simples	55		55					
Total Lac	314		314	308			360	377
Singine								
Lits reconnus	375	19.32%	375	375	8	24	420	462
Lits admis AOS				33			46	51
Lits homes simples	0		0					
Total Singine	375		375	408			466	513
Veveyse								
Lits reconnus	149	6.73%	149	149	3	10	138	147
Lits admis AOS				7			16	16
Lits homes simples			0					
Total Veveyse	149		149	156			154	163
Hors contingent des districts								
Lits reconnus	65		65	15				
Lits admis AOS				80				

5.4.4. Lits long séjour reconnus offrant des prestations spécifiques

Lits d'attente de placement (LAP)

Dans le but d'éviter des séjours inappropriés en hôpital pour les personnes dont l'indication est un placement de longue durée, des LAP doivent être mis à disposition par les réseaux médico-sociaux. Ces LAP sont intégrés pour chaque district dans le contingent de lits long séjour reconnus. Ils doivent permettre d'accueillir rapidement les personnes dont l'hospitalisation est terminée. Si le besoin dépend grandement de la qualité de la coordination mise en place dans les différents districts, on estime qu'environ 2% des lits long séjour reconnus doivent être réservés à des attentes de placement²⁵.

Lits long séjour reconnus - Unités spécialisées en démence (USD) et Unités de psychiatrie de l'âge avancé

Les statistiques RAI et les expériences du terrain démontrent que 5 à 6% des lits long séjour reconnus devraient être attribués à des USD. Ceci pour autant que le nombre de lits par unité corresponde au nombre minimal défini dans la directive sur les USD.

Les 15 places de l'EMS Les Camélias, à Marsens, ont été créées pour répondre aux besoins des personnes dont l'état de santé et les atteintes psychiatriques ne permettent pas un placement dans une unité traditionnelle d'EMS. Les éléments du RAI permettent de déterminer le nombre de personnes souffrant d'atteintes psychiatriques dans nos EMS et il s'agira de déterminer quel type d'unité et de prestation est adapté pour ces personnes.

5.4.5. Explicatif par district

District de la Broye

Selon les projections de l'OBSAN, qui ne distinguent pas les lits de long séjour et les lits de court séjour, le district de la Broye pourrait bénéficier de 249 lits reconnus et de 28 lits admis AOS (projection avec nouveau calibrage RAI). Or, outre le fait que le district dispose de 11 lits de court séjour, plusieurs EMS de ce district sont actuellement ou seront prochainement en rénovation et une nouvelle construction augmentant de manière significative la capacité en lits du district ne devrait être réalisée dans la Broye qu'après 2020. De plus, les conséquences du projet-pilote de libre-passage pour la population broyarde entre les EMS des cantons de Vaud et Fribourg devront encore être évaluées pour préciser les besoins. Dès lors, la proposition de prévoir d'ici à 2020, 209 lits de long séjour reconnus et 15 lits admis AOS devrait correspondre aux besoins de la population du district.

District de la Gruyère et de la Veveyse

Ces deux districts présentent une situation similaire. Selon les projections de l'OBSAN, les districts de la Gruyère et de la Veveyse dépassent déjà les prévisions du besoin en lits reconnus pour 2020 (n= 461 pour la Gruyère et n= 138 pour la Veveyse). Il s'avère également que ces districts ont un solde positif dans les flux interrégionaux, à savoir qu'ils « importent » proportionnellement plus de résidentes et de résidents qu'ils n'en « exportent ». En 2013, la Gruyère a accueilli 34 personnes de plus que son besoin réel (501 Gruyériens résidaient en EMS et les EMS gruyériens accueilleraient 535 personnes). La Veveyse a accueilli 19 personnes de plus qu'elle n'en a placé hors district.

²⁵ A l'avenir, des statistiques transmises par les hôpitaux permettront de préciser annuellement les besoins

Compte tenu du fait que le nombre de lits 2015 correspond, d'une part, aux chiffres de la planification 2011 - 2015 et, d'autre part, au nombre de lits à reconnaître d'ici à 2025 (n= 489 pour la Gruyère et n= 147 pour la Veveyse), il est prévu pour ces deux districts de conserver le nombre actuel de lits reconnus.

District de la Glâne

Le district de la Glâne dépasse aujourd'hui en nombre de lits reconnus (n= 206) les projections faites par l'OBSAN pour 2020 (n= 188). Le nombre de lits 2015 correspond cependant à celui prévu selon la planification 2011 - 2015.

La Glâne présente toutefois un taux de personnes non tributaires de soins très bas en comparaison des autres districts. Ce constat doit toutefois être nuancé. En effet, si les EMS du district de la Glâne n'accueillent que 1.97% de Glânois non tributaires de soins (= RAI < 3), ce sont d'autres districts qui prennent en charge des Glânois avec de faibles niveaux de soins. Selon le décompte de subventions des EMS 2015, la proportion réelle de personnes originaires de la Glâne en EMS correspond à 96.1% de personnes tributaires de soins et à 3.9% de personnes non tributaires de soins. En conservant une proportion similaire, on peut donc justifier, pour 2020, le maintien de 206 lits reconnus et la création de 7 lits admis AOS. De plus, compte tenu de l'avancement des travaux de l'EMS de Vuisternens, la part des lits USD dans la Glâne est augmentée à 24 lits

District de la Sarine

Selon les projections de l'OBSAN, le district de la Sarine devrait développer d'ici à 2020 son offre de lits reconnus (n= 902) ainsi que de lits admis AOS (n= 100). L'analyse des flux interrégionaux corrobore cette affirmation dans la mesure où un nombre important de résidentes et de résidents de ce district est accueilli dans les EMS situés dans une autre région (en 2013, 40 personnes).

Or, au 1^{er} janvier 2017, 55 nouveaux lits ont été reconnus en Sarine, ce qui porte à 881 le nombre total des lits de long séjour reconnus. L'augmentation du nombre de lits reconnus pourra se faire d'ici à 2020 par la reconnaissance de lits actuellement non médicalisés (n= 17) ou par la reconnaissance pour les besoins de la population sarinoise de lits dans d'autres structures (par exemple ISRF).

District de la Singine

Selon l'OBSAN, le district de la Singine pourrait également développer son offre d'ici à 2020 (en 2013, 24 personnes domiciliées en Singine séjournaient dans des EMS d'autres districts). Les projections de l'OBSAN avec le nouveau calibrage prévoient en effet 420 lits reconnus et 46 lits admis AOS.

Cependant, les dernières données statistiques relatives au niveau de soins des personnes séjournant dans les EMS de la Singine (situation de janvier à mars 2017) font état d'une proportion importante de personnes d'un niveau de soins RAI 1 et 2, à savoir 12.66 %) et dans certains EMS, le niveau moyen des soins est nettement inférieur à la moyenne cantonale. Compte tenu de ces indicateurs, il semble prématuré de prévoir la construction d'un nouvel EMS en Singine d'ici à 2020. Dès lors, la reconnaissance de nouveaux lits est reportée à la période de planification suivante.

District du Lac

L'analyse des données de l'OBSAN, ajustées selon le calibrage de l'outil RAI, révèle qu'il y aurait lieu de reconnaître 65 lits supplémentaires d'ici à 2020 (n= 324) dans le district du Lac.

Or, le district du Lac dispose actuellement de 259 lits reconnus, mais aussi d'un nombre important, par rapport à sa population, de lits non médicalisés (n= 55). En proposant la reconnaissance de 13 lits supplémentaires (n= 272) d'ici à 2020, le district pourrait reconnaître les lits encore non médicalisés actuellement disponibles dans les EMS.

5.5. AIDE ET SOINS À DOMICILE

La détermination des heures d'aide et de soins à domicile attendues pour 2020 se base sur les situations de 2013 et 2015 et intègre l'évolution de la population fribourgeoise. Elle prend également en compte l'augmentation de la durée moyenne de prise en charge qui a été constatée entre 2013 et 2015 et qui devrait continuer d'évoluer d'ici 2020²⁶. D'autre part, le calcul ci-dessous part des hypothèses que le taux de recours aux soins à domicile (pour 100 habitants) restera identique jusqu'en 2020 et que la répartition de ces soins entre services mandatés et prestataires privés ne variera pas d'ici 2020.

5.5.1. Evolution du nombre total d'heures de soins

Le tableau ci-dessous présente l'évolution attendue du nombre total d'heures de soins facturées pour le canton de Fribourg, présenté par district, en fonction de leur population totale. Le total d'heures consacrées aux personnes de 65 ans et plus est précisé. Elle considère une augmentation attendue de la durée moyenne de prise en charge. Le tableau indique également la part des soins effectuée par des services de soins mandatés.

Les prestations d'aide fournis par des services privés ne sont pas projetées. En effet, il n'existe aucune statistique qui présente l'ensemble des activités privées d'aide fournies dans le canton pour le soutien aux personnes âgées.

Tableau 16: Evolution du nombre total d'heures de soins 2013 - 2020

		Situation 2013	Part des services mandatés	Projection 2020
Canton	Heures de soins facturées totales	347 436	86.27%	513 698
	Dont heures de soins pour les 65 ans et plus	268 280	88.78%	413 083
Broye	Heures de soins facturées totales	40 941	96.87%	63 129
	Dont heures de soins pour les 65 ans et plus	34 455	97.86%	54 239
Glâne	Heures de soins facturées totales	27 339	91.47%	41 089
	Dont heures de soins pour les 65 ans et plus	20 584	93.47%	32 239
Gruyère	Heures de soins facturées totales	69 134	84.87%	101 290
	Dont heures de soins pour les 65 ans et plus	54 176	88.88%	81 785
Sarine	Heures de soins facturées totales	86 677	74.61%	124 609
	Dont heures de soins pour les 65 ans et plus	63 371	80.09%	94 948
Lac	Heures de soins facturées totales	57 858	84.02%	85 062
	Dont heures de soins pour les 65 ans et plus	43 098	81.41%	67 226

²⁶ Soit 23% d'augmentation du nombre moyen d'heure par clients entre 2013 et 2020

		Situation 2013	Part des services mandatés	Projection 2020
Singine	Heures de soins facturées totales	44 059	98.85%	65 333
	Dont heures de soins pour les 65 ans et plus	35 675	99.18%	55 507
Veveyse	Heures de soins facturées totales	21 428	91.24%	33 186
	Dont heures de soins pour les 65 ans et plus	16 921	93.61%	27 139

5.5.2. Evolution du nombre d'heures d'aide et de soins pour les services mandatés

Le tableau ci-dessous se concentre sur l'évolution des heures pour les services mandatés et ceci aussi bien pour les prestations de soins que pour celles d'aide. La projection part de l'hypothèse que la part des heures de soins prises en charge par des services mandatés restera similaire entre 2013 et 2020 par rapport à celle des prestataires privés.

Tableau 17: Evolution des heures d'aide et de soins 2013 - 2020 pour les services mandatés

	Situation 2013	Situation 2015	Planification 2020
Total pour le canton			
Heures de soins	299 723	345 953	443 998
Dont heures de soins pour les +de 65 ans	238 165	281 522	367 124
Heures d'aide	91 804	82 311	94 073
Dont heures d'aide pour les +de 65 ans	65 722	61 485	70 259
Total pour le canton	391 527	428 264	538 071
Broye			
Heures de soins	39 659	46 663	61 152
Dont heures de soins pour les +de 65 ans	33 717	40 138	53 077
Heures d'aide	11 172	9 386	11 919
Dont heures d'aide pour les +de 65 ans	8 983	7 853	9 772
Total pour la Broye	50 831	56 049	73 071
Glâne			
Heures de soins	25 006	28 419	37 582
Dont heures de soins pour les +de 65 ans	19 240	21 371	30 134
Heures d'aide	12 113	10 230	12 602
Dont heures d'aide pour les +de 65 ans	8 608	7 305	9 317
Total pour la Glâne	37 119	38 649	50 184
Gruyère			
Heures de soins	58 672	69 719	85 962
Dont heures de soins pour les +de 65 ans	48 149	58 778	72 687
Heures d'aide	19 055	18 849	19 416
Dont heures d'aide pour les +de 65 ans	14 859	14 820	15 501
Total pour la Gruyère	77 727	88 568	105 378

	Situation 2013	Situation 2015	Planification 2020
Sarine			
Heures de soins	64 671	72 736	92 973
Dont heures de soins pour les +de 65 ans	50 751	59 583	76 040
Heures d'aide	16 661	15 403	16 397
Dont heures d'aide pour les +de 65 ans	9 817	8 669	10 165
Total pour la Sarine	81 332	88 139	109 370
Lac			
Heures de soins	48 611	57 585	71 467
Dont heures de soins pour les +de 65 ans	35 085	43 275	54 728
Heures d'aide	9 610	7 922	9 664
Dont heures d'aide pour les +de 65 ans	6 352	5 772	6 847
Total pour le Lac	58 221	65 507	81 131
Singine			
Heures de soins	43 553	47 766	64 582
Dont heures de soins pour les +de 65 ans	35 383	40 086	55 053
Heures d'aide	12 576	11 882	12 686
Dont heures d'aide pour les +de 65 ans	9 044	8 468	9 724
Total pour la Singine	56 129	59 648	77 268
Veveyse			
Heures de soins	19 551	23 065	30 280
Dont heures de soins pour les +de 65 ans	15 840	18 291	25 405
Heures d'aide	10 617	8 639	11 388
Dont heures d'aide pour les +de 65 ans	8 059	7 065	8 932
Total pour la Veveyse	30 168	31 704	41 668

5.5.3. Evolution du nombre d'EPT totaux dans les services mandatés

Le tableau ci-dessous présente une planification du nombre d'EPT autorisés pour les services mandatés. Il se base, pour chaque district, sur la productivité réelle des services d'aide et de soins mandatés. La planification ne se concentre pas sur les personnes âgées, mais concerne l'ensemble de la population du district.

Tableau 18: Planification du nombre d'EPT par district dans les services mandatés

	Situation 2013	Situation 2015	Situation 2017	Planification 2020
Canton				
Heures d'aide et de soins facturées	391 527	428 264		538 071
Nombre d'EPT (autorisés)	379.25	396.30	426.30	490.76

		Situation 2013	Situation 2015	Situation 2017	Planification 2020
Broye	Heures d'aide et de soins facturées	50 831	56 049		73 071
	Nombre d'EPT (autorisés)	46.50	50.70		64.75
Glâne	Heures d'aide et de soins facturées	37 119	38 649		50 185
	Nombre d'EPT (autorisés)	36.45	40.30		48.84
Gruyère	Heures d'aide et de soins facturées	77 727	88 568		105 378
	Nombre d'EPT (autorisés)	71.20	81.50		98.31
Sarine	Heures d'aide et de soins facturées	81 332	88 139		109 370
	Nombre d'EPT (autorisés)	88.60	82.60		102.67
Lac	Heures d'aide et de soins facturées	58 221	65 507		81 131
	Nombre d'EPT (autorisés)	48.60	52.20		65.73
Singine	Heures d'aide et de soins facturées	56 129	59 648		77 268
	Nombre d'EPT (autorisés)	59.50	57.40		73.57
Veveyse	Heures d'aide et de soins facturées	30 168	31 704		41 668
	Nombre d'EPT (autorisés)	28.40	31.60		36.89

5.6. LITS COURT SÉJOUR

Une pleine utilisation de la capacité des lits court séjour est souhaitée. Des propositions permettant une meilleure gestion et donnant des incitations aux EMS ont été développées dans le cadre du groupe de travail « Redéfinition de la mission des lits court séjour ». Elles concernent l'organisation et le financement des accueils en court séjour. Ces éléments seront examinés lors de l'élaboration de la législation d'application de la nouvelle LPMS. Le potentiel d'augmentation du nombre de journées avec les places actuelles est important. Dès lors et dans l'attente d'une meilleure occupation de ces lits, aucune nouvelle reconnaissance n'est proposée.

Tableau 19: Planification des lits court séjour 2016 – 2020

	Situation 2015 (2017 identique)	Différence	Planification 2020
Broye	11	0	11
Glâne	5	0	5
Gruyère	5	0	5
Sarine	14	0	14
Lac	6	0	6
Singine	16	0	16
Veveyse	4	0	4
Sous-total	61	0	61
UATO	19	0	19
Total	80	0	80

5.6.1. Mission spécifique : unité d'accueil temporaire et d'orientation (UATO)

L'activité 2014 - 2015 de l'UATO montre une très forte augmentation des préparations de retour à domicile pour des personnes âgées qui n'auraient pas pu bénéficier d'un séjour en réadaptation. Il

s'agit, dans de nombreux cas, de personnes avec des degrés de soins légers (RAI 1 et 2), pour lesquelles un lit EMS reconnu n'est pas une solution adéquate.

En lien avec la création de lits d'attente de placement dans les districts (voir chapitre 5.4.3) une adaptation du public-cible de l'UATO sera proposée. Elle accueillera en priorité des personnes hospitalisées *non éligibles pour une filière de réadaptation* et des personnes provenant du domicile pour lesquelles une évaluation peut éviter une hospitalisation. Il s'agira donc de :

- > Personnes avec une indication claire de retour à domicile, mais dont la préparation de sortie nécessite du temps (organisation de prestations adaptées, amélioration de l'habitat).
- > Personnes dont l'indication n'est pas définitive (retour à domicile ou placement) et qui nécessitent une évaluation des compétences, des besoins et des prestations disponibles en vue d'un retour à domicile ou d'un placement dans un lit admis AOS ou reconnu.

5.7. STRUCTURES DE JOUR ET DE NUIT

5.7.1. Foyers de jour

Les foyers de jour du canton de Fribourg se développent de manière régulière depuis les premières ouvertures. Cette prestation est un élément important du maintien à domicile et doit être développée. Tenant compte de l'évolution de la population de plus de 65 ans à domicile, des besoins particuliers pour les personnes atteintes de démence et d'un nombre minimal de places par foyer de jour, il est proposé d'assurer 1 place pour 500 personnes de plus de 65 ans, soit :

Tableau 20: Planification des places d'accueil de jour 2016 – 2020

	Situation 2015 (2017 identique)	Augmentation	Planification 2020
Broye	5	3	8
Glâne	0	8	8
Gruyère	7	9	16
Sarine	16	4	20
Lac	8	0	8
Singine	15	0	15
Veveyse	10	0	10
Sous-total	61	24	85
Foyer spéc. en démence	11	8	19
Total	72	32	104

5.7.2. Accueil de nuit

L'accueil de nuit est un élément essentiel de la prise en charge socio-sanitaire et favorise le maintien à domicile. La planification 2016 - 2020 permet le développement de ce type de prestation. Le nombre de places ci-dessous fait référence à une utilisation de la place sur toute l'année, soit un potentiel de 4 380 accueils de nuit.

Tableau 21: Planification des places d'accueil de nuit 2016 – 2020

	Situation 2015	Augmentation	Planification 2020
Broye	0	1	1
Glâne	0	1	1
Gruyère	0	2	2
Sarine	0	3	3
Lac	0	1	1
Singine	0	2	2
Veveyse	0	1	1
Foyers spéc. en démence	0	1	1
Total	0	12	12

6. INCIDENCES FINANCIERES DE LA PLANIFICATION 2016 - 2020

Ce chapitre présente les incidences financières de la présente planification.

Augmentation du nombre de :	2015-2020	jusqu'en 2017	2018-2020	2021 (PF)
- lits long séjour reconnus	54	55	-1	20
- lits long séjour lits admis AOS	260	-	260	30
- EPT aide et soins à domicile mandatés	94.46	30.00	64.46	21.00
- lits de court-séjour	-	-	-	-
- places en foyer de jour	32	-	32	-
- places en accueil de nuit	12	-	12	-

- journées long séjour reconnus	33 370	8 343	25 027	4'272
- journées long séjour lits admis AOS	92 053		92'053	10'622
- journées court-séjour	5 676	1'296	4'380	0
- journées d'accueil en foyer de jour	6 422	1'072	5'350	2'000
- accueil de nuit	3 066		3'066	434

Augmentation des coûts (en milliers) pour les pouvoirs publics liés aux	2015-2020	Part du canton	En %	Part des communes	En %
- lits long séjour reconnus	11 435	5 146	45%	6 289	55%
- lits long séjour lits admis AOS	2 003	902	45%	1 101	55%
- EPT aide et soins à domicile mandatés	7 643	2 293	30%	5 350	70%
- lits de court-séjour	565	254	45%	311	55%
- places en foyer de jour	732	329	45%	403	55%
- places en accueil de nuit	223	100	45%	123	55%
Total pour les années 2016 à 2020	22 601	9 024		13 577	

Augmentation des coûts (en milliers) pour les pouvoirs publics liés aux	2018-2020	Part du canton	En %	Part des communes	En %
- lits long séjour reconnus	8 087	3 639	45%	4 448	55%
- lits long séjour lits admis AOS	2 004	902	45%	1 102	55%
- EPT aide et soins à domicile mandatés	3 544	1 063	30%	2 481	70%
- lits de court-séjour	492	222	45%	270	55%
- places en foyer de jour	544	245	45%	299	55%
- places en accueil de nuit	223	100	45%	123	55%
Total pour les années 2016 à 2020	14 894	6 171		8 723	

Les détails du coût sont présentés en annexe.

7. CONCLUSION ET PLANIFICATION 2021 - 2025

Le contexte dans lequel s'est inscrite la planification des soins de longue durée 2016 – 2020 est quelque peu exceptionnel. En effet, divers facteurs ont rendu plus complexe les projections des besoins d'ici à 2020, en particulier :

- > l'entrée en vigueur, au 1^{er} janvier 2018, de la LPMS, avec le nouveau statut des lits admis AOS qui permettra notamment d'inscrire sur la liste des EMS du canton de Fribourg admis à pratiquer à charge de l'AOS les actuels homes simples et les lits considérés aujourd'hui comme « non médicalisés » ;
- > la position des assureurs-maladie quant au financement des prestations ambulatoires in house qui influencera probablement à la baisse le nombre de lits admis AOS dans les districts au profit des prestations de soins ambulatoires ;
- > le nouveau calibrage de l'outil RAI dans les EMS, entré en vigueur au 1^{er} janvier 2017, qui augmente la proportion des lits reconnus par rapport aux lits admis AOS ;
- > les travaux actuels en lien avec le projet DETTEC qui devraient aboutir à une nouvelle répartition des charges entre Etat et communes et influencer les futurs réseaux médico-sociaux dans leur choix de développer certaines prestations plutôt que d'autres.

Bien que dans ce contexte incertain, la planification 2016 – 2020 peut sembler quelque peu aléatoire, les projections concernant le développement des soins de longue durée sont conformes aux grandes lignes du projet Senior+ :

- > renforcement des prestations ambulatoires et développement des prestations en EMS permettant de soutenir le maintien à domicile (places d'accueil de jour et accueil de nuit) ;
- > stabilisation du nombre de lits EMS reconnus à partir de 2018, l'augmentation de 41 lits à partir de cette date étant due principalement au nouveau calibrage de l'outil RAI dans les EMS et au changement de politique d'accueil des résidents en EMS ;
- > garantie de la qualité des soins par l'admission à pratiquer à charge de l'AOS de l'ensemble des structures accueillant des personnes âgées et/ou prodiguant aujourd'hui des soins de longue durée (homes simples, unités EMS avec lits non médicalisés) et possibilité de développer de nouvelles structures admises à pratiquer à charge de l'AOS (lits admis AOS) pour l'accueil de personnes autonomes ne nécessitant que peu de soins.

Compte tenu des profonds changements qui sont déjà intervenus ou sont actuellement en train de s'opérer dans l'organisation de la prise en charge des soins de longue durée, les projections à moyen et à long termes présentées dans ce rapport manquent de précision. Cependant, elles donnent une vue d'ensemble des prestations de soins de longue durée offertes dans notre canton et permet de prévoir leur développement à court terme en fonction de la nouvelle organisation prévue par la LPMS. Concernant les prestations résidentielles en EMS, ce rapport permet de confirmer les options envisagées au sein des différents districts pour les trois prochaines années.

Afin de permettre aux futurs réseaux médico-sociaux de disposer des éléments nécessaires au développement de leurs infrastructures médico-sociales au-delà de 2020, les services compétents sont d'ores et déjà chargés d'initier les premiers travaux en vue de **la planification 2021 - 2025**. Ces travaux débiteront en 2018, en vue d'une mise en consultation d'ici le début de l'année 2019.

8. ABREVIATIONS UTILISEES

AOS :	Assurance obligatoire des soins
DSAS :	Direction de la santé et des affaires sociales
EMS :	Etablissement médico-social
EPT :	Equivalent plein-temps
LAMal :	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LAP :	Lits d'attente de placement
LEMS :	Loi sur les établissements médico-sociaux pour personnes âgées
LPMS :	Loi sur les prestations médico-sociales
LSan :	Loi sur la santé
LSen :	Loi sur les seniors
OBSAN :	Observatoire suisse de la santé
OFS :	Office fédéral de la statistique
OPAS :	Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins
SOMED :	Statistique des institutions médico-sociales
SPS :	Service de la prévoyance sociale
SSP :	Service de la santé publique
UATO :	Unité d'accueil temporaire et d'orientation
USD :	Unité spécialisée en démence

9. SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE

Canton de Fribourg. Direction de la santé et des affaires sociales (2014), *Evaluation des besoins en soins pour la planification hospitalière 2015*

Canton de Fribourg. Direction de la santé et des affaires sociales (2011). *Planification des soins de longue durée 2011 - 2015*

Canton de Fribourg. Service de la statistique (2014). *Projections démographiques 2013 - 2035 Canton de Fribourg et ses districts*

Canton de Berne (2015). Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern, *Urteil vom 20. November 2015 betreffend Klage vom 14. August 2012, dossier no 200 2014 903*

Canton du Valais (2015). *Planification des soins de longue durée 2016 - 2020*

Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L., Zumbunn, A. (2011), *La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée*, Cahiers de l'observatoire de la santé

Höpflinger, F. et Hugentobler, V. (2015). *Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse*, Observatoire suisse de la santé

Kohler D. (2015). *Bases statistiques 2013 - 2035 en vue de la planification du besoin en lits en EMS. Canton de Fribourg et ses districts. OBSAN²⁷*

OFS (2015) *Statistique des institutions médico-sociales 2013 - Tableaux standards- Résultats définitifs*, Office fédéral de la statistique

OFS (2014) *Statistique de l'aide et des soins à domicile. Résultats 2013*

Pro Senectute, communiqué de presse daté du 30 septembre 2016
<http://www.prosenectute.ch/fr/medias.html>, consulté le 15 octobre 2016

Spitex, Spitex privée et tarifsuisse AG (2016). *Convention administrative Spitex du 1^{er} février 2016*

Widmer, M. Kohler, D. (2016), Les effets du nouveau financement hospitalier sur la qualité des prestations stationnaires, OBSAN Bulletin du 4.2016
http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_bulletin_2016-04_f.pdf

²⁷ Sur demande, ce document peut être consulté en français au SPS

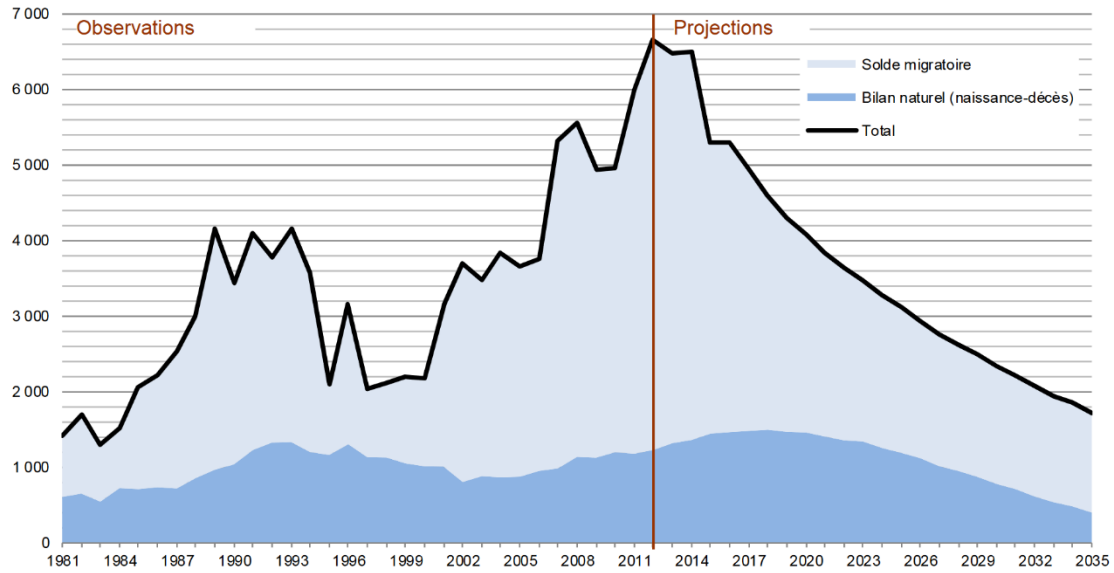
10. TABLE DES ILLUSTRATIONS : TABLEAUX

Tableau 1: Evolution des besoins hospitaliers entre 2010, 2012 et 2020	8
Tableau 2: Répartition des lits long séjour par district au 31.12.2015.....	10
Tableau 3: Taux de recours 2013 aux EMS et autres établissements pour personnes âgées	11
Tableau 4: Flux interrégionaux au 31.12.2013	12
Tableau 5: Prestations et EPT 2013 totaux des services d'aide et soins à domicile mandatés	12
Tableau 6: Prestations 2013 pour les personnes de 65 ans et plus des services mandatés.....	13
Tableau 7: Part des heures fournies par des services mandatés pour 65 ans et plus.....	13
Tableau 8: Prestations et EPT 2013 des privés et des infirmières et infirmiers indépendants.....	14
Tableau 9: Comparaison des taux de recours aux services d'aide et soins à domicile	14
Tableau 10: Répartition des lits de court séjour par district pour l'année 2015.....	15
Tableau 11: Répartition des places en foyers de jour par district, état au 31.12.2015.....	16
Tableau 12: Evolution du nombre de personnes de 65 ans et plus	21
Tableau 13: Evolution du nombre de personnes de 65 ans et plus tributaires de soins	22
Tableau 14: Projection du besoin en lits de long et de court séjour reconnus et admis AOS	23
Tableau 15: Planification du besoin en lits long séjour reconnus et admis AOS 2016 – 2020.....	29
Tableau 16: Evolution du nombre total d'heures de soins 2013 - 2020.....	33
Tableau 17: Evolution des heures d'aide et de soins 2013 - 2020 pour les services mandatés	34
Tableau 18: Planification du nombre d'EPT par district dans les services mandatés.....	35
Tableau 19: Planification des lits court séjour 2016 – 2020	36
Tableau 20: Planification des places d'accueil de jour 2016 – 2020	37
Tableau 21: Planification des places d'accueil de nuit 2016 – 2020	38

11. ANNEXES

11.1. EXTRAITS DES PROJECTIONS DÉMOGRAPHIQUES 2013-2035 DU SSTAT

Accroissement de la population et de ses composantes de 1981 à 2035



11.2. ANNEXE : DETAILS DE LA PROJECTION FINANCIERE

Augmentation du coût pour les pouvoirs publics	2016	2017	2018	2019	2020	Cumul 5 ans
- augmentation du coût pour les lits long séjour reconnus et admis AOS	2 626 060	721 461	4 075 870	2 424 054	3 590 862	13 438 306
augmentation de la masse salariale	4 206 237	1 782 896	7 750 029	4 780 966	6 407 923	
augmentation de la part des assureurs	-1 172 955	-3 643 947	-2 307 535	-1 211 961	-1 091 671	
augmentation de la part des résidants	-407 223	2 582 512	-1 366 624	-1 144 951	-1 725 390	
- augmentation du coût pour les EPT aide et soins à domicile mandatés	2 994 670	1 104 113	558 746	1 359 801	1 625 304	7 642 634
augmentation de la masse salariale	3 430 248	2 512 472	2 337 537	2 475 526	2 741 569	
augmentation des recettes LAMal	- 435 578	-1 408 359	-1 778 792	-1 115 725	-1 116 265	
- augmentation du coût pour les lits court séjour	144 387	- 71 895	164 144	153 684	175 135	565 455
augmentation de la masse salariale	255 006	86 398	323 578	313 632	343 843	
augmentation de la part des assureurs	- 60 909	- 183 303	- 80 811	- 80 811	- 80 811	
augmentation de la part des résidants	- 49 710	25 010	- 78 623	- 79 137	- 87 897	
- augmentation du coût pour les places en foyers de jour	117 980	70 075	185 925	154 000	204 000	731 980
subvention moyenne	950	95.50	96.00	96.50	97.00	
nombre d'accueils attendus	16 000	16 650	18 500	20 000	22 000	
- augmentation du coût pour les places en accueil de nuit		-	52'560	74'241	96'251	223 052
nombre d'accueils attendus	-	-	730	1'022	1'314	
Total pour les années 2016 à 2020	5 883 097	1 823 753	5 037 244	4 165 781	5 691 551	22 601 426