

# Planification des soins de longue durée

—

## Rapport 2026-2030

approuvé par le Conseil d'État le 12 mai 2026



ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

**Direction de la santé et des affaires sociales DSAS**  
**Direktion für Gesundheit und Soziales GSD**

-

Direction de la santé et des affaires sociales **DSAS**  
Direktion für Gesundheit und Soziales **GSD**

# Table des matières

<b>1</b>	<b>Résumé</b>	<b>4</b>		
<b>2</b>	<b>Introduction</b>	<b>8</b>		
<b>2.1</b>	<b>Planification de la santé et dispositions légales applicables</b>	<b>8</b>		
<b>2.2</b>	<b>Définition des termes utilisés dans les soins de longue durée</b>	<b>8</b>		
<b>2.3</b>	<b>Contexte élargi de la planification des soins de longue durée</b>	<b>8</b>		
2.3.1	Politique Senior+	9		
2.3.2	Développements concernant les prestataires de soins	10		
2.3.3	Développements concernant le soutien aux personnes ayant besoin d'aide et de soins et à leurs proches	12		
<b>2.4</b>	<b>Accompagnement et rédaction du rapport cantonal et de la procédure de validation</b>	<b>12</b>		
<b>2.5</b>	<b>Les précédentes planifications des soins de longue durée et l'actuelle</b>	<b>13</b>		
<b>3</b>	<b>Approche méthodologique</b>	<b>14</b>		
<b>3.1</b>	<b>Démarche</b>	<b>14</b>		
<b>3.2</b>	<b>Base de données et adaptations</b>	<b>14</b>		
3.2.1	Statistiques SOMED et SAD	14		
3.2.2	Statistiques démographiques	16		
<b>3.3</b>	<b>Analyses de l'Obsan</b>	<b>16</b>		
3.3.1	Niveau démographique	16		
3.3.2	Niveau épidémiologique	17		
3.3.3	Niveau politique	17		
3.3.4	Niveau de l'offre des soins à domicile	18		
<b>3.4</b>	<b>Traitement ultérieur des résultats de l'Obsan</b>	<b>19</b>		
<b>4</b>	<b>Résultats statistiques</b>	<b>20</b>		
<b>4.1</b>	<b>Situation actuelle</b>	<b>20</b>		
4.1.1	Population actuelle	20		
4.1.2	Situation actuelle de la prise en charge dans les EMS, les foyers de jour et à domicile	21		
<b>4.2</b>	<b>Évolution démographique</b>	<b>31</b>		
<b>4.3</b>	<b>Projections de l'Obsan</b>	<b>32</b>		
4.3.1	Influence de l'évolution épidémiologique	33		
4.3.2	Influence d'une substitution accrue des soins en EMS par des soins à domicile	35		
4.3.3	Influence de l'augmentation des soins LAMal à domicile	39		
<b>5</b>	<b>Discussion des résultats</b>	<b>42</b>		
<b>5.1</b>	<b>Choix du scénario cible</b>	<b>42</b>		
<b>5.2</b>	<b>Discussion des besoins différenciés</b>	<b>45</b>		
5.2.1	EMS	45		
5.2.2	Soins LAMal et aide à domicile	47		
5.2.3	Foyers de jour	48		
<b>6</b>	<b>Planification des soins de longue durée</b>	<b>50</b>		
<b>6.1</b>	<b>EMS</b>	<b>50</b>		
<b>6.2</b>	<b>Soins LAMal et aide à domicile</b>	<b>51</b>		
6.2.1	Soins LAMal et aide à domicile	51		
6.2.2	Aide à domicile	51		
<b>6.3</b>	<b>Foyers de jour</b>	<b>52</b>		
<b>7</b>	<b>Incidences financières de la planification des soins de longue durée 2026-2030</b>	<b>52</b>		
<b>7.1</b>	<b>EMS</b>	<b>53</b>		
<b>7.2</b>	<b>Soins LAMal et aide à domicile</b>	<b>54</b>		
<b>7.3</b>	<b>Foyers de jour</b>	<b>55</b>		
<b>7.4</b>	<b>Aperçu des prévisions de coûts liés à la planification des soins de longue durée</b>	<b>56</b>		
<b>8</b>	<b>Annexes</b>	<b>58</b>		
<b>8.1</b>	<b>Organes ayant accompagné le rapport cantonal 2026-2030</b>	<b>58</b>		

---

<b>8.2</b>	<b>Consultation de l'avant-projet</b>	<b>58</b>	8.3.2	Plus d'informations sur les données utilisées	72
<b>8.3</b>	<b>Statistiques supplémentaires</b>	<b>60</b>	<b>8.4</b>	<b>Illustrations supplémentaires</b>	<b>79</b>
8.3.1	Détails des statistiques descriptives	60	<b>9</b>	<b>Bibliographie</b>	<b>80</b>

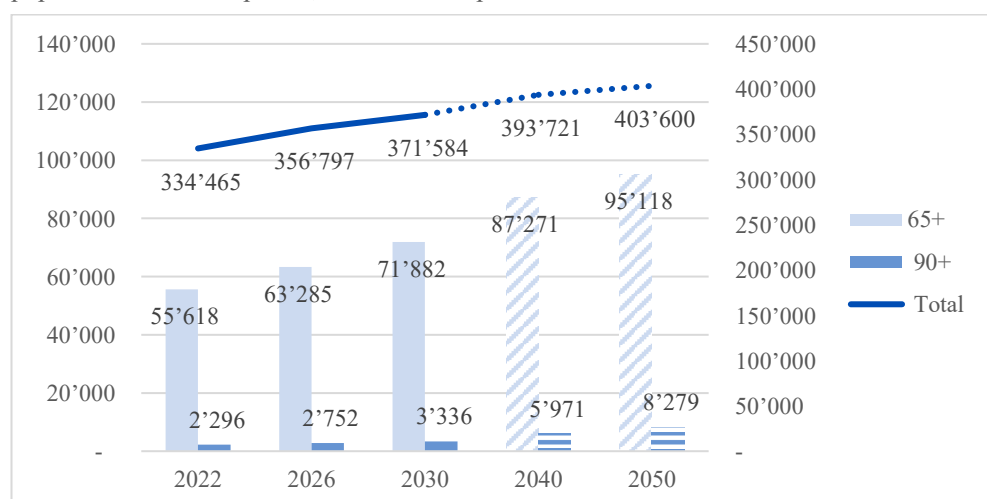
---

# 1 Résumé

La planification des soins de longue durée est mise à jour périodiquement sur la base de la législation cantonale. Dans le présent rapport, la Direction de la santé et des affaires sociales (DSAS) s'est appuyée sur les travaux des périodes de rapport précédentes et a développé la méthodologie en collaboration avec un groupe d'accompagnement cantonal. Les analyses, qui ont été élaborées sur la base de l'année de référence 2022 et des projections de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan), se concentrent sur la période de 2026 à 2030. Les perspectives pour les années 2040 et 2050 sont également systématiquement présentées afin de souligner la tendance à la hausse.

Comme pour les périodes précédentes, la présente planification se base sur les prévisions démographiques (scénario moyen) du Service de la statistique cantonal (SStat)<sup>1</sup>, qui permettent une analyse au niveau des districts. Alors que la population du canton augmente jusqu'en 2030 pour atteindre 371'584 personnes (+ 11.1 % depuis 2022), le nombre de personnes âgées de 65+ augmente de presque un tiers pour atteindre 71'882 personnes. La situation est plus accentuée pour les personnes âgées de 90 ans et plus ; même si c'est à un niveau moins élevé (+ 45 % à 3'336 personnes d'ici 2030 ; Illustration 1). L'augmentation des besoins en soins de longue durée présentée ci-dessous découle directement de cette évolution démographique.

Illustration 1 Population du canton de Fribourg en 2022 (état actuel) et évolution jusqu'en 2050, au total et pour la population de 65+ resp. 90+, en nombre de personnes



Source : SStat (2025<sup>2</sup>), Obsan (2024), analyse et illustration DSAS

Pour faire face à cette augmentation du nombre de personnes nécessitant des soins de longue durée, il faut viser un changement de paradigme par rapport à l'approche actuelle et miser davantage sur la prise en charge à domicile. Le nombre de lits des établissements médico-sociaux (EMS) pour les années 2026 et 2030, présenté à gauche dans l'illustration 2, suppose que d'ici 2040, 30 pour cent des personnes nécessitant des soins légers à modérés (niveau RAI 1 à 6), actuellement prises en charge dans les EMS, pourront être progressivement prises en charge à domicile selon le scénario cible. Malgré ce changement important de la pratique actuelle, on prévoit un besoin de 3'423 lits en EMS (y compris les mandats cantonaux) d'ici 2030, ce qui correspond à une augmentation par rapport à la situation

<sup>1</sup> En raison notamment d'une prise en compte différente des flux migratoires, les valeurs du SStat sont supérieures à celles de l'OFS pour le canton de Fribourg.

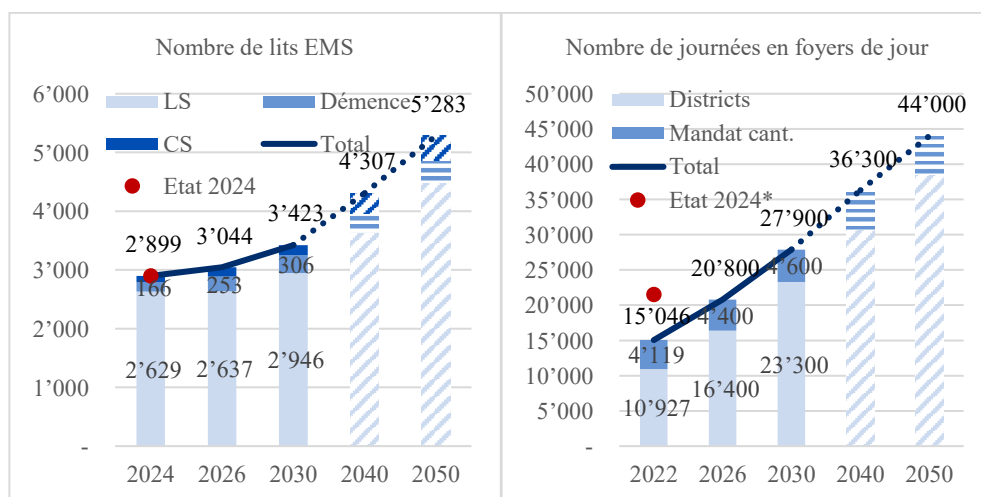
<sup>2</sup> Après la réalisation de l'avant-projet du rapport, mis en consultation le 24 janvier 2025, l'Office fédéral de la statistique (OFS) a actualisé ses prévisions démographiques au printemps 2025. Cette actualisation a entraîné un changement important pour le canton de Fribourg, en particulier pour la population âgée de plus de 65 ans. Toutes les valeurs relatives aux prévisions des besoins en soins de longue durée ont donc été révisées par rapport à la version précédente (cf. chapitres 3.2.2 et 8.2).

en 2024 de 524 lits – soit 87 lits par an (= 524 / 6). Selon les informations dont dispose la DSAS, des projets de construction d'EMS comprenant 510 lits<sup>3</sup> sont réalisés, déjà en cours de réalisation ou prévus entre 2025 et 2030.

Compte tenu de la dotation actuelle en personnel de soins et d'accompagnement, 524 lits supplémentaires d'ici 2030 représente environ 690 équivalents plein temps (EPT) de plus que le nombre de personnes employées dans les EMS en 2024 (+ 115 EPT par an), dont environ 42 pour cent devraient avoir une formation de niveau tertiaire ou secondaire II (environ 290 EPT supplémentaires avec un diplôme de formation supérieure ; + 48 EPT par an).

La situation est un peu différente dans les foyers de jour. Les capacités actuelles ne sont pas encore pleinement exploitées (86 places ouvertes 5 jours par semaine pendant 50 semaines par an = 21'500 jours ; à droite dans l'illustration 2). Parallèlement, conformément à la dernière planification (2021-2025) des besoins, d'autres infrastructures sont prévues, conjointement avec la construction des EMS. Le développement des foyers de jour jouera un rôle important dans le cadre de la prise en charge accrue à domicile, mais leur rôle dans le système global doit encore être précisé et optimisé. Le développement prévu dans les foyers de jour entre 2024 et 2030 nécessitera l'emploi d'environ 21 EPT supplémentaires (+ 3.5 EPT par an), dont 9 avec un niveau de formation supérieur.

Illustration 2 Infrastructures (nombre de lits EMS et nombre de journées en foyers de jour) en 2022 resp. 2024 (état actuel) et augmentation nécessaire jusqu'en 2050, en nombre de lits, respectivement jours



\* Nombre de jours facturés théoriquement possible pour 86 places en foyers de jour (situation en 2024) occupées 5 jours pour 50 semaines par an.

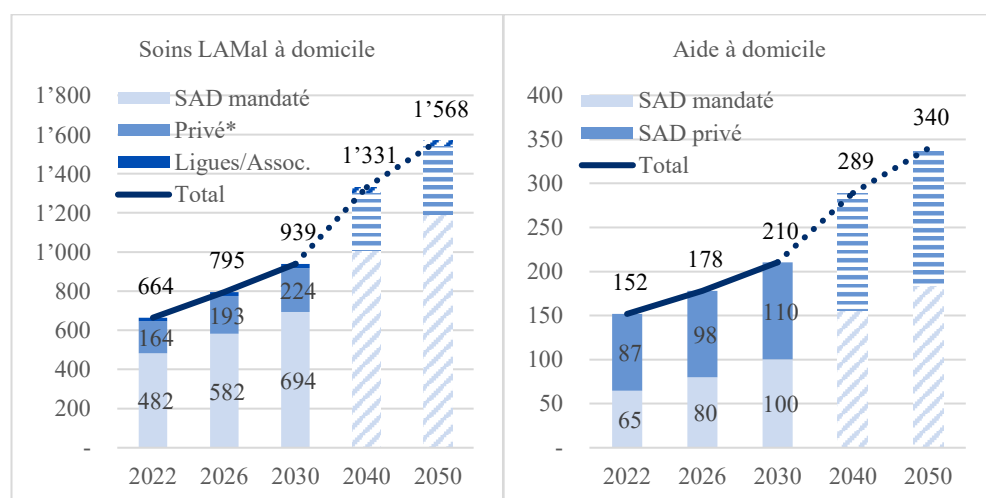
Source : Obsan (2024) ainsi que données DSAS (2022 et 2024), analyse et illustration DSAS

Les chiffres présentés ci-dessous pour les soins LAMal à domicile tiennent compte, outre de l'évolution démographique, du report décrit ci-dessus de la prise en charge en EMS vers la prise en charge à domicile, ainsi que d'un certain effet de rattrapage concernant le nombre d'heures de soins LAMal fournies par client (scénario cible E1/P3/S2), qui est inférieur à la moyenne suisse depuis plusieurs années. Entre 2022 et 2030, le nombre d'heures de soins LAMal à domicile devrait augmenter d'environ 41 pour cent pour atteindre 939'000 heures (Illustration 3, à gauche). La répartition entre les services privés et les services mandatés d'aide et de soins à domicile (SAD) est toutefois entachée d'incertitudes, car la dynamique de l'offre est difficile à anticiper ou à gérer. Le calcul part de l'hypothèse que les SAD mandatés absorbent entièrement le report de la prise en charge de l'EMS vers la prise en charge à domicile ; la répartition du reste de l'augmentation du volume se fait en fonction des parts de marché en 2022. Au total (SAD mandatés, privés [comprend aussi bien les SAD privés que les infirmières et infirmiers indépendant-e-s] et les ligues/associations), il faudra engager environ 260 EPT supplémentaires d'ici 2030 par rapport à la situation en 2022 pour fournir ce volume d'heures de soins LAMal à domicile ; + 32.5 EPT par an.

<sup>3</sup> Les 510 lits se répartissent comme suit : 40 lits dans le district du Lac (réalisés), 50 lits dans le district de la Broye, 40 lits dans le district de la Glâne, 54 lits dans le district de la Gruyère, 194 lits dans le district de la Sarine, 76 lits dans le district de la Singine, 27 lits dans le district de la Veveyse et 29 lits supplémentaires dans le domaine de la psychiatrie de l'âge avancée.

Les prévisions pour l'aide à domicile tiennent compte, en plus de l'évolution démographique, du passage progressif vers le scénario cible. Bien que l'on observe également un effet de rattrapage pour l'aide à domicile en comparaison avec les autres cantons – même s'il est moins prononcé – on a volontairement renoncé à modéliser un tel scénario. Il est clair qu'il ne permettrait pas de représenter de manière fiable une prise en charge à domicile équivalente à un séjour en EMS. En particulier, l'accompagnement social, qui n'est guère développé aujourd'hui, doit encore être quantifié à cette fin.<sup>4</sup> Les valeurs dans la partie droite de l'illustration 3 représentent donc une limite minimale des besoins futurs d'aide à domicile dans le contexte d'un renforcement de la prise en charge à domicile. Globalement, le besoin minimal d'aide à domicile augmente d'environ 38 pour cent jusqu'en 2030 pour atteindre 210'000 heures. Cela nécessitera environ 56 EPT supplémentaires par rapport à la situation de 2022, soit 7 EPT de plus par an.

Illustration 3 Soins LAMal et aide à domicile en 2022 (état actuel) et augmentation nécessaire jusqu'en 2050, en milliers d'heures



\* Le terme « Privé » englobe aussi bien les SAD privés que les infirmières et infirmiers indépendant-e-s.

Source : Obsan (2024), analyse et illustration DSAS

Les besoins prévus en soins de longue durée ont des conséquences financières tant pour le canton que pour les communes. Celles-ci ont été calculées sur la base des derniers coûts moyens connus et en tenant compte d'une augmentation annuelle théorique des coûts salariaux de + 2.1 pour cent. L'impact financier dû à l'augmentation du niveau moyen des soins dans les EMS a également été estimé. Dans le domaine des soins LAMal et de l'aide à domicile, l'estimation des coûts se base sur des parts de marché stables entre les prestataires mandatés et privés.

Les prévisions des coûts se trouvent dans le Tableau 1. L'augmentation des coûts entre 2026 et 2030 en lien avec les coûts résiduels des soins et les subventions versées par le Service de la prévoyance sociale (SPS), est pronostiquée à environ 54 millions de francs, l'augmentation annuelle de 13.559 millions de francs étant à la charge du canton à hauteur de 5.284 millions de francs et des communes à hauteur de 8.275 millions de francs.<sup>5</sup> Elle est à mettre en parallèle avec une augmentation annuelle d'environ 155.5 EPT (115 + 3.5 + 32.5 + 4.5<sup>6</sup>).

<sup>4</sup> L'instrument parlementaire « Quel financement pour les prestations liées au vieillissement de la population » a pour but de quantifier également ce domaine (prestations supplémentaires à domicile) pour le canton de Fribourg. Les travaux sont en cours.

<sup>5</sup> Les coûts supplémentaires à la charge de l'AVS, des prestations complémentaires ou de l'allocation pour impotent ainsi que des assureurs maladie (forfaits OPAS [Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins]) ne sont pas inclus dans ces prévisions de coûts. Les éléments qui sont directement pris en charge par les communes et les associations de communes (coûts d'investissement des EMS, autres subventions aux EMS et aux SAD mandatés ou, par exemple, les indemnités forfaitaires aux proches aidant-e-s) ne sont pas non plus inclus.

<sup>6</sup> Sur les 7 EPT supplémentaires par an pour l'aide à domicile, seule une partie est fournie par des SAD mandatés. Seule cette dernière est cofinancée par les pouvoirs publics (+ 4.5 EPT par an).

Tableau 1 Aperçu des prévisions des coûts des soins de longue durée pour 2026 et 2030, en milliers de CHF

	<b>Prévision des coûts 2026</b>	<b>Prévision des coûts 2030</b>	<b>Augmentation annuelle</b>
Canton	71'492	92'628	5'284
Communes	111'459	144'559	8'275
<b>Total</b>	<b>182'951</b>	<b>237'186</b>	<b>13'559</b>

Source : analyse et illustration DSAS

Ce résumé illustre l'énorme défi pour les pouvoirs publics du canton de Fribourg, tant en termes d'infrastructures supplémentaires que de ressources humaines et financières. En même temps, cette planification montre l'urgence immédiate et la nécessité durable de ces investissements. Les 510 lits supplémentaires qui sont aujourd'hui réalisés, en cours de réalisation ou prévus seront indispensables d'ici 2030. Leur réalisation rapide est absolument nécessaire pour atténuer la pénurie actuelle de lits. Toutefois, les mesures visant à remédier à la pénurie de personnel sont tout aussi importantes que les efforts déployés pour développer les infrastructures, afin que les lits supplémentaires puissent être exploités à l'avenir et que les personnes prises en charge à domicile puissent bénéficier du soutien adéquat.

Le vieillissement de la population sera l'un des principaux défis des années à venir, sur tous les plans. Une coopération renforcée entre tous les acteurs, une remise en question des modes de fonctionnement actuels, l'intégration d'innovations et des efforts supplémentaires seront nécessaires.

---

## 2 Introduction

---

### 2.1 Planification de la santé et dispositions légales applicables

La planification sanitaire du canton de Fribourg, en application de l'article 20 al. 2 de la loi du 16 novembre 1999 sur la santé (LSan), comprend la planification des domaines hospitalier et pré-hospitalier, ainsi que des domaines de la santé mentale, de l'aide et des soins à domicile et des établissements médico-sociaux (EMS), en intégrant la stratégie cantonale de promotion de la santé et de prévention. Sur la base d'une évaluation de l'état de santé de la population, elle a pour but de déterminer les besoins en soins, en tenant compte de l'évolution démographique, de définir les moyens pour répondre à ces besoins de la manière la plus rationnelle et la plus économique possible et de garantir des soins appropriés et de qualité (art. 20 al. 2 LSan).

La loi sur les prestations médico-sociales (LPMS) ainsi que son règlement (RPMS) définissent les détails de la planification des besoins de longue durée qui doit être établie périodiquement par le Conseil d'Etat. Le présent rapport traite de la planification des soins de longue durée pour les personnes en EMS et les personnes nécessitant des soins et de l'aide à domicile pour les années 2026 à 2030. Il pose notamment les bases de l'établissement de la liste cantonale des EMS (art. 5 al. 2 LPMS) et des plans de couverture des besoins des sept associations de communes ainsi que des propositions de reconnaissance de lits en EMS et de dotation des services subventionnés d'aide et de soins à domicile des différentes associations de communes (art. 12 al. 1 let. a LPMS).

En résumé, les bases juridiques suivantes constituent le fondement du présent rapport :

- > Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal) ;
- > Loi sur la santé du 16 novembre 1999 (LSan) ;
- > Loi sur les seniors du 12 mai 2016 (LSen) ;
- > Loi sur les prestations médico-sociales du 12 mai 2016 (LPMS) ;
- > Règlement sur les prestations médico-sociales du 23 janvier 2018 (RPMS).

### 2.2 Définition des termes utilisés dans les soins de longue durée

Les soins de longue durée sont divisés en deux domaines principaux : les prestations stationnaires et ambulatoires. Cette distinction découle des principes de la LAMal et se retrouve dans tous les aspects du système de santé (système tarifaire, saisie des données, etc.). La présente planification des soins de longue durée est également dominée par cette délimitation, bien qu'il existe dans la pratique différentes offres qui se situent à l'interface des deux domaines. Il s'agit d'offres intermédiaires qui visent à soutenir le maintien à domicile.

Les accueils dans des foyers de jour sont déjà bien établis ; selon la LAMal, ils relèvent des prestations stationnaires, mais sont (peuvent être) présentés séparément dans la planification ci-après. Le domaine des EMS (prestations stationnaires) comprend en outre d'autres offres (en particulier les courts séjours) qui doivent également être comptées parmi les structures intermédiaires. Elles sont également présentées séparément dans le présent rapport.

Dans les prestations ambulatoires, il faudrait dans l'idéal également faire la distinction entre les prestations d'aide et de soins à domicile à titre initial ou dans un appartement avec services. Ces derniers sont également considérés comme des structures intermédiaires. Toutefois, étant donné que les prestations dans le domaine ambulatoire sont saisies et facturées de manière indifférenciée en tant que soins LAMal et aide à domicile, aucune délimitation ne peut être effectuée pour la présente planification. Ou formulé inversement : Lorsqu'il est question ci-après de « soins LAMal et d'aide à domicile », il faut également comprendre les prestations destinées, par exemple, aux personnes vivant dans des appartements avec services.

### 2.3 Contexte élargi de la planification des soins de longue durée

Il va sans dire que la planification des besoins en matière de soins de longue durée est étroitement liée à d'autres évolutions dans la société, la politique, l'économie et, en particulier, le système de santé. La présente section aborde

---

donc les points les plus importants et leur influence attendue ou potentielle sur l'évolution des besoins en soins de longue durée. Il convient toutefois de noter que le présent rapport a ses limites pour refléter ces effets parfois contraires. Les prévisions sont basées sur un modèle qui ne peut jamais décrire la réalité de manière exhaustive. D'autant plus lorsque les données nécessaires font défaut. C'est également pour cette raison que la planification des besoins est mise à jour périodiquement et ne peut être concrétisée que pour une période de cinq ans (art. 5 LPMS et art. 8 RPMS).

Les éléments ci-dessous ne peuvent certes pas être concrétisés dans le modèle de planification des besoins, mais ils seront pris en compte notamment dans l'élaboration des scénarios et dans le choix du scénario cible (cf. en particulier les sections 3.3.3, 3.3.4 et 5.1). Par exemple, la politique Senior+ est un facteur déterminant pour renforcer la prise en charge à domicile des personnes nécessitant des soins légers à modérés. La pression croissante exercée sur le développement des soins ambulatoires (due notamment à l'ambulance dans le secteur hospitalier, au recours accru aux proches aidant-e-s et à d'autres facteurs) est prise en compte de manière globale en choisissant un scénario d'offre correspondant.

D'autres thèmes (p. ex. la révision des tarifs médicaux ambulatoires à partir de 2026 [TARDOC], le contre-projet sur les urgences hospitalières du canton de Fribourg, etc.), qui pourraient également avoir une influence, mais dont l'ampleur est encore difficile à évaluer, doivent être exclus pour l'instant. Leur influence future pourra être mieux évaluée lors de la prochaine mise à jour de ce rapport.

### 2.3.1 Politique Senior+

Dès 2015, la politique Senior+ a posé les bases de la politique en faveur des personnes âgées du canton de Fribourg. Elle vise à promouvoir l'autonomie des seniors et leur intégration dans la société tout autant qu'à reconnaître leurs besoins et leurs compétences. Comme indiqué dans la stratégie globale élaborée initialement, la planification des soins de longue durée exigée par la législation fédérale constitue une mesure importante qui doit s'inscrire dans l'approche globale de la politique Senior+.

Dans la mesure où il sera de toute façon difficile que le nombre de nouveaux lits d'EMS à construire suive la courbe de l'évolution démographique, il sera absolument nécessaire de permettre à un nombre grandissant de personnes âgées d'être prises en charge à domicile. Il convient toutefois de noter qu'une prise en charge adéquate et durable de ces personnes nécessite bien plus que simplement des prestations d'aide et de soins à domicile, qui sont aujourd'hui reconnues par la LAMal ou peuvent être remboursées par le biais des prestations complémentaires. Des logements adaptés et sécurisés, des services hôteliers, l'accompagnement social et le soutien aux proches aidant-e-s, des informations utiles et accessibles aux personnes âgées, sont tout aussi nécessaires. C'est précisément là que le plan de mesures Senior+ intervient, en ce sens qu'il vise, pour les années 2026-2030, notamment à soutenir l'autonomie et le maintien à domicile des senior-e-s de différentes manières et dans différents domaines (par ex. conciergerie sociale, adaptation du logement, sensibilisation du monde immobilier, solidarité intergénérationnelle, soutien aux proches, veille, information, cours et mandats à des tiers), afin d'éviter le recours prématuré à des prestations de type EMS ou hospitalières.

Parallèlement et en application de la Loi sur les seniors (LSen), les communes sont appelées à formuler des concepts et une politique communale qui complètent et renforcent les actions de l'Etat dans leurs domaines de compétence, en particulier dans le domaine des infrastructures et de l'accompagnement social. Ainsi, c'est une stratégie en trois parties interconnectées (Senior+ plan de mesures ; planification des soins de longue durée ; concepts communaux) qui permettra de faire face efficacement aux défis du vieillissement démographique. Pour une mise en œuvre efficace de cette politique globale en faveur des personnes âgées, une bonne coordination entre l'Etat, les associations de communes des districts (réseaux médico-sociaux) et les communes individuelles, qui doit encore être renforcée dans les années à venir, est indispensable. L'orientation de la planification cantonale des soins de longue durée et les autres travaux menés au niveau cantonal, régional et communal doivent aller de pair.

### 2.3.2 Postulat « Quel financement pour les prestations liées au vieillissement de la population ? »

Alors que le présent rapport doit actuellement se contenter de prévoir pour les années à venir le recours aux prestations de soins et d'aide à domicile ainsi qu'aux séjours en foyer de jour et en EMS tel qu'il ressort des

---

statistiques nationales officielles, les travaux menés dans le cadre du postulat « Quel financement pour les prestations liées au vieillissement de la population ? » ([2023-GC-289](#)) tentent de collecter les informations manquantes sur les prestations supplémentaires nécessaires décrites ci-dessus, qui sont déjà proposées aujourd'hui par les communes. Outre un état des lieux, des recommandations doivent également être élaborées sur les prestations d'aide et d'accompagnement social nécessaires aux personnes âgées afin de leur permettre de rester longtemps en bonne santé à leur domicile.

### 2.3.3 Développements concernant les prestataires de soins

#### 2.3.3.1 Mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins – nouveau rapport 2024

Selon la conclusion du dernier rapport de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) au Conseil fédéral, il n'y a actuellement aucune nécessité d'action dans le système tarifaire actuel des soins de longue durée. Bien que des clarifications soient nécessaires, notamment dans le domaine des situations de soins complexes (démence, soins palliatifs), pour lesquelles des travaux de base sont en cours, l'OFSP attribue en principe la responsabilité dans ces domaines aux cantons (cf. OFSP (2024), p. 4, 11 et 19). Le rapport de Stefanie Monod et. al., en collaboration avec le Groupement Romand des Services de Santé Publique (GRSP) (2024), arrive également à la conclusion qu'il appartient aux cantons d'apporter un soutien supplémentaire aux offres spécifiques dans le domaine des soins de longue durée et propose des domaines/orientations d'action concrets. Il recommande notamment l'introduction et le financement par le canton de forfaits pour des prestations spécifiques en EMS, qui se concentrent sur quatre besoins (soins palliatifs, réadaptation, troubles du comportement, soins de transition). Les offres existantes aujourd'hui, qui bénéficient d'un soutien financier supplémentaire du canton de Fribourg dans le domaine des séjours de courte durée (mandats cantonaux dans le cadre des soins palliatifs et de la réadaptation) et dans le domaine des séjours de longue durée (unités pour personnes atteintes de démence) (cf. section 4.1.2.1), doivent être mises en évidence autant que possible dans la présente planification des soins de longue durée, conformément à ces recommandations.

#### 2.3.3.2 Développements dans le secteur hospitalier

En janvier 2023, l'Observatoire suisse de la santé (Obsan), en collaboration avec le Service de la santé publique (SSP), a publié le « Rapport d'évaluation des besoins en soins pour la planification hospitalière 2024 », qui fournit les bases statistiques pour la nouvelle planification hospitalière fribourgeoise. Les analyses montrent que la durée moyenne de séjour (DMS) en soins somatiques aigus dans le canton est légèrement supérieure à la moyenne suisse en 2019 (CH : 5.5 jours ; FR : 5.7 jours ; cf. Füglistler-Dousse, S. et al. (2023), p. 47). Après une baisse continue de la DMS dans toute la Suisse ces dernières années, il semble qu'il y ait une pression accrue à ce sujet dans le canton de Fribourg. On relèvera d'ailleurs particulièrement la situation de l'hôpital fribourgeois (ci-après : HFR) dans le contexte cantonal. La DMS de l'HFR en 2019 était de 6.3 jours (cf. OFSP (2021), p. 245). En 2022, elle était de 6.5 jours, soit nettement plus élevée que la moyenne suisse de 5.2 jours et que la médiane du groupe hospitalier « Hôpital de soins généraux, prise en charge centralisée (niveau 2) » de 5.0 jours (cf. OFSP (2024), p. 10 et 245). En comparaison, la DMS de l'Hôpital intercantonal de la Broye (ci-après ; HIB) était de 5.2 jours en 2019 et de 5.0 jours en 2022. Une réduction de la DMS exercera notamment une influence sur les besoins en soins de longue durée, à commencer par le recours aux soins à domicile et aux séjours temporaires en EMS.

Les efforts généraux en faveur des soins ambulatoires doivent également être mentionnés dans ce contexte, car le transfert accru des traitements hospitaliers vers le secteur ambulatoire peut augmenter le besoin en prestations de soins à domicile. Selon le rapport de l'Obsan sur l'analyse des besoins pour la planification hospitalière, il existe dans le canton un potentiel de transfert vers le secteur ambulatoire de 1.5 pour cent des cas en 2019 (596 cas sur un total de 38 762 cas ; cf. Füglistler-Dousse, S. et al. (2023), p. 85).

#### 2.3.3.3 Mandat « Compensation des pertes de l'HFR dues au manque de places en EMS »

Depuis quelques temps, un nombre important de personnes dans le canton de Fribourg attendent dans les infrastructures hospitalières d'être hébergées dans un EMS. Cela a récemment conduit, au niveau politique, au mandat [2023-GC-134](#), qui a été accepté par le Grand Conseil. La DSAS a été chargée de trouver des solutions à partir de 2026 afin de réduire le temps d'attente des personnes et de soulager les infrastructures hospitalières. Dans le cadre de ces travaux, la situation est analysée en détail et des solutions sont élaborées. Cela favorisera davantage la

---

collaboration et la coordination entre les différents partenaires dans le domaine des prestations médico-sociales, ce qui améliorera le fonctionnement du système à l'avenir.

#### 2.3.3.4 Financement uniforme des prestations (EFAS)

A l'heure actuelle, les prestations ambulatoires et stationnaires ainsi que les prestations de soins en EMS et à domicile sont financées de manière différente. Alors que les prestations ambulatoires sont financées exclusivement par les assureurs-maladie, les prestations stationnaires (p. ex. séjour hospitalier d'au moins une nuit) sont prises en charge conjointement par les assureurs et les cantons. Dans le domaine des prestations de soins au sens de l'article 7 de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), les assureurs et les bénéficiaires contribuent aux coûts de manière limitée. Les cantons assument le financement résiduel. Avec la réforme « Financement uniforme des prestations » (EFAS), les prestations ambulatoires et stationnaires seront financées de manière uniforme à partir de 2028, de même que les prestations de soins à partir de 2032. Cette modification de la LAMal était soumise au référendum facultatif, qui a été saisi et a abouti. La population a accepté, le 24 novembre 2024<sup>7</sup>, la mise en œuvre d'EFAS.

Étant donné que, dans le domaine des soins de longue durée, les coûts de prise en charge et d'hébergement d'un séjour en EMS continueront de peser financièrement sur les personnes par rapport à une prise en charge à domicile, il ne faut guère s'attendre à des changements dans le recours aux prestations par les personnes en raison d'EFAS.

Toutefois, des répercussions sur les finances des prestataires et des pouvoirs publics ne sont pas à exclure. L'influence potentielle d'EFAS sur les soins de longue durée dans le canton de Fribourg est encore soumise à de grandes incertitudes à l'heure actuelle – dans tous les cas, elle ne se fera sentir qu'à partir de 2032 et donc dans la prochaine planification.

#### 2.3.3.5 Initiative sur les soins infirmiers

En lien avec la mise en œuvre de l'offensive de formation dans le cadre de l'initiative sur les soins infirmiers, la Direction de la santé et des affaires sociales (DSAS) a fait établir un rapport par l'Obsan sur les besoins futurs de relève en personnel de soins et d'accompagnement dans le canton de Fribourg. Ce rapport se base entre autres sur la planification actuelle des soins de longue durée 2021-2025, qui couvre l'horizon 2040. L'étude établit un taux de couverture de 77-87 pour cent au niveau tertiaire et de 79 pour cent au niveau secondaire II, le canton de Fribourg se situant au-dessus de la moyenne suisse au niveau tertiaire et en dessous au niveau secondaire II (Merçay (2023), p. 24 et suivante).

Le présent rapport ne modélise toutefois pas de limitation de l'offre due à un éventuel manque de ressources humaines, c'est-à-dire que dans les scénarios calculés, l'Obsan part du principe que le personnel nécessaire sera disponible. Dans l'état actuel des choses, il n'est donc malheureusement pas possible de chiffrer les conséquences possibles (limitation de l'offre due à un manque de personnel). Indépendamment de cela, il est important, notamment pour la mise en œuvre correcte de l'initiative sur les soins infirmiers au niveau cantonal, que les besoins réels, tels qu'ils doivent être prévus aujourd'hui, soient indiqués. L'objectif du rapport est donc de présenter ces besoins – et non des besoins « artificiellement » limités – afin que tous les acteurs puissent s'y référer pour orienter leurs actions et leurs activités.

Des limitations de prestations dues à un manque de ressources en personnel ne peuvent toutefois pas être exclues dans la réalité à l'avenir. Le bilinguisme du canton et la nécessité de disposer d'un personnel suffisant dans les deux langues constituent un défi particulier. Dans un passé récent, un arrêt de l'admission des personnes ayant besoin de soins et d'aide à domicile dans le district de la Singine a dû être décidé en raison du manque de personnel. De plus, les prestations pour des personnes déjà prises en charge ont dû être limitées et il a fallu recourir à des services d'aide et de soins à domicile hors canton.

La raréfaction des ressources en personnel obligera à les utiliser le plus efficacement possible. C'est aussi pour cette raison qu'une concentration des personnes nécessitant des soins et de l'aide dans des structures intermédiaires telles

-

<sup>7</sup> Cf. informations de l'Office fédéral de la santé publique, [Modification de la LAMal : financement uniforme des prestations \(admin.ch\)](#).

---

que des foyers de jour et surtout des appartements avec services doit faire l'objet d'une attention accrue (cf. également section 2.3.1, « Politique Senior+ »). En outre, l'implication des proches aidant-e-s dans ce domaine peut également offrir un soulagement, sachant que ces personnes doivent également être soutenues de manière adéquate et durable (Monod (2024), p. 48 et suivante).

### 2.3.4 Développements concernant le soutien aux personnes ayant besoin d'aide et de soins et à leurs proches

#### 2.3.4.1 Indemnité forfaitaire pour les proches aidant-e-s

Dans le canton de Fribourg, les parents et proches s'occupant d'une personne de façon régulière et importante peuvent bénéficier d'une indemnité forfaitaire journalière. Celle-ci a été réexaminée et son montant est passé de 25 francs par jour à 35 francs par jour à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2024. L'incidence de cette adaptation sur la prise en charge par les proches n'est pas encore connue et sera analysée par le canton dans le futur.

La jurisprudence fédérale a admis que des parents ou des proches s'occupant d'une personne nécessitant des soins de manière régulière et durable pouvaient être salariées par des services de soins à domicile (SAD) pour la fourniture de soins de base à leur proche. Ces personnes doivent toutefois effectuer la formation d'auxiliaire en santé pour pouvoir être financées par la LAMal et doivent être encadrées par des professionnel-le-s. Les organisations de soins à domicile engageant des proches aidant-e-s sont une réalité qui touche tous les cantons suisses. Des solutions pour leur encadrement doivent être trouvées sur le plan fédéral. Le Conseil fédéral s'est engagé à élaborer un rapport sur ces organisations.<sup>8</sup>

#### 2.3.4.2 Modification de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC)

Actuellement, une modification de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC) est en cours d'élaboration. Elle prévoit entre autres la reconnaissance de l'habitat protégé. Le projet reconnaît les prestations d'assistance qui favorisent la vie autonome à domicile ou dans une forme institutionnalisée de logement protégé, en prenant en compte ces prestations (notamment le système d'appel d'urgence, l'aide au ménage, le service de repas, les services de transport et d'accompagnement, l'adaptation du logement aux besoins des personnes âgées et le supplément de loyer pour un logement adapté aux personnes âgées) dans le cadre du remboursement des frais de maladie et d'invalidité par les prestations complémentaires (PC). La consultation à ce sujet a pris fin le 23 octobre 2023.<sup>9</sup> Avec l'entrée en vigueur de cette modification, on peut s'attendre à ce que certains obstacles financiers soient levés et que le maintien à domicile des personnes âgées soit ainsi davantage encouragé, ce qui va dans le sens de la politique Senior+.

## 2.4 Accompagnement du rapport cantonal et de la procédure de validation

Conformément aux dispositions légales en vigueur dans le canton de Fribourg, le rapport sur la planification des soins de longue durée est présenté à toutes les instances concernées un an avant son entrée en vigueur (procédure de consultation, art. 5 al. 1 LPMS et art. 9 al. 4 RPMS). Les résultats de la consultation sur l'avant-projet du rapport figurent à la section 8.2.

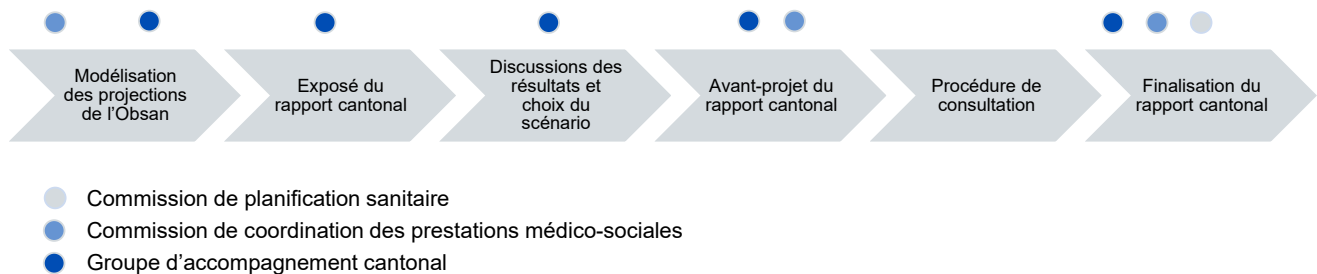
En outre, un rôle participatif à l'élaboration de la planification des soins de longue durée est conféré aussi bien à la « Commission de planification sanitaire » dans le domaine de la planification sanitaire cantonale au niveau supérieur (art. 15 LSan) qu'à la « Commission de coordination des prestations médico-sociales » (Commission LPMS) dans le domaine de la coordination entre les fournisseurs de prestations médico-sociales et les réseaux hospitaliers (art. 21 LPMS). En complément, la DSAS a constitué un « groupe d'accompagnement cantonal » afin d'accompagner

<sup>8</sup> Lors de sa séance du 5 mars 2024, le Conseil des Etats a adopté le [postulat 23.4333](#) « Définir un statut de proche aidant pour pouvoir développer une stratégie de soutien au niveau fédéral », déposé par sa Commission de la sécurité sociale et de la santé publique. Par ce postulat, le Conseil fédéral est chargé d'établir un rapport sur l'état de la situation des proches aidant-e-s en Suisse, en étudiant notamment leurs profils et leurs besoins. Il s'agit également d'analyser la possibilité et l'utilité de définir un statut juridique unifié de proche aidant-e au niveau fédéral. Le rapport prend en compte les exemples d'autres pays ou régions qui ont développé un cadre juridique ou une stratégie pour soutenir les proches aidant-e-s.

<sup>9</sup> Cf. communiqué de presse du Conseil fédéral du 21 juin 2023, [Reconnaître les logements protégés dans les prestations complémentaires à l'AVS \(admin.ch\)](#).

étroitement les travaux dans le cadre de l'élaboration du rapport. Ce groupe a notamment dû formuler des propositions pour permettre une prise en compte des différentes réalités dans les sept associations de communes, respectivement d'offres spécifiques. La composition des trois groupes figure dans l'annexe 8.1 (p. 58). L'implication des différents organes est représentée schématiquement dans l'illustration 4 ci-dessous :

Illustration 4 Accompagnement de l'élaboration du rapport cantonal par différents organes



Source : illustration DSAS

La version finale du rapport (après consultation) a été présentée à la Commission LPMS le 14 novembre 2025. Le 12 février 2026, le rapport a été présenté à la Commission de planification sanitaire. Les deux commissions ont préavisé favorablement le rapport à l'attention du Conseil d'Etat tout en transmettant les principaux défis pour les pouvoirs publics dans le cadre de deux notes adressées au Conseil d'Etat.

## 2.5 Les précédentes planifications des soins de longue durée et l'actuelle

Après les périodes de planification 2011-2015, 2016-2020, 2021-2025, le présent rapport constitue la quatrième planification cantonale des soins de longue durée. Les analyses statistiques de l'Obsan ont servi de point de départ, mais elles ont toujours été développées et affinées (cf. chapitre 3 « Approche méthodologique »). Le nombre important de résultats statistiques issus de différents scénarios a été traité et en partie précisé ou affiné par la DSAS dans un rapport cantonal (cf. chapitre 4 « Résultats statistiques »). Ces résultats sont classés et interprétés (cf. chapitre 5 « Discussion des résultats ») avant d'être intégrés dans la planification cantonale des soins de longue durée 2026-2030 (cf. chapitre 6 « Planification des soins de longue durée »). Les conséquences financières pour la prochaine période de planification sont chiffrées sur cette base (cf. 7 « Incidences financières de la planification des soins de longue durée 2026-2030 »). L'annexe contient également des informations supplémentaires, notamment des détails des statistiques descriptives (voir section 8.3.1).

---

## 3 Approche méthodologique

### 3.1 Démarche

Pour déterminer le recours aux futures prestations de santé, on part généralement de la situation actuelle, pour laquelle on effectue une extrapolation basée sur l'évolution démographique attendue. Pour ce faire, on utilise les bases statistiques disponibles, qui contiennent les informations nécessaires (cf. section 3.2). Différents scénarios peuvent être définis pour étudier la sensibilité de différentes évolutions ou, par exemple, pour illustrer l'effet potentiel des interventions étatiques. Normalement, les évolutions des dernières années sont également prises en compte afin d'identifier les dynamiques éventuelles et importantes et de les modéliser si nécessaire. Ces travaux de l'Obsan sont toutefois soumis aux limites des bases de données disponibles ainsi qu'à d'autres critères statistiques (p. ex. nombre d'observations et significativité statistique) (cf. section 3.3). Les nombreux résultats des projections de l'Obsan doivent être retravaillés dans le cadre du rapport cantonal pour définir un scénario principal et présenter les résultats de la planification cantonale des soins de longue durée de manière détaillée et correcte (cf. section 3.4).

### 3.2 Base de données et adaptations

#### 3.2.1 Statistiques SOMED et SAD

En ce qui concerne l'état actuel du recours aux prestations dans le domaine des soins de longue durée, l'Obsan se base sur les statistiques nationales dans le domaine des soins de longue durée pour l'année 2022. Il s'agit de la statistique des institutions médico-sociales (statistique SOMED) pour le domaine des EMS et de la statistique des services d'aide et de soins à domicile (statistique SAD). Par rapport à la dernière planification des soins de longue durée, le modèle de l'Obsan (section 3.3), sur lequel se fonde le présent rapport, intègre déjà dans la mesure du possible toutes les différentes prestations médico-sociales, pour fortement limiter les compléments et adaptations ultérieurs (section 3.4). Dans cette logique, les projections de l'Obsan dans le domaine des EMS se basent sur l'ensemble des séjours de longue et de courte durée.<sup>10</sup> De plus, au-delà de la distinction actuelle des besoins pour différents niveaux de soins<sup>11</sup>, le modèle de l'Obsan détermine les besoins pour les personnes atteintes de démence dans les EMS. Pour les prestations médico-sociales à domicile, l'aide est désormais directement prise en compte dans les projections de l'Obsan. Et ce malgré le fait que, selon l'article 9 al. 1 RPMS, la planification cantonale doit couvrir en particulier le domaine des soins.<sup>12</sup> De même, les prestations de soins spécifiques à domicile (diabète, Ligue pulmonaire, soins palliatifs) figurent désormais dans le modèle de l'Obsan en tant que groupe de fournisseurs de prestations distinct. De même, les classes d'âge de moins de 65 ans sont nouvellement prises en compte dans les projections de l'Obsan, tant pour les EMS et les foyers de jour que pour les prestations à domicile.

Les adaptations et compléments suivants, qui ont été apportés aux bases statistiques dans le but de tenir compte des réalités du canton de Fribourg et de répondre aux exigences partiellement nouvelles de la planification cantonale des soins de longue durée, doivent être mis en évidence ici et approfondis dans les sections suivantes (3.2.1.1 à 3.2.1.3) :

- > Ajout des institutions de santé qui ne remplissent pas la statistique SOMED et répartition de leurs prestations au niveau du district, respectivement de l'âge et du sexe pour les EMS et les foyers de jour.

<sup>10</sup> Totalisation du nombre de personnes avec pondération en fonction de la durée de séjour.

<sup>11</sup> Selon l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), on distingue 12 niveaux de soins dans les établissements médico-sociaux (art. 7a al. 3 let. a). Let. a) correspond au niveau de soins 1 et let. l) au niveau de soins 12 ([SR 832.112.31 - Ordonnance du DFI \(29.09.95 Fedlex\)](#)). Les projections de la présente planification sont désormais différenciées selon les niveaux de soins 1 et 2, les niveaux de soins 3 à 6 et les niveaux de soins 7 à 12. Cette distinction a été faite en accord avec les scénarios politiques définis (voir section 3.3).

<sup>12</sup> Étant donné que les associations de communes doivent veiller à la disponibilité et la coordination de toutes les prestations d'aide et de soins à domicile sur le territoire du district, le groupe d'accompagnement cantonal a souligné l'importance d'inclure l'aide à domicile dans la planification cantonale (art. 10 al. 1 let. a RPMS).

- > Répartition des soins et de l'aide à domicile au niveau du district pour les SAD privés ainsi que pour les infirmières et infirmiers indépendant-e-s.
- > Délimitation des besoins en soins de longue durée pour les personnes atteintes de démence dans les EMS.

### 3.2.1.1 Intégration des institutions de santé dans la statistique SOMED et répartition

Trois institutions de santé qui n'ont pas rempli la statistique SOMED en 2022, mais qui représentent une partie intégrante de l'offre des EMS, respectivement des foyers de jour dans le canton de Fribourg, ont été ajoutées à la base de données, avec les informations dont dispose la DSAS. Il s'agit des deux hôpitaux HFR et HIB, qui fournissent des prestations dans le domaine de l'accueil temporaire en lit d'attente. L'HFR a en outre un mandat cantonal dans le domaine des soins palliatifs de longue durée depuis 2021. La « Famille au Jardin », qui manque également dans la statistique SOMED, joue un rôle important dans le canton, notamment dans le domaine des foyers de jour. L'ajout de ces prestations garantit que le recours aux EMS et aux foyers de jour pour l'année 2022 corresponde au mieux à la situation réelle dans le canton. En principe, on peut supposer qu'il y a également des personnes en attente d'une prise en charge en EMS au sein du Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM). Faute d'informations, celles-ci ne peuvent toutefois pas être prises en compte dans le complément à la statistique SOMED.

La répartition par classe d'âge et par sexe des 8'942 journées et 658 personnes en lit d'attente à l'HFR et des 811 journées et 53 personnes en lit d'attente au HIB a pu être effectuée avec précision sur la base des informations disponibles, transmises à la DSAS dans le cadre du décompte des prestations pour l'année 2022. En revanche, la DSAS a dû effectuer une estimation grossière de la répartition entre les districts, sur la base des informations internes disponibles (cf. clé de répartition dans le Tableau 26, page 72 dans l'annexe 8.3.2). Les prestations dans le domaine des soins palliatifs de longue durée à l'HFR de 1'909 jours et 37 cas ont également pu être attribuées avec précision aux classes d'âge et au sexe sur la base des données du décompte des prestations 2022. Une approximation de l'attribution aux districts a été obtenue par le biais du pourcentage de population. Dans le domaine des foyers de jour, les 4'119 journées et 103 personnes de la Famille au Jardin ont été réparties par classe d'âge et par sexe, conformément aux valeurs moyennes SOMED des autres foyers de jour. Il n'a pas été nécessaire de procéder à une répartition par district, car la planification des foyers de jour ne permet pas de faire cette distinction sur le plan statistique en raison de leur nombre limité.

### 3.2.1.2 Répartition des prestations d'aide et de soins à domicile

Les prestations d'aide et les soins à domicile fournies par des SAD privés ou par des infirmières et infirmiers indépendant-e-s ne peuvent être attribuées à un district en se basant sur les informations disponibles dans la statistique SAD. Elles ont été déterminées sur la base des informations fournies à la DSAS dans le cadre du décompte des prestations, mais des hypothèses ont parfois dû être formulées en raison de données manquantes ou lacunaires. La même clé de répartition a été appliquée aux soins et à l'aide à domicile (cf. Tableau 28, page 72 dans l'annexe 8.3.2).

Les prestataires n'apparaissant pas dans la statistique SAD – en particulier ceux qui ne sont actifs que dans le domaine de l'aide à domicile – les prestations dans ce domaine sont systématiquement sous-estimées. La manière de gérer cette situation est discutée dans la section 5.2.2.

### 3.2.1.3 Extrapolation des besoins des personnes atteintes de démence dans les EMS

La prise en charge des personnes atteintes de démence dans les EMS revêt déjà une grande importance et constitue un défi particulier. Pour mieux tenir compte de cette situation, le besoin en lits d'EMS pour les personnes atteintes de démence doit être explicitement modélisé et indiqué dans la planification cantonale 2026-2030. Pour ce faire, la DSAS a déterminé, sur la base des données RAI fournies par les EMS pour l'année 2022, la proportion de personnes qui répondent aux critères d'admission dans une unité de soins pour personnes atteintes de démence, conformément à la directive cantonale de la DSAS sur les « Critères de reconnaissance des lits en unités spécialisée en démence » du 8 juin 2015. En 2022, celle-ci correspondait pour toutes les classes d'âge à 9.2 pour cent des femmes et des hommes et à 6.7 pour cent des journées (cf. Tableau 27, page 72 dans l'annexe 8.3.2).

### 3.2.2 Statistiques démographiques

Pour l'évolution démographique attendue, les informations statistiques des prévisions du Service de la statistique cantonal (SStat) ont été utilisées, car celles-ci – contrairement aux prévisions démographiques nationales de l'Office fédéral de la statistique (OFS) – présentent la granularité nécessaire au niveau des districts. Il faut néanmoins préciser que l'Obsan, qui a établi ses estimations en 2024, s'est basé sur les données disponibles en 2024 (avec des valeurs réelles jusqu'en 2022 et des projections jusqu'en 2050). Au printemps 2025, l'OFS a publié des nouvelles projections démographiques. Le SStat a ensuite mis à jour sur cette base sa statistique démographique cantonale. La version définitive de ce rapport a été adaptée par la DSAS – les prévisions de l'Obsan ont également été corrigées (cf. chapitre 3.4) – et prend en compte les dernières données démographiques disponibles.

### 3.3 Modèle de l'Obsan

Sur la base de ces données, l'Obsan a élaboré un modèle à plusieurs niveaux, dans lesquels différentes évolutions sont représentées au moyen de scénarios, afin de prévoir les besoins futurs en soins de longue durée pour le canton de Fribourg. En collaboration avec la DSAS, qui a elle-même impliqué le groupe d'accompagnement cantonal ainsi que la commission LPMS (cf. section 2.4), l'Obsan a défini un modèle global pour ses projections pour le canton de Fribourg avec les scénarios présentés dans le Tableau 2 ci-dessous. Pour ce faire, une analyse tant des niveaux que des différents scénarios, ainsi que des développements et des approches au niveau national<sup>13</sup> ainsi que ceux d'autres cantons<sup>14</sup> a été effectuée. Lorsque cela s'avérait pertinent, ces éléments ont été repris et adaptés si nécessaire.

Tableau 2 Scénarios pour les projections de l'Obsan sur les besoins futurs en soins de longue durée

Démographie	Épidémiologie	Politique : transfert prise en charge en EMS vers à domicile*	Offre : développement des soins à domicile
D0 : Scénario moyen d'évolution de la population	E1: années avec besoin →	P1: statu quo	S1: heures / client-e →
	E2: années avec besoin ↑	P2 : transfert de 30 % de RAI0-2 ↓ vers les SAD	S2: heures / client-e ↑
	E3: années avec besoin ↓	P3 : Transfert de 30 % de RAI0-6 vers les SAD	S3: heures / client-e ↑↑

\* La « prise en charge à domicile » comprend à la fois les soins et l'aide à domicile.

Source : illustration DSAS

Au cours du processus de définition des scénarios, d'autres niveaux ou scénarios possibles ont également été discutés aussi bien avec les organes impliqués qu'avec l'Obsan. Il s'agit en particulier de la modélisation d'autres formes d'offres (p. ex. logements avec prestations de services) et de l'influence attendue du raccourcissement des séjours hospitaliers sur les offres en aval (en particulier les SAD et les séjours de courte durée dans les EMS ; voir également à ce sujet la section 2.3.3.2). Faute d'informations suffisantes sur les données, celles-ci n'ont pas pu être mises en œuvre.

Les scénarios des différents niveaux présentés dans le Tableau 2 ont été placés les uns derrière les autres dans le modèle de l'Obsan et forment ainsi un arbre avec une multitude de prévisions (cf. Illustration 42, page 79 dans l'annexe 8.4). Les différents scénarios sont décrits de manière détaillée dans les sections 3.3.1 à 3.3.4, le paramétrage se basant entre autres sur la situation actuelle dans le canton (cf. section 4.1).

#### 3.3.1 Niveau démographique

Selon les données du SStat, la population âgée de 65 ans et plus ne varie guère entre les différents scénarios (bas, moyen, haut) que le service met à disposition. Alors que la croissance de la population entre 2022 et 2050 augmente globalement de 11, 21 et 30 pour cent pour les scénarios bas, moyen et haut, la population de plus de 65 ans augmente certes plus fortement, mais de manière similaire pour tous les scénarios (68, 71 et 74 % respectivement, cf.

<sup>13</sup> Pellegrini, S. et al. (2023). « Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz », Prognosen bis 2040 (rapport Obsan 03/2022).

<sup>14</sup> Compilation de l'Obsan sur les scénarios qui ont été modélisés pour d'autres cantons au cours des dernières années dans le cadre d'un projet de l'Obsan.

Illustration 41, page 73 dans l'annexe 8.3.2.3). Pour cette raison, la DSAS a renoncé, après échange avec le groupe d'accompagnement cantonal, à prendre en compte plusieurs scénarios. Seul le scénario moyen du SStat a été utilisé (**D0**), comme pour les planifications cantonales précédentes.

Dans ce contexte, il convient de mentionner que le scénario moyen d'évolution de la population, sur lequel se base cette planification (état : 2025), compte environ 2'750 personnes de plus de 80 ans de moins en 2040 (27'605 personnes ; cf. Tableau 21, page 61 dans l'annexe 8.3.1.1) par rapport au scénario moyen de la statistique démographique utilisée dans le dernier rapport de planification (30'357 personnes ; cf. DSAS, 2020, p. 10) ; pour la classe d'âge 90+, il s'agit d'environ 1'080 personnes (5'971 personnes selon les projections de population du SStat en 2025 vs 7'055 personnes selon les projections en 2019).

### 3.3.2 Niveau épidémiologique

L'Obsan modélise par défaut les évolutions possibles en termes de morbidité à l'aide de trois scénarios :

- > **E1** « compression relative de la morbidité » : les années de vie gagnées sont des années de vie en bonne santé ; le nombre d'années nécessitant des soins reste en conséquence constant.
- > **E2** « Expansion de la morbidité » : les années de vie gagnées sont des années de vie nécessitant des soins ; le nombre d'années nécessitant des soins augmente.
- > **E3** « compression absolue de la morbidité » : les années de vie gagnées ainsi que les années de vie supplémentaires sont des années de vie en bonne santé ; le nombre d'années nécessitant des soins diminue.

Ces scénarios ont également déjà été évoqués dans les planifications antérieures des soins de longue durée du canton de Fribourg. Selon l'évaluation de l'Obsan (Pahud, O. et al. (2024), p. 14), le scénario E1 reste plausible à ce jour (cf. discussion des résultats dans le chapitre 5).

### 3.3.3 Niveau politique

Pour atteindre, entre autres, les objectifs de la politique Senior+ (cf. section 2.3.1) et d'aménager le système de soins de la façon *la plus rationnelle et la plus économique* (art. 20 al. 2 LSan) du point de vue de l'ensemble de la société<sup>15</sup>, il convient de poursuivre le renforcement de la prise en charge à domicile des personnes ayant un faible niveau de soins, qui comprend à la fois les soins LAMal et l'aide à domicile (« transfert des soins en EMS vers la prise en charge à domicile »<sup>16</sup>). Pour soutenir ce transfert, les conditions-cadres doivent être aménagées activement, notamment par des interventions de l'État et des communes. Les scénarios suivants sont modélisés pour le niveau politique afin de quantifier l'effet d'une telle intervention sur le recours futur, le scénario P1 servant de scénario de référence :

- > **P1** : La prise en charge des personnes en fonction de leur niveau de soins reste la même (statu quo).
- > **P2** : 30 pour cent des personnes de niveau de soins 0 à 2 qui seraient aujourd'hui prises en charge en EMS seraient à l'avenir prises en charge à domicile ; 70 pour cent des personnes de niveau de soins 0 à 2 seraient toujours prises en charge dans les EMS à l'avenir (socle).
  - > Pour l'ensemble du canton, cela signifierait une réduction de la proportion de personnes avec un niveau de soins 0 à 2 dans les EMS de 5.9 pour cent à 4.0 pour cent<sup>17</sup> ; dans la modélisation de l'Obsan, les différents districts ne descendent pas en dessous de la proportion de 4.0 pour cent. La limite inférieure tient compte du fait qu'une substitution de la prise en charge en EMS par une prise en charge à domicile ne peut avoir lieu que jusqu'à un certain point.

<sup>15</sup> Selon l'étude de Matthias Wächter et Kilian Künzi (2011), la prise en charge à domicile de personnes avec un niveau de soins léger ou moyen est – considérant les coûts globaux – plus avantageuse pour l'ensemble de la société que la prise en charge en EMS.

<sup>16</sup> Pour modéliser ce *transfert*, on identifie dans la base de données les personnes qui répondent à certains critères (dans le cas présent, elles sont classées dans un niveau de soins 0 à 2, voire 0 à 6) et qui sont actuellement prises en charge dans un EMS. Ce nombre est ensuite converti en un recours théorique aux soins LAMal et à l'aide à domicile. En réalité, aucune personne se trouvant déjà dans un EMS n'est « transférée » vers une prise en charge à domicile – mais, à l'avenir, le renforcement des soins LAMal et de l'aide à domicile devrait permettre de retarder l'entrée en EMS.

<sup>17</sup> Calcul :  $5.9 \% * 0.7 = 4.0 \%$

- > Les personnes qui seraient désormais prises en charge à domicile (nouveaux/nouvelles client-e-s) bénéficieraient de 120 heures de soins LAMal<sup>18</sup> et, en fonction de leur classe d'âge (65 à 79 ans ou 80 ans et plus), du nombre moyen d'heures d'aide<sup>19</sup> à domicile par an dans leur district. On suppose que les nouveaux clients et nouvelles clientes seraient exclusivement pris en charge par les SAD mandatés.
- > Les personnes supplémentaires qui seraient prises en charge à domicile utiliseraient les prestations des foyers de jour de manière analogue au taux et au volume actuels (pas de différenciation par district).
- > **P3** : 30 pour cent des personnes de niveau de soins 0 à 6 qui seraient aujourd'hui prises en charge en EMS seraient à l'avenir prises en charge à domicile ; 70 pour cent des personnes de niveau de soins 0 à 6 seraient toujours prises en charge dans les EMS à l'avenir (socle).
  - > Pour l'ensemble du canton, cela signifierait une réduction de la proportion de personnes de niveau de soins 0 à 6 dans les EMS de 49.9 pour cent à 35.0 pour cent<sup>20</sup> ; dans la modélisation de l'Obsan, les différents districts ne descendent pas en dessous de la proportion de 35.0 pour cent.
  - > Les personnes qui seront prises en charge à domicile à l'avenir (nouveaux/nouvelles client-e-s) bénéficieront des mêmes prestations de soins et d'aide à domicile ainsi que des foyers de jour que dans le scénario P2.

Ces scénarios confirment et renforcent les efforts politiques déjà déployés lors des planifications cantonales des soins de longue durée précédentes. D'une part, le taux à atteindre est encore abaissé et, d'autre part, les personnes jusqu'au niveau de soins 6 sont également prises en compte. Le scénario P3 est un scénario drastique, mais qui peut être considéré comme réaliste du point de vue des soins après analyse des différentes variables RAI<sup>21</sup> (voir également l'analyse de la situation actuelle dans la section 4.1.2.3 et la discussion des résultats dans le chapitre 5).

### 3.3.4 Niveau de l'offre des soins à domicile

Si l'on compare les heures de soins LAMal par client-e de plus de 65 ans avec d'autres cantons ou avec la moyenne suisse, on constate qu'elles se situent à un niveau bas à Fribourg en 2022 (FR : 55.1 heures ; CH : 73.7 heures, cf. Illustration 16, page 28 dans la section 4.1.2.3). L'effet d'une extension des prestations de soins à domicile sur le recours aux soins (p. ex. en raison d'une offre supplémentaire de soins 24h/24 et 7j/7, d'un service de piquet ou autre) – indépendamment ou en plus d'un transfert de la prise en charge de l'EMS vers la prise en charge à domicile – est illustré par les scénarios suivants (S1 : scénario de référence) :

- > **S1** : La prestation de soins LAMal par client/e reste constante.

<sup>18</sup> La valeur de 120 heures par nouveau client a été déterminée en fonction des minutes de soins par niveau de soins en EMS. De plus, 120 heures correspondent au scénario choisi pour la dernière planification des soins de longue durée pour la période 2021-2025. Par rapport à la dernière planification, une seule valeur a toutefois été définie et aucun sous-scénario (entre 51-93, 120 ou 180 heures par nouveau client) n'a été modélisé. Bien que le scénario P3 intègre en principe les personnes avec un niveau de soins 3 à 6, les heures de soins LAMal par nouveau client n'ont pas été augmentées pour la modélisation, car la valeur semble déjà plutôt élevée au vu de la situation actuelle dans le canton (voir section 4.1.2.3).

<sup>19</sup> Les valeurs ont été définies sur la base de la moyenne des prestataires publics et privés dans chaque district (cf. Illustration 19, p. 30). Cette approche a également été retenue dans le rapport 03/2022 de l'Obsan pour l'analyse de la sensibilité au niveau national.

<sup>20</sup> Calcul :  $49.9 \% * 0.7 = 35.0 \%$ .

<sup>21</sup> Les particularités suivantes par groupe de soins ont été prises en compte lors de l'identification du nombre de résident-e-s en EMS avec un niveau de soins de 3 à 6, dont la prise en charge à domicile a été jugée en principe réaliste :

- > niveau de soins 3 : personnes ne souffrant pas de problèmes de comportement avec une répercussion sur les soins ;
- > niveau de soins 4 : personnes ne souffrant pas de problèmes de comportement avec une répercussion sur les soins et possédant un indice cognitif (CPS) inférieur ou égal à 3 ;  
(CPS = Cognitive Performance Scale : un score entre 0 (capacité intacte) et 6 (déficience cognitive sévère), qui prend en compte la capacité à prendre des décisions quotidiennes, la capacité à se faire comprendre et la mémoire à court terme.)
- > niveau de soins 5 : personnes ayant un AVQ inférieur ou égal à 6, ainsi que les personnes souffrant de complexités cliniques qui sont totalement indépendantes (AVQ = 4) ;  
(AVQ = Indice d'activité de la vie quotidienne : une valeur comprise entre 4 (indépendance physique totale) et 18 (dépendance physique sévère), qui prend en compte le degré d'indépendance dans des activités telles que la mobilité au lit, les transferts, les repas et l'utilisation des toilettes.)
- > niveau de soins 6 : personnes ne souffrant pas de problèmes de comportement avec une répercussion sur les soins, possédant un CPS inférieur ou égal à 3, et possédant un AVQ de 4 ou 5.

- > **S2** : Adaptation de la moyenne de soins LAMal du district à 54 heures pour les personnes âgées de 65 à 79 ans et à 74 heures pour les personnes âgées de plus de 80 ans, ce qui correspond respectivement à la moyenne du « groupe cantonal orienté de plus en plus vers les soins ambulatoires »<sup>22</sup> en 2022.
- > **S3** : Ajustement de la moyenne de soins LAMal du district à 57 heures pour les personnes âgées de 65 à 79 ans et à 81 heures pour les personnes de plus de 80 ans, ce qui correspond respectivement à la moyenne suisse en 2022.

Ces scénarios visent à mettre davantage l'accent sur les développements possibles dans le domaine des soins LAMal à domicile. Par rapport aux planifications antérieures, ils supposent un développement accentué dans ce domaine (voir l'analyse de la situation actuelle dans la section 4.1.2.3 et discussion des résultats dans le chapitre 5).

### 3.4 Traitement ultérieur des résultats de l'Obsan

#### 3.4.1 Nouvelles prévisions de l'évolution démographique

Comme mentionné à la section 3.2.2, au printemps 2025, l'OFS puis le SStat ont actualisé leurs prévisions statistiques concernant l'évolution démographique. Les prévisions sont en principe vérifiées et actualisées périodiquement. Cette actualisation fait toutefois apparaître un écart important, en particulier dans les catégories d'âge plus avancé, qui sont particulièrement déterminantes pour la présente planification des besoins en soins de longue durée. Dans le scénario moyen utilisé pour les prévisions de l'Obsan (cf. section 3.3.1), on constate les écarts indiqués dans le Tableau 3. Si l'influence est de +/- 5 pour cent jusqu'en 2030 selon la catégorie d'âge, elle devient très importante jusqu'en 2050, avec + 9 /- 17 pour cent.

Tableau 3 Comparaison des prévisions concernant l'évolution démographique, données SStat de l'année 2024 et 2025

Population en nombre	Prévision pour l'année 2030			Prévision pour l'année 2050		
	Etat 2024	Etat 2025	écart en %	Etat 2024	Etat 2025	écart en %
Classe d'âge						
<65	286'586	299'702	5%	284'250	308'483	9%
65-79	52'411	51'440	-2%	64'938	58'473	-10%
80+	21'575	20'441	-5%	44'403	36'644	-17%
<b>Total</b>	<b>360'572</b>	<b>371'584</b>	<b>3%</b>	<b>393'591</b>	<b>403'600</b>	<b>3%</b>

Source : SStat (2024 et 2025), illustration DSAS

Il a toutefois été renoncé à un nouveau calcul des scénarios par l'Obsan, qui se serait basé sur les données de l'année 2023. D'une part, parce que les autres paramètres centraux du modèle (en particulier le taux de recours aux EMS et aux soins à domicile) sont restés stables entre 2022 et 2023. D'autre part, parce que la charge de travail importante liée à une mise à jour complète aurait empêché de terminer la planification des besoins dans les délais impartis. Néanmoins, les prévisions de l'Obsan ont été corrigées par la DSAS à l'aide d'une règle de trois par classe d'âge, ce qui a été jugé comme une solution pragmatique et pertinente par l'Obsan. Les valeurs pour l'année 2050, en particulier, restent toutefois soumises à une incertitude supplémentaire.

#### 3.4.2 Trajectoire cible et affinement des offres de prestations

Après avoir déterminé un scénario cible parmi les nombreuses projections de l'Obsan pour la planification cantonale des soins de longue durée, une trajectoire cible a été calculée afin de tenir compte d'une approche progressive du scénario cible et donc d'une mise en œuvre réalisable dans la pratique (cf. section 5.1). Sur la base de la trajectoire cible, les résultats de l'Obsan doivent être affinés, complétés ou partiellement adaptés par la DSAS. Par exemple, les offres spéciales qui, en raison de leur faible nombre, ne peuvent pas être estimées statistiquement mais qui sont importantes pour la planification cantonale des soins de longue durée, doivent être traitées de manière spécifique. Les distorsions, par exemple dans les projections au niveau des districts, devront également être adaptées aux conditions réelles (cf. section 5.2).

-

<sup>22</sup> Les cantons de Berne, Bâle-Ville, Fribourg et Valais sont représentés dans le « groupe cantonal orienté de plus en plus vers les soins ambulatoires » (cf. rapport Obsan 03/2022, p. 27).

## 4 Résultats statistiques

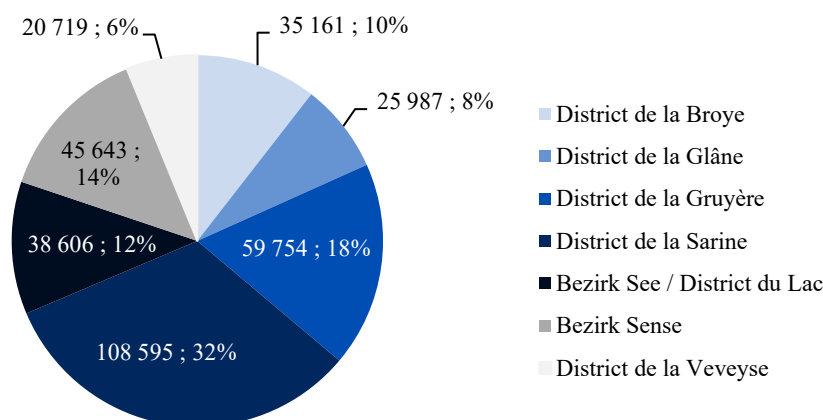
### 4.1 Situation actuelle

La situation actuelle de la population dans les différents districts du canton (section 4.1.1) ainsi que l'offre de prise en charge existante dans les EMS et à domicile (section 4.1.2) sont présentées ci-dessous. Les données chiffrées concernent l'année 2022 (cf. section 3.2).

#### 4.1.1 Population actuelle

En 2022, la population totale du canton de Fribourg s'élevait à 334'465 personnes (Illustration 5). La population du district de la Sarine représente environ un tiers de cette population avec 108'595 personnes, suivie du district de la Gruyère avec 59'754 personnes. Les districts de la Singine (45'643), du Lac (38'606) et de la Broye (35'161) se situent dans la moyenne cantonale en termes de population. Les districts de la Glâne (25'987) et de la Veveyse (20'719) sont les deux plus petits districts du canton en termes de population.

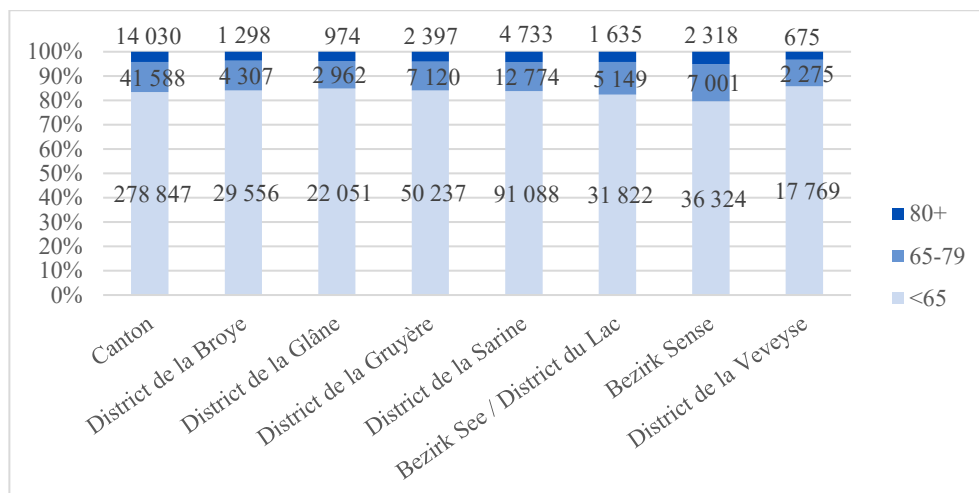
Illustration 5 Nombre d'habitants par district, 2022



Source : SStat (2025), illustration DSAS

Si on analyse la population en termes de répartition entre les différentes classes d'âge, on constate qu'il existe également des différences entre les districts (Illustration 6). Les deux districts de la Singine et du Lac ont une proportion élevée de personnes âgées de plus de 65 ans par rapport à la moyenne cantonale. Les districts de la Sarine, de la Gruyère et de la Glâne se situent à peu près dans la moyenne cantonale à cet égard. Le district de la Veveyse, en particulier, présente une population relativement jeune, suivi du district de la Glâne. Si l'on considère uniquement la classe d'âge 80+, les districts de la Sarine (4'733 personnes), de la Gruyère (2'397 personnes) et de la Singine (2'318 personnes) se distinguent par des valeurs élevées en termes absolus et proportionnels (voir les informations détaillées dans le Tableau 20, page 60 dans l'annexe 8.3.1.1).

Illustration 6 Population par classe d'âge et par district, 2022, en nombre



Source: SStat (2025), illustration DSAS

#### 4.1.2 Situation actuelle de la prise en charge dans les EMS, les foyers de jour et à domicile

Les analyses de la situation en lien avec la prise en charge dans les EMS et les foyers de jour (sections 4.1.2.1, 4.1.2.2 et 4.1.2.4) ainsi qu'à domicile (section 4.1.2.3) sont des éléments fondamentaux pour les options choisies dans les scénarios appliqués dans la présente planification.

##### 4.1.2.1 Offre d'infrastructures

En 2022, selon l'Ordonnance fixant la liste des établissements médico-sociaux du canton de Fribourg, 2'892 lits et 73 places<sup>23</sup> étaient disponibles dans les foyers de jour (cf. Tableau 29, page 74 dans l'annexe 8.3.2.4). Les 2'892 lits médicalisés se distinguent par leur mission : alors que 86 lits sont à priori dédiés aux séjours de courte durée (lits séjours temporaires)<sup>24</sup>, 166 lits (de longue durée) sont consacrés à la prise en charge de personnes atteintes de démence dans des unités dites de démence ou de psychiatrie de la personne âgée, 173 lits (de longue durée) sont destinés aux personnes nécessitant peu de soins (lits AOS<sup>25</sup>) et 2'467 lits sont prévus pour des séjours normaux de longue durée (lits long séjour). Dans ce contexte, plusieurs EMS sont au bénéfice de mandats cantonaux pour des offres spécifiques (voir la ligne « Hors quota des districts » dans le Tableau 4). Dans le domaine des lits pour personnes atteintes de démence, il s'agit de deux mandats cantonaux en psychiatrie de la personne âgée. Les lits AOS se retrouvent dans les structures hospitalières qui servent à l'accueil temporaire dans un lit d'attente, ainsi qu'à l'Institution de santé pour les religieux et religieuses Fribourg (ISRF). Le mandat de l'Unité d'accueil temporaire et d'orientation (UATO) et celui du centre de soins palliatifs du HFR se situent dans le domaine des lits des séjours temporaires.

<sup>23</sup> Les 73 places en foyers de jour inscrites dans l'Ordonnance fixant la liste des établissements médico-sociaux du canton de Fribourg de l'année 2022 devraient en principe refléter une équivalence de places à plein temps, ce qui correspondrait à environ 106 places physiques ( $73 \cdot 365 / (5 \cdot 50)$ ), puisque chaque place donne droit à la facturation des frais résiduels de soins et à la subvention forfaitaire cantonale sur 365 jours. Dans la réalité, on constate toutefois qu'il s'agit le plus souvent de places physiques.

<sup>24</sup> Les lits de courte durée peuvent comprendre aussi bien des séjours de répit et d'urgence jusqu'à 14 jours, d'autres séjours de courte durée jusqu'à 90 jours et des offres spécifiques à la suite d'un séjour hospitalier (cf. UATO ; l'offre du SEO a remplacé le projet UATO à partir de 2024). Ces séjours sont financés selon des modèles de financement divers. Actuellement, le canton ne dispose pas d'offre pour les soins aigus et de transition au sens de l'art. 25a LAMal.

<sup>25</sup> Les lits AOS sont des lits d'EMS autorisés à facturer des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS).

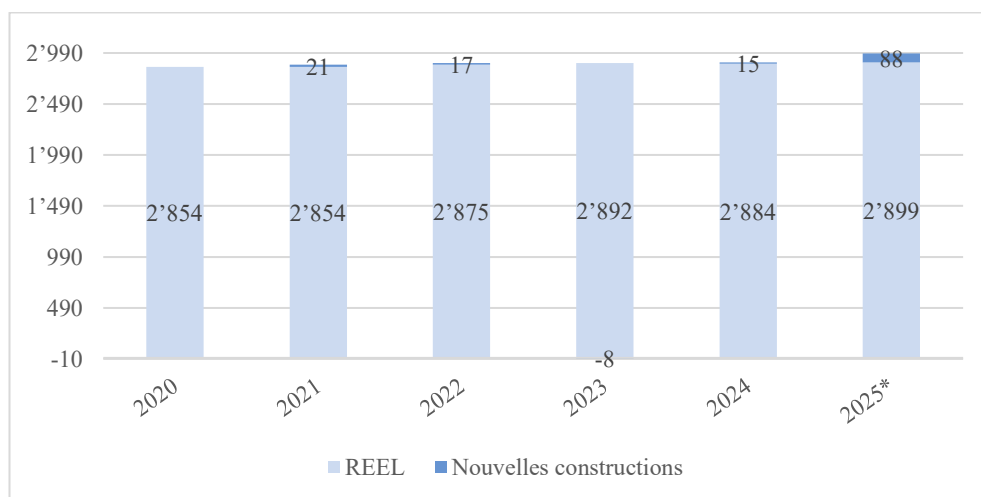
Tableau 4 Lits en EMS par type et par district, 2022, en nombre

District	Lits long séjour	Lits démence	Lits AOS	Lits séjours temporaires	Total des lits
Sarine	861	42	21	14	938
Singine	351	24	2	14	391
Gruyère	459	21	41	5	526
Lac	268	0	10	6	284
Glâne	199	24	0	5	228
Broye	195	15	7	11	228
Veveyse	134	15	0	4	153
Hors quota des districts	-	25	92	27	144
<b>Total</b>	<b>2'467</b>	<b>166</b>	<b>173</b>	<b>86</b>	<b>2'892</b>

Source : Ordonnance fixant la liste des établissements médico-sociaux du canton de Fribourg de l'année 2022<sup>26</sup>, illustration DSAS

En ce qui concerne le nombre de lits en EMS pour les séjours de longue durée (y compris les lits AOS) et les séjours temporaires, la situation en 2022 correspond à une augmentation de 38 lits par rapport à 2020. Après un recul en 2023 dû à la fermeture d'un site d'EMS, ce nombre n'a guère augmenté jusqu'à aujourd'hui (+7 lits pour un total de 2'899 lits, état en 2024). Selon la dernière planification cantonale des soins de longue durée, 88 lits supplémentaires devraient être mis à disposition en 2025 (Illustration 7) pour atteindre un nombre total de 2'987 lits (2'892 lits de long séjour + 95 lits de court séjour ; DSAS (2020), p. 20 et 24) (cf. informations détaillées Tableau 29, page 74 dans l'annexe 8.3.2.4). La mise à jour de l'ordonnance fixant la liste des établissements médico-sociaux du canton de Fribourg au 1.1.2025 fait état de 43 lits supplémentaires et d'un total de 2'942 lits. La différence entre la situation réelle en 2025 et la planification actuelle (2021-2025) est de 45 lits d'EMS manquants (2'987 - 2'942).

Illustration 7 Évolution du nombre de lits en EMS dans le canton, 2020-2025



\* La valeur pour l'année 2025 correspond à la valeur cible de la dernière planification cantonale des soins de longue durée 2021-2025 (2'987 lits = 2'892 lits de longue durée + 95 lits de courte durée ; DSAS (2020), p. 20 et 24).

Source : Ordonnance fixant la liste des établissements médico-sociaux du canton pour les années correspondantes, illustration DSAS

<sup>26</sup> [Ordonnance fixant la liste des établissements médico-sociaux du canton de Fribourg](#), 2022.

La pénurie de lits se traduisait déjà en 2022, d'une part, par un taux d'occupation élevé des EMS, de 94 pour cent en moyenne (y compris les lits pour les séjours de courte durée).<sup>27</sup> Ce taux élevé résulte principalement de la prise en charge des Fribourgeoises et Fribourgeois, à l'exception du district de la Broye<sup>28</sup> du fait d'un accord avec le canton de Vaud<sup>29</sup> (cf. Tableau 22, page 65 dans l'annexe 8.3), d'un grand nombre de placements hors canton (82 personnes contre 59 en 2017, cf. DSAS (2020), p. 12) et d'un dépassement des capacités prévues dans les structures hospitalières (environ 31 personnes contre 28 lits selon l'ordonnance<sup>30</sup> (17 lits secteur EMS HFR, 5 lits secteur EMS HIB, 6 lits d'hospice de soins palliatifs HFR) ; cf. également la section 4.1.2.2 à ce sujet).

Dans le domaine des places dans les foyers de jour, les infrastructures supplémentaires prévues ont pu être développées au cours des dernières années. En 2022, après la période de la pandémie du coronavirus, le taux d'occupation était toutefois bas, avec une moyenne de 56 pour cent<sup>31</sup>, et ne se redresse que lentement.

#### 4.1.2.2 Recours aux EMS<sup>32</sup>

Afin de rendre compte du recours moyen aux EMS en tenant compte des différences dans la durée et le type des séjours pour l'ensemble de l'année, on calcule le nombre de personnes équivalent à un long séjour de 365 jours. En 2022, cela correspondait à un nombre de 2'758 Fribourgeoises et Fribourgeois, dont environ 31 personnes prises en charge dans des structures hospitalières (HFR et HIB, y compris l'unité de soins palliatifs Villa St-François) et 82 personnes hors canton (Berne : 45 ; Vaud : 26 et autres : 11). En 2022, 2'645 Fribourgeoises et Fribourgeois étaient donc pris en charge dans des EMS fribourgeois (cf. Tableau 22, page 65 dans l'annexe 8.3.1.2). Parmi les Fribourgeoises et les Fribourgeois en EMS (à Fribourg et hors canton ; sans les séjours dans des structures hospitalières), environ 75 pour cent appartenaient à la classe d'âge 80+ et 70 pour cent étaient des femmes (cf. Tableau 23, page 66 dans l'annexe 8.3.1.2). Si l'on compare les districts en fonction des classes d'âge, le district de la Veveyse se distingue particulièrement par une proportion élevée de résident-e-s en EMS âgés de <80 ans, soit environ un tiers (Illustration 8).

<sup>27</sup> Calcul : 2'687 personnes dans des EMS fribourgeois (cf. Tableau 22, page 65 dans l'annexe 8.3.1.2) en 2'862 lits (2'892 - 30 lits dans les structures hospitalières et Famille au Jardin pour correspondre au nombre de personnes calculé selon SOMED) = 2'682 / 2'862 = 94 %.

<sup>28</sup> En 2020, 20 personnes originaires d'un autre canton sont présentes dans les EMS de la Broye, dont 19 du canton de Vaud. Cela correspond à une proportion de 9 % de résidents d'EMS hors canton, alors que dans les autres districts, on observe au maximum 3 % de résidents hors canton.

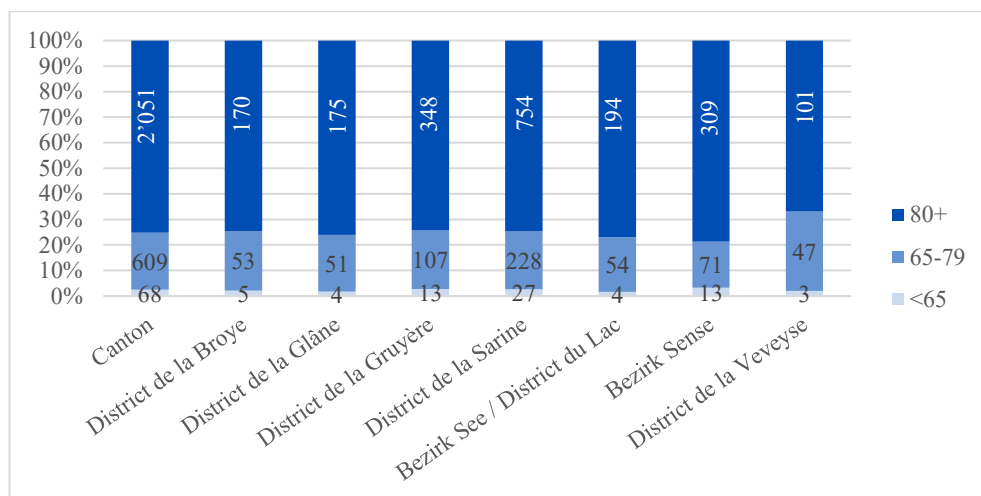
<sup>29</sup> L'accord entre les cantons de Fribourg et de Vaud a été dissout à la fin de l'année 2022, car aucune valeur ajoutée déterminante n'a été identifiée par les deux parties.

<sup>30</sup> Ordonnance fixant la liste des établissements médico-sociaux du canton de Fribourg pour l'année 2022 : [Ordonnance fixant la liste des établissements médico-sociaux du canton de Fribourg](#).

<sup>31</sup> Calcul : 15'046 jours facturés / 26'645 jours autorisés (73 places autorisées \* 365 jours) = 56 %.

<sup>32</sup> En raison de différences d'arrondi, le nombre de Fribourgeois-e-s en EMS (à Fribourg et hors canton, sans séjour dans des structures hospitalières) diffère selon le degré de différenciation de l'analyse : entre 2'727 et 2'729 personnes.

Illustration 8 Fribourgeoises et Fribourgeois par classe d'âge et par district (sans les séjours dans des structures hospitalières), 2022, en nombre

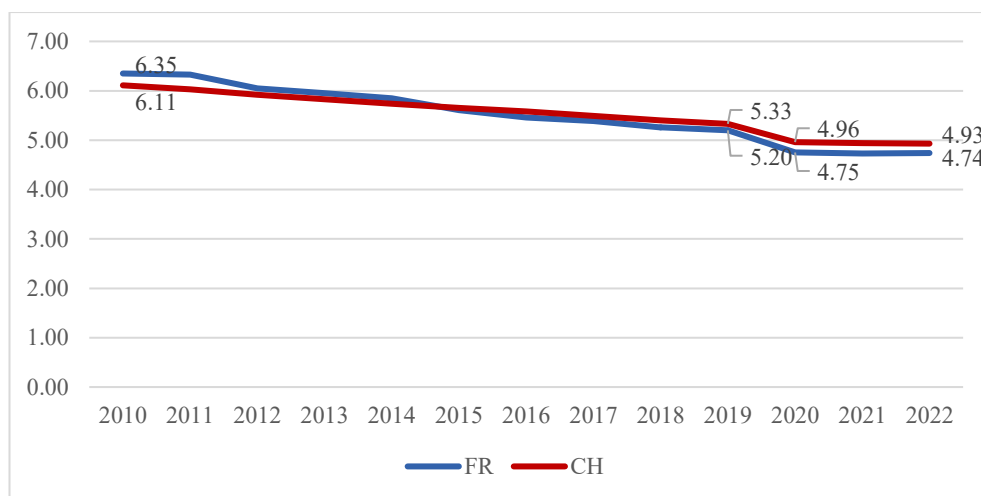


Source : statistique SOMED (2022), Obsan (2024), illustration DSAS

Le taux de recours aux EMS des personnes de plus de 65 ans n'a cessé de diminuer ces dernières années, tant dans le canton de Fribourg que dans l'ensemble de la Suisse, avec une certaine stagnation entre 2020 et 2022 (Illustration 9). Avec un taux de recours global de 4.74 pour cent (respectivement 4.96 % après la prise en compte des séjours dans des structures hospitalières), le canton de Fribourg se situait en 2022 à peu près dans la moyenne suisse de 4.93 pour cent pour la population de 65 ans et plus en EMS, en comparaison avec les autres cantons. Sur 100 Fribourgeoises et Fribourgeois de plus de 65 ans, 4.7 et 4.9 personnes sont prises en charge dans un EMS. Alors que le canton s'en sort très bien en comparaison transversale pour la classe d'âge <65 ans, Fribourg se situe dans la moyenne ou légèrement au-dessus pour les deux autres classes d'âge 65-79 ans et 80 ans et plus. Pour la classe d'âge 65-79 ans, 19 cantons se situent en dessous de la valeur fribourgeoise de 1.58 ; pour la classe d'âge 80+ ans, 14 cantons se situent en dessous de la valeur de 14.09 (cf. Illustration 34, page 67 dans l'annexe 8.3.1.2).

Alors que le district de la Veveyse présente le taux de recours le plus élevé du canton pour la classe d'âge 65-79 ans (2.07) devant les districts de la Sarine (1.81) et de la Glâne (1.72) ; pour la classe d'âge 80+, c'est le district de la Glâne (18.28) qui se trouve devant le district de la Sarine (16.18) et de la Veveyse (15.11 ; cf. Illustration 34, page 67 dans l'annexe 8.3.1.2).

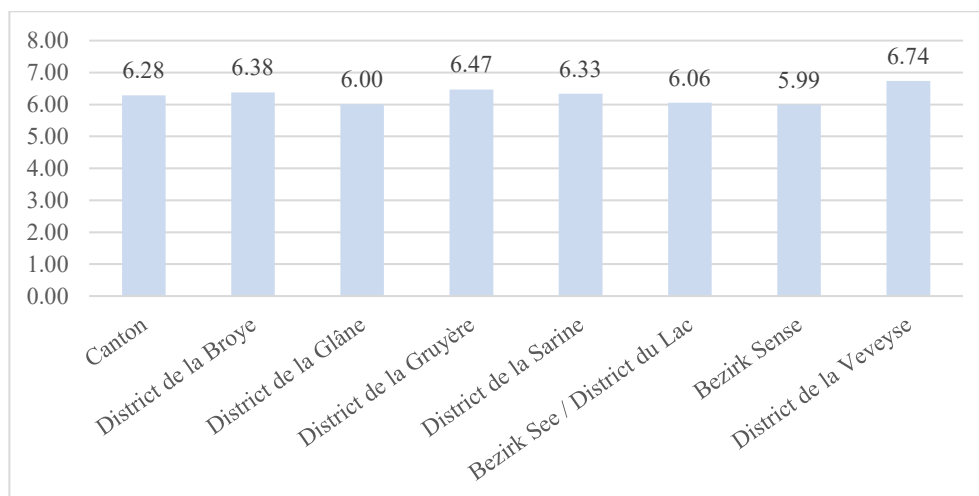
Illustration 9 Evolution du taux de recours aux EMS dans le canton de Fribourg et en moyenne suisse, total 65+, 2010-2022, en %.



Source : statistique SOMED (2022), Obsan (2024), illustration DSAS

L'analyse des niveaux de soins des Fribourgeoises et Fribourgeois en EMS (dans le canton et hors canton ; sans les séjours dans les structures hospitalières) montre un niveau de soins moyen de 6.28 en 2022 (Illustration 10).<sup>33</sup>

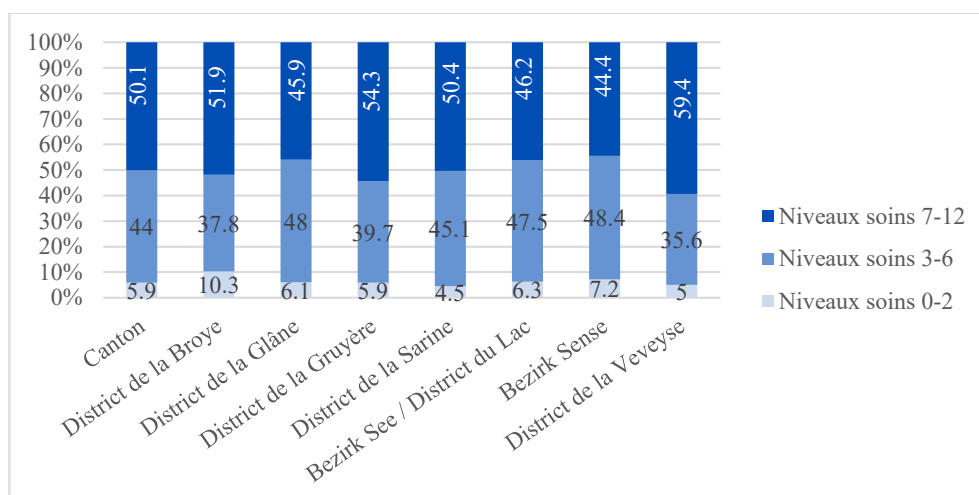
Illustration 10 Niveau moyen de soins des Fribourgeois en EMS par district, 2022



Source : statistique SOMED (2022), Obsan (2024), analyse et illustration DSAS

La répartition des niveaux de soins dans les EMS fribourgeois est indiquée dans l'illustration 11 ci-dessous. Elle est de 5.9 pour cent pour les niveaux de soins de 0 à 2. En ce qui concerne les niveaux de soins, c'est surtout le district de la Broye qui se distingue des autres districts avec un taux élevé pour les niveaux de soins de 0 à 2. Pour l'ensemble du canton, la proportion de personnes avec un niveau de soins 7 à 12 est d'environ la moitié (50 %), elle varie cependant entre environ 45 pour cent dans les districts de la Singine et de la Glâne et près de 60 pour cent dans le district de la Veveyse.

Illustration 11 Répartition des niveaux de soins des Fribourgeoises et Fribourgeois en EMS par district, 2022, en %.



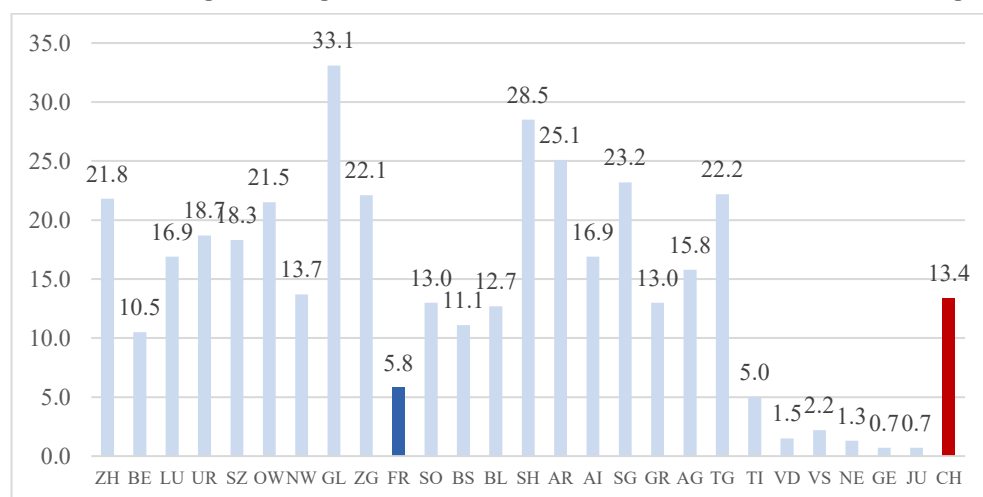
Source : statistique SOMED (2022), Obsan (2024), illustration DSAS

En comparaison cantonale, le canton de Fribourg se situe certes dans le tiers inférieur pour la part des personnes nécessitant peu de soins (niveaux de soins 0-2) ; les cantons romands en particulier semblent mettre en œuvre une

<sup>33</sup> Il est à noter que l'OFS applique une autre classification des groupes iso-ressources (RUG-RAI) aux niveaux de soins 1 à 12 que le canton de Fribourg ([Prix EMS 2024.xlsx](#)). La conversion uniforme des groupes iso-ressources permet certes d'avoir une vue harmonisée des cantons suisses, mais elle sous-estime le niveau moyen des soins facturés dans le canton et aux caisses-maladie.

prise en charge conséquente à domicile pour ces niveaux de soins (Illustration 12 et comparaison du taux de recours aux soins LAMal à domicile dans l’Illustration 15, page 28). Il convient toutefois de noter que les cantons du Jura, de Neuchâtel, de Vaud et de Genève utilisent l’instrument d’évaluation « PLAISIR » et le canton du Valais l’instrument « BESA ». Une étude datant de 2023 a démontré que l’instrument iLTCF\_CH évalue en moyenne au moins deux niveaux de soins inférieurs par rapport à PLAISIR et BESA (Eggli, Y. et al. (2023), p. 92). La valeur de 5.8 pour cent des personnes nécessitant peu de soins (niveau de soins 0-2) se base sur l’instrument d’évaluation RAI-NH, qui a été utilisé en 2022 dans le canton de Fribourg. On peut supposer que la différence observée dans les évaluations des niveaux de soins est également transposable à l’instrument RAI-NH par rapport à PLAISIR et BESA, en ce qui concerne la tendance.

Illustration 12 Proportion de personnes dans les EMS avec niveaux de soins 0-2, en comparaison suisse, 2022, en %.

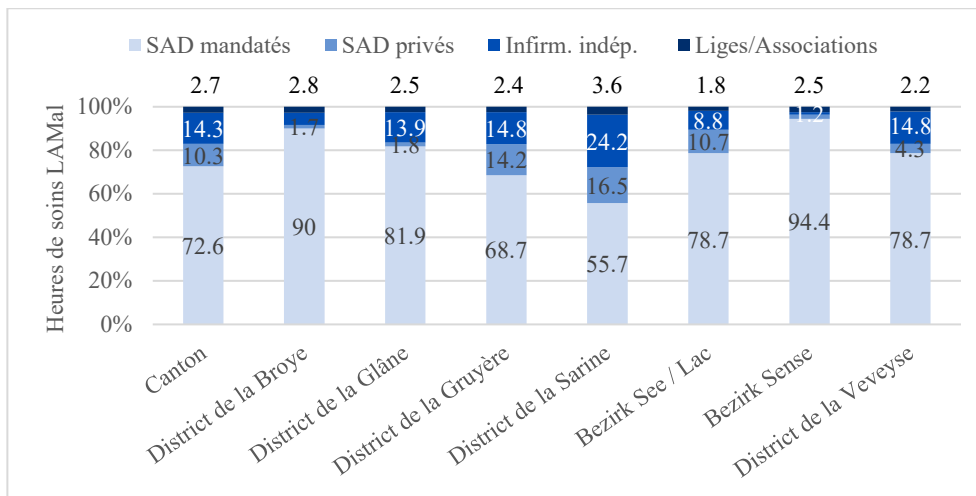


Source : statistique SOMED (2022), Obsan (2024), illustration DSAS

#### 4.1.2.3 Soins LAMal et aide à domicile

En 2022, 21'431 personnes domiciliées dans le canton de Fribourg ont bénéficié de soins LAMal à domicile pour un total de 664'283 heures. Ces prestations ont été fournies aussi bien par des SAD mandatés ou privés que par des infirmières et infirmiers indépendant-e-s et des prestataires de services spécifiques (ligues/associations) pour lesquels les heures de soins à domicile LAMal fournies varie selon les districts (cf. Illustration 35, page 68 dans l’annexe 8.3.1.3). Ce sont surtout les districts de la Singine, de la Broye et de la Glâne qui présentent une couverture élevée des heures de soins LAMal par des SAD mandatés. Dans les districts de la Sarine, de la Gruyère et du Lac, les SAD privés jouent un rôle plus important, avec une part d'heures de soins LAMal supérieure à 10 pour cent chacun. Dans ces districts ainsi que dans les districts de la Glâne et de la Veveyse, les infirmières et infirmiers indépendant-e-s assument en outre une tâche importante en matière de fourniture de soins (Illustration 13).

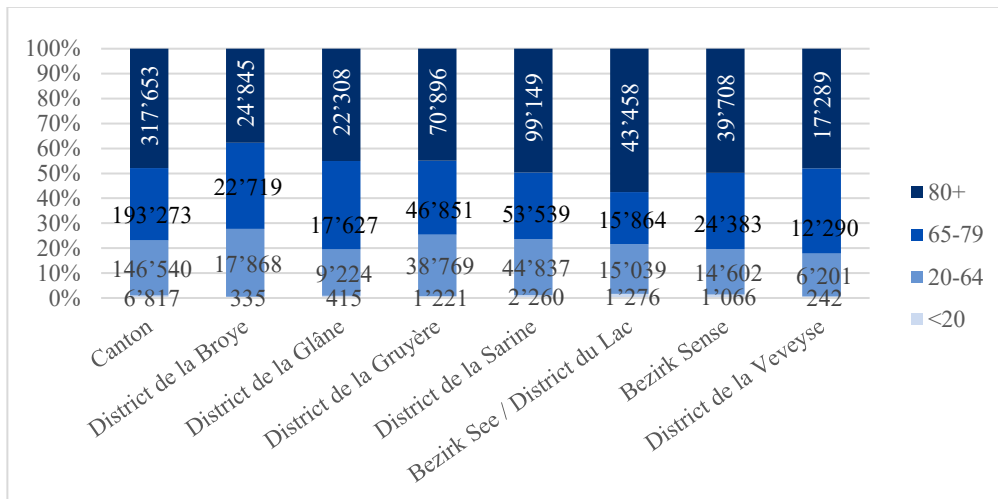
Illustration 13 Répartition des heures de soins LAMal à domicile par groupe de prestataires et par district, 2022, en %.



Source : statistique SAD (2022), Obsan (2024), illustration DSAS

On constate également des différences dans la structure d'âge. Dans le canton, un total de 510'926 heures de soins LAMal à domicile sont dispensées à des personnes de plus de 65 ans, ce qui représente plus des trois quarts du volume horaire total. Les districts de la Veveyse, de la Glâne et de la Singine, en particulier, se situent au-dessus de la moyenne cantonale avec respectivement 29'579 heures (82 %), 39'935 heures (80.6 %) et 64'091 heures (80.4 %). Le district du Lac se distingue avec une part très élevée d'heures de soins LAMal à domicile pour les personnes de plus de 80 ans (57.5 %, 43'458 heures, Illustration 14).

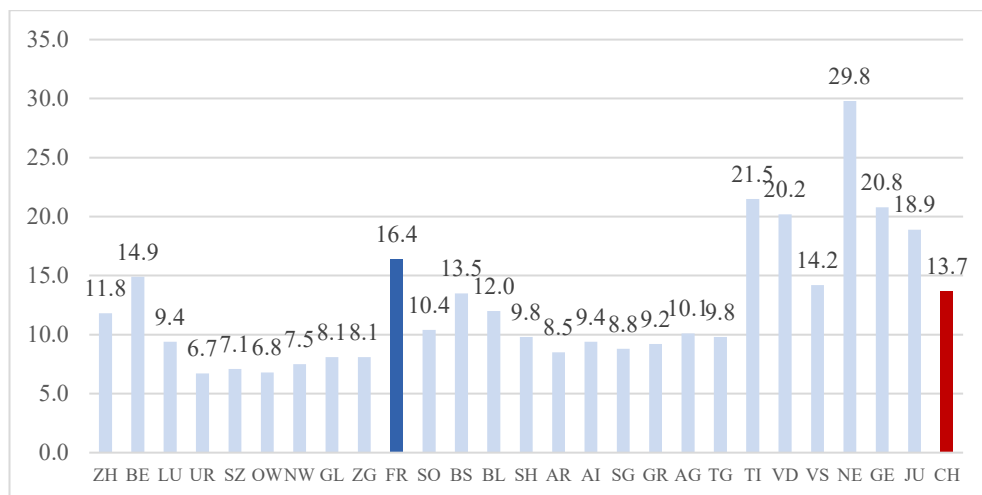
Illustration 14 Répartition des heures de soins LAMal à domicile par classe d'âge et par district, 2022, en heures



Source : statistique SAD (2022), Obsan (2024), illustration DSAS

Dans la comparaison cantonale du taux de recours aux soins LAMal à domicile en 2022, le canton de Fribourg se situe au-dessus de la moyenne suisse de 13.7 pour cent, avec un taux de 16.4 pour cent pour les personnes de plus de 65 ans (Illustration 15). Sur 100 Fribourgeoises et Fribourgeois de plus de 65 ans, 16.4 personnes ont recours à des soins LAMal à domicile. Ceci n'est pas étonnant, car le taux de recours aux EMS est légèrement inférieur à la moyenne suisse (cf. Illustration 9, page 24).

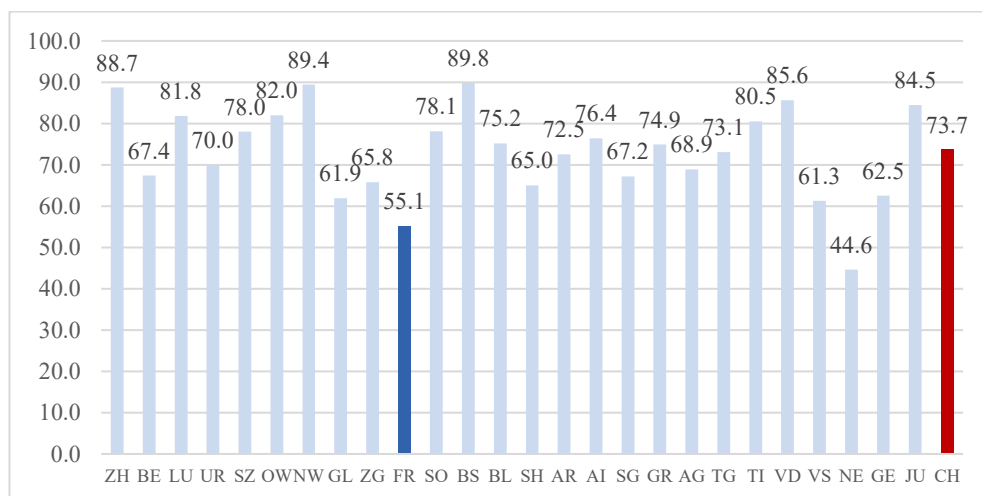
Illustration 15 Taux de recours aux soins LAMal à domicile, en comparaison suisse, total 65+, 2022, en %.



Source : statistique SAD (2022), Obsan (2024), illustration DSAS

Bien qu'en comparaison suisse, une part supérieure à la moyenne des personnes de plus de 65 ans reçoivent des soins LAMal à domicile, les heures fournies par client-e sont inférieures à la moyenne. La comparaison (sans les ligues/associations) en 2022 montre que le canton de Fribourg, avec 55.1 heures par client-e de plus de 65 ans, se situe en dessous de la moyenne suisse, qui est de 73.7 heures ; la deuxième valeur la plus faible est toutefois étonnante (Illustration 16).

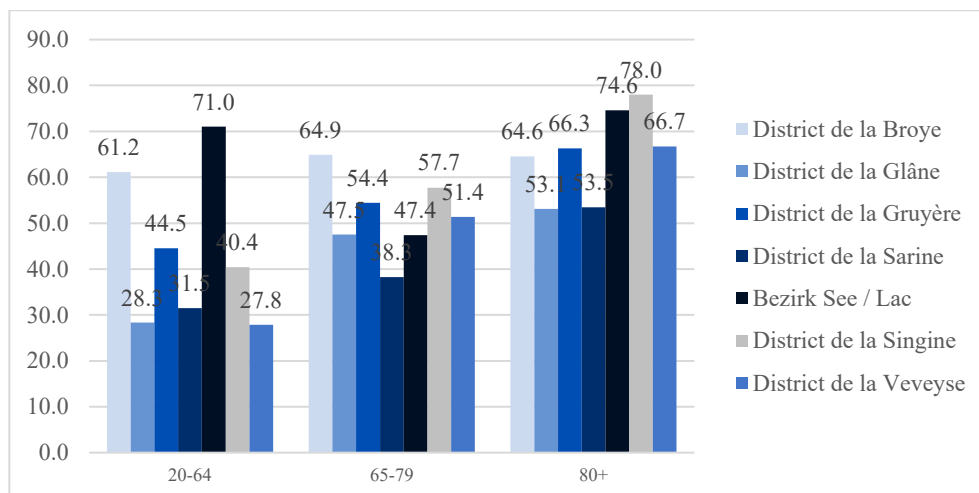
Illustration 16 Heures de soins LAMal à domicile par client-e en comparaison suisse, Total 65+, 2022, en heures



Source : statistique SAD (2022), Obsan (2024), illustration DSAS

Pour les classes d'âge 20-64, 65-79 ainsi que 80+, les moyennes cantonales en 2022 sont de 40, 49 et 63 heures de soins LAMal à domicile (cf. Tableau 24, page 71 dans l'annexe 8.3.1.3). La situation de ces classes d'âge dans les différents districts est indiquée dans l'illustration 17.

Illustration 17 Heures de soins LAMal par client-e par classe d'âge et par district, 2022, en heures

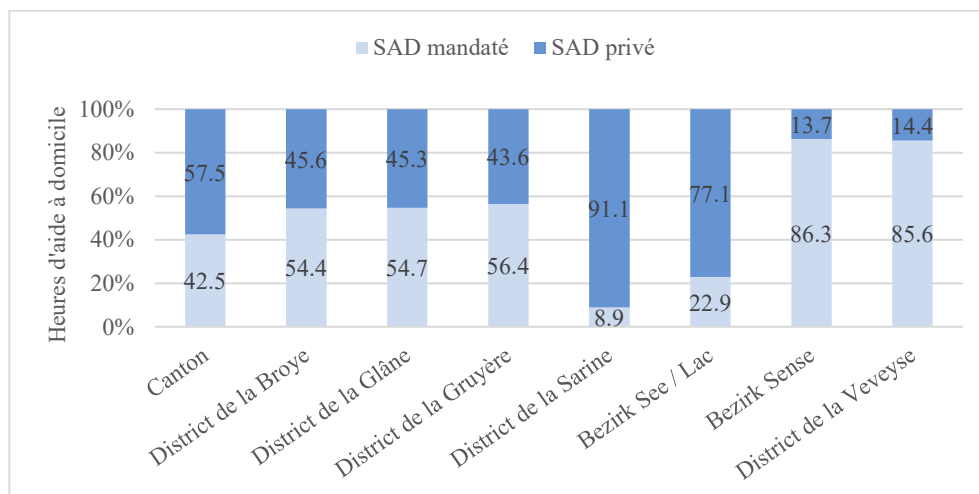


Source : statistique SAD (2022), Obsan (2024), illustration DSAS

Dans le domaine de l'aide à domicile, la statistique SAD n'est pas complète, car tous les fournisseurs de prestations n'ont pas l'obligation de remplir cette statistique. Au total, 151'877 heures d'aide à domicile sont documentées en 2022 pour 3'956 personnes domiciliées dans le canton de Fribourg. Par rapport au domaine des soins LAMal à domicile, il ne représente donc qu'un cinquième environ des client-e-s et du volume horaire.

Les différences observées dans les proportions d'heures d'aide à domicile en 2022 des SAD mandatés, respectivement privés, entre les différents districts ne sont probablement pas dues exclusivement à cette base de données incomplète (Illustration 18). Les comparaisons doivent dès lors être interprétées sous cette réserve.

Illustration 18 Répartition des heures d'aide à domicile par groupe de prestataires et par district, 2022, en %.

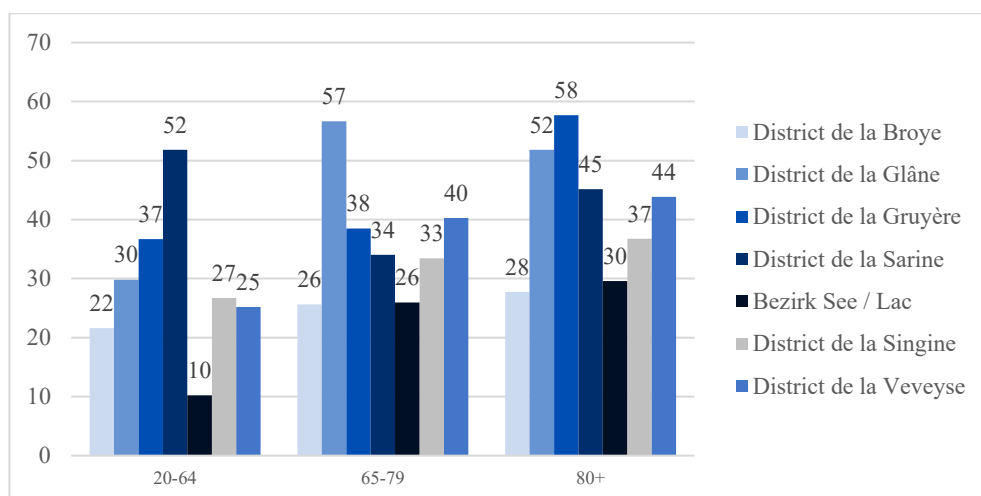


Source : statistique SAD (2022), Obsan (2024), illustration DSAS

L'analyse par classe d'âge des heures d'aide à domicile montre que celles-ci – en comparaison avec les soins LAMal et comme prévu – sont davantage fournies auprès des Fribourgeoises et Fribourgeois âgés. Environ 85 pour cent et 130'330 heures ont été fournies dans le canton à des personnes de plus de 65 ans. Les personnes de moins de 20 ans n'ont fait appel à aucune heure d'aide à domicile des SAD (cf. Tableau 25, page 71 dans l'annexe 8.3.1.3).

Pour l'année 2022, les valeurs moyennes de l'aide à domicile par client-e par classe d'âge et par district étaient les suivantes (Illustration 19). Par classe d'âge, la moyenne cantonale était de 30 heures pour les 20-64 ans, 35 heures pour les 65-79 ans et 45 heures pour les 80+ (cf. Tableau 25, page 71 dans l'annexe 8.3.1.3).

Illustration 19 Heures d'aide à domicile par client-e, par classe d'âge et par district, 2022, en heures



Source : statistique SAD (2022), Obsan (2024), illustration DSAS

Pour les personnes de plus de 65 ans, la comparaison entre les cantons pour le taux de recours ainsi que pour le nombre d'heures d'aide à domicile par client-e en 2022 montre une image similaire à celle des soins LAMal (cf. Illustration 38 et Illustration 39, pages 69-70 dans l'annexe 8.3.1.3).

#### 4.1.2.4 Foyers de jour

Selon les données de décompte de 2022 du Service de la prévoyance sociale (SPS), 377 Fribourgeoises et Fribourgeois ont bénéficié d'une offre des foyers de jour du canton. Au total, 15'046 journées ont été produites. Cela correspond à un nombre pondéré de 35 personnes qui ont eu recours à cette prestation pendant 365 jours par année (statistique SOMED). Deux tiers de ces personnes ont plus de 80 ans et 55 pour cent sont des femmes. Environ un quart de l'offre dans le canton en 2022 concernait la Famille au Jardin, qui propose une offre spéciale, avec 11 places pour les personnes atteintes de démence (2022).

En analysant les niveaux de soins dans chaque foyer de jour en 2022, on observe des différences plus importantes, la moyenne cantonale étant de 4.57 (Illustration 20). On peut en déduire que l'offre respective et la mission sous-jacente varient individuellement.

Illustration 20 Niveau de soins moyen des Fribourgeois-e-s par foyer de jour, 2022



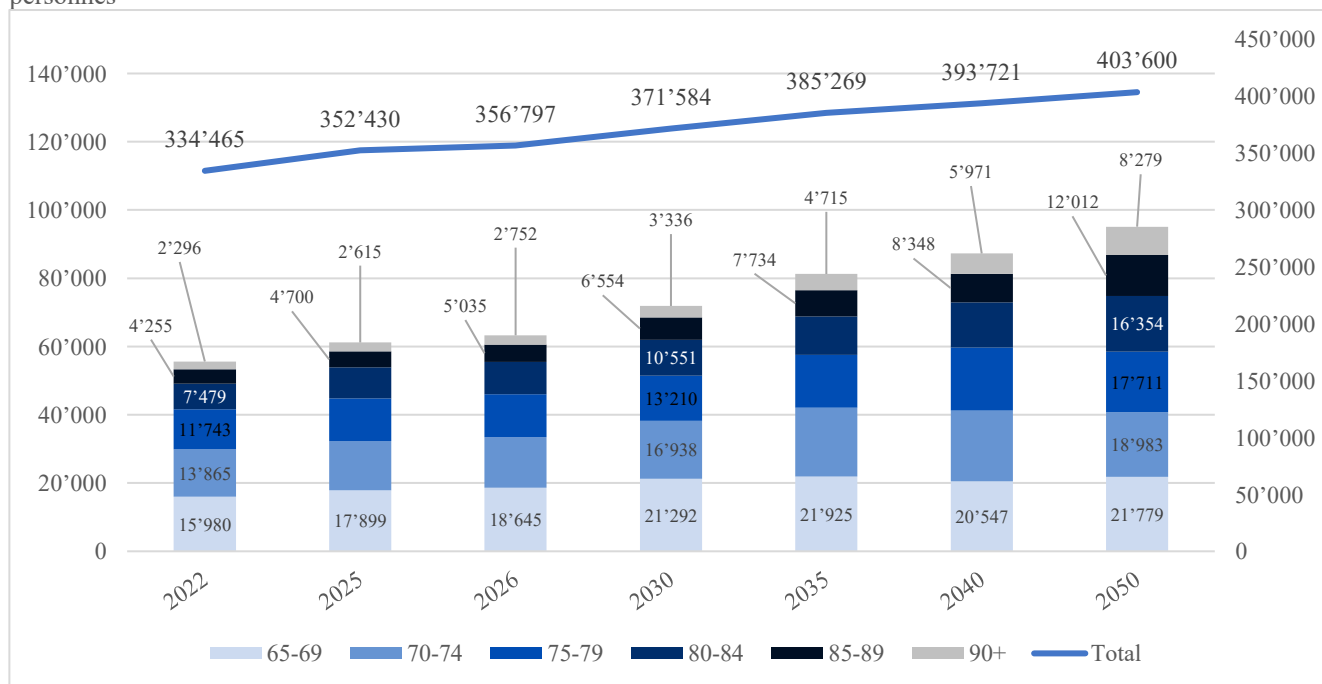
Source : données de facturation SPS (2022), analyse et illustration DSAS

Une comparaison avec d'autres cantons n'est malheureusement pas possible, car il n'existe pas de définition uniforme à l'échelle nationale pour les structures de jour et de nuit dans la statistique SOMED.

## 4.2 Évolution démographique

Selon le scénario moyen du SStat, la population totale du canton passe de 334'465 Fribourgeoises et Fribourgeois en 2022 à 403'600 en 2050 (+ 21 % ; ligne, axe de droite dans l'illustration 21). La population âgée de 65 ans et plus va augmenter de 71 %, passant de 55'618 personnes en 2022 à 95'118 en 2050 (barre, axe de gauche dans l'illustration 21). Les deux classes d'âge les plus âgées en particulier, à savoir les 85-89 ans et les 90 ans et plus, enregistrent une forte croissance (le premier groupe va presque tripler, le deuxième croître de 3.5 fois), bien qu'à un niveau comparativement bas.

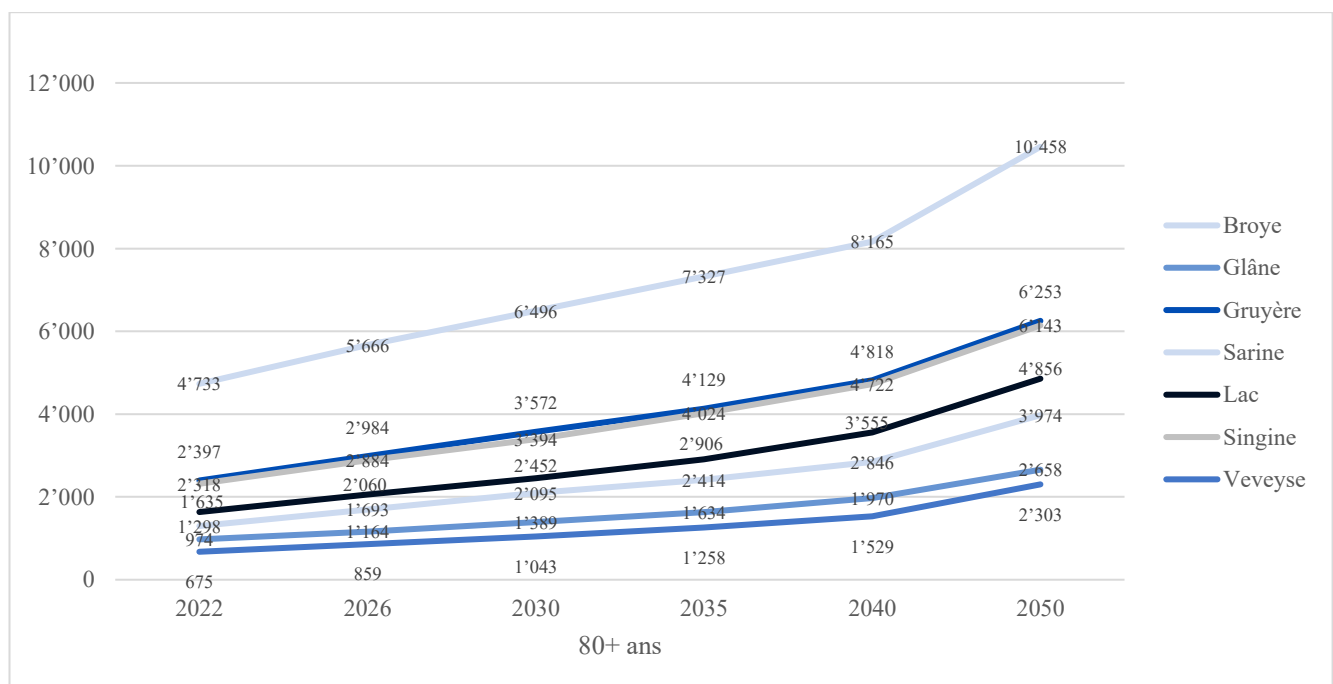
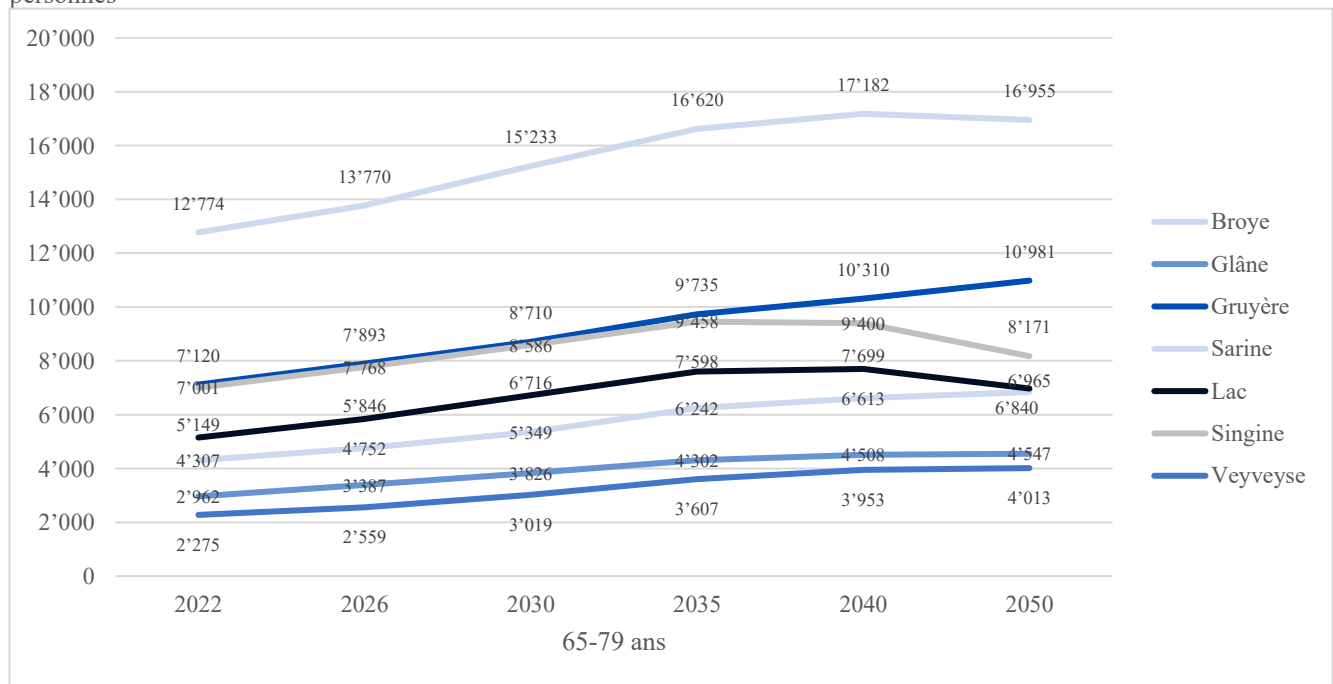
Illustration 21 Evolution de la population du canton de Fribourg au total et pour les >65 ans, 2022-2050, en nombre de personnes



Source : SStat (2025), analyse et illustration DSAS

Selon ces prévisions, la population totale des districts de la Gruyère (+ 36 %), de la Broye (+ 28 %) et de la Veveyse (+27 %), en particulier, augmentera fortement. Pour les personnes de 65 ans et plus, les districts de la Veveyse (+ 114 %, de 2'950 à 6'316 personnes), de la Broye (+ 93 %, de 5'605 à 10'814 personnes), de la Glâne (+ 83 %, de 3'936 à 7'205 personnes) et de la Gruyère (+ 81 %, de 9'517 à 17'234 personnes) connaîtront une forte croissance relative (cf. Tableau 21, page 61 et suivantes dans l'annexe 8.3.1.1). Alors que le nombre de personnes âgées de 65 à 79 ans se mettra à reculer à partir de 2040 dans les districts de la Sarine, de la Singine et du Lac, il continuera d'augmenter dans les autres districts. Pour la classe d'âge de 80+, une croissance constante est prévue dans tous les districts (Illustration 22).

Illustration 22 Evolution de la population par classe d'âge (65-79, resp. 80+) et par district, 2022-2050, en nombre de personnes



Source : SStat (2025), analyse et illustration DSAS

### 4.3 Projections de l'Obsan

Dans les sections suivantes (4.3.1 à 4.3.3), les sensibilités des différents niveaux des scénarios (cf. Tableau 2 sur la page 15 et sections 3.3.2 et 3.3.4) sont examinées de manière isolée pour permettre de comprendre leur influence et de les situer les uns par rapport aux autres.

En raison de la règle de trois appliquée pour tenir compte des nouvelles prévisions démographiques, les tableaux ci-dessous (somme des districts et total du canton) présentent des différences d'arrondi. Celles-ci sont cependant négligées, car ce chapitre met l'accent sur les sensibilités et non sur les valeurs exactes.

### 4.3.1 Influence de l'évolution épidémiologique

En principe, l'évolution future de l'état de santé de la population est incertaine, d'où l'intérêt d'évaluer son influence sur les besoins futurs en lits d'EMS et en prestations de soins et d'aide à domicile, mais aussi en foyers de jour.

L'illustration 23 et l'illustration 24 montrent qu'en 2030, la sensibilité par rapport au scénario E1 (« nombre d'années avec besoin en soins reste constant ») est de 3'648 lits en EMS à +119/-116 lits, de 835'159 heures de soins LAMal à +18'387/-18'673 heures (échelle de gauche sur l'illustration 24) et de 189'782 heures d'aide à domicile à +4'485/-4'487 heures (échelle de droite sur l'illustration 24). En 2050, cela représenterait +548/-494 lits (E1 : 6'183 lits), +79'312/-73'192 heures de soins LAMal (E1 : 1'217'621 heures) et +19'208/-17'804 heures d'aide à domicile (E1 : 280'194 heures). Alors que l'écart est encore de +/- 2 à 3 pour cent en 2030, il sera de +/- 7 à 9 pour cent en 2050.

La sensibilité des différents districts en chiffres absolus par rapport au nombre de lits en EMS et aux heures de soins LAMal et d'aide à domicile est présentée dans le Tableau 5 ci-dessous.

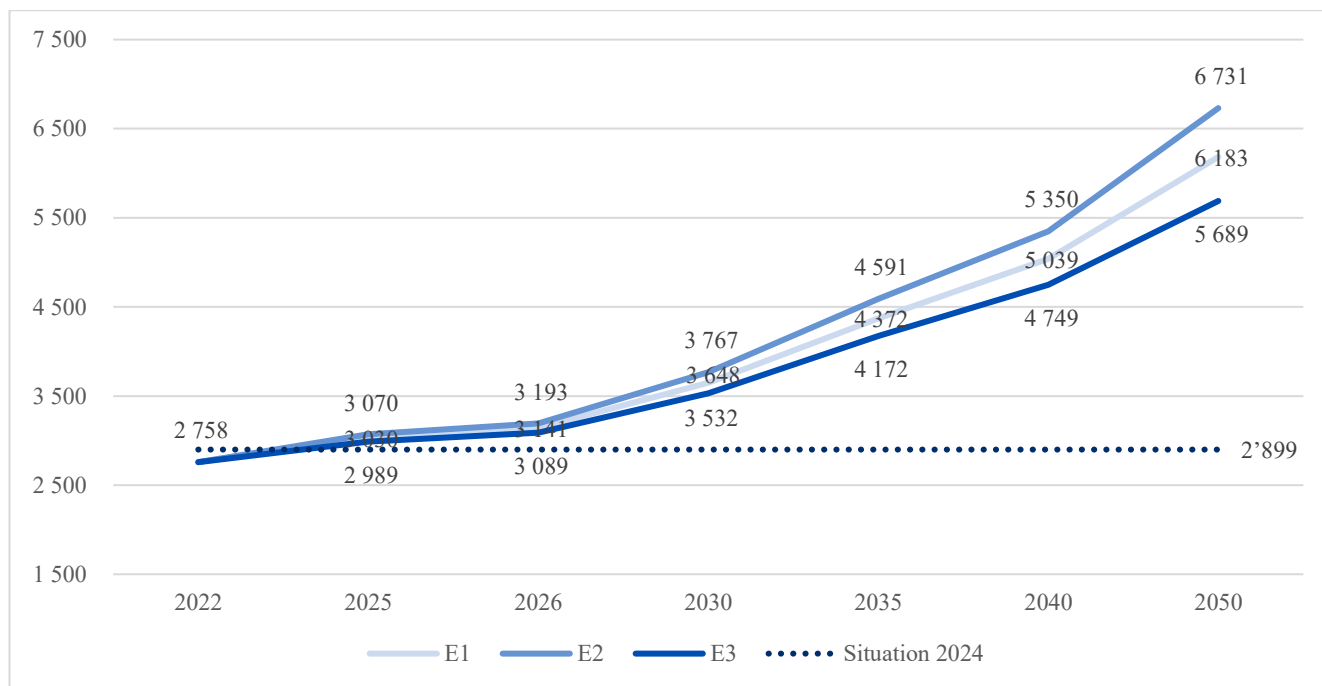
Tableau 5 Évolution des besoins prévisionnels en lits d'EMS et en soins LAMal et aide à domicile par scénario épidémiologique E1 à E3 et par district, 2022, 2030 et 2050, en nombre et en heures

Réf.	Sz.	2022	2030	2050	2022	2030	2050	2022	2030	2050
		Lits EMS en nombre <sup>1)</sup>			Heures de soins LAMal à domicile			Heures d'aide à domicile		
Broye	E1	230	327	590	65'767	84'138	126'655	9'002	11'623	17'754
	E2		339	645		85'905	134'635		11'877	18'897
	E3		316	541		82'403	119'265		11'373	16'697
Glâne	E1	232	297	523	49'575	61'479	90'295	7'390	9'021	13'252
	E2		306	570		62'896	96'236		9'245	14'155
	E3		287	479		60'040	84'862		8'804	12'413
Gruyère	E1	470	627	1'084	157'738	198'714	283'948	47'913	61'165	91'659
	E2		646	1'181		202'916	301'550		62'521	97'771
	E3		607	999		194'529	267'591		59'770	85'986
Sarine	E1	1'025	1'295	1'939	199'785	242'673	321'564	52'603	63'428	86'918
	E2		1'336	2'109		247'756	341'951		64'980	93'123
	E3		1'254	1'786		237'398	302'684		61'892	81'172
Lac	E1	253	339	621	75'638	98'358	162'474	9'825	12'626	19'794
	E2		351	675		100'686	174'061		12'980	21'229
	E3		294	565		95'972	151'946		12'276	18'470
Sionne	E1	394	559	1'010	79'758	101'774	148'121	15'249	18'886	26'118
	E2		577	1'095		104'129	157'788		19'288	27'680
	E3		542	931		99'380	139'226		18'487	24'663
Veveyse	E1	152	203	407	36'021	47'547	81'465	9'896	12'738	21'461
	E2		210	445		48'756	87'427		13'071	23'053
	E3		197	373		46'311	75'947		12'408	19'990
Total <sup>2)</sup>	E1	2'758	3'648	6'183	664'283	835'159	1'217'621	151'877	189'782	280'194
	E2		3'767	6'731		853'546	1'296'933		194'267	299'402
	E3		3'532	5'689		816'486	1'144'429		185'295	262'390

1) Valeurs correspondant à un taux d'occupation de 100 %. / 2) En raison des différences d'arrondi, la somme des districts ne correspond pas au total du canton.

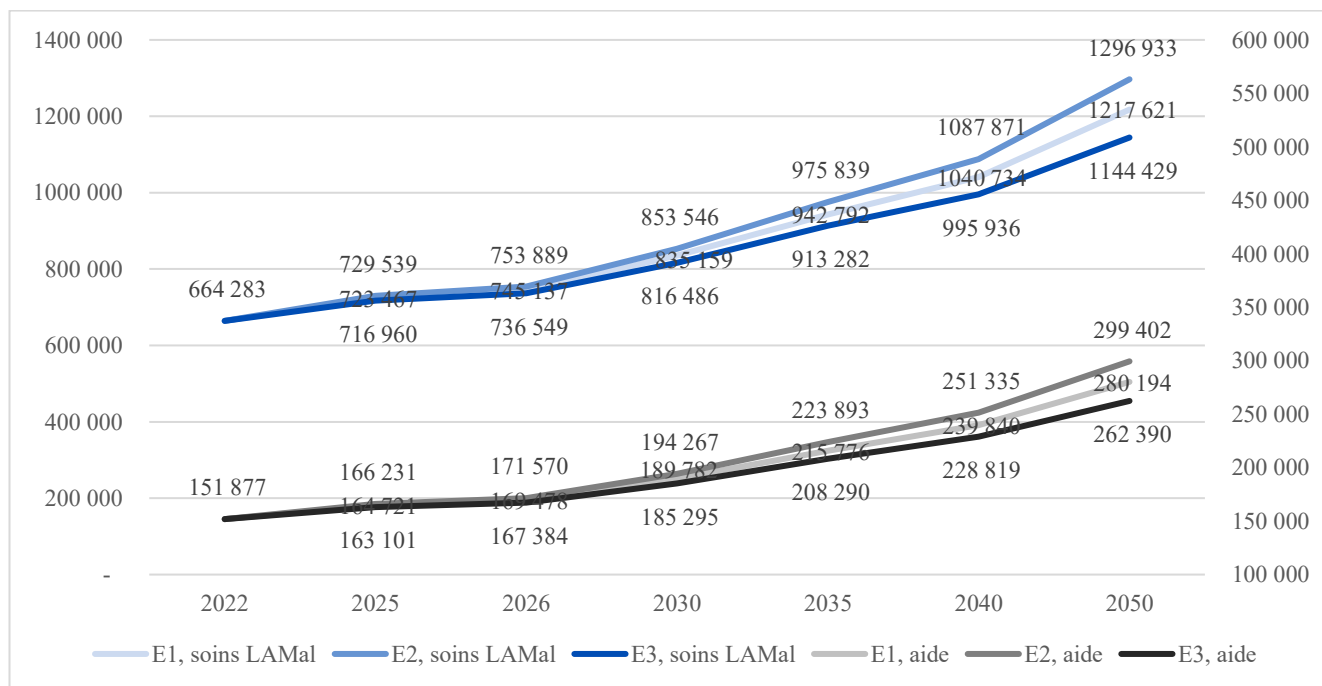
Source : Obsan (2024), correction et illustration DSAS

Illustration 23 Evolution des besoins prévisionnels en lits d'EMS par scénario épidémiologique E1 à E3, total, 2022 à 2050



Source : Obsan (2024), correction et illustration DSAS

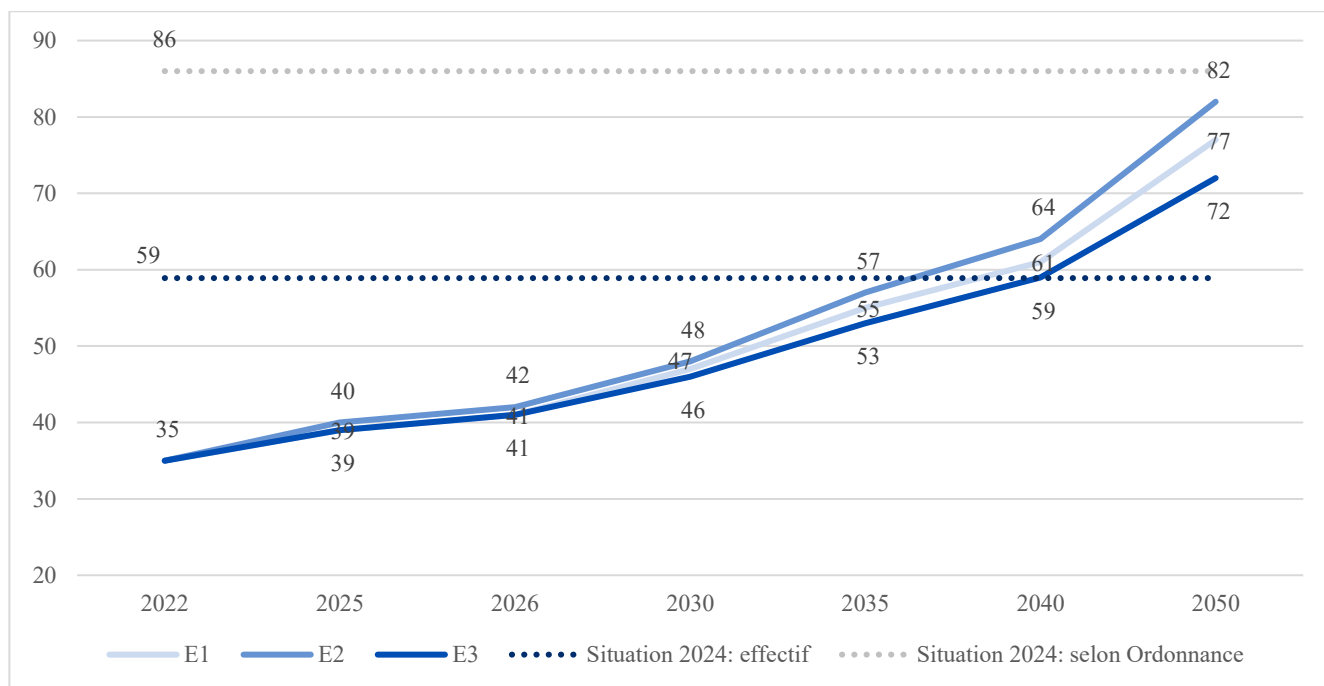
Illustration 24 Évolution des besoins prévisionnels en heures de soins LAMal et d'aide à domicile par scénario épidémiologique E1 à E3, total, 2022 à 2050



Source : Obsan (2024), correction illustration DSAS

L'évolution potentielle dans les foyers de jour est représentée dans l'illustration 25. Il faut noter que les places des foyers de jour inscrites dans l'Ordonnance sur la liste des établissements médico-sociaux du canton de Fribourg de l'année 2024 correspondent le plus souvent à des capacités physiquement disponibles, exploitées en temps normal 5 jours par semaine, 50 semaines par an ( $86 \cdot (5 \cdot 50) / 365 = 59$ ).

Illustration 25 Évolution des besoins prévisionnels de places en foyers de jour par scénario épidémiologique E1 à E3, total, 2022 à 2050



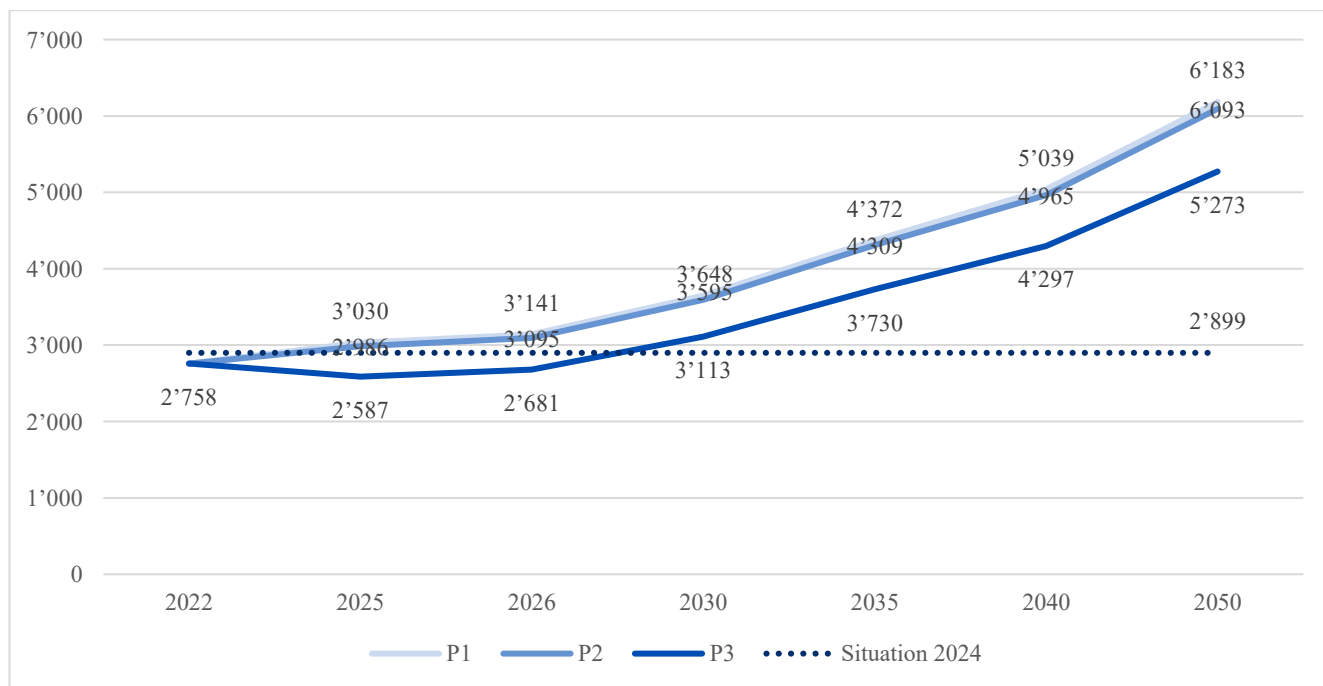
Source : Obsan (2024), correction et illustration DSAS

#### 4.3.2 Influence d'une substitution accrue des soins en EMS par des soins à domicile

Sur la base du scénario E1 (« le nombre d'années nécessitant des soins reste constant »), nous présentons ici la sensibilité des scénarios P1 à P3. On peut constater que la poursuite des efforts de la période de planification précédente, notamment pour augmenter la prise en charge à domicile des niveaux de soins 1 et 2, aurait peu d'effet à l'avenir (2030 : 3'595 au lieu de 3'648 [- 53 lits] ; 2050 : 6'093 au lieu de 6'183 [- 90 lits]). Au vu de ce constat, les niveaux de soins pris en compte dans le scénario P3 ont été fortement élargis (niveau de soins 1 à 6 pris en charge à 30 pour cent à domicile ce qui, en 2030, fait passer le nombre de lits en EMS de 3'648 à 3'113 pour l'ensemble du canton [- 535 lits] ; en 2050, 5'273 lits au lieu de 6'183 [- 910 lits] ; Illustration 26). Cela correspond à une réduction du nombre de lits EMS d'environ 15 pour cent par rapport au scénario de référence P1.

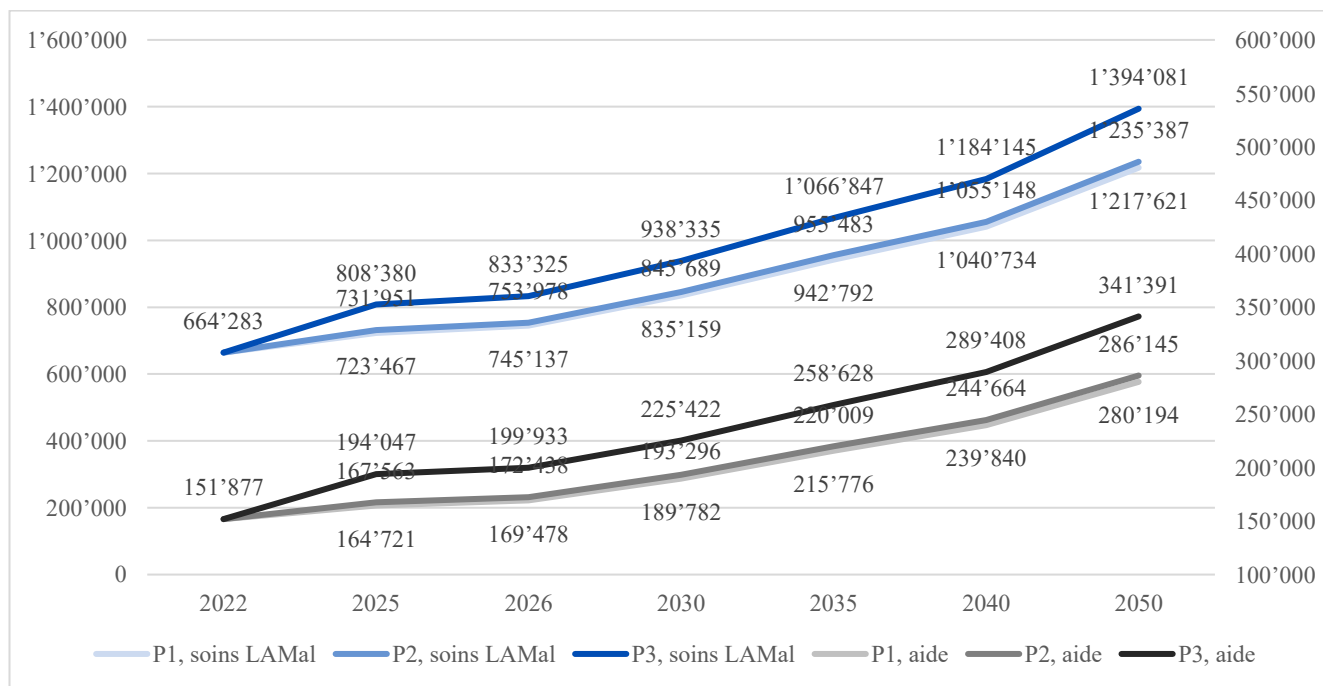
En 2030, la réduction de 535 lits en EMS entraînerait une augmentation de 103'176 heures de soins LAMal, passant de 835'159 à 938'335 (+ 12 %), et de 35'640 heures d'aide à domicile, passant de 189'782 à 225'422 heures (+ 19 %) par rapport au scénario de référence P1 pour le canton. En 2050, le scénario P3 – en raison de la réduction de 910 lits en EMS – représenterait 176'460 heures supplémentaires et un total de 1'394'081 heures de soins LAMal (+ 14 %), respectivement 61'197 heures supplémentaires et un total de 341'391 heures d'aide à domicile (+ 22 %) (Illustration 27).

Illustration 26 Evolution des besoins prévisionnels en lits d'EMS par scénario politique P1 à P3, total, 2022 à 2050



Source : Obsan (2024), correction et illustration DSAS

Illustration 27 Évolution des besoins prévisionnels en heures de soins LAMal et d'aide à domicile par scénario politique P1 à P3, total, 2022 à 2050



Source : Obsan (2024), correction et illustration DSAS

La sensibilité des différents districts en chiffres absolus par rapport au nombre de lits d'EMS et aux heures de soins et d'aide à domicile LAMal est présentée dans le Tableau 7 ci-dessous. Les grandes lignes du paramétrage de ces scénarios par district sont présentées dans le Tableau 6 ci-dessous.<sup>34</sup>

Tableau 6 Paramètres de modélisation par scénario politique P1 à P3 et par district

District	Part des niveaux de soins 0-2		Part des niveaux de soins 0-6		Heures de soins LAMal à domicile par nouveau client	Heures d'aide à domicile par nouveau client, 65-79 ans	Heures d'aide à domicile par nouveau client, 80+
	P1	P2	P1	P3			
Scénario					P2 et P3	P2 et P3	P2 et P3
Broye	10.1 %	7.1 %	47.8 %	35.0 %	120 h	26 h	28 h
Glâne	6.1 %	4.3 %	53.9 %	37.7 %	120 h	57 h	52 h
Gruyère	6.0 %	4.2 %	45.6 %	35.0 %	120 h	38 h	58 h
Sarine	4.6 %	4.0 %	49.7 %	35.0 %	120 h	34 h	45 h
Lac	6.3 %	4.4 %	54.0 %	37.8 %	120 h	26 h	30 h
Singine	7.1 %	5.0 %	55.6 %	38.9 %	120 h	33 h	37 h
Veveyse	5.3 %	4.0 %	41.1 %	35.0 %	120 h	40 h	44 h
<b>Canton</b>	<b>5.9 %</b>	<b>4.1 %</b>	<b>49.9 %</b>	<b>35.0 %</b>	<b>120 h</b>	<b>35 h</b>	<b>45 h</b>

Source : Obsan (2024), analyse et illustration DSAS

Les districts de la Sarine et de la Veveyse sont concernés par les limites définies dans le scénario P2 (part minimale de 4 % des niveaux de soins RAI 0-2) ; dans le scénario P3 (part minimale de 35 % des niveaux de soins RAI 0-6), il s'agit des districts de la Veveyse, de la Gruyère, de la Broye et de la Sarine, qui sont fixés à la limite inférieure définie et pour lesquels aucune substitution plus poussée de la prise en charge en EMS par une prise en charge à domicile n'a été supposée (valeurs en gris clair dans le Tableau 6).

<sup>34</sup> Cette logique a été convertie en taux de recours par classe d'âge et par sexe dans la modélisation de l'Obsan, à partir des taux de recours observés en 2022 dans chaque district.

Tableau 7 Évolution des besoins prévisionnels en lits d'EMS et en soins LAMal et aide à domicile par scénario politique P1 à P3 et par district, 2022, 2030 et 2050, en nombre et en heures

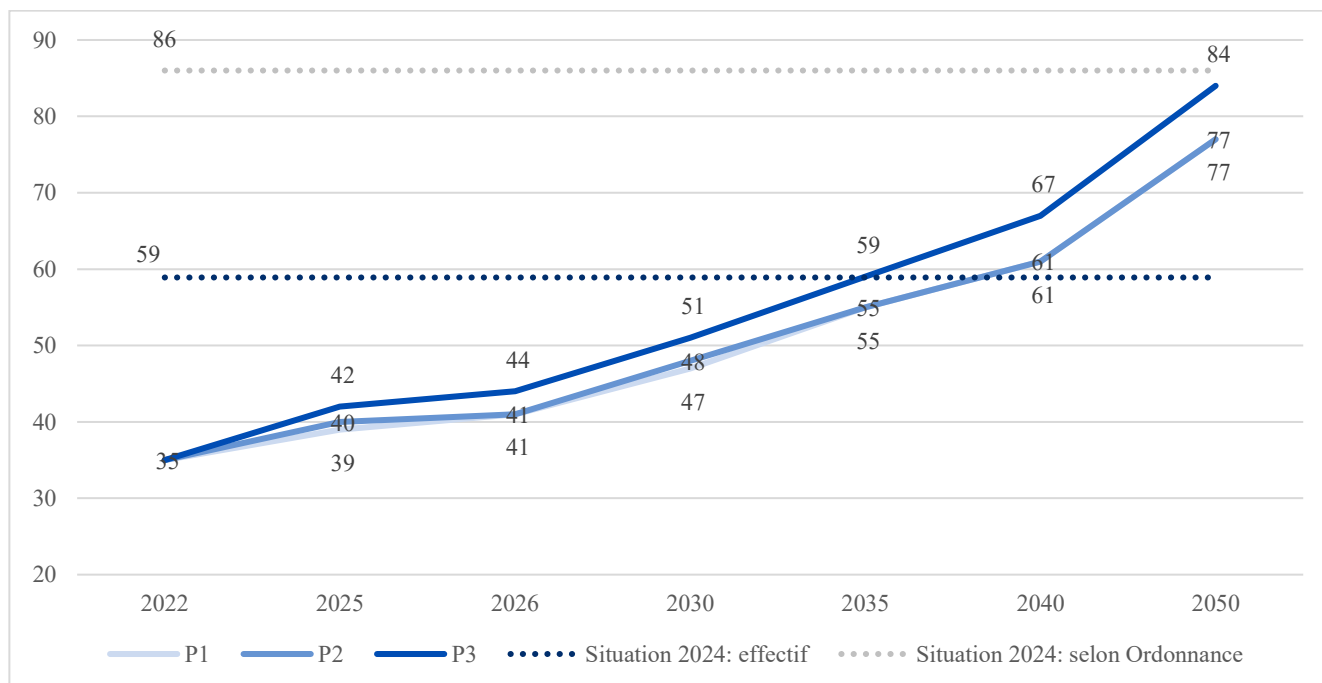
Réf.	Sz.	2022	2030	2050	2022	2030	2050	2022	2030	2050
		Lits EMS en nombre <sup>1)</sup>			Heures de soins LAMal à domicile			Heures d'aide à domicile		
Broye	P1	230	327	590	65'767	84'138	126'655	9'002	11'623	17'754
	P2		318	573		86'045	130'017		12'056	18'518
	P3		280	503		93'022	143'401		13'648	21'573
Glâne	P1	232	297	523	49'575	61'479	90'295	7'390	9'021	13'252
	P2		292	515		62'396	91'619		9'434	13'841
	P3		248	438		70'400	105'825		12'961	20'067
Gruyère	P1	470	627	1'084	157'738	198'714	283'948	47'913	61'165	91'659
	P2		616	1'065		201'001	287'900		62'197	93'455
	P3		542	935		216'022	314'265		68'884	105'340
Sarine	P1	1'025	1'295	1'939	199'785	242'673	321'564	52'603	63'428	86'918
	P2		1'288	1'929		243'983	323'490		63'878	87'593
	P3		1'103	1'648		277'796	347'649		75'963	106'004
Lac	P1	253	339	621	75'638	98'358	162'474	9'825	12'626	19'794
	P2		333	609		99'638	164'716		12'935	20'337
	P3		285	520		109'727	183'893		15'356	24'965
Sिंगine	P1	394	559	1'010	79'758	101'774	148'121	15'249	18'886	26'118
	P2		548	988		104'143	152'323		19'597	27'384
	P3		467	846		120'082	180'985		24'395	36'040
Veveyse	P1	152	203	407	36'021	47'547	81'465	9'896	12'738	21'461
	P2		200	402		48'013	82'344		12'900	21'771
	P3		186	374		50'811	87'811		13'892	23'718
<b>Total<sup>2)</sup></b>	<b>P1</b>	<b>2'758</b>	<b>3'648</b>	<b>6'183</b>	<b>664'283</b>	<b>835'159</b>	<b>1'217'621</b>	<b>151'877</b>	<b>189'782</b>	<b>280'194</b>
	<b>P2</b>		<b>3'595</b>	<b>6'093</b>		<b>845'689</b>	<b>1'235'387</b>		<b>193'296</b>	<b>286'145</b>
	<b>P3</b>		<b>3'113</b>	<b>5'273</b>		<b>938'335</b>	<b>1'394'081</b>		<b>225'422</b>	<b>341'391</b>

1) Valeurs correspondant à un taux d'occupation de 100 %. / 2) En raison des différences d'arrondi, la somme des districts ne correspond pas au total du canton.

Source : Obsan (2024), correction et illustration DSAS

Les besoins de places en foyers de jour seraient également augmentés par la substitution accrue de la prise en charge en EMS par la prise en charge à domicile (+ 4 places en 2030 [+ 8 %] et + 7 places en 2050 [+ 9 %]). L'illustration 28 montre l'évolution potentielle dans les foyers de jour pour l'ensemble du canton.

Illustration 28 Évolution des besoins prévisionnels de places en foyers de jour par scénario politique P1 à P3, total, 2022 à 2050

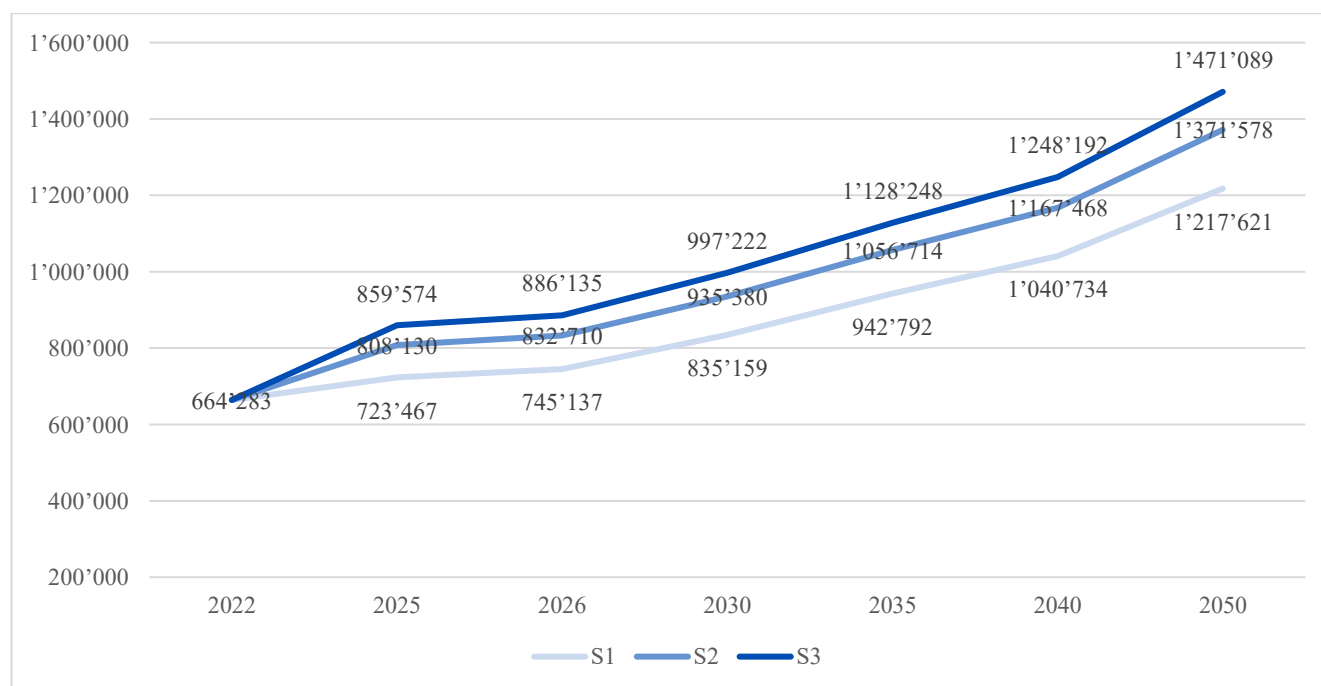


Source : Obsan (2024), correction et illustration DSAS

### 4.3.3 Influence de l'augmentation des soins LAMal à domicile

L'influence que pourrait avoir un développement des soins LAMal à domicile – indépendamment d'un transfert du secteur des EMS vers celui des soins à domicile – a été modélisée à l'aide des scénarios S1 à S3. L'illustration 29 ci-dessous montre la sensibilité pour l'ensemble du canton sur la base de E1 et P1 (c'est-à-dire 3'648 lits en EMS en 2030 et 6'183 en 2050). Il est supposé que ces scénarios n'ont pas d'influence sur les besoins en lits d'EMS, en aide à domicile ou en places dans les foyers de jour.

Illustration 29 Evolution des besoins prévisionnels en heures de soins LAMal à domicile par scénario SAD S1 à S3, total, 2022 à 2050



Source : Obsan (2024), illustration DSAS

La sensibilité des différents districts en chiffres absolus est présentée dans le Tableau 8 ci-dessous. Les grandes lignes du paramétrage de ces scénarios par district sont présentées dans le Tableau 7. Comme le district de la Singine présente déjà des valeurs moyennes plus élevées pour les deux classes d'âge dans le scénario de référence S1 par rapport au scénario S2 (valeurs moyennes du « groupe de cantons de plus en plus orienté vers l'ambulatoire »), il en résulte une réduction des heures LAMal à domicile dans le scénario S2.<sup>35</sup> On constate en particulier une forte sensibilité pour le district de Sarine, qui présente des valeurs moyennes faibles en 2022 par rapport aux autres districts (= scénario de référence S1).

Tableau 8 Paramètres de modélisation par scénario SAD S1 à S3 et par district, en heures

District	Heures LAMal à domicile par client(e), S1		Heures LAMal à domicile par client(e), S2		Heures LAMal à domicile par client(e), S3	
	65-79	80+	65-79	80+	65-79	80+
Broye	65 h	65 h	54 h	74 h	57 h	81 h
Glâne	48 h	53 h	54 h	74 h	57 h	81 h
Gruyère	54 h	66 h	54 h	74 h	57 h	81 h
Sarine	38 h	53 h	54 h	74 h	57 h	81 h
Lac	75 h	71 h	54 h	74 h	57 h	81 h
Singine	58 h	78 h	54 h	74 h	57 h	81 h
Veveyse	51 h	67 h	54 h	74 h	57 h	81 h
<b>Canton</b>	<b>49 h</b>	<b>63 h</b>	<b>54 h</b>	<b>74 h</b>	<b>57 h</b>	<b>81 h</b>

Source: Obsan (2024), illustration DSAS

<sup>35</sup> La manière dont cette situation peut être gérée est discutée dans le chapitre 5.

Tableau 9 Évolution des besoins prévisionnels en soins LAMal à domicile par scénario SAD S1 à S3 et par district, 2022, 2030 et 2050, en heures

Réf.	Sc.	2022	2030	2050
Heures de soins LAMal à domicile				
Broye	S1	65'767	84'138	126'655
	S2		85'613	131'545
	S3		90'831	140'568
Glâne	S1	49'575	61'479	90'295
	S2		75'844	114'501
	S3		81'003	123'036
Gruyère	S1	157'738	198'714	283'948
	S2		209'819	302'273
	S3		223'015	322'803
Sarine	S1	199'785	242'673	321'564
	S2		314'840	422'145
	S3		336'143	452'794
Lac	S1	75'638	98'358	162'474
	S2		100'363	164'301
	S3		107'273	177'068
Sिंगine	S1	79'758	101'774	148'121
	S2		97'108	141'089
	S3		103'632	151'778
Veveyse	S1	36'021	47'547	81'465
	S2		51'028	88'239
	S3		54'500	94'918
<b>Total</b>	<b>S1</b>	<b>664'283</b>	<b>835'159</b>	<b>1'217'621</b>
	<b>S2</b>		<b>935'380</b>	<b>1'371'578</b>
	<b>S3</b>		<b>997'222</b>	<b>1'471'089</b>

Source : Obsan (2024), correction et illustration DSAS

---

## 5 Discussion des résultats

### 5.1 Choix du scénario cible

D'une manière générale, on peut affirmer que l'augmentation future des besoins en prestations dans le domaine des soins de longue durée sera notamment influencée par l'évolution démographique et qu'il faut s'attendre à une augmentation constante et importante jusqu'en 2050. De plus, les scénarios d'évolution démographique<sup>36</sup> ne présentent guère de sensibilité pour le groupe de population >65 ans (cf. Illustration 41, page 73 dans l'annexe 8.3.2.3), ce qui explique que l'augmentation de la population recourant à des lits en EMS et à des soins à domicile est solide d'un point de vue démographique.

Selon les estimations de l'Obsan, il n'existe pas aujourd'hui de connaissances scientifiques permettant de prévoir une « compression absolue de la morbidité » (cf. section 3.3.2), ce qui permettrait d'espérer une augmentation moins forte des besoins en prestations (Pahud, O. et al. (2024), p. 14).

Seule une mise en œuvre cohérente d'une approche de prise en charge visant à maintenir les personnes à domicile le plus longtemps possible pourrait influencer de manière déterminante l'augmentation supplémentaire de lits en EMS ; elle s'accompagne toutefois d'un développement correspondant des prestations de prise en charge à domicile. Cela nécessite un véritable changement de paradigme qui, s'il est immédiatement traduit en termes de calculs dans les analyses de l'Obsan (scénario P3), prendra un certain temps dans la pratique.

Dans le domaine de la prise en charge à domicile, les analyses de la section 4.1.2.3 (Illustration 16 et Illustration 17 sur la page 28 et suivante) suggèrent en outre qu'il faut s'attendre à une augmentation supplémentaire de la demande de soins LAMal – indépendamment de l'effet de substitution des séjours en EMS par une prise en charge à domicile. Cette hypothèse tient en outre compte d'une éventuelle augmentation dans le domaine des prestations ambulatoires, par exemple en raison de sorties d'hôpital antérieures (cf. section 2.3.3.2).<sup>37</sup> Ici aussi, il faut s'attendre à une phase d'adaptation sur plusieurs années.

Sur la base des considérations ci-dessus, le scénario **E1, P3, S2** est défini **comme scénario cible** pour la planification cantonale des soins de longue durée 2026-2030, qui doit être atteint par le biais d'une trajectoire cible jusqu'en 2040. Lors de la définition de la trajectoire cible, on s'est basé sur une approche progressive vers ce scénario cible, en partant du principe que la prise en charge des personnes dans les niveaux de soins 1 et 2 peut être mise en œuvre immédiatement, principalement à domicile (scénario P2). Pour les personnes ayant des niveaux de soins plus élevés (3 à 6), une mise en œuvre plus lente est choisie, avec un plein effet du scénario P3 en 2040 (voir Illustration 30 à Illustration 33). Cette trajectoire cible permet en outre une augmentation plus régulière de la capacité des lits d'EMS.

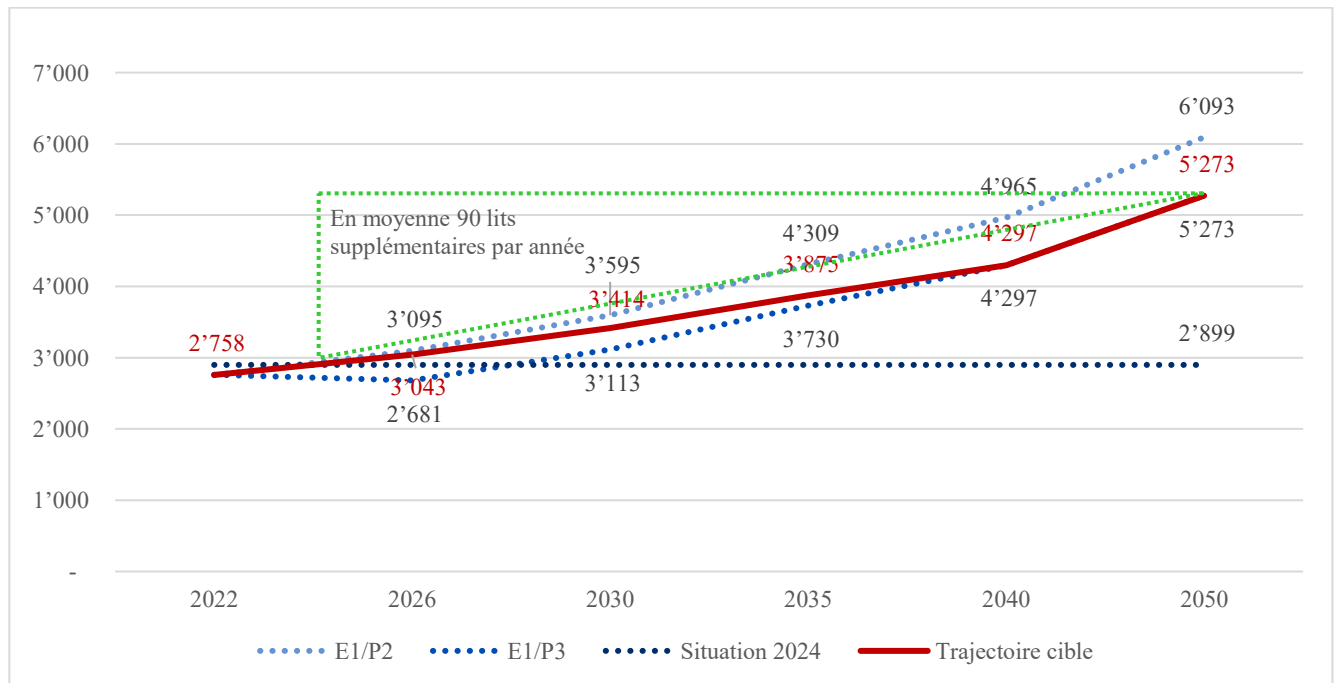
**D'une manière générale, l'objectif est notamment de permettre aux personnes de rester à domicile dans de bonnes conditions. Cela passe bien sûr par une augmentation du nombre d'heures de soins LAMal à domicile. Mais cela nécessite aussi, et en accord avec les objectifs de la politique Senior+, des développements importants d'autres mesures liées à l'adaptation du logement, au soutien des proches, à d'autres aspects de sécurité et de veille ou encore à l'accompagnement social des personnes.**

<sup>36</sup> Le service de la statistique (SStat) établit trois scénarios (bas, moyen, haut). Le scénario moyen a été utilisé dans le cadre de cette planification des soins de longue durée.

<sup>37</sup> Le groupe d'accompagnement cantonal a tenté de chiffrer un éventuel transfert du secteur hospitalier vers le secteur en aval des soins de longue durée à l'aide de différentes données, étant donné que la durée moyenne de séjour (DMS) devrait être réduite à l'avenir, notamment au sein de l'HFR. Il a cependant fallu constater que les données disponibles n'étaient pas suffisamment solides et qu'une modélisation n'était donc pas possible. Néanmoins, cette évolution attendue doit être prise en compte.

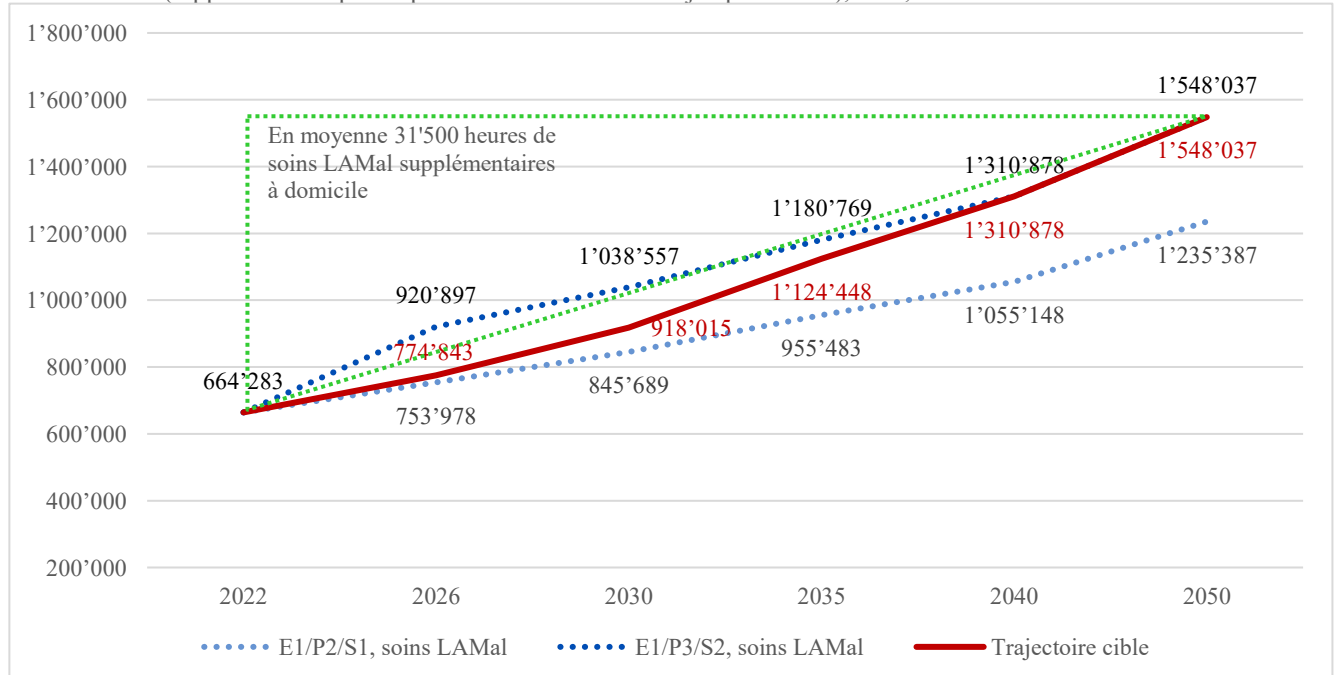
Les projections de l'Obsan ainsi que la trajectoire cible pour l'ensemble du canton et les différents domaines de prestations se trouvent dans les Illustration 30 à Illustration 33 ci-dessous. Les valeurs par district se trouvent dans le Tableau 10.

Illustration 30 Evolution des besoins prévisionnels en lits d'EMS pour le scénario de référence et le scénario cible (rapprochement par étapes au scénario E1/P3[/S2] jusqu'en 2040), total, 2022 à 2050



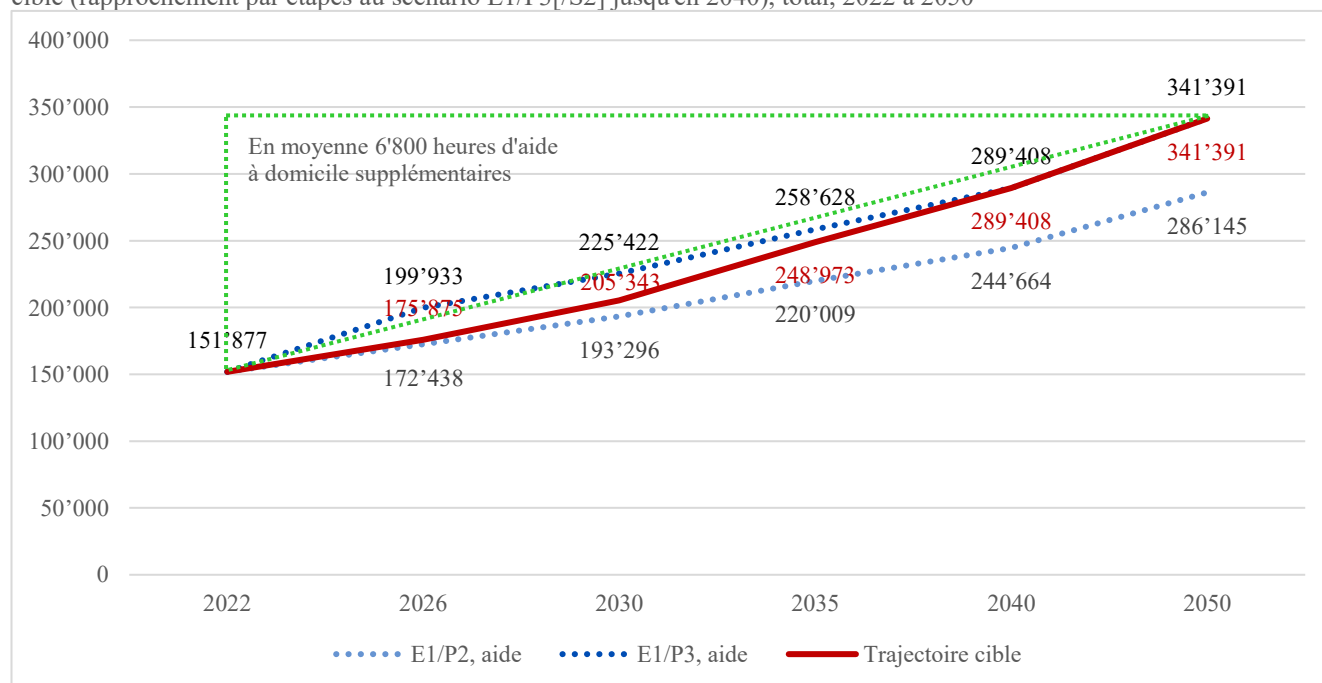
Source : Obsan (2024), correction et illustration DSAS

Illustration 31 Evolution des besoins prévisionnels en heures de soins LAMal à domicile pour le scénario de référence et le scénario cible (rapprochement par étapes au scénario E1/P3/S2 jusqu'en 2040), total, 2022 à 2050



Source : Obsan (2024), correction et illustration DSAS

Illustration 32 Évolution des besoins prévisionnels en heures d'aide à domicile pour le scénario de référence et le scénario cible (rapprochement par étapes au scénario E1/P3[S2] jusqu'en 2040), total, 2022 à 2050



Source : Obsan (2024), correction et illustration DSAS

Tableau 10 Évolution des besoins prévisionnels en lits d'EMS et en soins et aide à domicile LAMal selon la trajectoire cible vers le scénario cible (E1/P3/S2 jusqu'en 2040) par district, en 2022, 2030 et 2050, en nombre et en heures

District	2022	2030	2050	2022	2030	2050	2022	2030	2050
	Lits EMS en nombre <sup>1)</sup>			Heures de soins LAMal à domicile			Heures d'aide à domicile		
Broye	230	303	503	65'767	89'215	148'291	9'002	12'653	21'573
Glâne	232	276	438	49'575	70'785	130'031	7'390	10'757	20'067
Gruyère	470	588	935	157'738	210'798	332'588	47'913	64'705	105'340
Sarine	1'025	1'218	1'648	199'785	283'726	475'229	52'603	68'410	106'004
See	253	315	520	75'638	104'173	185'720	9'825	13'843	24'965
Sense	394	518	846	79'758	108'371	173'952	15'249	21'396	36'040
Veveyse	152	195	374	36'021	50'368	94'585	9'896	13'272	23'718
<b>Total<sup>2)</sup></b>	<b>2'758</b>	<b>3'414</b>	<b>5'273</b>	<b>664'283</b>	<b>918'015</b>	<b>1'548'037</b>	<b>151'877</b>	<b>205'344</b>	<b>341'391</b>

1) Valeurs correspondant à un taux d'occupation de 100 %. / 2) En raison des différences d'arrondi, la somme des districts ne correspond pas au total du canton.

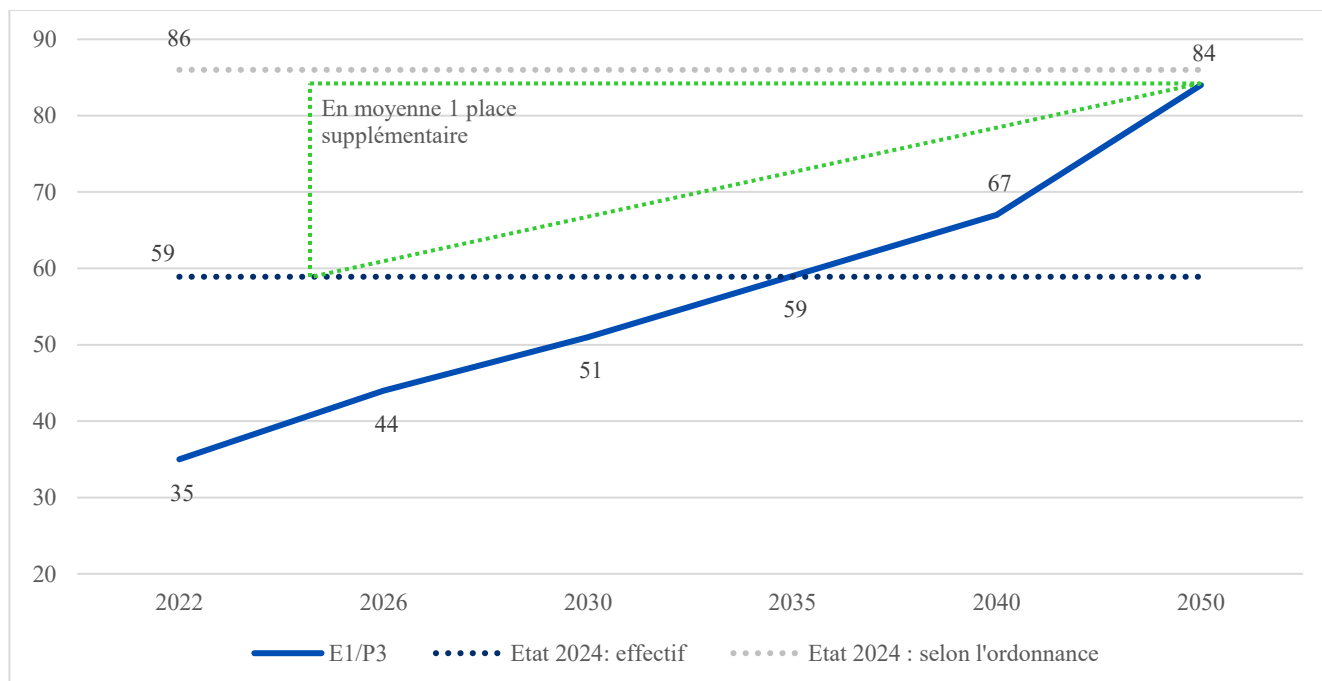
Source : Obsan (2024), correction et illustration DSAS

Selon la trajectoire cible, 86 lits  $[(3'414 - 2'899)/6]$  supplémentaires ainsi que 31'700 heures de soins LAMal  $[(918'015 - 664'283)/8]$  et 6'700 heures d'aide à domicile  $[(205'344 - 151'877)/8]$  supplémentaires doivent être mis à disposition chaque année jusqu'en 2030. Entre 2031 et 2050, 93 lits supplémentaires doivent être créés chaque année, ainsi que 31'500 heures de soins LAMal et 6'800 heures d'aide à domicile supplémentaires. Sur l'ensemble de l'horizon temporel, il s'agit de 90 lits supplémentaires par an, de 31'500 heures de soins LAMal supplémentaires et de 6'800 heures d'aide à domicile supplémentaires. Cette analyse illustre l'énorme défi qui se dessine dans le canton et son urgence immédiate.

Seuls les besoins estimés dans le domaine des foyers de jour semblent être couverts par l'offre existante (Illustration 33). Étant donné que le taux de recours était faible en 2022, car il s'est redressé lentement après la crise du Covid, les besoins sont très probablement sous-estimés (voir section 5.2.3 et 6.3). Néanmoins, il est possible de renoncer à une

adaptation progressive au scénario cible (trajectoire cible) dans le domaine des foyers de jour, car la planification de ces besoins doit être corrigée différemment (cf. section 5.2.3).

Illustration 33 Évolution des besoins prévisionnels de places en foyers de jour pour le scénario principal (E1, P3, S2), total, 2022 à 2050



Source : Obsan (2024), illustration DSAS

## 5.2 Discussion des besoins différenciés

Il s'agit ci-après de présenter de manière plus différenciée les besoins globaux prévus par l'Obsan afin de répondre aux exigences de la planification cantonale. Pour ce faire, il faut différencier et affiner davantage les offres des EMS (section 5.2.1), des soins et de l'aide à domicile (section 5.2.2) ainsi que des foyers de jour (section 5.2.3). Les analyses se concentrent sur la situation actuelle ainsi que sur la situation à la fin de la période de la présente planification (2030), en montrant également l'évolution future jusqu'en 2050. Les analyses et calculs détaillés figurent dans l'annexe 8.3.3, mais la logique qui sous-tend ces modifications est expliquée ci-après. Les valeurs utilisées pour la planification des soins de longue durée 2026-2030 sont présentées au chapitre 6.

### 5.2.1 EMS

Dans le domaine des EMS, il convient de préciser les offres différenciées par rapport aux lits classiques, car elles nécessitent et/ou bénéficient déjà pour la plupart, d'un financement spécial. A cet égard, il est nécessaire de différencier parmi ces offres celles qui doivent être organisées au niveau des associations de communes et celles qui, en raison de leur forte spécialisation et d'un faible nombre de cas, doivent être régies par un mandat cantonal en dehors du quota des districts. Alors que les projections de l'Obsan estiment les besoins en lits pour les personnes répondant aux critères actuels d'admission dans une unité spécialisée en démence (USD), les autres distinctions doivent être faites par la DSAS.

En règle générale, on procède comme suit :

1. Sur la base du nombre total de lits, on détermine la part nécessaire pour chaque catégorie de lits (« lits longue durée », « lits démence (y.c. psychiatrie de l'âge avancé) », « lits courte durée ») ;
2. Ensuite, on détermine le nombre de lits qui sont réglés dans un mandat cantonal (« hors quota des districts ») ;

3. Étant donné que l'estimation de l'Obsan du nombre total de lits par district comprend également les lits des mandats cantonaux, le nombre de lits déterminé précédemment doit être déduit proportionnellement des quotas des districts ;

4. Les offres supplémentaires à créer sont ajoutées, car elles n'existent pas encore dans les données statistiques.

La procédure détaillée pour chaque catégorie est décrite ci-dessous.

#### 5.2.1.1 Lits pour des personnes avec des troubles cognitifs, psychiques et comportementaux

Sur un total de 3'414 lits en EMS en 2030 et 5'273 en 2050, l'Obsan estime qu'environ 7 pour cent (222 lits) et 6 pour cent (315 lits) des lits seront nécessaires pour les personnes qui répondent aux critères actuels d'admission dans une unité de démence (y.c. la psychiatrie de l'âge avancée). La proportion diminue légèrement entre 2030 et 2050, car à long terme, la part des personnes de 80 ans et plus en EMS, pour lesquelles les aspects physiques priment, augmentera (cf. Tableau 30, page 75 dans l'annexe 8.3.3.1). Au cours de la consultation, il a été souligné à plusieurs reprises que les besoins en lits pour les personnes présentant des troubles cognitifs, psychiques ou comportementaux étaient sous-estimés en raison de l'interprétation stricte des besoins dans le cadre de la modélisation. Le groupe d'accompagnement cantonal avait également indiqué auparavant que les chiffres de 7 pour cent et 6 pour cent sous-estimaient probablement les besoins. Il part du principe que les personnes prises en charge en 2022 dans une unité pour personnes atteintes de démence, mais qui ne remplissent pas (ou plus) les critères en vigueur et qui n'ont donc pas été prises en compte dans le calcul de la proportion d'environ 7 pour cent, auront tout de même besoin d'une place dans une unité pour personnes atteintes de démence. Dans la présente planification des soins de longue durée, il est donc reconnu que le besoin peut atteindre jusqu'à 10 pour cent des lits ; soit 341 lits en 2030 et 527 lits en 2050.

Ce chiffre global comprend également les lits liés aux mandats cantonaux. Sur les 166 lits en 2024, il s'agit de 25 lits dans le domaine de la psychiatrie de l'âge avancée, qui sont régis par des mandats cantonaux. Il est à ce jour prévu que 55 lits au total seront disponibles dans ce domaine d'ici 2030. Un projet d'extension correspondant est en cours de concrétisation.

Dans le rapport Etat des lieux : « Problèmes de dépendance chez les personnes âgées dans le canton de Fribourg »<sup>38</sup> et dans le cadre des travaux du comité de pilotage « Dépendances et personnes âgées », un manque d'offre a été quantifié pour les personnes de moins de 65 ans souffrant d'une dépendance sévère et/ou chronique associée à des facteurs entraînant un besoin accru en soins et une perte d'autonomie dans la vie quotidienne. Actuellement, ces personnes (estimées à 5 par an) se trouvent en partie à domicile avec des hospitalisations fréquentes ou prolongées dans des hôpitaux psychiatriques. Certaines d'entre elles se trouvent dans des EMS et – étant donné que les projections de l'Obsan incluent également les personnes de moins de 65 ans – sont déjà partiellement comprises dans les données (cf. Tableau 30, page 75 dans l'annexe 8.3.3.1). Il est néanmoins prévu de créer une nouvelle offre cantonale pour ces personnes dans la planification des soins de longue durée 2026-2030. Comme les bases de données ne sont pas définitivement assurées et que, parallèlement, il est prévu d'augmenter fortement les capacités de l'offre existante dans le domaine de la psychiatrie de la personne âgée, le besoin en places supplémentaires jusqu'en 2030 est fixé – selon une estimation prudente – à 10 lits EMS.

#### 5.2.1.2 Lits pour des séjours temporaires

Environ 4 pour cent des lits (104 lits) relèvent du séjour temporaire en 2024 selon l'ordonnance fixant la liste des EMS du canton de Fribourg (cf. Tableau 30, page 75 dans l'annexe 8.3.3.1). La comparaison cantonale de l'année 2022 montre que cela correspond à la moyenne suisse (4.1 % ; 4'100 places sur 100'155).<sup>39</sup> Néanmoins, selon le groupe d'accompagnement cantonal, il semble plausible que l'offre de séjours temporaires doive également être renforcée dans la perspective d'une prise en charge plus longue des personnes à domicile à l'avenir.<sup>40</sup> Sur cette base,

<sup>38</sup> [Problèmes de dépendance chez les personnes âgées dans le canton de Fribourg](#)

<sup>39</sup> OFSP Chiffres-clés des EMS : Chiffres-clés nationaux et cantonaux, [2022 chiffres-clés par canton](#)

<sup>40</sup> La comparaison avec les cantons fortement orientés vers l'ambulatoire (Tessin, Vaud et Neuchâtel) permet également de conclure qu'il faudra davantage de lits pour les séjours de courte durée. Les valeurs très basses de Genève et du Jura sont cependant difficiles à évaluer dans cette logique, mais elles tendent à indiquer l'utilisation d'une autre définition de la collecte des données.

la présente planification des soins de longue durée se base sur une part de 5 pour cent en 2030 et de 8 pour cent en 2040 et 2050. Il en résulte un besoin en lits de séjours temporaires de 171 en 2030 et de 422 en 2050 pour le canton.

Pour le présent rapport, il est prévu de poursuivre les mandats cantonaux dans le domaine des séjours temporaires. Il s'agit notamment du mandat « soins palliatifs », du mandat « séjour d'évaluation et d'orientation (SEO) », qui met l'accent sur l'évaluation, la réadaptation et la préparation des retours à domicile, ainsi que des autres mandats pour les lits de soins de transition (HFR et HIB). Pour déduire les besoins pronostiqués de ces offres en 2030 et 2050, le nombre de lits en 2024 est augmenté de manière linéaire en fonction de l'évolution du nombre total de lits. Pour les séjours de type SEO, qui comptent en 2024 36 lits, le besoin pour le quota cantonal (hors districts) est estimé à 43 lits en 2030 et à 66 lits en 2050. Pour le mandat « soins palliatifs », actuellement à 6 lits, les besoins futurs sont estimés à 7 et 11 lits respectivement. Il en résulte un nombre total de 50 lits de courte durée en 2030 et de 77 en 2050, qui seront réglementés dans le cadre de mandats cantonaux. Aucune offre cantonale supplémentaire n'est prévue.

## 5.2.2 Soins LAMal et aide à domicile

Pour les soins et l'aide à domicile, il est nécessaire de distinguer les groupes de prestataires. L'intérêt principal de l'analyse suivante est d'identifier les quantités totales de prestations de soins et d'aide à domicile qui doivent être mises à disposition par chaque association de communes pour l'ensemble de la population de leur district. Toutefois, comme ces services peuvent être fournis par différents groupes de prestataires, la distinction par groupe de prestataires est également essentielle. Elle devra se baser sur des hypothèses. Mais les estimations restent difficiles, car l'impact de l'évolution de l'offre des infirmières et infirmiers indépendant-e-s et des SAD privés sur la demande n'est pas vraiment prévisible. Le secteur privé connaissant un développement récent et dynamique dans le canton de Fribourg, ces volumes de prestations pour l'année 2030, respectivement 2050, basés sur les proportions en 2022, sont éventuellement estimés incorrectement. Les différents fournisseurs de prestations ayant des systèmes de financement différents, il est toutefois important d'en déduire les conséquences financières (cf. chapitre 7) le plus précisément possible.

### 5.2.2.1 Soins LAMal à domicile par groupe de prestataires

L'évolution des heures de soins LAMal des ligues et des associations a été modélisée séparément par l'Obsan. Tous les autres fournisseurs de prestations ont fait l'objet de prévisions globales et ont été ventilés par la DSAS. En outre, dans le cadre de la consultation, le district de la Gruyère a fourni des données sur l'évolution du nombre d'heures de soins à domicile fournies par le SAD mandaté, qui reflètent une forte dynamique depuis 2022. En raison de la croissance importante observée ces dernières années, le scénario S3 et une convergence plus rapide (au lieu de la trajectoire cible établie) sont appliqués pour le district de la Gruyère. De plus, dans le cadre de la consultation, le district de la Singine a critiqué le fait que le scénario S2 entraîne une baisse du volume par rapport au scénario S1, en raison des paramètres utilisés pour la modélisation (cf. Tableau 32, page 77 dans l'annexe 8.3.3.2). Afin de corriger cela, le scénario S1 a été conservé pour le district de la Singine.

Sur cette base, et comme indiqué à la section 3.3.3, on part du principe que le transfert de la prise en charge des personnes en EMS vers une prise en charge à domicile sera entièrement absorbé par les SAD mandatés (différence des heures de soins LAMal entre les scénarios E1/P1/S1 et E1/P3/S1 ; + 45'277 heures jusqu'en 2030 resp. + 176'306 heures jusqu'en 2050 ; cf. Tableau 33, page 77 dans l'annexe 8.3.3.2, colonne « 100 % à la charge des SAD mandatés »). L'hypothèse selon laquelle la substitution d'un séjour en EMS par une prise en charge à domicile sera réalisée par les SAD mandatés reflète le rôle central des centres de coordination des associations de communes dans cette tâche.

Le reste de la croissance des heures de soins LAMal, qui résulte de l'évolution démographique ainsi que de l'évolution générale de l'offre de soins LAMal à domicile (S1 vs S2<sup>41</sup>) (+ 226'380 heures d'ici 2030 resp. + 719'488 heures d'ici 2050 ; cf. Tableau 33, page 77 dans l'annexe 8.3.3.2, colonne « Croissance du volume ventilée »), a été réparti au prorata des parts de marché « SAD mandatés » et « Autres » en 2022. Une analyse provisoire de l'année

-

<sup>41</sup> Pour le district de Gruyère, le scénario S3 est appliqué. Pour le district de la Singine, le scénario S1 est maintenu ; l'augmentation des quantités résulte donc uniquement de l'évolution démographique.

2023 ainsi que de la situation en 2024 laisse supposer que des déplacements de ces parts sont en cours dans différents districts.<sup>42</sup> Les heures de soins LAMal prévues en 2030 et 2050 par rapport à 2022, réparties par groupe de prestataires, sont présentées dans le Tableau 32, page 77 dans l'annexe 8.3.3.2.

#### 5.2.2.2 Aide à domicile par groupe de prestataires

L'évolution des heures d'aide à domicile a été pronostiquée globalement par l'Obsan, raison pour laquelle la DSAS l'a répartie entre les deux prestataires (SAD mandatés et SAD privés). Les données fournies par le district de la Gruyère dans le cadre de la consultation montre également une dynamique importante de l'évolution du nombre d'heures d'aide à domicile fournies par le SAD mandaté. C'est pourquoi, à l'instar de l'évolution des heures de soins, une croissance des heures d'aide à domicile dans les mêmes proportions a été prise en compte.

Comme pour les heures de soins LAMal, on part du principe que, dans le domaine de l'aide à domicile, le volume d'heures additionnel dû au passage d'une prise en charge en EMS à une prise en charge à domicile sera fourni par les SAD mandatés (Tableau 35, page 78 dans l'annexe 8.3.3.3, colonne « 100 % à la charge des SAD mandatés », + 15'549 heures d'ici 2030 et + 60'753 heures d'ici 2050).

Le reste de la croissance des heures d'aide à domicile, qui résulte de l'évolution démographique (+ 43'051 heures d'ici 2030 resp. + 126'998 heures d'ici 2050 ; cf. Tableau 35, page 78 dans l'annexe 8.3.3.3, colonne « Croissance du volume ventilée »), a été réparti au prorata des parts de marché « SAD mandatés » et « SAD privés » en 2022. Les heures d'aide à domicile prévues en 2030 et 2050 par rapport à 2022, réparties par groupe de prestataires, sont présentées dans le Tableau 34, page 78 dans l'annexe 8.3.3.3.

#### 5.2.3 Foyers de jour

En raison du faible volume de prestations, les prévisions de l'Obsan ne présentent pas de différenciation par type d'offre ou par district. Celle-ci a été effectuée par la DSAS. Il convient de noter que le nombre de places pronostiqué par l'Obsan correspond à un équivalent de 365 jours. Sur la base des données disponibles en 2022, l'Obsan estime à 51 le nombre de places nécessaires en 2030, ce qui correspondrait à 18'440 jours (cf. Tableau 36, page 79 dans l'annexe 8.3.3.4). Une analyse plus détaillée montre que le nombre de journées facturées 2024 (16'850 jours) a augmenté d'environ 12 % par rapport à 2022. D'une part, les foyers de jour existants ont réalisé plus de jours. Cette tendance semble se poursuivre avec une croissance annuelle de 4 pour cent ; les foyers de jour existants budgétisent 16'700 jours pour 2025 et 17'500 jours pour 2026. D'autre part, une nouvelle structure d'accueil de jour a ouvert ses portes en 2024. Le développement des foyers de jour, qui se poursuivra avec une structure supplémentaire en 2025 et deux autres d'ici 2030, est conforme à la dernière planification 2021-2025.<sup>43</sup>

Compte tenu de cette situation initiale, les besoins prévus pour 2030 sont revus à la hausse à 27'900 jours, en tenant compte d'une croissance annuelle de 4 pour cent et de 1'600 jours supplémentaires par nouvelle structure d'accueil de jour. Après cette correction du niveau pour 2030, les autres prévisions, notamment pour 2050, suivent le modèle Obsan, c'est-à-dire qu'elles évoluent en fonction du nombre de personnes bénéficiant de soins LAMal à domicile.

En outre, le nombre de jours de la Famille au Jardin selon la situation en 2022 a été extrapolé et séparé pour les années 2030 et 2050 (ligne « Hors quota des districts » du Tableau 36, page 79 dans l'annexe 8.3.3.4). En raison de l'offre spéciale de La Famille au Jardin pour des personnes tendanciellement plus jeunes, le nombre de places pour les 65-79 ans pronostiqué par l'Obsan a servi de base d'extrapolation. Les jours restants ont été répartis entre les districts au prorata du nombre de client-e-s bénéficiant de soins LAMal à domicile prévu pour les années concernées, en tenant compte des infrastructures existantes (journées facturées et budgétées), ce qui exclut toute réduction du nombre de journées.

Ces adaptations permettent non seulement de corriger l'année de référence, qui sous-estime les besoins – après la pandémie, les foyers de jour semblent toujours avoir du mal à remplir leurs capacités comme avant la pandémie –,

-

<sup>42</sup> Dans le district de la Sarine, les prestataires privés semblent augmenter leur volume de prestations au détriment du SAD mandaté. Dans le district de la Gruyère, la tendance inverse est observée.

<sup>43</sup> Pour la période de planification 2021-2025, le besoin en nombre de jours de foyer de jour était estimé à 26'280 jours pour l'année 2025.

---

mais elles s'inscrivent également dans le cadre du changement de paradigme visé et renforcent l'offre intermédiaire. Cette nécessité a été soulignée par différents partenaires dans le cadre des retours de la consultation.

## 6 Planification des soins de longue durée

### 6.1 EMS

Le Tableau 11 ci-dessous présente les besoins en lits d'EMS jusqu'en 2030, différenciés par type d'offre, ainsi que les besoins supplémentaires nécessaires (« Augmentation 2024-2030 »). En outre, les totaux pour les années 2040 et 2050 figurent dans les deux colonnes de droite, à titre de valeur d'orientation pour les perspectives pour l'avenir. Les valeurs tiennent compte des étapes d'adaptation décrites dans la section 5.2.1. Il est important de noter que la planification des besoins du nombre de lits en 2030, 2040 et 2050 présentée ci-dessous se base sur une occupation pendant 365 jours (taux d'occupation de 100 %) ; alors que le nombre de lits selon la situation en 2024 présente un taux d'occupation plus bas. L'« Augmentation 2024-2030 » globale de 524 lits sous-estime donc le nombre de lits physiques supplémentaires nécessaires dans le canton. En planifiant un taux d'occupation moyen de 97 pour cent, il faudrait 3'529 lits physiques en 2030, ce qui correspondrait à une augmentation de 630 lits physiques entre 2024 et 2030 (= 3'529 - 2'899).

En outre, les besoins prévisionnels en lits dans les unités de soins pour personnes atteintes de démence indiqués dans le Tableau 11 représentent une fourchette des besoins attendus. En tenant compte de la taille appropriée d'une unité de soins pour personnes atteintes de démence, le district de la Veveyse pourrait par exemple mettre à disposition entre environ 12 et 18 lits d'ici 2030 (taux d'occupation de 100 %).

Tableau 11 Planification des besoins en lits d'EMS en 2030 et augmentation par rapport à la situation en 2024 par district, en nombre

District	2024				2030 <sup>1)</sup>			Augmen- tation <sup>2)</sup> 2024-2030	2040 <sup>1)</sup>	2050 <sup>1)/6)</sup>
	Σ	Lits longue durée (AOS compris)	Démence (y.c. psy. âge avanc.)	Lits courte durée	Σ	Démence (y.c. psy. âge avanc.) <sup>3)</sup>	Lits courte durée	Σ	Σ	Σ
Broye	228	207	15	6	294	17 à 25	10	66	387	492
Glâne	233	204	24	5	268	16 à 24	10	35	333	428
Gruyère	526	494	21	11	570	33 à 49	21	44	757	913
Sarine	957	901	42	14	1'179	68 à 101	43	222	1'387	1'609
Lac	283	277	0	6	304	18 à 27	11	21	389	508
Singine	391	353	24	14	502	29 à 43	18	111	656	826
Veveyse	158	137	15	6	191	12 à 18	8	33	269	365
Hors quota des districts	123	56	25	42	115	65 <sup>4)</sup>	50	-8 <sup>5)</sup>	129 <sup>4)</sup>	142 <sup>4)</sup>
<b>Total</b>	<b>2'899</b>	<b>2'629</b>	<b>166</b>	<b>104</b>	<b>3'423</b>	<b>258 à 352</b>	<b>171</b>	<b>524</b>	<b>4'307</b>	<b>5'273</b>

1) Valeurs correspondant à un taux d'occupation de 100 %. / 2) L'augmentation sous-estime les lits physiques nécessaires, car les valeurs en 2030 correspondent à un taux d'occupation théorique de 100 %. / 3) Fourchette des besoins prévisionnels en lits dans les unités de démence. / 4) En plus de l'extension de l'offre existante en psychiatrie de la personne âgée, un nouveau mandat cantonal est prévu pour les personnes de moins de 65 ans présentant des problèmes de dépendance (cf. section 5.2.1.1). / 5) La diminution de 8 lits résulte de la différence des lits supplémentaires (+48), moins un mandat cantonal actuel pour des lits AOS de longue durée, qui est indiqué en 2030 dans le quota du district concerné (-56 lits). / 6) Les prévisions des besoins, notamment pour l'année 2050, sont soumises à de grandes incertitudes et ne servent que de valeurs indicatives approximatives.

Source : Obsan (2024), ainsi que l'ordonnance sur la liste des établissements médico-sociaux de l'année 2024, correction et illustration DSAS

Comme le besoin en soins des résident-e-s des EMS continuera d'augmenter en raison du renforcement de la prise en charge à domicile, les lits AOS actuels seront transformés en lits de long séjour normaux à partir de cette période de planification et les besoins en lits AOS seront donc réduits à zéro.

## 6.2 Soins LAMal et aide à domicile

La répartition des volumes de prestations entre les différents groupes de prestataires se base sur les données de l'année 2022, bien que des changements puissent être pressentis sur la base de données plus récentes (2023 et 2024), mais de manière différente selon les districts. Actuellement, aucune correction n'a été effectuée à cet égard.

### 6.2.1 Soins LAMal et aide à domicile

Le Tableau 12 ci-dessous présente les besoins prévisionnels en heures de soins LAMal à domicile en 2030 par groupe de prestataires (selon les parts de marché en 2022) ainsi que les besoins supplémentaires nécessaires (« Augmentation 2022-2030 »). Les totaux pour les années 2040 et 2050 à droite du tableau indiquent les besoins à plus long terme.

Tableau 12 Planification des besoins par groupe de prestataires des heures de soins LAMal à domicile en 2030 et évolution par rapport à la situation en 2022 par district, en milliers d'heures

District	2022					2030					Augmentation 2022-2030	2040	2050 <sup>1)</sup>
	Σ	SAD mandatés	SAD privés	Inf. Indép.	Ligues/associations	Σ	SAD mandatés	SAD privés	Inf. Indép.	Ligues/associations	Σ	Σ	Σ
Broye	65.8	59.2	1.1	3.6	1.8	89.2	80.8	1.5	4.7	2.2	23.4	122	148
Glâne	49.6	40.6	0.9	6.9	1.2	70.8	58.8	1.2	9.3	1.5	21.2	109	130
Gruyère	157.7	108.3	22.3	23.3	3.8	230.9	161.6	31.7	33.1	4.6	73.2	301	353
Sarine	199.8	111.2	33.0	48.3	7.2	283.7	164.9	44.9	65.6	8.4	83.9	420	475
Lac	75.6	59.5	8.1	6.6	1.3	104.2	83.2	10.7	8.7	1.6	28.5	149	186
Singine	79.8	75.3	1.5	1.0	2.0	110.1	104.6	1.9	1.3	2.3	30.4	155	181
Veveyse	36.0	28.3	1.5	5.3	0.8	50.4	40.0	2.1	7.2	1.0	14.3	74	95
<b>Canton</b>	<b>664.3</b>	<b>482.4</b>	<b>68.6</b>	<b>95.1</b>	<b>18.2</b>	<b>939.3</b>	<b>694.0</b>	<b>93.9</b>	<b>129.8</b>	<b>21.6</b>	<b>275.0</b>	<b>1'331</b>	<b>1'568</b>

1) Les prévisions des besoins, notamment pour l'année 2050, sont soumises à de grandes incertitudes et ne servent que de valeurs indicatives approximatives.

Source : Obsan (2024), analyse et illustration DSAS

### 6.2.2 Aide à domicile

Le Tableau 13 ci-dessous présente les besoins prévisionnels en heures d'aide à domicile en 2030 par groupe de prestataires (selon les parts de marché en 2022) ainsi que les besoins supplémentaires nécessaires (« Augmentation 2022-2030 »). Là encore, les totaux pour les années 2040 et 2050 à droite du tableau indiquent les besoins à plus long terme.

Dans le domaine de l'aide à domicile, il convient de noter que les heures indiquées dans les statistiques comprennent notamment des prestations de « nettoyage », « repas », « courses ». Celles-ci ne constituent pas une prise en charge équivalente à un séjour en EMS, notamment parce que l'accompagnement social est aujourd'hui trop peu développé. Cependant, les données actuellement disponibles ne permettent pas de chiffrer ces prestations aujourd'hui. De plus, les heures d'aide à domicile en 2022 présentées ci-dessous ne sont pas exhaustives, car les statistiques SAD ne doivent pas être remplies par tous les prestataires. Par conséquent, les heures indiquées dans le Tableau 13 constituent une limite minimale des besoins attendus. Les travaux menés dans le cadre de l'intervention parlementaire « Quel financement pour les prestations liées au vieillissement de la population » ont pour objectif de mieux quantifier ce domaine (prestations supplémentaires à domicile).

Tableau 13 Planification des besoins par groupe de prestataires d'heures d'aide à domicile en 2030 et évolution par rapport à la situation en 2022 par district, en milliers d'heures

District	2022			2030			Augmen- tation 2022-2030	2040	2050 <sup>1)</sup>
	Σ	SAD mandatés	SAD privés	Σ	SAD mandatés	SAD privés			
Broye	9.0	4.9	4.1	12.7	7.4	5.3	3.7	18	22
Glâne	7.4	4.0	3.4	10.8	6.7	4.1	3.4	17	20
Gruyère	47.9	27.0	20.9	70.1	41.1	29.0	22.2	91	107
Sarine	52.6	4.7	47.9	68.4	10.6	57.8	15.8	94	106
Lac	9.8	2.3	7.6	13.8	4.1	9.7	4.0	20	25
Singine	15.2	13.2	2.1	21.4	18.8	2.6	6.1	31	36
Veveyse	9.9	8.5	1.4	13.3	11.4	1.8	3.4	19	24
<b>Canton</b>	<b>151.9</b>	<b>64.5</b>	<b>87.3</b>	<b>210.5</b>	<b>100.1</b>	<b>110.3</b>	<b>58.6</b>	<b>289</b>	<b>340</b>

1) Les prévisions des besoins, notamment pour l'année 2050, sont soumises à de grandes incertitudes et ne servent que de valeurs indicatives approximatives.

Source : Obsan (2024), analyse et illustration DSAS

### 6.3 Foyers de jour

Le Tableau 14 ci-dessous présente les besoins prévus en places et en journées dans les foyers de jour en 2030 ainsi que le nombre de jours supplémentaires requis (« Augmentation 2024-2030 »). Les totaux des journées pour les années 2040 et 2050 à droite du tableau sont également indiqués afin de mettre en évidence les besoins à plus long terme. Les besoins de la ligne « Hors quota des districts » correspondent à l'offre actuelle de La Famille au Jardin pour les personnes atteintes de démence.

Tableau 14 Planification des besoins en places et en jours dans les centres de jour en 2030 et changement par rapport à la situation en 2024, en nombre

Districts	2024		2030	Augmentation 2024-2030	2040	2050 <sup>1)</sup>
	Places effectives	Journées facturées	Journées	Journées	Journées	Journées
Broye	7	1'661	4'100	2'439	4'300	4'500
Glâne	0	0	2'000	2'000	3'100	3'400
Gruyère	16	2'953	4'700	1'747	6'600	8'400
Sarine	16	2'749	5'500	2'752	8'000	11'600
Lac	8	2'180	2'300	120	2'900	3'700
Singine	15	2'260	3'200	940	3'700	4'200
Veveyse	10	1'168	1'500	332	2'200	2'300
Hors quota des districts	14	3'879	4'600	721	5'500	5'500
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>16'850</b>	<b>27'900</b>	<b>11'051</b>	<b>36'300</b>	<b>44'000</b>

1) Les prévisions des besoins, notamment pour l'année 2050, sont soumises à de grandes incertitudes et ne servent que de valeurs indicatives approximatives.

Source : Obsan (2024), analyse et illustration DSAS

---

## 7 Incidences financières de la planification des soins de longue durée 2026-2030

---

Ce chapitre présente l'évolution attendue des coûts en lien avec la présente planification des soins de longue durée 2026-2030. Elle se base sur les derniers coûts moyens connus et tient compte de l'augmentation du volume des prestations selon les prévisions, ainsi que de l'impact attendu sur le niveau moyen des soins dans les EMS en raison de la convergence vers le scénario cible E1/P3/S2. Dans le domaine des soins LAMal et de l'aide à domicile, l'estimation des coûts se base en outre sur des parts de marché stables entre les prestataires mandatés et privés. Une augmentation annuelle théorique des coûts salariaux de + 2.1 pour cent (compensation du renchérissement de + 1.0 % et augmentation des paliers de +1.1 %) est également prise en compte.

Les chiffres suivants montrent les coûts résiduels des soins et les subventions versées par le SPS (pour les EMS et les soins et l'aide à domicile) pour l'ensemble du canton.<sup>44</sup> Il s'agit de montants indicatifs qui sont estimés avec précision dans le cadre de la planification financière.

Ce chapitre exclut toutefois les éléments qui relèvent de l'AVS, des prestations complémentaires ou de l'allocation pour impotent ainsi que des financements par les assureurs-maladie (forfaits OPAS). Il ne comprend pas les éléments qui sont directement pris en charge par les communes et les associations de communes (coûts d'investissement des EMS, autres subventions aux EMS et aux SAD mandatés ou, par exemple, les indemnités forfaitaires aux proches aidant-e-s).

### 7.1 EMS

Les prévisions de coûts du Tableau 15 ci-dessous sont basées sur les coûts résiduels des soins (CRS) moyens ainsi que sur la contribution moyenne aux prestations d'accompagnement (PACC) par jour. En outre, le degré de sévérité plus élevé de l'état de santé des résident-e-s des EMS (le niveau de soins moyen augmente en raison du scénario P3 choisi) augmentera encore les coûts résiduels des soins. A cela s'ajoutent des montants estimés pour les financements supplémentaires liés aux offres spécifiques dans le domaine de la démence et de la psychiatrie de la personne âgée – en partant du besoin minimal de lits pour la démence (environ 7 % du nombre total de lits en EMS) – ainsi que dans le domaine de divers séjours de courte durée avec des mandats cantonaux. Conformément à la LPMS et à la loi d'application de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins, les coûts totaux des EMS sont financés par le canton et les communes selon une clé de répartition de 45 et 55 pour cent.

<sup>44</sup> Les conséquences financières par district peuvent être demandées à la DSAS.

Tableau 15 Nombre de lits en EMS et prévision des coûts (en milliers de CHF) pour 2026 et 2030

Besoins	Nombre de lits 2026	Nombre de lits 2030	Prévision des coûts 2026 en milliers de CHF	Prévision des coûts 2030 en milliers de CHF	Augmentation annuelle en milliers de CHF
Lits longue durée	2'637	2'946	108'189	138'949	7'690
<i>dont CRS</i>			71'828	94'807	5'745
<i>dont PACC</i>			36'361	44'142	1'945
Lits séjour temporaire	112	121	3'585	4'566	245
<i>dont CRS</i>			3'585	4'566	245
Démence (psychiatrie de la personne âgée compris)	253	306	11'594	16'267	1'168
<i>dont CRS</i>			6'891	9'848	739
<i>dont PACC</i>			4'703	6'419	429
Mandats cantonaux pour séjour temporaire	42	50	3'456	4'461	251
<i>dont CRS</i>			1'344	1'887	136
<i>dont PACC</i>			579	749	43
<i>dont coûts supplémentaires mandats cantonaux</i>			1'533	1'825	73
<b>EMS</b>	<b>3'044</b>	<b>3'423</b>	<b>126'824</b>	<b>164'243</b>	<b>9'355</b>
dont canton (45 %)			57'071	73'909	4'210
dont communes (55 %)			69'753	90'334	5'145

Source : analyse et illustration DSAS

Les coûts présentés ci-dessus sont presque exclusivement liés à la masse salariale du personnel de soins et d'accompagnement. Ainsi, pour l'exploitation des 524 lits supplémentaires en EMS (3'423 - 2'899), il faut estimer à 690 le nombre d'équivalent plein temps (EPT) supplémentaire d'ici 2030 par rapport à la situation en 2024 pour le domaine des soins et de l'accompagnement, soit 115 EPT supplémentaires par an. En ce qui concerne le niveau tertiaire et secondaire II, il s'agit d'environ 290 EPT supplémentaires entre 2024 et 2030 (+ 48 EPT par an ; max. 42 % du personnel de soins et d'accompagnement).

## 7.2 Soins LAMal et aide à domicile

Les prévisions des coûts dans le Tableau 16 ci-dessous présentent la situation pour les soins LAMal et l'aide à domicile, qui sont subventionnés par le canton et les communes. Le financement public des soins LAMal et de l'aide à domicile est différent pour les divers groupes de prestataires, en fonction de la législation en vigueur.<sup>45</sup>

Pour les SAD mandatées, l'État subventionne 30 pour cent des salaires (charges sociales comprises) et des frais de déplacement du personnel qui dispense les soins LAMal et l'aide, après déduction des recettes de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Tous les autres coûts sont portés par les associations de communes. Pour les prestataires ayant un mandat cantonal, le canton couvre les coûts qui ne sont pas pris en charge par l'AOS. Le financement des soins LAMal dispensés par les SAD privés et les infirmières et infirmiers indépendant-e-s est fixé par ordonnance (coûts résiduels), sur la base de la loi d'application de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins. Les heures de soins facturées par les SAD privés sont entièrement à la charge du canton. Pour les infirmiers et infirmières indépendants, le canton finance 35 pour cent et les communes 65 pour cent des coûts résiduels des soins

<sup>45</sup> Deux lois règlent le financement des soins LAMal et de l'aide à domicile : d'une part la LPMS et d'autre part la loi d'application de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins. Alors que pour les SAD mandatés, ainsi que pour les prestataires ayant des mandats cantonaux, la loi d'application renvoie à la LPMS pour le financement des soins LAMal, l'aide à domicile est directement régie par la LPMS.

par heure de soins. L'aide à domicile fournie par des prestataires privés n'est pas subventionnée par le canton. Les éventuelles subventions accordées par les communes ne sont pas incluses dans le tableau ci-dessous.

Le financement des différents groupes de prestataires étant différent, les prévisions de coûts du Tableau 16 sont soumises à une autre incertitude en raison de l'hypothèse de parts de marché constantes (selon l'année de référence 2022, voir section 5.2.2) – tant le montant que la répartition des coûts entre le canton et les communes peuvent être influencés par la dynamique future du marché.

Tableau 16 Nombre d'heures de soins et d'aide à domicile LAMal et prévision des coûts (en milliers de CHF) pour 2026 et 2030

Besoin	Nombre d'heures 2026	Nombre d'heures 2030	Prévision des coûts 2026 en milliers de CHF	Prévision des coûts 2030 en milliers de CHF	Augmentation annuelle en milliers de CHF
SAD mandatés (soins LAMal)	582'006	693'989	50'532	65'962	3'790
SAD mandatés (aide)	80'096	100'139			
<i>dont canton (30 % des charges salariales autorisées)</i>			11'287	14'711	856
<i>dont communes (solde)</i>			39'245	50'981	2'934
SAD privés (soins LAMal)	81'107	93'889	777	977	50
<i>dont canton (100 %)</i>			777	977	50
Infirmier-e-s indépendant-e-s. (soins LAMal)	111'614	129'827	1'826	2'308	121
<i>dont canton (35 %)</i>			639	808	42
<i>dont communes (65 %)</i>			1'187	1'500	78
Ligues/associations (soins LAMal)	19'912	21'616	675	796	30
<i>dont canton (100 %)</i>			675	796	30
<b>Soins LAMal et aide à domicile subventionnés</b>	<b>874'735</b>	<b>1'039'460</b>	53'810	69'773	3'991
dont canton			13'378	17'292	978
dont communes			40'432	52'481	3'012

Source : analyse et illustration DSAS

En appliquant une productivité moyenne, il est également possible d'estimer l'évolution du nombre d'EPT pour les soins LAMal et l'aide à domicile. Pour le volume de prestations supplémentaires entre 2022 et 2030 de 275'036 heures pour les soins LAMal à domicile ( $(693'989 + 93'889 + 129'827 + 21'615) - [482'406 + 68'574 + 95'069 + 18'233]$  ; cf. Tableau 32, page 77 dans l'annexe 8.3.3.2), 260 EPT supplémentaires sont nécessaires (+ 32.5 EPT par an). Pour l'aide à domicile, ce sont 56 EPT supplémentaires sur la même période pour une croissance des heures de 58'400 ( $[100'139 + 110'339] - [64'544 + 87'334]$  ; cf. Tableau 34, page 78 dans l'annexe 8.3.3.3). Toutefois, seule la part fournie par les SAD mandatés est à prendre en compte pour le financement par les pouvoirs publics ( $100'139 - 64'544 = 35'595$  heures supplémentaires d'aide à domicile).

### 7.3 Foyers de jour

Les prévisions de coûts ci-dessous, présentées dans le Tableau 17 se basent sur les coûts résiduels des soins (CRS) moyens ainsi que sur les subventions cantonales de 35 francs par jour pour l'accompagnement. Conformément à la LPMS et à la loi d'application de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins, les coûts totaux des EMS (y.c. les foyers de jour) sont financés par le canton et les communes selon une clé de répartition de 45 et 55 pour cent.

Tableau 17 Nombre de journées en foyers de jour et prévision des coûts (en milliers de CHF) pour 2026 et 2030

Besoin	Nombre de jours 2026	Nombre de jours 2030	Prévision des coûts 2026 in milliers de CHF	Prévision des coûts 2030 en milliers de CHF	Augmentation annuelle en milliers de CHF
Foyers de jour ordinaires	16'400	23'300	1'591	2'385	199
<i>dont CRS</i>			1'017	1'570	138
<i>dont subvention pour l'accompagnement</i>			574	816	60
Foyers de jour spécialisés en démence	4'400	4'600	727	785	14
<i>dont CRS</i>			273	310	9
<i>dont subvention pour l'accompagnement</i>			154	161	2
<i>dont coûts supplémentaires mandats cantonaux</i>			300	314	3
<b>Foyers de jour</b>	<b>20'800</b>	<b>27'900</b>	<b>2'318</b>	<b>3'170</b>	<b>213</b>
dont canton (45 %)			1'043	1'426	96
dont communes (55 %)			1'275	1'743	117

Source : analyse et illustration DSAS

Dans les foyers de jour également, l'augmentation annuelle d'environ 213'000 francs présentée ci-dessus est principalement due à du personnel de soins et d'accompagnement supplémentaire. Entre 2024 et 2030, environ 21 EPT supplémentaires (+ 3.5 EPT par an) sont nécessaires ; 9 avec un diplôme supérieur (+ 1.5 EPT par an).

#### 7.4 Aperçu des prévisions de coûts liés à la planification des soins de longue durée

Le Tableau 18 résume les prévisions de coûts dans les trois domaines des soins de longue durée (EMS, soins et aide à domicile et foyers de jour) des sections 7.1 à 7.3. Il s'agit de montants indicatifs qui seront estimés avec précision dans le cadre de la planification financière.

Tableau 18 Aperçu des prévisions des coûts des soins de longue durée par domaine pour 2026 et 2030, en milliers de CHF

Besoins	Budget 2025	Prévision des coûts 2026	dont canton	dont communes	Prévision des coûts 2030	dont canton	dont communes	Augmentation annuelle 2026-30	dont canton	dont communes
EMS	118'879	126'824	57'071	69'753	164'243	73'909	90'334	9'355	4'210	5'145
Soins LAMal et aide à domicile subventionnés	50'000*	53'810	13'378	40'432	69'773	17'292	52'481	3'991	978	3'012
Foyers de jour	2'058	2'318	1'043	1'275	3'170	1'426	1'743	213	96	117
<b>Total</b>	<b>170'937<sup>1)</sup></b>	<b>182'951</b>	<b>71'492</b>	<b>111'459</b>	<b>237'186</b>	<b>92'628</b>	<b>144'559</b>	<b>13'559</b>	<b>5'284</b>	<b>8'275</b>

1) Le coût global a dû être estimé pour la part des communes au budget 2025. La part (nette) du canton est de 13'381 en milliers de CHF.

Source : analyse et illustration DSAS

---

Au total, il faut s'attendre à une augmentation des coûts<sup>46</sup> d'environ 54 millions de francs pour le domaine des soins de longue durée entre 2026 et 2030. Cela correspond à une augmentation annuelle probable de 13.559 millions de francs, répartie à raison de 5.284 millions de francs pour le canton et 8.275 millions de francs pour les communes. Cette augmentation annuelle des coûts doit être considérée dans le contexte d'une augmentation annuelle d'environ 155.5 EPT (115 + 3.5 + 32.5 + 4.5<sup>47</sup>).

Le tableau présente également comme valeur de référence le budget pour l'année 2025. Il convient de noter que les hypothèses centrales concernant notamment les volumes (en particulier le nombre de lits [2'772 lits occupés à 100 %] et les EPT des SAD mandatés [env. 660 EPT pour les soins LAMal et l'aide à domicile]) et la compensation du renchérissement (0 % dans le budget 2025) ne correspondent pas et que les valeurs ne peuvent donc pas être mises directement en relation.

-

<sup>46</sup> Pour rappel, ces coûts ne comprennent pas les montants qui relèvent de l'AVS, des prestations complémentaires ou de l'allocation pour impotent ou des financements par les assureurs-maladie (forfaits OPAS), ni les coûts d'investissement des EMS ou autres subventions communales aux EMS et aux SAD mandatés ni les indemnités forfaitaires aux proches aidant-e-s.

<sup>47</sup> Sur les 7 EPT supplémentaires par an pour l'aide à domicile, seule une partie est fournie par des SAD mandatés. Seule cette dernière est cofinancée par les pouvoirs publics (+ 4.5 EPT par an).

## 8 Annexes

### 8.1 Organes ayant accompagné le rapport cantonal 2026-2030

Tableau 19 Composition des organes ayant accompagné l'élaboration du rapport cantonal sur la planification des soins de longue durée 2026-2030

Organes	Représentant-e-s*
Commission de planification sanitaire	<a href="#">Commission de planification sanitaire   Etat de Fribourg</a>
Commission de coordination des prestations médico-sociales	<a href="#">Commission de coordination des prestations médico-sociales   Etat de Fribourg</a>
<b>Groupe d'accompagnement cantonal de la planification des soins de longue durée</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>&gt; Directeur du Réseau santé de la Sarine</li><li>&gt; Directrice du Réseau de santé de la Singine</li><li>&gt; Cheffe du Service d'aide et de soins à domicile du Réseau santé et social de la Gruyère</li><li>&gt; Direction du site SPITEX See/Lac, (Réseau santé du Lac)</li><li>&gt; Directrice du Réseau Santé de la Glâne</li><li>&gt; Directrice du Réseau Santé et Social de la Broye Fribourgeoise</li><li>&gt; Directeur du Réseau Santé et Social de la Veveyse</li><li>&gt; Répondante DSAS de la Conférence des préfets, Présidente du Réseau santé de la Sarine</li><li>&gt; Directeur opérations et des systèmes d'information HFR</li><li>&gt; Infirmier-chef des Camélias au RFSM</li><li>&gt; Adjoint à la direction des soins HIB</li><li>&gt; Directrice de l'AFISA</li></ul>

\* Les représentant-e-s de la DSAS ne sont pas mentionnés.

### 8.2 Consultation de l'avant-projet

La procédure de consultation concernant le rapport de planification des soins de longue durée 2026-2030 a débuté le 24 janvier 2025 et s'est achevée, après prolongation du délai, le 28 mai 2025. 59 entités y ont répondu.

Une large majorité des organismes soutiennent le scénario défini comme cible dans le cadre de cette planification cantonale des soins de longue durée (E1, P3, S2) et trouvent pertinent l'introduction d'une trajectoire cible jusqu'en 2040 et des projections jusqu'en 2050. L'approche méthodologique est de manière générale jugée adéquate, cohérente et basée sur des données et analyses fiables.

Les remarques et suggestions principales formulées par les différents organes consultés sont les suivantes :

- > Le souhait de prendre en compte les nouvelles projections de l'OFS sur l'évolution de la population de la Suisse et des cantons pour 2025-2055, publiée le 15 avril 2025 ;
- > Le souci d'une sous-estimation des besoins futurs des foyers de jour ainsi que les besoins en lit USD ;
- > La remise en question de l'hypothèse que les SAD mandatés absorberont entièrement le report de la prise en charge en EMS vers la prise en charge à domicile ;
- > Le besoin de développer des structures intermédiaires soutenant l'augmentation de la prise en charge à domicile visée avec la cible P3, ainsi que des structures transitoires avec une prise en charge fluide, efficace et coordonnée entre une hospitalisation et une entrée en EMS ou un retour à domicile ;
- > La nécessité d'une coordination avec la planification hospitalière ;

- 
- > Les inquiétudes concernant un manque de lits dans les EMS et la création d'un engorgement des lits hospitaliers ;
  - > Le regret de n'avoir pas estimé les besoins en médecins, plus particulièrement ceux en médecins de famille ;
  - > La remise en question de l'hypothèse que le personnel nécessaire à la mise en œuvre de cette planification sera disponible, cela est lié à la demande de prendre en compte la pénurie du personnel soignant ;
  - > La demande de mieux valoriser les compétences en soins, en aide et en accompagnement entre autres par une revalorisation des salaires du personnel soignant, une hausse des tarifs et une meilleure intégration des prestations des infirmiers et infirmières indépendants, une amélioration des conditions de travail, une augmentation des forfaits pour les proches aidant-e-s et un soutien à la formation ;
  - > Le souhait d'analyser les compétences requises, jugées plus spécifiques et techniques, pour assurer le transfert vers les soins à domicile ;
  - > L'attente de la mise en œuvre du plan de mesures Senior+ 2024-2028 ;
  - > Le souhait d'avoir une analyse qualitative du contexte sociologique afin d'effectuer une différenciation plus fine des besoins réels en soins, en aide et en accompagnement dans des domaines spécifiques, tels que de la démence, de la psychiatrie de l'âge avancé, en soins palliatifs, ou pour les personnes germanophones ;
  - > Les préoccupations par rapport aux incidences financières, notamment pour les communes, et la non-prise en compte des réformes prévues et de divers coûts tels que les indemnités pour les proches aidant-e-s, les coûts de formation du personnel, les frais d'investissement des communes ou les coûts des médecins traitants.

Les principales remarques formulées dans le cadre de la consultation concernant les besoins en matière de soins de longue durée ont été prises en compte par la DSAS dans son rapport final sur la planification des besoins 2026-2030, dans la mesure où elles pouvaient être chiffrées. Il s'agit notamment de l'intégration des nouvelles prévisions de l'évolution démographique, des ajustements des besoins en matière de lits USD et de foyers de jour. De plus, des adaptations ponctuelles ont été effectuées afin de mieux tenir compte des spécificités de chaque district (notamment la situation actuelle et la dynamique en matière de prise en charge à domicile dans les districts de la Gruyère et de la Singine, les infrastructures prévues pour les foyers de jour dans le district de la Broye). En outre, la compréhensibilité du rapport a été vérifiée et, si nécessaire, des explications ont été ajoutées ou adaptées (notamment en ce qui concerne les hypothèses définies).

Les points soulevés dans le cadre de la consultation qui ne concernent pas directement la planification des soins de longue durée au sens de l'art. 5 LPMS (p. ex. mise en œuvre de Senior+, mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers forts, planification des besoins médicaux, qualification et rémunération du personnel de santé et en particulier du personnel des soins, financement des coûts financiers des EMS et des indemnités forfaitaires, étude générale sur les besoins réels de la population en matière de prestations médico-sociales, etc.) ne sont pas traités dans le présent rapport. On peut toutefois souligner que bon nombre de ces points font l'objet d'autres travaux et de discussions en cours et seront développés davantage avec les différents partenaires.

En ce qui concerne les retours généraux, notamment ceux des réseaux médico-sociaux qui doivent mettre en œuvre cette planification des besoins dans leur plan de couverture par district, tous ont souligné qu'ils avaient de sérieuses préoccupations quant à la faisabilité de cette planification. Non seulement les infrastructures supplémentaires à créer représentent une charge financière importante et croissante, mais les offres à mettre en place dans le domaine de l'aide et de l'accompagnement à domicile leur posent également des défis particuliers. Tout cela dans une situation où il existe déjà une pénurie de personnel et où les autorisations de construire prennent énormément de temps. Ils demandent un soutien fort et une coopération étroite à tous les niveaux politiques.

## 8.3 Statistiques supplémentaires

### 8.3.1 Détails des statistiques descriptives

#### 8.3.1.1 Statistiques démographiques

Tableau 20 Population par classe d'âge et par district, 2022

	Canton		District de la Broye		District de la Glâne		District de la Gruyère		District de la Sarine		District du Lac		District de la Singine		District de la Veveyse	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<65	278'847	83	29'556	84	22'051	85	50'237	84	91'088	84	31'822	82	36'324	80	17'769	86
65-69	15'980	5	1'622	5	1'177	5	2'712	5	4'773	4	2'048	5	2'743	6	905	4
70-74	13'865	4	1'438	4	1'004	4	2'364	4	4'301	4	1'691	4	2'323	5	744	4
75-79	11'743	4	1'247	4	781	3	2'044	3	3'700	3	1'410	4	1'935	4	626	3
80-84	7'479	2	739	2	489	2	1'265	2	2'517	2	838	2	1'274	3	357	2
85-89	4'255	1	366	1	313	1	721	1	1'412	1	522	1	713	2	208	1
90+	2'296	1	193	1	172	1	411	1	804	1	275	1	331	1	110	1
<b>Total</b>	<b>334'465</b>	<b>100</b>	<b>35'161</b>	<b>100</b>	<b>25'987</b>	<b>100</b>	<b>59'754</b>	<b>100</b>	<b>108'595</b>	<b>100</b>	<b>38'606</b>	<b>100</b>	<b>45'643</b>	<b>100</b>	<b>20'719</b>	<b>100</b>
65-79	41'588	74.8	4'307	76.8	2'962	75.3	7'120	74.8	12'774	73.0	5'149	75.9	7'001	75.1	2'275	77.1
80+	14'030	25.2	1'298	23.2	974	24.7	2'397	25.2	4'733	27.0	1'635	24.1	2'318	24.9	675	22.9
<b>Total 65+</b>	<b>55'618</b>	<b>100.0</b>	<b>5'605</b>	<b>100.0</b>	<b>3'936</b>	<b>100.0</b>	<b>9'517</b>	<b>100.0</b>	<b>17'507</b>	<b>100.0</b>	<b>6'784</b>	<b>100.0</b>	<b>9'319</b>	<b>100.0</b>	<b>2'950</b>	<b>100.0</b>

Source : SStat (2025), Obsan (2024), illustration DSAS

Tableau 21 Evolution de la population par classe d'âge dans le canton et par district, 2022-2050

Canton	2022		2025		2026		2030		2035		2040		2050	
	N	Index	N	Index	N	Index	N	Index	N	Index	N	Index	N	Index
<65	278'847	100	291'236	104	293'512	105	299'702	107	304'016	109	306'450	110	308'483	111
65-69	15'980	100	17'899	112	18'645	117	21'292	133	21'925	137	20'547	129	21'779	136
70-74	13'865	100	14'435	104	14'797	107	16'938	122	20'119	145	20'670	149	18'983	137
75-79	11'743	100	12'487	106	12'533	107	13'210	112	15'518	132	18'449	157	17'711	151
80-84	7'479	100	9'057	121	9'523	127	10'551	141	11'241	150	13'286	178	16'354	219
85-89	4'255	100	4'700	110	5'035	118	6'554	154	7'734	182	8'348	196	12'012	282
90+	2'296	100	2'615	114	2'752	120	3'336	145	4'715	205	5'971	260	8'279	361
65-79	41'588	100	44'821	108	45'975	111	51'440	124	57'562	138	59'666	143	58'473	141
80+	14'030	100	16'373	117	17'310	123	20'441	146	23'691	169	27'605	197	36'644	261
Total 65+	55'618	100	61'194	110	63'285	114	71'882	129	81'253	146	87'271	157	95'118	171
<b>Total</b>	<b>334'465</b>	<b>100</b>	<b>352'430</b>	<b>105</b>	<b>356'797</b>	<b>107</b>	<b>371'584</b>	<b>111</b>	<b>385'269</b>	<b>115</b>	<b>393'721</b>	<b>118</b>	<b>403'600</b>	<b>121</b>

Broje	2022		2025		2026		2030		2035		2040		2050	
	N	Index	N	Index	N	Index	N	Index	N	Index	N	Index	N	Index
<65	29'556	100	31'012	105	31'363	106	32'326	109	32'980	112	33'497	113	34'187	116
65-69	1'622	100	1'874	116	1'952	120	2'249	139	2'481	153	2'312	143	2'570	158
70-74	1'438	100	1'447	101	1'470	102	1'781	124	2'134	148	2'349	163	2'272	158
75-79	1'247	100	1'344	108	1'330	107	1'319	106	1'627	130	1'952	157	1'999	160
80-84	739	100	918	124	1'008	136	1'133	153	1'119	151	1'390	188	1'851	250
85-89	366	100	441	120	468	128	662	181	829	227	828	226	1'268	346
90+	193	100	208	108	217	112	300	155	466	241	628	325	855	443
65-79	4'307	100	4'666	108	4'752	110	5'349	124	6'242	145	6'613	154	6'840	159
80+	1'298	100	1'567	121	1'693	130	2'095	161	2'414	186	2'846	219	3'974	306
Total 65+	5'605	100	6'233	111	6'445	115	7'444	133	8'656	154	9'459	169	10'814	193
<b>Total</b>	<b>35'161</b>	<b>100</b>	<b>37'244</b>	<b>106</b>	<b>37'808</b>	<b>108</b>	<b>39'770</b>	<b>113</b>	<b>41'636</b>	<b>118</b>	<b>42'957</b>	<b>122</b>	<b>45'002</b>	<b>128</b>

Glâne	2022		2025		2026		2030		2035		2040		2050	
	N	Index	N	Index	N	Index	N	Index	N	Index	N	Index	N	Index
<65	22'051	100	22'955	104	23'114	105	23'526	107	23'693	107	23'571	107	22'856	104
65-69	1'177	100	1'356	115	1'411	120	1'601	136	1'630	138	1'607	137	1'651	140
70-74	1'004	100	1'038	103	1'090	109	1'275	127	1'504	150	1'522	152	1'530	152
75-79	781	100	877	112	886	113	950	122	1'168	150	1'378	176	1'366	175
80-84	489	100	592	121	624	128	732	150	795	163	986	202	1'186	243
85-89	313	100	326	104	339	108	426	136	534	171	583	186	885	283
90+	172	100	195	113	202	117	231	134	305	177	400	233	587	341
65-79	2'962	100	3'271	110	3'387	114	3'826	129	4'302	145	4'508	152	4'547	154
80+	974	100	1'113	114	1'164	120	1'389	143	1'634	168	1'970	202	2'658	273
Total 65+	3'936	100	4'384	111	4'551	116	5'215	132	5'936	151	6'478	165	7'205	183
<b>Total</b>	<b>25'987</b>	<b>100</b>	<b>27'340</b>	<b>105</b>	<b>27'665</b>	<b>106</b>	<b>28'741</b>	<b>111</b>	<b>29'629</b>	<b>114</b>	<b>30'048</b>	<b>116</b>	<b>30'060</b>	<b>116</b>

Gruyère	2022		2025		2026		2030		2035		2040		2050	
	N	Index	N	Index	N	Index	N	Index	N	Index	N	Index	N	Index
<65	50'237	100	53'616	107	54'355	108	56'923	113	59'544	119	61'395	122	64'153	128
65-69	2'712	100	3'053	113	3'178	117	3'529	130	3'691	136	3'719	137	4'207	155
70-74	2'364	100	2'453	104	2'536	107	2'915	123	3'354	142	3'500	148	3'531	149
75-79	2'044	100	2'198	108	2'179	107	2'265	111	2'689	132	3'090	151	3'244	159
80-84	1'265	100	1'552	123	1'632	129	1'869	148	1'942	154	2'315	183	2'789	220
85-89	721	100	790	110	871	121	1'126	156	1'370	190	1'445	200	2'010	279
90+	411	100	465	113	481	117	577	140	817	199	1'058	257	1'454	354
65-79	7'120	100	7'705	108	7'893	111	8'710	122	9'735	137	10'310	145	10'981	154
80+	2'397	100	2'807	117	2'984	124	3'572	149	4'129	172	4'818	201	6'253	261
Total 65+	9'517	100	10'512	110	10'877	114	12'282	129	13'864	146	15'128	159	17'234	181
<b>Total</b>	<b>59'754</b>	<b>100</b>	<b>64'128</b>	<b>107</b>	<b>65'233</b>	<b>109</b>	<b>69'204</b>	<b>116</b>	<b>73'408</b>	<b>123</b>	<b>76'522</b>	<b>128</b>	<b>81'387</b>	<b>136</b>

Sarine	2022		2025		2026		2030		2035		2040		2050	
	N	Index	N	Index	N	Index	N	Index	N	Index	N	Index	N	Index
<65	91'088	100	95'431	105	96'160	106	98'020	108	99'575	109	100'358	110	100'885	111
65-69	4'773	100	5'200	109	5'404	113	6'337	133	6'248	131	5'930	124	6'389	134
70-74	4'301	100	4'416	103	4'481	104	4'867	113	5'931	138	5'831	136	5'523	128
75-79	3'700	100	3'862	104	3'885	105	4'029	109	4'441	120	5'421	147	5'044	136
80-84	2'517	100	2'925	116	3'041	121	3'258	129	3'422	136	3'786	150	4'587	182
85-89	1'412	100	1'611	114	1'688	120	2'106	149	2'378	168	2'531	179	3'501	248
90+	804	100	887	110	936	116	1'131	141	1'526	190	1'848	230	2'370	295
65-79	12'774	100	13'478	106	13'770	108	15'233	119	16'620	130	17'182	135	16'955	133
80+	4'733	100	5'424	115	5'666	120	6'496	137	7'327	155	8'165	173	10'458	221
Total 65+	17'507	100	18'902	108	19'436	111	21'729	124	23'947	137	25'347	145	27'413	157
<b>Total</b>	<b>108'595</b>	<b>100</b>	<b>114'333</b>	<b>105</b>	<b>115'595</b>	<b>106</b>	<b>119'749</b>	<b>110</b>	<b>123'522</b>	<b>114</b>	<b>125'705</b>	<b>116</b>	<b>128'298</b>	<b>118</b>

Lac / See	2022		2025		2026		2030		2035		2040		2050	
	N	Index	N	Index	N	Index	N	Index	N	Index	N	Index	N	Index
<65	31'822	100	32'862	103	33'016	104	33'247	104	33'174	104	33'056	104	32'758	103
65-69	2'048	100	2'381	116	2'488	121	2'823	138	2'859	140	2'552	125	2'505	122
70-74	1'691	100	1'791	106	1'851	109	2'258	134	2'673	158	2'699	160	2'267	134
75-79	1'410	100	1'501	106	1'508	107	1'635	116	2'067	147	2'448	174	2'193	156
80-84	838	100	1'075	128	1'150	137	1'269	151	1'392	166	1'775	212	2'133	255
85-89	522	100	535	102	574	110	790	151	942	180	1'045	200	1'614	309
90+	275	100	321	117	336	122	392	143	571	208	736	268	1'109	403
65-79	5'149	100	5'673	110	5'846	114	6'716	130	7'598	148	7'699	150	6'965	135
80+	1'635	100	1'931	118	2'060	126	2'452	150	2'906	178	3'555	217	4'856	297
Total 65+	6'784	100	7'604	112	7'906	117	9'168	135	10'504	155	11'254	166	11'821	174
<b>Total</b>	<b>38'606</b>	<b>100</b>	<b>40'466</b>	<b>105</b>	<b>40'923</b>	<b>106</b>	<b>42'415</b>	<b>110</b>	<b>43'678</b>	<b>113</b>	<b>44'310</b>	<b>115</b>	<b>44'579</b>	<b>115</b>

Sense	2022		2025		2026		2030		2035		2040		2050	
	N	Index	N	Index	N	Index	N	Index	N	Index	N	Index	N	Index
<65	36'324	100	36'551	101	36'482	100	36'056	99	35'135	97	34'559	95	33'726	93
65-69	2'743	100	3'007	110	3'140	114	3'432	125	3'549	129	2'999	109	2'922	107
70-74	2'323	100	2'497	107	2'550	110	2'867	123	3'273	141	3'385	146	2'607	112
75-79	1'935	100	2'054	106	2'078	107	2'288	118	2'636	136	3'017	156	2'642	137
80-84	1'274	100	1'533	120	1'577	124	1'741	137	1'958	154	2'274	178	2'720	214
85-89	713	100	782	110	863	121	1'108	155	1'277	179	1'460	205	1'990	279
90+	331	100	411	124	445	134	546	165	789	238	987	298	1'433	433
65-79	7'001	100	7'558	108	7'768	111	8'586	123	9'458	135	9'400	134	8'171	117
80+	2'318	100	2'727	118	2'884	124	3'394	146	4'024	174	4'722	204	6'143	265
Total 65+	9'319	100	10'285	110	10'652	114	11'980	129	13'482	145	14'122	152	14'314	154
<b>Total</b>	<b>45'643</b>	<b>100</b>	<b>46'836</b>	<b>103</b>	<b>47'134</b>	<b>103</b>	<b>48'036</b>	<b>105</b>	<b>48'617</b>	<b>107</b>	<b>48'681</b>	<b>107</b>	<b>48'040</b>	<b>105</b>

Veveyse	2022		2025		2026		2030		2035		2040		2050	
	N	Index	N	Index	N	Index	N	Index	N	Index	N	Index	N	Index
<65	17'769	100	18'809	106	19'022	107	19'605	110	19'915	112	20'014	113	19'918	112
65-69	905	100	1'027	113	1'072	118	1'321	146	1'467	162	1'427	158	1'535	170
70-74	744	100	793	107	820	110	974	131	1'250	168	1'384	186	1'253	168
75-79	626	100	650	104	668	107	724	116	890	142	1'142	182	1'225	196
80-84	357	100	461	129	492	138	549	154	613	172	759	213	1'087	304
85-89	208	100	216	104	232	112	336	162	404	194	457	220	745	358
90+	110	100	128	116	135	123	159	145	241	219	313	285	471	428
65-79	2'275	100	2'470	109	2'559	112	3'019	133	3'607	159	3'953	174	4'013	176
80+	675	100	804	119	859	127	1'043	155	1'258	186	1'529	227	2'303	341
Total 65+	2'950	100	3'274	111	3'418	116	4'062	138	4'865	165	5'482	186	6'316	214
<b>Total</b>	<b>20'719</b>	<b>100</b>	<b>22'083</b>	<b>107</b>	<b>22'440</b>	<b>108</b>	<b>23'668</b>	<b>114</b>	<b>24'780</b>	<b>120</b>	<b>25'497</b>	<b>123</b>	<b>26'234</b>	<b>127</b>

Source : SStat (2025), Obsan (2024)

### 8.3.1.2 Statistiques SOMED

Tableau 22 Résident-e-s en EMS selon le lieu d'origine et l'emplacement de l'EMS, 2022

		District de la Broye		District de la Glâne		District de la Gruyère		District de la Sarine		District du Lac		District de la Singine		District de la Veveyse		Total des Fribourgeois/-es <sup>1)</sup>		Autres cantons		Total <sup>3)</sup>
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
FR	Broye	185	81	3	1	5	1	5	1	8	3	2	1	0	0	208	92	19	8	227
	Glâne	4	2	178	84	21	4	18	2	2	1	0	0	5	3	228	100	1	0	229
	Gruyère	3	1	5	2	430	81	18	2	2	1	3	1	5	3	466	99	4	1	470
	Sarine	11	5	15	7	55	10	862	94	18	7	29	8	4	3	994	99	14	1	1'008
	Lac	5	2	0	0	2	0	6	1	217	80	10	3	0	0	240	96	11	4	251
	Singine	1	0	1	0	1	0	2	0	16	6	339	89	0	0	360	92	32	8	392
	Veveyse	0	0	4	2	13	2	2	0	0	0	0	0	130	89	149	99	1	1	150
	<b>Total des Fribourgeois/-es<sup>2)</sup></b>	<b>209</b>	<b>91</b>	<b>206</b>	<b>98</b>	<b>527</b>	<b>100</b>	<b>913</b>	<b>99</b>	<b>263</b>	<b>97</b>	<b>383</b>	<b>100</b>	<b>144</b>	<b>99</b>	<b>2'645</b>	<b>97</b>	82	3	<b>2'727</b>
Autres	20	9	5	2	1	0	5	1	9	3	0	0	2	1	-	-	-	-	-	-
<b>Total des résident-e-s</b>	<b>229</b>	<b>100</b>	<b>211</b>	<b>100</b>	<b>528</b>	<b>100</b>	<b>918</b>	<b>100</b>	<b>272</b>	<b>100</b>	<b>383</b>	<b>100</b>	<b>146</b>	<b>100</b>	-	-	-	-	-	<b>2'687</b>

Remarques : 1) Total colonne. / 2) En raison des différences d'arrondi, il y a des écarts possibles entre les tableaux. Par exemple, le total de 2 727 est différent du total de 2 729 du Tableau 29. / 3) Total ligne.

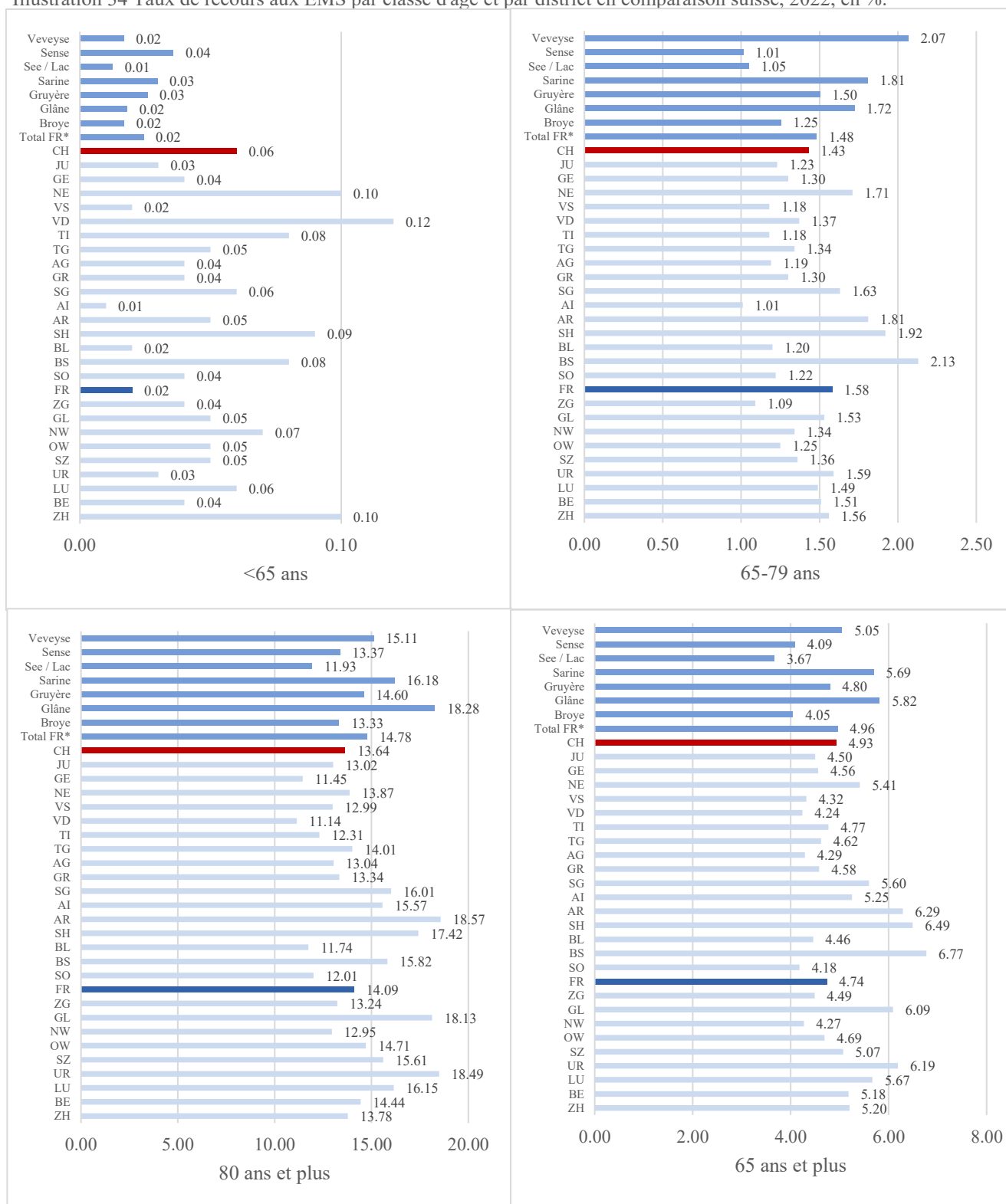
Source : statistique SOMED (2022), Obsan (2024), illustration DSAS

Tableau 23 Fribourgeoises et Fribourgeois en EMS fribourgeois par district, classe d'âge, sexe et niveau de soins (sans les personnes dans les structures hospitalières ou séjours hors canton), 2022

	Canton		District de la Broye		District de la Glâne		District de la Gruyère		District de la Sarine		District du Lac		District de la Singine		District de la Veveyse		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Classes d'âge	<65	68	2.5	5	2.1	4	1.6	13	2.8	27	2.7	4	1.6	13	3.2	3	1.8
	65-69	92	3.4	11	4.7	8	3.3	19	4.1	37	3.6	7	2.9	7	1.8	4	2.7
	70-74	189	6.9	18	8.1	16	7.0	34	7.2	68	6.8	17	6.8	25	6.3	11	7.5
	75-79	328	12.0	24	10.4	27	11.6	54	11.5	123	12.2	30	11.9	39	9.9	32	21.2
	80-84	490	18.0	45	19.9	36	15.9	71	15.2	190	18.9	53	20.9	70	17.8	25	16.3
	85-89	677	24.8	58	25.5	61	26.5	101	21.6	245	24.3	70	27.9	110	28.0	32	21.2
	90+	884	32.4	67	29.4	78	34.2	176	37.5	319	31.6	71	28.1	129	32.9	44	29.4
<b>Total</b>	<b>2'729</b>	<b>100.0</b>	<b>228</b>	<b>100.0</b>	<b>230</b>	<b>100.0</b>	<b>469</b>	<b>100.0</b>	<b>1'009</b>	<b>100.0</b>	<b>252</b>	<b>100.0</b>	<b>392</b>	<b>100.0</b>	<b>151</b>	<b>100.0</b>	
Sexe	Hommes	841	30.8	66	29.0	67	29.0	137	29.2	314	31.1	88	35.1	121	30.9	49	32.1
	Femmes	1'888	69.2	162	71.0	163	71.0	332	70.8	695	68.9	163	64.9	271	69.1	102	67.9
	<b>Total</b>	<b>2'729</b>	<b>100.0</b>	<b>228</b>	<b>100.0</b>	<b>230</b>	<b>100.0</b>	<b>469</b>	<b>100.0</b>	<b>1'009</b>	<b>100.0</b>	<b>252</b>	<b>100.0</b>	<b>392</b>	<b>100.0</b>	<b>151</b>	<b>100.0</b>
Niveau de soins	RAI 0-2	162	5.9	23	10.3	14	6.1	28	5.9	46	4.5	16	6.3	28	7.2	8	5.0
	RAI 3	238	8.7	16	7.0	30	13.2	31	6.6	94	9.3	21	8.3	33	8.4	12	8.1
	RAI 4-12	2'329	85.3	188	82.8	185	80.8	410	87.5	869	86.1	215	85.4	331	84.4	131	86.9
	<b>Total</b>	<b>2'729</b>	<b>100.0</b>	<b>228</b>	<b>100.0</b>	<b>230</b>	<b>100.0</b>	<b>469</b>	<b>100.0</b>	<b>1'009</b>	<b>100.0</b>	<b>252</b>	<b>100.0</b>	<b>392</b>	<b>100.0</b>	<b>151</b>	<b>100.0</b>

Source : statistique SOMED (2022), Obsan (2024)

Illustration 34 Taux de recours aux EMS par classe d'âge et par district en comparaison suisse, 2022, en %.

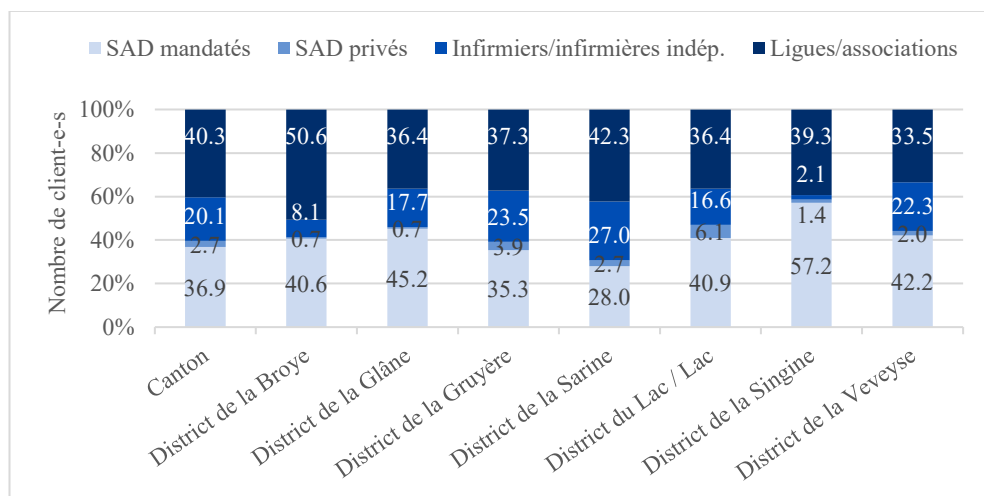


\* La valeur « Total FR » ainsi que les valeurs par district tiennent également compte des séjours dans des structures hospitalières. Elles ne sont pas directement comparables avec les autres valeurs (CH à ZH), car la comparaison entre les cantons se base sur une autre base de données et ne prend en compte, entre autres, que les séjours de longue durée.

Source : statistique SOMED (2022), Obsan (2024), analyse et illustration DSAS

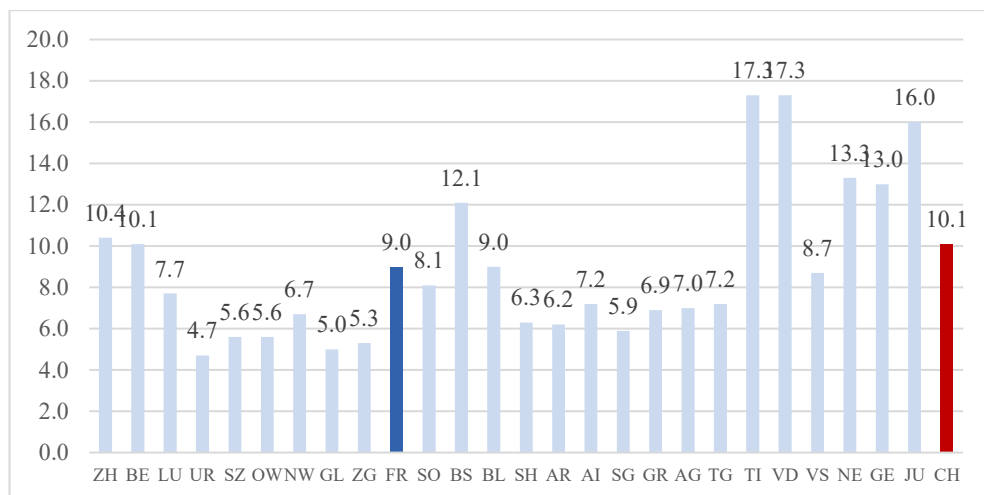
### 8.3.1.3 Statistique de l'aide et des soins à domicile

Illustration 35 Répartition du nombre de client-e-s bénéficiant de soins LAMal à domicile par groupe de prestataires et par district, 2022, en %.



Source : statistique SAD (2022), Obsan (2024), illustration DSAS

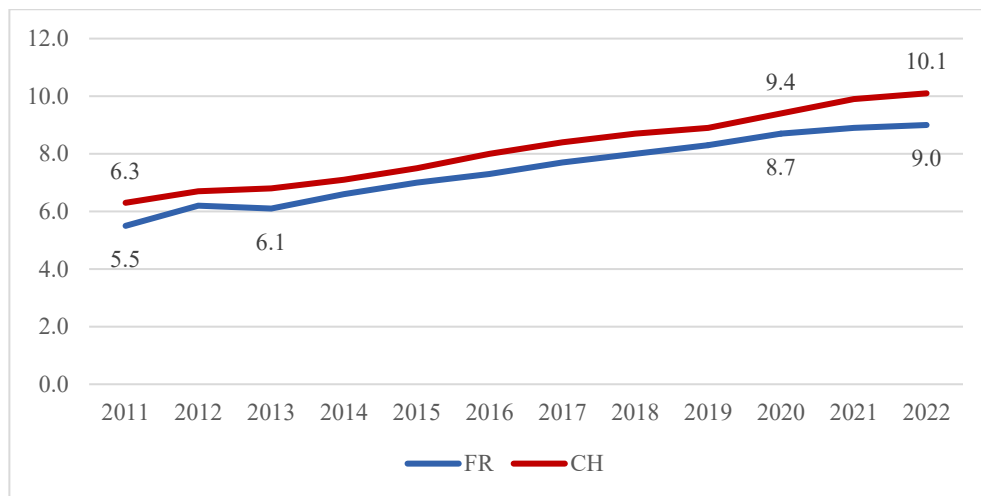
Illustration 36 Heures de soins LAMal à domicile par habitant-e en comparaison suisse, total 65+, 2022, en heures



Source : statistique SAD (2022), Obsan (2024), illustration DSAS

L'examen des heures de soins LAMal à domicile par habitant-e de plus de 65 ans montre que le volume de prestations par habitant tendanciellement faible en comparaison suisse (Illustration 36), s'observe depuis longtemps déjà (Illustration 37).

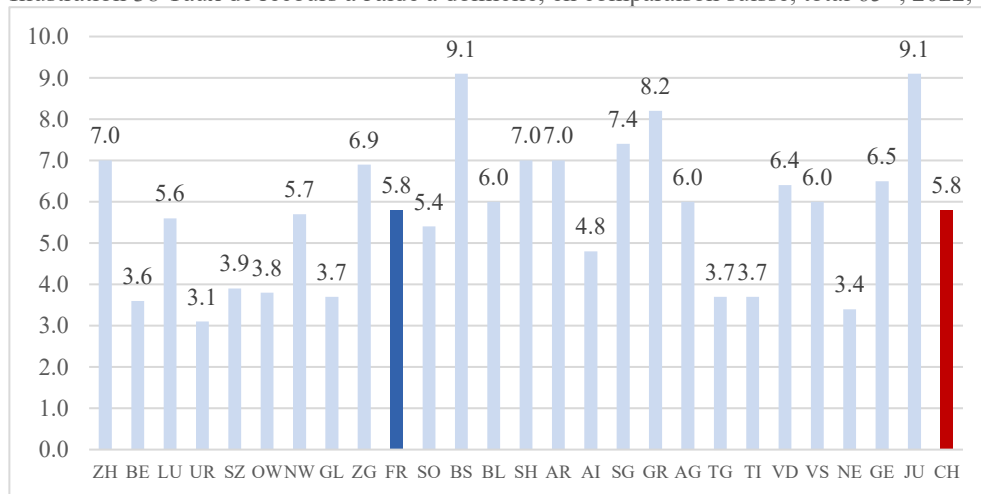
Illustration 37 Evolution des heures de soins LAMal à domicile par habitant-e du canton de Fribourg et moyenne suisse, total 65+, 2011-2022, en heures



Source : Statistique SAD (2022), Obsan (2024), illustration DSAS

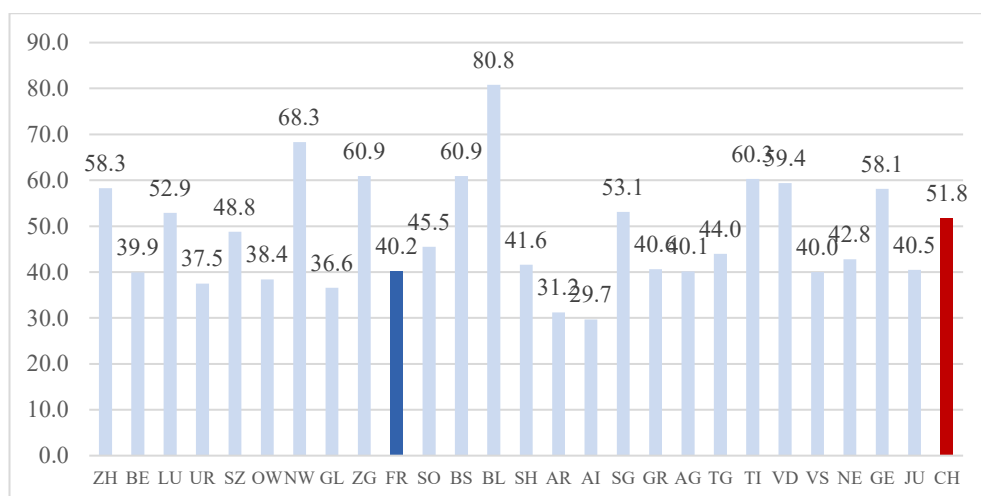
Le taux de recours à l'aide à domicile en 2022 dans le canton de Fribourg se situait dans la moyenne suisse (FR et CH : 5.8 ; Illustration 38). Comme pour les heures LAMal, le niveau d'aide à domicile par client-e était cependant inférieur à la moyenne (FR : 40.2 heures ; CH : 51.8 heures ; Illustration 39).

Illustration 38 Taux de recours à l'aide à domicile, en comparaison suisse, total 65+, 2022, en %.



Source : statistique SAD (2022), Obsan (2024), illustration DSAS

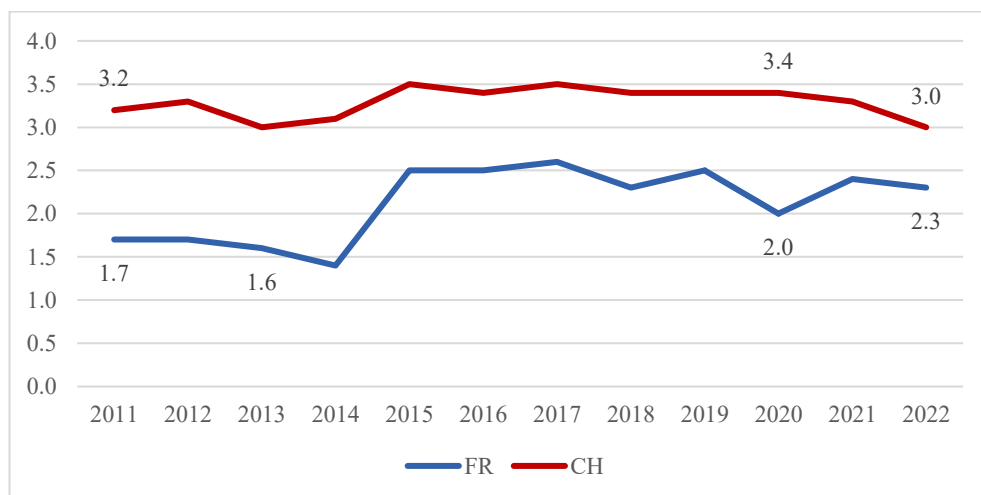
Illustration 39 Heures d'aide à domicile par client-e, total 65+, 2022



Source : statistique aide et soins à domicile (2022), Obsan (2024), illustration DSAS

Le volume de prestations par habitant-e pour l'aide à domicile est également inférieur à la moyenne suisse, mais aucune tendance claire ne se dégage, contrairement aux soins LAMal par habitant-e (Illustration 37). Après une augmentation fulgurante en 2015, les valeurs stagnent avec une légère tendance à la baisse (Illustration 40).

Illustration 40 Evolution de l'aide à domicile par habitant-e du canton de Fribourg et moyenne suisse, total 65+, 2011-2022, en heures



Source : Statistique aide et soins à domicile (2022), Obsan (2024), illustration DSAS

L'analyse des heures de soins LAMal à domicile par client-e montre qu'il existe de grandes différences entre les groupes de prestataires. Alors que les SAD mandatés ont fourni en moyenne 61 heures de soins LAMal par client-e en 2022, toutes classes d'âge confondues, les SAD privés ont fourni 118 heures de soins, les infirmiers et infirmières indépendant-e-s 22 heures et les ligues/associations 2 heures. Au total, on atteint en 2022 une moyenne de 31 heures par client-e ; après exclusion des prestations des ligues/associations, qui sont surtout actives dans le domaine des conseils, cette valeur passe à 51 heures (Tableau 24).

Tableau 24 Nombre de client-e-s et d'heures de soins LAMal à domicile par groupe de prestataires et par classe d'âge, 2022

Canton	SAD mandatés			SAD privés			Infirmières et infirmiers indépendants			Ligues/Associations			Total			Total (sans ligues/associations)		
	Nombre de pers.	Nombre h	h/per s.	Nombre de pers.	Nombre h	h/per s.	Nombre de pers.	Nombre h	h/per s.	Nombre de pers.	Nombre h	h/per s.	Nombre de pers.	Nombre h	h/per s.	Nombre de pers.	Nombre h	h/per s.
<20	58	904	16	49	2'238	46	315	3'446	11	108	229	2	530	6'817	13	422	6'588	16
20-64	1'938	93'627	48	131	13'014	99	1'479	33'788	23	4'032	6'111	2	7'580	146'540	19	3'548	140'429	40
65-79	2'549	145'355	57	150	16'554	110	1'101	23'178	21	3'418	8'186	2	7'219	193'273	27	3'800	185'087	49
80+	3'352	242'520	72	250	36'768	147	1'416	34'657	24	1'084	3'708	3	6'102	317'653	52	5'018	313'945	63
<b>Total</b>	<b>7'898</b>	<b>482'406</b>	<b>61</b>	<b>580</b>	<b>68'574</b>	<b>118</b>	<b>4'311</b>	<b>95'069</b>	<b>22</b>	<b>8'642</b>	<b>18'234</b>	<b>2</b>	<b>21'431</b>	<b>664'283</b>	<b>31</b>	<b>12'789</b>	<b>646'049</b>	<b>51</b>

Source : statistique SAD (2022), Obsan (2024), analyse et illustration DSAS

Tableau 25 Nombre de client-e-s et d'heures d'aide à domicile par groupe de prestataires et par classe d'âge, 2022

Canton	SAD mandatés			SAD privés			Total		
	Nb. de pers.	Nb. h	h/pers.	Nb. de pers.	Nb. h	h/pers.	Nb. de pers.	Nb. h	h/pers.
<20	1	1	1	2	27	0	3	28	0
20-64	577	15'505	27	133	6'015	45	710	21'520	30
65-79	568	20'633	36	892	30'102	34	1'460	50'735	35
80+	706	28'405	40	1'077	51'190	48	1'783	79'595	45
<b>Total</b>	<b>1'852</b>	<b>64'544</b>	<b>35</b>	<b>2'104</b>	<b>87'333</b>	<b>42</b>	<b>3'956</b>	<b>151'877</b>	<b>38</b>

Source : statistique SAD (2022), Obsan (2024), analyse et illustration DSAS

## 8.3.2 Plus d'informations sur les données utilisées

### 8.3.2.1 Statistiques SOMED

Tableau 26 Répartition des prestations de l'HFR et du HIB par district en 2022, en %.

District	Pourcentage
Sarine	60%
Singine	5%
Gruyère	5%
Lac	5%
Glâne	10%
Broye	10%
Veveyse	5%
<b>Total</b>	<b>100%</b>

Source : annonces périodiques de l'HFR concernant l'occupation des lits en 2022, estimation et illustration DSAS

Tableau 27 Proportion de personnes répondant aux critères des directives DSAS en vigueur pour les unités spécialisées en démence, 2022, en %.

Classe d'âge	Nombre de personnes			Nombre de journées		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
0-64	12.2%	12.5%	12.4%	8.1%	6.3%	7.1%
65-69	12.5%	9.5%	11.0%	9.6%	10.7%	10.1%
70-74	11.9%	12.9%	12.5%	11.6%	11.9%	11.7%
75-79	11.4%	10.3%	10.8%	9.1%	7.8%	8.4%
80-84	8.7%	12.3%	11.1%	6.3%	8.8%	8.0%
85-89	7.5%	7.5%	7.5%	6.8%	4.9%	5.5%
90 +	7.3%	7.9%	7.7%	5.0%	5.1%	5.1%
<b>Total</b>	<b>9.1%</b>	<b>9.2%</b>	<b>9.2%</b>	<b>7.4%</b>	<b>6.5%</b>	<b>6.7%</b>

Source : données RAI 2022, analyse et illustration DSAS

### 8.3.2.2 Statistique de l'aide et des soins à domicile

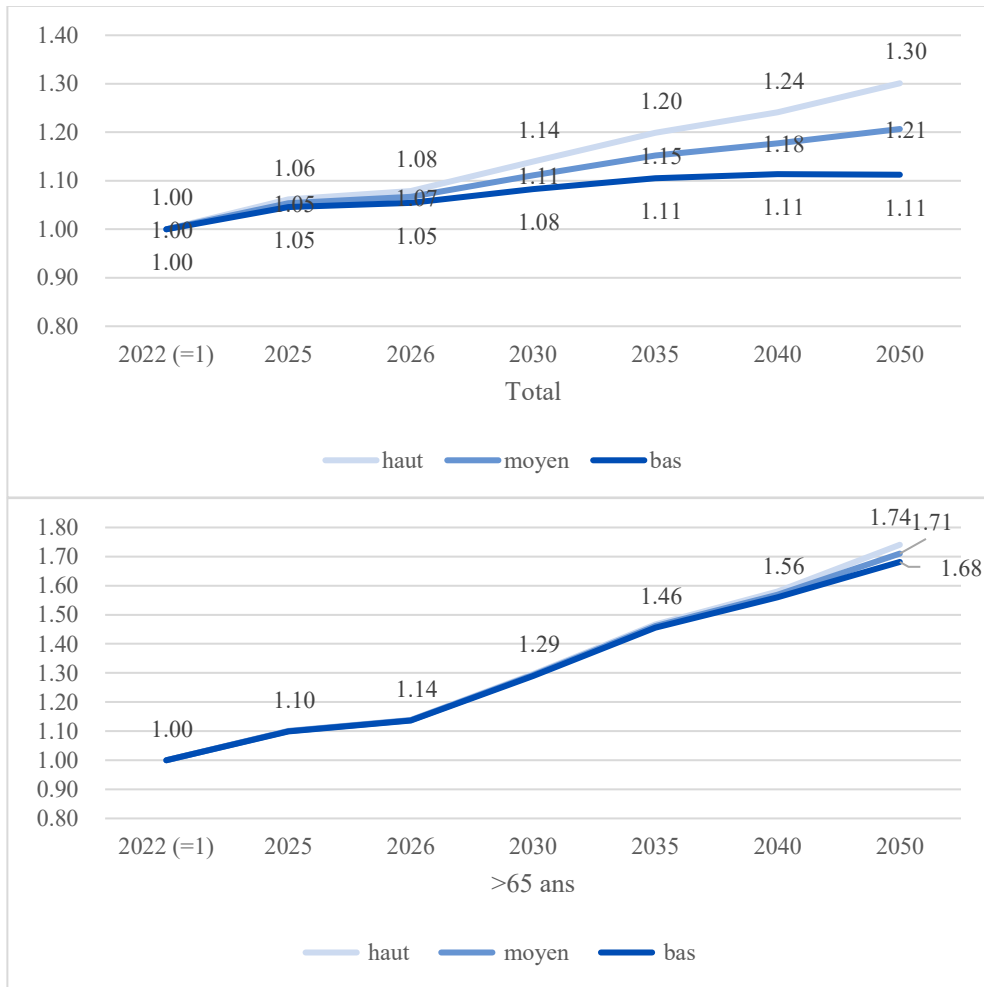
Tableau 28 Répartition des prestations des services privés d'aide et de soins à domicile et des infirmiers et infirmières indépendants par district, 2022, en %.

Fournisseur de prestations	Sarine	Singine	Gruyère	Lac	Glâne	Broye	Veveyse	Total
Swiss Agi San Sàrl			100%					100%
Chinderspitex GmbH		50%		50%				100%
Proxi-soins Sàrl	17%	2%	43%	7%	8%	9%	14%	100%
Senevita Casa Fribourg	100%							100%
Senevita, Résidence Beaulieu				100%				100%
Services aux personnes âgées Suisse SA	76%	2%	13%	7%	0%	2%	0%	100%
High Tech Home Care AG	32%	14%	18%	12%	8%	11%	6%	100%
Association des sœurs de Saint-Canisius	100%							100%
Ass. fribourgeoise du diabète	55%	6%	23%	6%	5%	2%	3%	100%
Ligue pulmonaire fribourgeoise	37%	10%	18%	8%	8%	13%	4%	98%
Equipe mobile de soins	29%	16%	22%	8%	7%	12%	6%	100%
Pro Senectute Fribourg	59%	3%	14%	11%	5%	6%	2%	100%
Infirmiers/ infirmières indépendants	51%	1%	25%	7%	7%	4%	6%	100%

Source : données de facturation 2022, analyse et illustration DSAS

### 8.3.2.3 Statistiques démographiques

Illustration 41 Evolution de la population du canton de Fribourg par scénario (bas, moyen, haut) au total et pour les >65 ans, 2022-2050 (2022=1)



Source : SStat (2025), analyse et illustration DSAS

### 8.3.2.4 Nombre de lits selon l'ordonnance

Tableau 29 Nombre de lits en EMS et de places en foyers de jour selon l'ordonnance fixant la liste des établissements médico-sociaux du canton de Fribourg, 2020-2025

District	Nombre de lits EMS <sup>1)</sup>						Nombre de places en foyers de jour					
	2020	2021	2022	2023	2024	2025 <sup>2)</sup>	2020	2021	2022	2023	2024	2025 <sup>2)</sup>
Sarine	938	938	938	938	957	991	16	16	16	16	16	16
Sense	391	391	391	391	391	403	15	15	15	15	15	16
Gruyère	526	526	526	526	526	526	7	7	7	8	16	16
Lac	283	284	284	283	283	300	8	8	8	8	8	8
Glâne	216	216	228	228	233	241	0	0	0	0	0	8
Broye	224	228	228	228	228	229	5	5	6	7	7	8
Veveyse	153	153	153	158	158	156	10	10	10	10	10	8
Hors districts	123	139	144	132	123	141	11	11	11	14	14	12
<b>Total</b>	<b>2'854</b>	<b>2'875</b>	<b>2'892</b>	<b>2'884</b>	<b>2'899</b>	<b>2'987</b>	<b>72</b>	<b>72</b>	<b>73</b>	<b>78</b>	<b>86</b>	<b>92</b>

1) Le nombre de lits correspond aux lits de long séjour (y compris les lits AOS), plus les lits de court séjour / 2) La valeur pour l'année 2025 correspond à la valeur cible de la dernière planification cantonale des soins de longue durée 2021-2025 (2'987 lits = 2'892 lits de long séjour + 95 lits de court séjour ; DSAS (2020), p. 20 et 24).

Source : Ordonnance fixant la liste des établissements médico-sociaux du canton de Fribourg et planification cantonale des soins de longue durée 2021-2025, illustration DSAS

### 8.3.3 Plus d'informations sur les ajustements effectués par la DSAS

#### 8.3.3.1 Distinction de l'offre dans les EMS

Le Tableau 30 ci-dessous présente le nombre de lits en 2024 ainsi que les prévisions de l'Obsan pour 2030 et 2050. Il convient de noter que les prévisions pour les années 2030 et 2050 reposent sur un taux d'occupation de 100 pour cent<sup>48</sup>, et ne différencient pas les mandats cantonaux pour des offres spécifiques (cf. ligne « Hors quota des districts »). Ils sont donc inclus proportionnellement dans les prévisions des districts.

<sup>48</sup> Cela signifie que chaque lit doit être occupé 365 jours par an pour couvrir les besoins pronostiqués. Etant donné qu'en réalité, il n'est pas possible d'atteindre un taux d'occupation complet, il faut de fait créer un plus grand nombre de lits.

Tableau 30 Infrastructure existante des EMS (2024) et évolution des besoins prévus en 2030 et 2050 par type d'offre et par district, en nombre

District	2024				2030				2050			
	Σ	Lits long séjour (y.c. AOS)	Lits démence (y.c. psy. âge avancé)	Lits séjours temporaires	Σ	Lits long séjour	Lits démence	Lits séjours temporaires	Σ	Lits long séjour	Lits démence	Lits séjours temporaires
Broye	228	207 (0.91)	15 (0.07)	6 (0.03)	303	268	20	15	503	433	30	40
Glâne	233	204 (0.88)	24 (0.1)	5 (0.02)	276	244	18	14	438	378	26	35
Gruyère	526	494 (0.94)	21 (0.04)	11 (0.02)	588	521	38	29	935	805	55	75
Sarine	957	901 (0.94)	42 (0.04)	14 (0.01)	1'218	1'078	79	61	1'648	1'417	100	132
Lac	283	277 (0.98)	0 (0)	6 (0.02)	315	278	21	16	520	446	32	42
Singine	391	353 (0.9)	24 (0.06)	14 (0.04)	518	459	33	26	846	730	48	68
Veveyse	158	137 (0.87)	15 (0.09)	6 (0.04)	195	172	13	10	374	321	23	30
Hors quota des districts	123	56 (0.46)	25 (0.2)	42 (0.34)								
<b>Total</b>	<b>2'899</b>	<b>2'629 (0.91)</b>	<b>166 (0.06)</b>	<b>104 (0.04)</b>	<b>3'414</b>	<b>3'020 (0.88)</b>	<b>222 (0.07)</b>	<b>171 (0.05)</b>	<b>5'273</b>	<b>4'536 (0.86)</b>	<b>315 (0.06)</b>	<b>422 (0.08)</b>

Source : Obsan (2024) ainsi que l'Ordonnance fixant la liste des établissements médico-sociaux du canton de Fribourg 2024<sup>49</sup>, analyse et illustration DSAS

<sup>49</sup> [Ordonnance fixant la liste des établissements médico-sociaux du canton de Fribourg, 2024](#)

Tableau 31 Mandats cantonaux existants (2024) et évolution des besoins pronostiqués en 2030 et 2050 ainsi que redistribution par district

Type d'offre	2024	2030	2050
Psychiatrie de l'âge avancé, nombre de lits long séjour	25	29	46
<b>Psychiatrie de l'âge avancé, nombre de lits long séjour -corrigé</b>	<b>25</b>	<b>55</b>	<b>55</b>
redistribution lits long séjour : Broye		-4	-4
Glâne		-4	-4
Gruyère		-10	-8
Sarine		-21	-15
Lac		-6	-5
Singine		-8	-7
Veveyse		-2	-3
<b>Evaluation/réhabilitation/soins transitoires, nombre de lits séjour temporaire</b>	<b>36</b>	<b>43</b>	<b>66</b>
redistribution lits séjour temporaire : Broye		-4	-6
Glâne		-4	-5
Gruyère		-7	-12
Sarine		-15	-20
Lac		-4	-6
Singine		-7	-12
Veveyse		-2	-5
<b>Soins palliatifs, nombre de lits séjour temporaire</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>11</b>
redistribution lits séjour temporaire : Broye		-1	-1
Glâne			-1
Gruyère		-1	-2
Sarine		-3	-5
Lac		-1	-1
Singine		-1	-1
Veveyse			-1

Source : Obsan (2024), ainsi que l'Ordonnance fixant la liste des établissements médico-sociaux du canton de Fribourg 2024<sup>50</sup>, analyse et illustration DSAS

<sup>50</sup> [Ordonnance fixant la liste des établissements médico-sociaux du canton de Fribourg](#), 2024

### 8.3.3.2 Distinction de l'offre heures de soins LAMal

Tableau 32 Heures de soins LAMal dispensées en 2022 et évolution des besoins prévus en 2030 et 2050 selon la trajectoire cible par groupe de prestataires et par district, en heures

District	2022				2030				2050			
	Σ	SAD mandatés	Autres (SAD privés & inf. indép.)	Ligues/ associations	Σ	SAD mandatés	Autres (SAD privés & inf. indép.)	Ligues/ associations	Σ	SAD mandatés	Autres (SAD privés & inf. indép.)	Ligues/ associations
Broye	65'767	59'164	4'794	1'809	89'215	80'828	6'184	2'204	148'291	135'793	9'646	2'851
Glâne	49'575	40'596	7'747	1'231	70'785	58'821	10'476	1'487	130'031	110'160	18'058	1'814
Gruyère	157'738	108'294	45'626	3'818	230'935	161'576	64'737	4'622	353'117	253'253	93'927	5'938
Sarine	199'785	111'207	81'338	7'240	283'726	164'946	110'411	8'369	475'229	291'346	174'267	9'615
Lac	75'638	59'515	14'778	1'346	104'173	83'154	19'390	1'628	185'720	151'477	32'293	1'951
Singine	79'758	75'289	2'488	1'981	110'120	104'647	3'182	2'291	180'985	173'774	4'657	2'554
Veveyse	36'021	28'341	3'076	5'334	50'368	40'018	9'336	1'014	94'585	76'245	16'949	1'391
<b>Canton</b>	<b>664'283</b>	<b>482'406</b>	<b>163'643</b>	<b>18'234</b>	<b>939'322</b>	<b>693'989</b>	<b>223'716</b>	<b>21'616</b>	<b>1'567'958</b>	<b>1'192'046</b>	<b>349'797</b>	<b>26'115</b>

Source : Obsan (2024), analyse et illustration DSAS

Tableau 33 Croissance du volume d'heures de soins LAMal entre 2022 et 2030 ou 2050 selon la trajectoire cible, par groupe de prestataires, en heures

District	Δ 2022-2030					Δ 2022-2050						
	100 % à charge SAD mandatés	Croissance du volume ventilée			100 % à charge ligues/associations	Total	100 % à charge SAD mandatés	Croissance du volume ventilée			100 % à charge ligues/associations	Total
Type		Sous-total	SAD mandatés	Autres				Sous-total	SAD mandatés	Autres		
Broye	4'524	18'530	17'141	1'389	395	23'448	16'746	64'735	59'883	4'852	1'042	82'524
Glâne	3'919	17'036	14'306	2'730	256	21'211	15'530	64'344	54'033	10'311	583	80'457
Gruyère	7'920	64'472	45'361	19'111	804	73'197	30'316	162'943	114'643	48'301	2'120	195'379
Sarine	13'990	68'822	39'749	29'073	1'129	83'941	53'085	219'983	127'054	92'929	2'375	275'444
Lac	5'063	23'188	18'576	4'613	282	28'534	21'420	88'057	70'541	17'516	605	110'081
Singine	8'346	21'706	21'011	694	310	30'362	32'864	67'790	65'621	2'169	573	101'227
Veveyse	1'516	12'625	10'161	2'464	206	14'347	6'346	51'635	41'558	10'077	583	58'564
<b>Canton</b>	<b>45'277</b>	<b>226'380</b>	<b>166'306</b>	<b>60'074</b>	<b>3'383</b>	<b>275'040</b>	<b>176'306</b>	<b>719'488</b>	<b>533'334</b>	<b>186'155</b>	<b>7'882</b>	<b>903'676</b>

Source : Obsan (2024), analyse et illustration DSAS

### 8.3.3.3 Distinction de l'offre heures d'aide

Tableau 34 Heures d'aide à domicile fournies en 2022 et évolution des besoins prévus en 2030 et 2050 selon la trajectoire cible, par groupe de prestataires et par district, en heures

District	2022			2030			2050		
	Σ	SAD mandatés	SAD privés	Σ	SAD mandatés	SAD privés	Σ	SAD mandatés	SAD privés
Broye	9'002	4'897	4'105	12'653	7'353	5'300	21'573	13'477	8'096
Glâne	7'390	4'039	3'351	10'757	6'667	4'090	20'067	14'058	6'009
Gruyère	47'913	27'041	20'872	70'147	41'131	29'016	107'259	66'494	40'765
Sarine	52'603	4'677	47'926	68'410	10'621	57'789	106'004	26'814	79'190
Lac	9'825	2'251	7'574	13'843	4'110	9'733	24'965	9'706	15'259
Singine	15'249	13'165	2'084	21'396	18'815	2'581	36'040	32'471	3'569
Veveyse	9'896	8'474	1'422	13'272	11'442	1'830	23'718	20'634	3'084
<b>Canton</b>	<b>151'877</b>	<b>64'544</b>	<b>87'333</b>	<b>210'478</b>	<b>100'139</b>	<b>110'339</b>	<b>339'628</b>	<b>183'656</b>	<b>155'972</b>

Source : Obsan (2024), analyse et illustration DSAS

Tableau 35 Croissance du volume d'heures d'aide à domicile entre 2022 et 2030 ou 2050 selon la trajectoire cible par groupe de prestataires, en heures

District	Δ 2022-2030					Δ 2022-2050				
	100 % à charge des SAD mandatés	Croissance du volume ventilée			Total	100 % à charge des SAD mandatés	Croissance du volume ventilée			Total
		Sous-total	SAD mandatés	SAD privés			Sous-total	SAD mandatés	SAD privés	
Broye	1'030	2'621	1'426	1'195	3'651	3'819	8'752	4'761	3'991	12'571
Glâne	1'736	1'631	891	739	3'367	6'815	5'862	3'204	2'658	12'677
Gruyère	3'540	18'694	10'550	8'144	22'234	13'681	45'666	25'773	19'893	59'346
Sarine	4'982	10'825	962	9'863	15'807	19'087	34'315	3'051	31'264	53'401
Lac	1'217	2'801	642	2'159	4'018	5'172	9'969	2'284	7'685	15'140
Singine	2'510	3'637	3'140	497	6'147	9'923	10'869	9'383	1'485	20'791
Veveyse	535	2'842	2'433	408	3'376	2'257	11'565	9'903	1'662	13'822
<b>Canton</b>	<b>15'549</b>	<b>43'051</b>	<b>20'045</b>	<b>23'006</b>	<b>58'600</b>	<b>60'753</b>	<b>126'998</b>	<b>58'360</b>	<b>68'638</b>	<b>187'750</b>

Source : Obsan (2024), analyse et illustration DSAS

### 8.3.3.4 Distinction de l'offre des foyers de jour

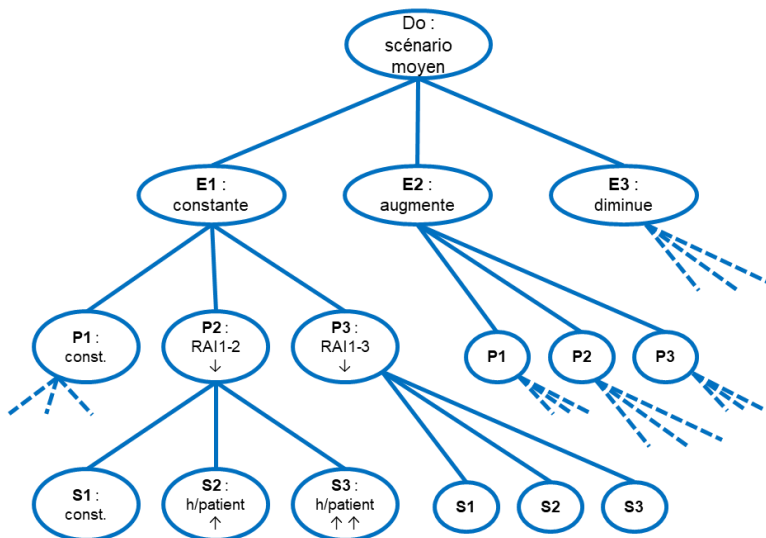
Tableau 36 Places existantes dans les foyers de jour (2022), situation en 2024 et évolution des besoins prévus en 2030 et 2050 par district, en nombre

District	2022			2024		2030		2050	
	Places effectives	Equivalent de places (Obsan)	Jours facturés	Places effectives	Jours facturés	Equivalent de places (Obsan)	Jours	Equivalent de places (Obsan)	Jours
Broye	6	4	1'518	7	1'661	4	1'370	7	2'600
Glâne	0	0	0	0	0	3	1'151	6	2'200
Gruyère	7	5	1'634	16	2953	8	2'958	16	5'700
Sarine	16	7	2'493	16	2749	14	5'093	24	8'800
Lac	8	6	2'095	8	2180	3	1'229	7	2'500
Singine	15	6	2'032	15	2260	4	1'399	7	2'400
Veveyse	10	3	1'155	10	1168	2	723	4	1'500
Hors quota des districts	11	11	4'119	14	3879	13	4'517	13	4'600
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>42</b>	<b>15'046</b>	<b>86</b>	<b>16'850</b>	<b>51</b>	<b>18'440</b>	<b>84</b>	<b>30'300</b>
dont 65-79		12				13		13	
dont 80+		23				38		71	

Source : Obsan (2024), analyse et illustration DSAS

## 8.4 Illustrations supplémentaires

Illustration 42 Arbre des résultats du modèle de l'Obsan utilisé pour la planification des soins de longue durée 2026-2030



Explication : voir section 3.3 (évolution démographique : scénario moyen, scénarios pour l'analyse de sensibilité : épidémiologie (E1-E3), politique, sur l'évolution de la prise en charge (P1-P3), évolution des soins à domicile (S1-S3).

Source : Illustration DSAS

---

## 9 Bibliographie

---

- Office fédéral de la santé publique (2024). *Etat de la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins. Rapport de l'Office fédéral de la santé publique au Conseil fédéral*. Berne, 1er mai 2024. <https://www.news.admin.ch/news/message/attachments/87374.pdf>
- Office fédéral de la santé publique (2024). *Statistiques de l'assurance-maladie. Chiffres clés des hôpitaux suisses 2022* (OFSP 3/2024). Berne. [kzp22\\_publication.pdf](kzp22_publication.pdf) (bagapps.ch)
- Office fédéral de la santé publique (2021). *Statistiques de l'assurance-maladie. Chiffres clés des hôpitaux suisses 2019* (OFSP 3/2021). Berne. [kzp19\\_publication.pdf](kzp19_publication.pdf) (bagapps.ch)
- Direction de la santé et des affaires sociales (2020). *Planification des soins de longue durée, 2021-2025, canton de Fribourg, rapport*. Fribourg : DSAS. <Correspondance> (fr.ch)
- Eggl, Y., Seematter-Bagnoud, L., Cattagni, A., Marti, J. (2023). *Evaluation du pilote Temps de soins*. Lausanne : Unisanté - Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Raisons de santé 346). <https://doi.org/10.16908/issn.1660-7104/346>
- Füglister-Dousse, S., Merçay, C. (2023). *Rapport sur l'analyse des besoins pour la planification hospitalière 2024. canton de Fribourg*. Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé. <rapport-analyse-des-besoins-pour-la-planification-hospitaliere-2024.pdf> (fr.ch)
- Merçay, C. (2003). *Besoins de relève en personnel de soins et d'accompagnement dans le canton de Fribourg*. Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé. <Personnel de santé dans le canton de Fribourg>
- Monod, S., Belloni, G., Seematter-Bagnoud, L., réalisé avec le Groupement Romand des Services de Santé Publique (GRSP) (2024). *Lignes directrices et recommandations pour le renfort des soins de longue durée - hébergement dans les cantons latins*. Lausanne : Unisanté - Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Raisons de santé 000). <https://doi.org/10.16908/issn.1660-7104/360>
- Pahud, O., Zufferey, J., Dutoit, L. (2024). *Bases statistiques pour la planification des soins de longue durée dans le canton de Fribourg, Prévisions des besoins de 2022 à 2050*. (rapport Obsan). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Pellegrini, S., Dutoit, L., Pahud, O. & Dorn, M. (2022). *Besoins en soins de longue durée en Suisse Projections à l'horizon 2040* (Obsan Rapport 03/2022). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé. <Besoins en soins de longue durée en Suisse | OBSAN> (admin.ch)
- Wächter, M. & Künzi, K. (2011): *Grenzen von Spitex aus ökonomischer Perspektive, Kurzstudie*. Bern: Projektkooperation Matthias Wächter – Forschung und Beratung & Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien BASS AG. <Grenzen von Spitex aus ökonomischer Perspektive - Kurzstudie>