



**Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil
à l'appui
d'un projet de loi portant modification de la loi de santé (LS)
(Planification médico-sociale pour les personnes âgées)**

(Du 14 mars 2012)

Monsieur le président, Mesdames et Messieurs,

RESUME

La planification médico-sociale pour les personnes âgées est un projet qui a demandé une longue maturation et un travail d'analyse très poussé. Le Conseil d'Etat a mené ses premières réflexions en 2006 déjà. Il s'est adjoint les compétences et l'expertise de la Haute Ecole Arc Santé (HE-ARC Santé) pour réaliser les aspects techniques du projet.

La démarche choisie s'inspire du modèle « Balance of Care System » (BoC) développé à l'origine en Grande-Bretagne et utilisé dans plusieurs cantons de Suisse ces dernières années. La méthode consiste tout d'abord à évaluer l'état de santé "bio-psycho-social" des personnes âgées de plus de 65 ans, puis de déterminer la liste des prestations et services qui devraient être disponibles dans notre canton. Les étapes suivantes sont de définir le volume de prestations nécessaires pour couvrir ces besoins et finalement de concevoir la planification proprement dite. La HE-ARC Santé a réalisé les premières étapes en effectuant une enquête auprès des personnes âgées et en s'adjoignant l'expertise de professionnels de la santé actifs dans le canton. La dernière étape dite de planification a été réalisée par les services de l'Etat.

Les études ont montré que notre canton comptait 30.500 personnes de plus de 65 ans en 2010 parmi lesquelles 12.400 pouvaient être classées dans l'un des 13 profils de dépendance définis par la méthode BoC. Un affinage des données a montré que, sur ces 12.400 personnes âgées, 3100 vivent seules sans recevoir de l'aide de l'entourage (sans aide informelle), 3100 sont également seules mais peuvent compter sur un réseau de proches et le solde, soit 6200, vivent en ménage. A noter enfin que 2300 personnes âgées ont des problèmes cognitifs. En 2022, nous devons nous attendre à une augmentation du nombre de personnes de plus de 65 ans d'environ 2000 unités, en raison principalement de l'augmentation de la durée de vie.

Les professionnels de santé et les personnes âgées interrogés ont tous deux indiqué qu'il fallait retarder le plus possible l'entrée en EMS et maintenir le plus longtemps possible les personnes à domicile. La construction des modèles de prise en charge des personnes et l'estimation du volume de prestations nécessaires sont réalisés en respectant cette volonté. La planification médico-sociale s'attache donc à privilégier les lieux de vie considérés comme un domicile (domicile propre, appartements adaptés, sécurisés et protégés) et à développer l'offre des partenaires qui livrent des prestations à domicile.

Les projections sont réalisées en tenant compte des prévisions démographiques. La planification fixe un objectif intermédiaire à l'horizon 2017 et un objectif final en 2022. Au niveau des chiffres, il ressort de l'analyse et des projections que, d'ici 2022, il faudra créer près de 1000 logements adaptés, sécurisés ou protégés, diminuer le nombre de lits d'EMS d'environ 400 unités tout en spécialisant un certain nombre des lits restant en psycho-gériatrie. Le nombre de lits d'accueil temporaire devra croître d'environ 60 unités et l'accueil de jour et de nuit de près de 400 places.

Le Conseil d'Etat prévoit une implication importante des communes dans la création des appartements pour personnes âgées. En effet, il considère que cette question touche principalement des aspects d'urbanisme et d'aménagement du territoire qui sont essentiellement de compétence communale. Il désire donc collaborer étroitement avec les autorités locales pour atteindre les objectifs fixés dans le présent rapport.

Dans les prochaines années, il faudra s'attendre à une augmentation importante du nombre d'heures de prestations de santé réalisées au domicile des personnes âgées. Selon la planification, ce sont un peu plus de 187.000 heures de soins spécialisés et plus de 1,7 mios d'heures de soins de base, d'aide et de présence qui sont prévues en plus. Une partie de ces heures sera réalisée, comme c'est déjà le cas aujourd'hui, par l'entourage des personnes âgées. En plus d'aides en nature, le concept prévoit ainsi la possibilité de rémunérer certaines prestations fournies par l'entourage mais dans des situations bien particulières et sous un contrôle très strict.

La création d'appartements pour personnes âgées, le développement des prestations à domicile, la diminution et la spécialisation des lits d'EMS doivent être étroitement suivis et pilotés. En effet, il faudra être extrêmement attentif au fait que la diminution à terme des lits d'EMS ne pourra être réalisée que lorsque les appartements pour personnes âgées seront en suffisance et que NOMAD ou ses partenaires seront en mesure de livrer les prestations de maintien à domicile nécessaires.

La volonté des pouvoirs publics et les instruments de financement ne suffisent pas à eux seuls à mettre en œuvre la planification et à organiser le réseau. D'autres outils sont donc proposés, dont en particulier des entretiens d'orientation qui ont pour objectifs d'informer et de conseiller les personnes âgées sur leur parcours dans le réseau, notamment lorsqu'une entrée en home est envisagée. D'autre part, le rôle de NOMAD est spécifié comme premier partenaire de l'Etat dans la conduite de la mise en œuvre de la planification. Et enfin, l'importance du système d'information est soulignée au travers d'une collecte de données et d'un suivi statistique précis dont le but est de s'assurer de la bonne marche du processus au fil des années. En cas de dérive manifeste, le Conseil d'Etat sera alerté suffisamment tôt et pourra réorienter les axes de la planification.

Au niveau des coûts, l'application de la planification "toutes choses égales par ailleurs" apporterait une diminution des coûts de 18,5 mios de francs dont plus de 50% le serait au bénéfice des personnes âgées, les autres 50% étant partagés à part presque égale entre les assureurs-maladie et l'Etat. Prises sur le moyen terme, ces effets positifs seront consommés par l'accroissement des besoins résultant de l'augmentation prévue du nombre de personnes âgées. A l'horizon 2022, c'est donc à un surcoût de près de 38 mios de francs qu'il faut s'attendre.

La plupart des mesures proposées s'inscrivent dans le contexte légal actuel (loi de santé, loi sur le financement des EMS et loi sur NOMAD). Des articles modifiant la loi de santé sont toutefois proposés afin de combler les lacunes de la législation actuelle et permettre la mise en œuvre de la planification.

Enfin, le Conseil d'Etat propose au Grand Conseil de classer plusieurs motions et postulats qui ont trouvé réponse dans le présent document.

1. INTRODUCTION

La planification médico-sociale pour les personnes âgées est un élément essentiel de l'organisation du système de santé neuchâtelois. En effet, l'augmentation de la durée de vie et le vieillissement de la population, amplifiés par l'arrivée prochaine en âge AVS des cohortes de population du "baby-boom", placent la question de la prise en charge de personnes du 3^{ème} et du 4^{ème} âge au premier plan.

Le traitement de cette problématique est essentiel pour les pouvoirs publics, ceci pour plusieurs raisons. D'une part, nous trouvons, parmi la population âgée, un nombre important de personnes en situation sociale fragile qui, à ce titre, méritent d'être protégées par la collectivité. D'autre part, la complexité des problèmes de santé, autant sur le plan physique que psychique, augmente avec l'âge. Enfin, on sait que les dernières années de vie sont les plus lourdes en termes de dépenses de santé et que ces coûts grèvent de manière importante les comptes de l'assurance-maladie et des collectivités publiques.

Étant donné que la question est complexe, le besoin se fait sentir d'orchestrer l'action de tous les intervenants qui œuvrent pour et autour des personnes âgées. Il ne s'agit en aucun cas de mettre en cause le travail ou l'engagement de tous ceux qui, aujourd'hui, s'occupent de nos aînés. Les médecins de famille, les professionnels des soins à domicile et des EMS, les travailleurs sociaux, les membres des associations d'aide, les proches et les familles s'engagent déjà pleinement pour soutenir nos aînés. Mais chaque intervenant agit de manière isolée. Il manque donc un lien entre tous les acteurs afin que le principe "la bonne personne à la bonne place et recevant les bonnes prestations" devienne systématiquement une réalité.

Tous les prestataires de soins doivent donc travailler de concert, avec des rôles et des compétences bien définis, pour que la chaîne de prise en charge soit continue et que les prestataires actifs dans le domaine interviennent au mieux de leurs compétences.

Le concept de planification médico-sociale pour les personnes âgées a nécessité un long travail préparatoire. Commencées au milieu des années 2000, les premières réflexions ont conduit le Conseil d'Etat à demander à la HE-ARC Santé de l'appuyer dans sa démarche, principalement sur les plans scientifique et méthodologique. Des groupes de travail, qui réunissaient principalement des professionnels de la santé, ont été appelés à prêter leur expertise tout au long du processus de réflexion.

Le travail préparatoire a aujourd'hui abouti. Il s'agit maintenant d'entrer dans la phase de mise en œuvre pour que notre système cantonal de prise en charge des personnes âgées soit optimal dans quelques années.

2. OBJECTIFS

Le projet de planification médico-sociale a pour but de décrire un modèle global d'hébergement et de prise en charge des personnes âgées de plus de 65 ans et atteintes dans leur santé¹ et de définir les conditions de mise en œuvre, à court et à moyen terme, de ce modèle en privilégiant l'efficience (c'est-à-dire en recherchant le meilleur équilibre entre la qualité et le coût des prestations) et l'équité (c'est-à-dire que les prestations doivent être abordables pour toutes les personnes âgées indépendamment du niveau de leur fortune ou de leurs revenus).

¹ La santé étant définie ici en tant qu'état de bien-être et d'équilibre physique, psychique et mental.

La qualité la meilleure s'obtient d'une part par la recherche de la réponse la plus adéquate aux besoins des personnes âgées induits par leur état de santé et en respectant dans toute la mesure du possible leurs préférences, ainsi que celles de leurs proches. Elle dépend également de l'engagement (motivation) et des compétences (formation) des personnes qui interviennent auprès de ces personnes âgées.

Le meilleur coût s'obtient par la recherche systématique de la prestation la moins onéreuse, adaptée aux besoins de la personne âgée, tout en rémunérant de manière équitable les prestataires de santé et en valorisant le travail des proches et des bénévoles. La recherche de la prestation au meilleur coût doit prendre en compte toutes les dépenses engendrées, indépendamment de l'organisme financeur.

Le projet ne traite pas du maintien à domicile dans son ensemble mais uniquement de celui des personnes âgées qui représentent environ 80% de la patientèle de NOMAD.

Le modèle proposé doit toutefois répondre à deux contraintes majeures :

- les bases légales fédérales, notamment la LAMal et la LPC, doivent être respectées ;
- la part de financement incombant aux pouvoirs publics doit être supportable par ces derniers.

3. DEMARCHE

La démarche que le Conseil d'Etat a choisie pour développer son modèle global d'hébergement et de prise en charge des personnes âgées suit les principes développés dans le cadre du Programme national de Recherche 32 (PNR 32) qui est lui-même inspiré du modèle « Balance of Care System » (BoC) développé à l'origine en Grande-Bretagne.

Ce modèle a été utilisé pour la planification médico-sociale dans les cantons de Vaud, de Genève et du Jura. Des études chiffrées ont également été réalisées selon ces principes dans les cantons du Valais et de Fribourg sans toutefois que les données récoltées n'aient encore été utilisées pour la planification.

La démarche choisie se déroule en quatre phases :

- évaluation de l'état de santé (état bio-psycho-social) des personnes âgées ;
- détermination de la liste des prestations et services qui doivent être disponibles ;
- définition du volume des prestations et services nécessaire pour couvrir les besoins ;
- planification proprement dite.

Évaluation de l'état de santé des personnes âgées

Dans les démarches classiques de planification, les besoins sont évalués à partir de la consommation en prestations de santé observée à un instant donné et extrapolée en fonction d'hypothèses retenues par les experts (allongement de la durée de vie, augmentation de certaines pathologies, progrès de la médecine, etc.). Cette approche porte en elle une faiblesse importante car elle présuppose que la situation initiale est adéquate alors qu'il est communément admis que cela n'est pas le cas. En effet, les incohérences actuelles (besoins non couverts, prestations non adaptées, etc.) sont conservées dans un tel modèle et sont donc reportées dans les projections.

La spécificité de la méthode BoC est de débiter par une évaluation de l'état de santé effectif des personnes âgées, indépendamment du fait que ces personnes ont recours ou non aux prestations du système de santé. Cette approche permet de mener les réflexions et d'appliquer les extrapolations sur des informations non biaisées.

Il s'agit en l'occurrence de classer toute la population neuchâteloise concernée dans 13 catégories ou profils de dépendance. Ces catégories se caractérisent par la présence ou l'absence de troubles cognitifs et par le statut fonctionnel mesuré dans les activités de la vie quotidienne (quatre activités instrumentales de la vie quotidienne réalisées à l'intérieur du domicile et deux activités instrumentales de la vie quotidienne réalisées à l'extérieur du domicile). La liste ainsi que la description de ces 13 profils sont données dans l'**annexe 2**.

Pour chacun des 13 profils de dépendance, trois situations sociales sont envisagées : la personne vit en ménage, la personne vit seule mais peut compter sur une aide de ses proches, la personne vit seule et ne bénéficie d'aucune aide de son entourage. Les 13 profils initiaux combinés aux 3 situations sociales donnent 39 situations de dépendance.

Nous avons choisi de retenir les 39 situations de dépendance développées dans le cadre du PNR 32 afin de pouvoir effectuer des comparaisons intercantionales. En effet, tous les cantons romands qui ont opté pour une démarche de type BoC ont fondé leur réflexion sur ces catégories.

L'évaluation des besoins des personnes âgées du canton de Neuchâtel est réalisée :

- en évaluant leur état de santé au travers d'une enquête réalisée sur un échantillon représentatif de la population de plus de 65 ans ;
- en calculant les prévalences, par sexe et classes d'âge, de la dépendance chronique des personnes âgées pour chacune des 39 situations de dépendance prédéterminées.

L'échantillonnage des candidats à l'enquête est effectué par l'Office cantonal de statistique, en collaboration avec l'Office fédéral de la statistique, sur des bases de données des personnes. L'enquête est réalisée au travers d'entretiens directs ou sur la base d'informations recueillies dans les dossiers infirmiers des EMS. Toutes les informations sont collectées de manière anonyme.

L'échantillonnage ayant été réalisé sur l'entier de la population neuchâteloise de 65 ans et plus, l'approche statistique englobe les personnes souffrant d'un handicap qui sont donc pris en compte dans les résultats.

Détermination de la liste des prestations et services

Les prestations et services actuellement disponibles dans notre canton ont été créés la plupart du temps de manière spontanée en fonction des opportunités, par les prestataires et par les collectivités publiques. Il en résulte que certaines prestations et services qui pourraient être utiles au maintien à domicile des personnes âgées, ne sont pas disponibles. Parallèlement, d'autres prestations et services sont maintenus alors que leur utilité n'est plus avérée.

La deuxième phase de l'analyse consiste donc à définir la liste des prestations et services qui devraient être fournies dans le canton :

- en établissant une liste étendue de prestations et de services existants en Suisse ou à l'étranger ;

- en sélectionnant parmi cette liste les prestations et les services qui seraient les plus adaptés aux besoins des personnes âgées dans le contexte neuchâtelois ;
- en donnant une définition précise à chaque prestation retenue.

Nous avons choisi de confier ce travail à un groupe restreint d'experts choisis au sein du système de santé neuchâtelois.

Définition du volume des prestations et services nécessaire à la couverture des besoins

Une fois l'état de santé des personnes âgées connu et la liste des prestations et services définie, l'étape suivante consiste à déterminer la quantité de prestations et services nécessaire pour répondre aux besoins de ces personnes.

Les solutions les plus adéquates sont recherchées en questionnant des professionnels de santé et des personnes âgées, sachant que l'avis des professionnels est essentiel mais que la volonté des principaux concernés doit être dans la mesure du possible respectée.

Le volume de prestations est défini :

- en spécifiant les options de soins, c'est-à-dire en établissant pour chacune des 39 situations de dépendances, une ou plusieurs manières de répondre aux besoins des personnes concernées;
- en récoltant l'avis de professionnels de santé relatif à l'option de soins qu'ils jugent la plus adéquate pour chacune des 39 situations;
- en récoltant l'avis de personnes âgées quant à l'option de soins qu'ils préfèrent pour chacune des 39 situations de dépendance;
- en définissant sur la base de toutes ces informations préalables, le volume de chaque prestation nécessaire pour couvrir les besoins de la population âgée du canton.

Nous avons choisi de confier la définition des options de soins au même groupe d'experts auquel nous avons eu recours dans la phase précédente. Les préférences des professionnels sont obtenues par le questionnement d'un large panel d'experts issus de tous les milieux de la santé. Celles des personnes âgées sont recueillies auprès d'un groupe de ces personnes sélectionnées pour l'occasion.

A noter que les experts ont été choisis au sein du réseau de santé neuchâtelois pour leur connaissance des spécificités propres à notre canton. Ils se sont exprimés *ad personam* et non au nom de l'institution qui les emploie.

Planification

Une fois connus la liste et le volume des prestations et services, la phase de planification peut être conduite. Il s'agit dans un premier temps de comparer le volume des prestations nécessaires issues de la démarche BoC avec les prestations existantes dans le canton, à court, moyen et long terme, puis de fixer, pour chaque groupe de prestations, les modalités de planification et d'incitation. Enfin, la réflexion doit s'inscrire dans le temps.

La phase de planification se déroule :

- en comparant les prestations et services disponibles actuellement avec ceux nécessaires;
- en fixant le volume nécessaire à court, moyen et long terme (planification) s'agissant des prestations nécessitant des structures lourdes et des investissements importants;
- en définissant un mode de financement spécifique à chaque groupe de prestations (incitation);
- en déterminant un système de régulation de l'accès aux prestations.

Cette phase a été préparée par le SCSP et discutée avec les partenaires que sont les associations de fournisseurs de prestations et les communes.

4. RESULTAT DES ETUDES

La première partie de la démarche, soit la réalisation de l'enquête de population, l'identification de l'offre de prestations nécessaire à la couverture des besoins et la définition des préférences des experts et des personnes âgées, a été réalisée par la HE-Arc Santé à Neuchâtel qui a collaboré avec la Haute Ecole Spécialisé de Suisse Occidentale en Valais (HESSO Valais) et avec l'Office cantonal statistique (aujourd'hui: Service cantonal de la statistique). Les résultats des études sont disponibles dans leur intégralité sur le site internet du SCSP à l'adresse www.ne.ch/santepublique.

La seconde partie, qui concerne l'évaluation de l'offre actuelle et la planification proprement dite, a été réalisée par le SCSP.

4.1. Tableau des dépendances des personnes âgées

L'enquête de population réalisée par la HE-ARC Santé donne les résultats suivants. En 2008, le canton de Neuchâtel comptait 29.474 personnes âgées de 65 ans et plus, dont 11.965 entraînent dans les 13 profils de dépendance utilisés pour l'étude. Le tableau ci-dessous résume l'évolution projetée pour les années 2010, 2015 et 2022, pour la population âgée de 65 ans et plus. Les chiffres sont tirés du rapport que le Service cantonal de recherche et d'information statistique du canton de Vaud a finalisé pour le canton de Neuchâtel en 2010. Le scénario démographique choisi est le scénario dit "moyen".

Remarques : Il est utile ici de rappeler que les perspectives d'évolution de la population ne sont que des estimations et que les études ont été réalisées sur la base d'un échantillonnage avec pour conséquence une certaine marge d'erreur. L'exactitude des résultats avancés pour les années futures doit être appréciée avec les précautions nécessaires.

Répartition de la population de plus de 65 ans (par année et en nb de personnes)				
	2008	2010	2015	2022
Population totale	29.474	30.513	33.345	36.451
Population dépendante	11.965	12.387	13.536	14.797

La population dépendante représente 40.6% de la population totale en 2008. En l'absence d'hypothèse concernant l'évolution de la dépendance dans la prochaine décennie, cette proportion est maintenue dans les projections 2010-2015-2022.

La population dépendante se répartit dans les 13 profils de dépendance, selon le tableau ci-après.

Répartition de la population de plus de 65 ans dans les 13 profils de dépendance (par année et en nombre de personnes)				
	2008	2010	2015	2022
Profil 1	3221	3335	3644	3983
Profil 2	3089	3198	3495	3820
Profil 3	814	843	921	1007
Profil 4	560	580	634	693
Profil 5	580	600	656	717
Profil 6	515	533	583	637
Profil 7	192	199	217	237
Profil 8	502	520	568	621
Profil 9	260	269	294	322
Profil 10	319	330	361	395
Profil 11	495	512	560	612
Profil 12	395	409	447	489
Profil 13	1023	1059	1157	1265
Total	11.965	12.387	13.536	14.797

Les profils 1 et 2 sont les plus représentés puisque 52.7% de la totalité des personnes dépendantes se trouvent dans ces profils. Le reste de la population se répartit de manière plus uniforme dans les 11 autres profils.

Les profils 6, 9, 11 et 13 incluent les personnes présentant des troubles cognitifs², ce qui donne la répartition suivante.

Répartition de la population dépendante de plus de 65 ans selon la présence de troubles cognitifs ou non (par année et en nombre de personnes)				
	2008	2010	2015	2022
Profils sans troubles cognitifs	9'672	10'013	10'942	11'962
Profils avec troubles cognitifs	2'293	2'374	2'594	2'836
Total	11'965	12'387	13'536	14'797

La part de personnes dépendantes présentant des troubles cognitifs est de 23.7% ; ce chiffre est sans doute inférieur à la réalité dans la mesure où la méthodologie utilisée pour l'enquête ne permet pas de détecter toutes les situations de ce type.

La même population dépendante se répartit également selon les trois situations sociales prédéterminées (personnes seules sans aide informelle, seules avec aide informelle et en ménage).

Répartition de la population dépendante de plus de 65 ans selon la situation sociale (par année et en nombre de personnes)				
	2008	2010	2015	2022
Personnes seules sans aide informelle	2977	3082	3368	3682
Personnes seules avec aide informelle	3015	3121	3411	3729
Personnes en ménage	5973	6184	6757	7387
Total	11.965	12.387	13.536	14.797

La moitié des personnes dépendantes (49.9%) vivent donc en ménage et peuvent ainsi en principe compter sur une aide régulière de leur entourage.

4.2. Liste des « prestations et services »

La liste complète des prestations et services figure de manière détaillée et avec les définitions associées dans le rapport de la phase 2. Nous nous contentons ici de relever la liste des prestations et services retenus par les experts dans les travaux de groupe conduits par la HE-ARC Santé.

Lors de la consultation, plusieurs partenaires ont fait remarquer que cette liste devrait être complétée (par exemple avec les prestations des infirmiers-ères spécialisé-e-s en stomathérapie ou en soins palliatifs, mais aussi avec la biovigilance, la télémédecine, le téléalarme, etc.). Il y a lieu de relever que, pour garantir la cohérence du modèle, le présent rapport reprend telle quelle la liste des prestations et services proposée par les experts. Il appartiendra toutefois ultérieurement au Conseil d'Etat d'évaluer, avec les partenaires concernés, la pertinence de cette liste et, cas échéant, de la modifier, notamment pour tenir compte d'offres de prestations ou de services existantes ou à venir favorisant le maintien à domicile, ou pour en sortir certaines prestations qu'il n'estimerait pas opportunes.

² Le trouble cognitif est le terme médical utilisé pour décrire la détérioration des processus mentaux de la mémoire, du jugement, de la compréhension et du raisonnement.

En outre, les prestations des médecins sont évidemment centrales dans le maintien à domicile et plus largement dans la prise en charge des personnes âgées. La présente étude ne prend toutefois pas en compte ces prestations dans la mesure où elles ne peuvent pas être planifiées. Il en va de même des prestations fournies par les médecins-dentistes ou les pharmaciens ou d'autres prestataires agissant sur prescription médicale.

Liste des prestations et services pour le canton de Neuchâtel
Lieux de vie
Appartement adapté (individuel ou communautaire)
Appartement sécurisé (individuel ou communautaire)
Appartement protégé (individuel ou communautaire)
Hébergement
Pension ³
Home médicalisé gériatrique de long séjour (6 mois et plus)
Unité spécialisée pour la prise en charge de personnes démentes, intégrée dans un home médicalisé de long séjour (6 mois et plus)
Prestations d'accueil
Home médicalisé gériatrique d'accueil temporaire
Unité d'accueil temporaire spécialisée pour les personnes démentes, intégrée dans un home médicalisé
Accueil de jour gériatrique (foyer de jour)
Accueil de jour spécialisé pour les personnes démentes (foyer de jour)
Accueil de nuit gériatrique (foyer de nuit)
Accueil de nuit spécialisé pour les personnes démentes (foyer de nuit)
Prestations
Soins infirmiers
Hospitalisation à domicile ⁴
Ergothérapie
Physiothérapie
Pédicure-podologue
Visites de prévention et de sécurité à domicile
Aide à l'entourage
Soins de base
Aide pour la lessive et le repassage
Aide au ménage
Aide pour les achats
Aide pour les repas
Aide pour manger
Aide pour les déplacements

³ Les futures pensions (comme les actuelles familles d'accueil) ne fournissent pas de soins à leurs pensionnaires qui bénéficient des prestations des services d'aide et de soins à domicile. A l'inverse, les actuels EMS (terme qui regroupe les anciens homes simples et les homes médicalisés) sont des prestataires de soins au sens de la LAMal.

⁴ Les conditions de la fourniture des prestations d'hospitalisation à domicile devront être précisées ultérieurement par le Conseil d'Etat

Activités communautaires
Activités socioculturelles à domicile
Aide sociale et administrative
Présence
Veille
Services globaux
Permanence téléphonique
Guichet unique

Remarque : Les « soins aigus et de transition », au sens de la LAMal, ne sont pas repris dans cette liste car ils ne représentent pas des prestations spécifiques mais des prestations de soins financées selon un modèle particulier.

4.3. Préférences des professionnels et des personnes âgées

Pour les professionnels comme pour les personnes âgées interrogées, le domicile privé demeure le lieu de vie privilégié, jusqu'au profil 8, avec ou sans prestations d'accueil. Au-delà de ce profil, ce sont les appartements (adaptés, sécurisés et protégés) qui paraissent être la solution la plus appropriée pour la majorité des situations de dépendance. Le home médicalisé gériatrique n'est jamais cité comme option prioritaire par les professionnels de santé, au contraire des unités spécialisées pour la prise en charge de personnes démentes qui ont la préférence de ces derniers pour les profils 11 et 13 dans lesquels les personnes présentent des troubles cognitifs. Les personnes âgées interrogées ne retiennent majoritairement cette option que pour le profil 13.

Les types de prise en charge préférés par les professionnels et par les personnes âgées sont présentés en détail en pages 31 et 33 du rapport final de synthèse de la HeArc Santé qui se trouve sur le site Internet du SCSP à l'adresse indiquée plus haut.

4.4. Offre de prestations et services actuelle

Les résultats du travail d'évaluation de l'offre actuelle de prestations effectué par la HeArc Santé sont donnés dans son rapport n° 2, phase 3. Ces données étant lacunaires et pour certaines obsolètes, le SCSP les a complétées et actualisées.

L'annexe 2 du présent rapport détaille, sous forme d'un tableau, le résultat des travaux de la HeArc Santé complétés par le SCSP. Ce tableau présente non seulement les prestations et services connus mais également une estimation de l'activité non recensée des professionnels et des aidants.

4.5. Prestations et services nécessaires

Les préférences exprimées par les professionnels et par les personnes âgées sont reprises pour élaborer la planification 2010-2022. Afin de disposer d'une offre de prestations et services la plus proche possible des préférences qui ont été manifestées, chaque option de soins est prise en compte de manière proportionnelle au nombre d'avis favorables exprimés.

Dans un second temps, une moyenne est calculée, toujours pour chaque option de soins, entre les préférences exprimées par les professionnels et celles des personnes âgées.

Pour terminer, des ajustements sont réalisés pour améliorer la précision des résultats bruts. Il s'agit notamment de prendre en compte une relative surestimation des experts quant au volume des prestations qu'ils jugent nécessaire, en partant de l'idée que les professionnels de santé ont tendance à prendre une certaine marge. Il est également tenu compte du fait que certaines prestations ne seront vraisemblablement pas sollicitées, notamment dans les appartements adaptés-sécurisés-protégés et les foyers de jour. La Commission de gériatrie et de maintien à domicile, qui a été consultée sur le concept, a estimé que ces deux ajustements étaient cohérents.

L'annexe 4 présente l'offre de prestations et services à prévoir pour les années 2010 à 2022 avec un objectif intermédiaire situé en 2017. Ces prestations et services peuvent être mis en relation avec ceux fournies actuellement.

5. PLANIFICATION ET MODELE D'ORGANISATION

Les analyses montrent qu'il existe dans notre canton un décalage entre la manière actuelle de prendre en charge les personnes âgées et les préférences exprimées par les professionnels et par les personnes âgées.

Le modèle de planification proposé entend corriger à terme ce décalage en tenant compte de l'aspect temporel, c'est-à-dire en y introduisant les données issues des projections démographiques (allongement de la durée de vie, augmentation attendue du nombre de personnes âgées).

5.1. Principes

Le Conseil d'Etat désire redessiner l'organisation de la prise en charge des personnes âgées en spécialisant certains EMS en psycho-gériatrie et en diminuant le nombre de lits d'EMS au profit de structures intermédiaires comme des appartements adaptés, sécurisés et protégés. Ces appartements étant des domiciles privés, il s'agit de développer en conséquence la capacité des fournisseurs de prestations à domicile.

La diminution du nombre de lits d'EMS ne pourra se faire que lorsque les appartements pour personnes âgées seront en nombre suffisant. Cela dit, cette diminution sera finalement moins importante que prévue dans un premier temps pour tenir compte de l'augmentation des besoins attendus selon les prévisions démographiques.

Enfin, le Conseil d'Etat entend soutenir les aidants et reconnaître leur travail, sachant que le maintien à domicile des personnes âgées ne peut se faire sans cet important apport.

S'agissant de la planification proprement dite, chaque type de prestations doit être traité au niveau des objectifs, des moyens et du financement.

5.2. Appartements pour personnes âgées

La volonté exprimée par la grande majorité des personnes âgées est de rester le plus longtemps possible à domicile. Il s'agit donc de créer, sur le territoire neuchâtelois, un nombre suffisant d'appartements adaptés aux besoins de ces personnes et de les rendre abordables du point de vue financier.

Les résultats des études sont les suivants :

Appartements pour personnes âgées	Observé	<i>Théorique</i> 2010	Objectif 2022
Nombre d'appartements adaptés	530	456	545
Nombre d'appartements sécurisés	0	284	339
Nombre d'appartements protégés	41	561	670
Total	571	1'300	1'553
Différence avec la situation actuelle		729	982
Variation due aux aspects démographiques			253

Analyse

L'analyse démontre un grand manque en appartements sécurisés et protégés dans notre canton. A noter que la différence entre les trois types d'appartements se situe au niveau des services qui y sont liés. Dans ce contexte, il est aisé de transformer un appartement adapté en appartement sécurisé ou protégé et inversement. La planification doit donc s'attacher à créer un nombre suffisant d'appartements adaptés qui pourront être transformés en appartement de types sécurisé ou protégé en fonction des besoins. Selon les prévisions, un tiers des appartements pour personnes âgées qui devraient être créés d'ici 2022 devraient l'être en raison des facteurs démographiques.

S'agissant des appartements pour personnes âgées, plusieurs questions sont posées. Vaut-il mieux disperser ces appartements dans la cité ou les réunir dans un même bâtiment ? Doivent-ils être situés à proximité d'un EMS? Ne doivent-ils être occupés que par des personnes âgées?

L'étude de différentes expériences réalisées ailleurs en Suisse ou à l'étranger nous montre qu'il n'y pas de solution idéale qui pourrait être reproduite dans toutes les régions de notre canton. En effet, les conditions locales varient d'un endroit à l'autre et doivent être prises en compte dans les réflexions. Il s'agit donc d'inciter les différents acteurs (collectivités publiques, associations, fondations, privés, etc.) à réaliser des projets et de leur laisser suffisamment de liberté pour qu'ils puissent innover et tester des solutions en fonction de leurs idées, de leurs volontés et de leurs moyens. A ce titre, l'expérience conduite par ProSenectute Arc Jurassien de créer des appartements DOMINO est intéressante et mérite d'être suivie.

Enfin, on peut relever qu'un certain nombre d'EMS souhaite créer et gérer des appartements pour personnes âgées afin de générer des synergies en termes de prestations de services (blanchisserie, cuisine, etc.). Il convient toutefois de souligner qu'en vertu de la LAMal, les soins prodigués aux locataires de ces appartements doivent l'être par des prestataires de soins à domicile et non par le personnel soignant des EMS.

Objectifs

A terme, 982 appartements pour personnes âgées doivent être créés dans le canton qui, s'ajoutant aux 571 existants, permettront d'atteindre les 1553 appartements nécessaires. Il s'agit soit de transformer des logements existants, soit d'en construire de nouveaux.

5.2.1. Principes

Une réflexion sur les structures, existantes, en cours de réalisation ou en projet, doit être rapidement engagée afin d'évaluer les besoins et de définir les objectifs. Cette première étape réalisée, les appartements adaptés, sécurisés et protégés peuvent en principe être créés par des partenaires publics ou privés (fondations, associations, promoteurs, etc.). Le Conseil d'Etat définit les conditions cadres ainsi que les objectifs et s'assure que la proportion d'appartements de chaque type (adaptés, sécurisés ou protégés) correspond aux besoins des personnes âgées.

Au niveau du financement de ces appartements, l'intégralité des coûts, soit le loyer et les coûts des prestations livrées dans les appartements sécurisés et protégés, sont assumés par les bénéficiaires. Ceux parmi ces derniers qui n'ont pas les moyens d'assumer le prix des loyers, peuvent faire appel à l'aide des prestations complémentaires. De son côté, l'Etat veille à ce que les prestations fournies en sus soient financièrement supportables, ceci au travers d'une reconnaissance des factures dans le cadre du calcul du droit aux prestations complémentaires ou par un subventionnement des fournisseurs de prestations. Les prestations LAMal sont réalisées par les prestataires de soins à domicile et sont facturées selon les mêmes principes que pour les personnes vivant à domicile.

Le Conseil d'Etat est chargé de définir tous ces éléments dans un règlement d'application. Il s'agira le cas échéant d'adapter le Règlement relatif au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires (RFMPC) afin de mieux tenir compte des coûts des prestations livrées au domicile des personnes âgées.

Par ailleurs, on relève que certaines dispositions légales fédérales et cantonales prévoient des spécificités en matière de constructions pour les personnes présentant des problèmes de mobilité réduite.

5.2.2. Loyers des appartements pour personnes âgées

L'adaptation architecturale d'un appartement engendre un surcoût lors de la construction ou lors de la transformation, et ce surcoût se traduit par un loyer plus élevé que celui d'un appartement standard identique.

Le Conseil d'Etat doit donc s'assurer que les loyers des appartements pour personnes âgées sont abordables pour les personnes concernées. Plusieurs investisseurs privés sont aujourd'hui déjà intéressés à créer des projets dans ce domaine. Si, de prime abord, il suffit de laisser jouer les lois du marché pour couvrir les besoins des personnes aisées en appartements pour personnes âgées, un risque existe toutefois que les loyers des appartements ainsi créés soient trop onéreux. Si certaines personnes âgées ont des moyens financiers suffisants et peuvent le cas échéant ne pas solliciter l'aide des PC, ce n'est pas le cas pour une partie significative de la population. Le Conseil d'Etat définira, parmi le nombre d'appartements à créer, la proportion de ceux qui doivent entrer dans le cadre de reconnaissance par les prestations complémentaires.

Pour entrer dans ce cadre, plusieurs moyens sont envisageables qu'il s'agit d'exploiter. Dans un premier temps, les partenaires désintéressés doivent être stimulés. Nous pensons aux fondations et autres associations à but non lucratif, qui peuvent, en respect de leurs buts respectifs, investir une partie de leur patrimoine (terrains, fonds propres, réserves, etc.) dans la construction d'appartements pour personnes âgées. En outre, les aides publiques existantes, comme les subventions à la construction d'appartements à loyer modéré (aides fédérales et cantonales), doivent être pleinement exploitées. Enfin, dans le cadre de leur politique de développement urbanistique, les communes peuvent créer des conditions propices aux investisseurs comme par exemple, en mettant des terrains à disposition à des conditions favorables pour la construction d'appartements pour personnes âgées.

Il n'y a pas de solution idéale applicable à toutes les situations, la réussite dépendant du contexte. Il existe aujourd'hui plusieurs projets de création d'appartements pour personnes âgées dans le canton dont la concrétisation permettra d'atteindre à court ou moyen terme une partie importante des objectifs de planification. L'Etat dispose aujourd'hui déjà d'outils légaux et financiers pour soutenir de tels projets, dont il est fait ponctuellement usage. A noter également que les coopératives d'habitation représentent une solution intéressante pour créer des appartements à loyer abordable. Elles méritent, à ce titre, d'être soutenues.

Tous ces moyens devraient permettre de créer un nombre suffisant d'appartements pour personnes âgées. Si, contre toute attente, tel ne devait pas être le cas, le Conseil d'Etat se réserve la possibilité d'octroyer, à titre subsidiaire, un financement particulier. Les contours de ce financement pour la création d'appartements dans des régions où un manque apparaît doivent encore être définis précisément. Il est toutefois prématuré de le faire plus précisément en l'état actuel dans la mesure où l'on ne sait pas encore si les conditions existantes suffisent ou si une intervention financière de l'Etat sera nécessaire. Cela pourrait constituer un frein aux initiatives individuelles qui se font jour depuis quelques temps.

5.2.3 Collaboration avec les communes

Le Conseil d'Etat estime que les acteurs locaux sont les plus à même de déterminer les modalités de création des appartements pour personnes âgées. En effet, l'organisation et la livraison des prestations est une problématique de santé publique alors que la création et la répartition géographique des appartements relève davantage de l'urbanisme et de l'aménagement du territoire. Or si le domaine de la santé publique est aujourd'hui dans les mains de l'Etat, l'urbanisme et l'aménagement du territoire sont essentiellement de la compétence des communes. Il ne s'agit donc pas d'un transfert de charges du canton vers les communes mais d'une volonté de respecter les compétences respectives des deux partenaires. Les communes peuvent ainsi s'impliquer dans la promotion du cadre de vie de leurs habitants.

Le Conseil d'Etat entend donc collaborer étroitement avec les autorités communales pour conduire la politique de création des appartements pour personnes âgées.

Un découpage du territoire cantonal par commune ou par district n'est ici pas pertinent; aussi est-il préférable de créer des unités régionales. Il s'agit donc dans un premier temps de définir la notion de région et le Conseil d'Etat désire le faire d'entente avec les communes. Les régions peuvent avoir des dimensions variables. Chaque région reçoit l'objectif de compter d'ici 2022 un nombre suffisant d'appartements pour personnes âgées, ce dernier étant fixé par le Conseil d'Etat sur la base des chiffres présentés dans le présent rapport.

L'action des pouvoirs publics est complémentaire à celle des investisseurs privés. Les communes sont alors chargées, en collaboration avec les services compétents de l'Etat, de s'assurer de l'atteinte des objectifs, soit en stimulant leurs partenaires, soit en réalisant elles-mêmes des projets.

Dans tous les cas, le Conseil d'Etat n'obligera pas les communes à créer des appartements pour personnes âgées et soutiendra financièrement celles qui présenteront des projets intéressants, mais qui n'ont pas les moyens de les mener à bien.

5.3. Hébergement

Ce chapitre traite des EMS et des pensions dans lesquels les personnes âgées sont hébergées à long terme. L'entrée en EMS ou dans une pension est considérée comme définitive, car les personnes qui y ont recours ont, dans la plupart des cas, résilié le bail de leur appartement. Enfin, l'hébergement en EMS comprend l'entier des prestations nécessaires à la prise en charge des personnes, alors que le séjour en pension ne comprend pas les prestations de soins qui sont fournies et facturées par les services de soins à domicile.

Les résultats des études sont les suivants :

Hébergement	Observé	Théorique 2010	Objectif 2022
Lits de pension	8	110	131
Lits de long séjour gériatriques, en EMS	2'049	171	204
Lits de long séjour pour personnes démentes, en EMS	103	1'242	1'483
Total	2'160	1'523	1'819
Différence avec la situation actuelle		-638	-341
Variation due aux aspects démographiques			296

Analyse

Le secteur neuchâtelois de l'hébergement pour personnes âgées est caractérisé par une dotation actuelle en lits d'EMS qui dépasse les besoins. De plus, l'offre de lits ne correspond pas au type de prise en charge dont la plupart des personnes auront besoin à terme. Enfin le nombre de lits par EMS est bas dans notre canton, en comparaison intercantonale. Nous avons de nombreux EMS avec moins de 40 lits alors que des études économétriques ont montré que la taille idéale d'un EMS se trouve autour de 60 lits⁵. Cette valeur est toutefois théorique et il n'est pas question pour le Conseil d'Etat de régler cette question.

Dans le domaine de l'hébergement, les experts n'ont pas retenu les « familles d'accueil » dans la liste des prestations. Ils ont estimé que ces institutions, qui accueillent au maximum quatre résidents, ne répondent plus aux exigences actuelles et futures. Par contre, les experts ont introduit la notion de pension dans la liste des prestations. Les pensions semblent être mieux adaptées à l'hébergement "sans soins" des personnes âgées que les familles d'accueil qui sont donc appelées à disparaître. A noter que cela n'empêchera toutefois pas des particuliers d'accueillir des personnes âgées sous leur toit. Mais, sans reconnaissance par l'Etat, ils ne pourront se faire reconnaître un prix de pension par les prestations complémentaires.

⁵ Luca Crivelli, Massimo Filippini, Diego Lunati; *Efficienza nel settore delle case per anziani svizzere*; SECO, *Strukturberichterstattung Nr. 6*; Bern 2001.

La planification doit s'attacher à adapter le système de prise en charge des personnes âgées en prenant en compte le facteur temporel. Dans le cas des lits d'EMS, cela signifie une augmentation du nombre de lits en raison de l'accroissement prévu du nombre de personnes âgées.

Objectifs

Il s'agit donc de réduire, à l'horizon 2022, la capacité totale du canton en lits d'hébergement de longue durée de 341 unités. Cette réduction peut se faire par une transformation de lits de long séjour en lits de pension et en lits d'accueil temporaire (voir chapitre suivant), par une transformation en appartements adaptés, sécurisés ou protégés, ou enfin par une réaffectation de certains bâtiments.

La responsabilité et la conduite de la planification dans le domaine des EMS est donnée au Conseil d'Etat par la LAMal, par la loi de santé et par la LFinEMS. Les outils de planification sont d'une part la liste des EMS (liste LAMal) et d'autre part les contrats de prestations que l'Etat signe avec les EMS reconnus d'utilité publique.

La loi de santé doit être modifiée pour reconnaître l'existence des pensions et retirer de la liste des institutions de santé reconnues les familles d'accueil, à mesure qu'elles sont appelées à disparaître. S'agissant de ces dernières, le Conseil d'Etat entend prévoir une phase de transition pour laisser le temps à leurs propriétaires de se réorienter.

Le mode de financement de l'hébergement en EMS est quant à lui réglé par la LFinEMS.

A noter que le Conseil d'Etat sera extrêmement attentif à ne pas mettre en œuvre une diminution des lits d'hébergement avant qu'un nombre suffisant d'appartements pour personnes âgées n'ait été créé et que les services d'aide et de soins à domicile soient en mesure de livrer les prestations nécessaires. D'autre part, il n'est pas question de sortir des personnes âgées des EMS, même si une solution en appartement serait possible.

Enfin, pour répondre à la demande formulée dans le postulat 08.133 "Une chambre à soi en Établissement médico-social (EMS)", il est prévu que la réduction de la capacité en lits d'EMS se fasse en grande partie et dans la mesure du possible par une transformation des chambres à deux lits en chambres individuelles.

5.4. Prestations d'accueil

Lorsque l'état de santé des personnes âgées se péjore, leur maintien à domicile, dans des appartements adaptés, sécurisés ou protégés ne peut être réalisé que si des structures sont mises à leur disposition pour des séjours temporaires en EMS ou des accueils de jour ou de nuit. En effet, il s'agit de pouvoir offrir une prise en charge entièrement professionnalisée lorsque les personnes âgées traversent une période difficile, après un séjour hospitalier ou encore lorsque leur entourage demande à être temporairement déchargé.

Les résultats des études sont les suivants :

Prestations d'accueil	Observé	Théorique 2010	Objectif 2022
Lits d'accueil temporaire, médicalisés gériatriques	46	45	54
Lits d'accueil temporaire, pour personnes démentes	0	46	55
Total	46	91	109
Différence avec la situation actuelle		45	63
Variation due aux aspects démographiques			18
Places d'accueil de jour gériatrique	36	244	291
Places d'accueil de jour pour personnes démentes	8	112	133
Places d'accueil de nuit gériatrique	0	7	8
Places d'accueil de nuit pour personnes démentes	0	12	15
Total	44	374	447
Différence avec la situation actuelle		330	403
Variation due aux aspects démographiques			73

Analyse

Le nombre de lits d'accueil temporaire doit être augmenté de manière importante. Il en va également de même du nombre de places d'accueil de jour et de nuit. Néanmoins, ces structures sont onéreuses et génèrent des coûts journaliers importants. Il est donc essentiel de n'en mettre en exploitation que le nombre strictement nécessaire et de s'assurer que le recours à ces structures soit le plus judicieux possible.

Cela dit, les coûts de fonctionnement des structures d'accueil de jour et de nuit gériatriques peuvent être dans une certaine mesure limités en ayant recours à des bénévoles pour certaines prestations (par exemple : transports, présence, accompagnement). Toutefois, cette option doit être évitée dans les secteurs spécialisés pour personnes démentes où la professionnalisation de l'accompagnement est essentielle.

Objectifs

Le Conseil d'Etat entend créer, à l'horizon 2022, 73 lits médicalisés supplémentaires d'accueil temporaire (gériatriques et pour personnes démentes) dont 15 unités sont prévues pour tenir compte des facteurs démographiques. Le Conseil d'Etat veillera à une juste répartition géographique de ces prestations qui sont actuellement surtout localisées dans le haut du canton (home de Temps Présent). Ces lits devraient être créés grâce à une transformation et une spécialisation de certains EMS ou secteurs d'EMS gériatriques de longs séjours.

Le mode de financement des séjours en unité d'accueil temporaire est réglé par la LAMal et la LFinEMS.

S'agissant de l'accueil de jour et de nuit gériatriques et/ou pour personnes démentes, le Conseil d'Etat entend inciter à la création de 403 places, dont 73 unités pour tenir compte des facteurs démographiques. Ces places doivent être de préférence localisées dans des structures offrant des prestations de santé, comme des EMS de long séjour ou d'accueil temporaire, des appartements protégés, etc.

Le coût de ces prestations étant relativement élevé, il ne peut pas être entièrement mis à charge des bénéficiaires sauf à vouloir prendre le risque de créer une limitation d'accès préjudiciable au maintien à domicile des personnes âgées dont la capacité financière n'est pas suffisante. Les coûts unitaires (heure, demi-journée et journée) doivent être abaissés grâce à une subvention globale versée par l'Etat à l'institution qui offre la prestation, cette subvention étant octroyée sur la base de contrats de prestations. Les coûts résiduels de fonctionnement sont facturés aux bénéficiaires et sont reconnus dans le cadre des prestations complémentaires.

Le Conseil d'Etat possède aujourd'hui déjà les bases légales nécessaires pour régler les détails liés à la mise en œuvre des prestations d'accueil.

5.5. Prestations à domicile

Les prestations qui sont livrées en hébergement et en accueil de jour ou de nuit étant déjà prises en compte précédemment, le présent chapitre ne traite donc que de celles qui sont fournies au domicile des personnes âgées (appartement propre, appartement adapté, sécurisé ou protégé).

Les prestations nécessaires au maintien à domicile couvrent le domaine des soins, des prestations spécialisées, de l'aide, mais elles comprennent aussi l'accompagnement, le soutien administratif et la présence.

Si une partie de ces prestations peut être effectuée par l'entourage des personnes âgées, d'autres doivent impérativement être livrées par des professionnels de la santé. Nous allons traiter séparément ces deux types de prestations.

5.5.1. Prestations de soins spécialisés

Un certain nombre de prestations nécessaires au maintien à domicile des personnes âgées exigent des compétences spécifiques et ne devraient être livrées que par du personnel de santé formé. Ces prestations de soins spécialisés recouvrent les soins infirmiers, les prestations d'ergothérapie, de physiothérapie et des pédicures-podologues, ainsi que celles qui sont nécessaires à l'hospitalisation à domicile. A cette liste peuvent être ajoutées les visites de prévention à domicile qui seront également traitées au chapitre 6 intitulé "Instruments de régulation".

Les résultats des études sont les suivants :

Prestations de soins spécialisés	Observé	Théorique 2010	Objectif 2022
Heures de soins infirmiers	70'561	169'632	202'643
Heures de soins pour l'hospitalisation à domicile	0	1'961	2'343
Heures d'ergothérapie	1'916	9'959	11'897
Heures de physiothérapie	43'000	47'877	57'194
Heures de pédicure-podologue	12'000	16'459	19'662
Heures de prévention/sécurité à domicile	0	17'751	21'205
Total	127'477	263'638	314'944
Différence avec la situation actuelle		136'162	187'467
Variation due aux aspects démographiques			51'305

Analyse

Le nombre de ces prestations actuellement fournies à domicile est insuffisant pour couvrir les besoins de la population âgée compte tenu notamment de la réduction à terme du nombre de lits d'hébergement. Cette réduction libérera des ressources en personnel formé présent actuellement dans les EMS, mais surtout augmentera les besoins en prestations à domicile.

Objectifs

Ces prestations peuvent être livrées par NOMAD mais également par d'autres prestataires comme les autres services d'aide et de soins à domiciles reconnus ou les prestataires indépendants. L'offre de services doit pouvoir s'adapter à la demande qui est par définition fluctuante.

Le Conseil d'Etat s'attend à l'horizon 2022 à une augmentation de la demande de ces prestations de soins spécialisés pouvant atteindre près de 187.000 heures, dont la grande majorité devra être donnée par du personnel infirmier. Une partie de cette augmentation (51.000 heures) est due aux facteurs démographiques.

Dans ce contexte, il s'agit moins de planifier l'offre que de mettre en place des conditions cadres favorables incitant au développement d'une offre adéquate et efficiente. Ces prestations ne pourront être financées que si elles sont fournies par des professionnels disposant des qualifications requises.

5.5.2. Soins de base, aide et présence

L'aide, la présence et, dans une certaine mesure, les soins de base peuvent, comme c'est déjà le cas aujourd'hui, en grande partie être donnés par l'entourage des personnes âgées, qu'il s'agisse de personnes issues du cercle familial, dans le cadre de leur devoir d'assistance, de proches ou de bénévoles.

Il existe toutefois un certain volume de ces prestations qui doivent rester de la compétence de prestataires formés (aides-infirmiers-ères, assistant-e-s en soins et santé communautaire, aides-soignant-e-s, auxiliaires de vie de la Croix-Rouge, etc., voire même dans certains cas par des infirmiers-ères). Nous pensons à des situations de personnes âgées ayant des problèmes de santé complexes ou des problèmes psychiatriques importants ou encore à des situations de personnes socialement très isolées.

Les études ont donné les résultats suivants :

Soins de base, aide et présence	Observé	Théorique 2010	Objectif 2022
Heures de soins de base	271'983	539'726	644'759
Heures d'aide (ménage, achats, repas, déplacement)	887'397	1'856'253	2'217'490
Heures de présence et de veille	15'126	18'015	21'521
Total	1'174'505	2'413'994	2'883'771
Différence avec la situation actuelle		1'239'489	1'709'266
Variation due aux aspects démographiques			469'777

Analyse

A terme, la volonté de maintenir les personnes âgées le plus longtemps possible à domicile impliquera de tripler le nombre d'heures de ces prestations par rapport à la situation actuelle.

Objectifs

Le Conseil d'Etat s'attend à l'horizon 2022 à une augmentation de la demande de ces prestations estimée à près de 1.7 mios d'heures, dont 460.000 sont dues aux facteurs démographiques. En conséquence, une évolution proportionnelle des prestations fournies par l'entourage est prise en compte dans le modèle, ce qui n'est pas sans représenter un certain risque du fait de l'évolution de la société en général et du vieillissement de la population.

Planifier ce secteur serait contre-productif car le volume de prestations doit impérativement s'adapter à la demande. L'enjeu est donc de s'assurer qu'il n'y a ni surconsommation, ni rationnement, que les personnes âgées qui nécessitent un service de ce type le reçoivent et que les fournisseurs de prestations sont rémunérés de manière adéquate.

Le Conseil d'Etat entend mettre en place un système incitatif qui favorise et valorise le travail de l'entourage tout en s'assurant que les personnes qui ont besoin d'un service professionnalisé le reçoivent.

5.5.3. Accès et financement des prestations à domicile

Évaluation des besoins

Le droit aux prestations d'une personne âgée est défini par les professionnels de santé suite à une évaluation de son état de santé, de sa situation et de ses besoins (voir chapitre sur les entretiens d'orientation).

Prestations livrées par du personnel formé

Les prestations de soins spécialisés, soit les soins infirmiers, les prestations d'hospitalisation à domicile, d'ergothérapie, de physiothérapie, de pédicure et de podologie et les visites de prévention à domicile sont fournies par les institutions reconnues ou les prestataires indépendants autorisés selon les modalités de financement définies par la LAMal. En application de la Loi sur NOMAD, l'accès au financement public se fait par NOMAD selon les principes définis par le Conseil d'Etat.

D'autre part, il s'agit de déterminer parmi les soins de base, l'aide et la présence, dans quelles situations il est nécessaire que des prestataires professionnels formés soient malgré tout impliqués. Nous pensons par exemple à des situations complexes de personnes en fin de vie, de personnes avec des pathologies psychiatriques, etc. Dans ces situations particulières, même les prestations de ménage devraient être faites par du personnel spécifiquement formé et sous supervision.

Ces situations complexes doivent être identifiées et évaluées par les professionnels de santé chargés de l'orientation. Ces derniers définissent le droit aux prestations et fixent le volume ainsi que le type de prestations qui doivent absolument être fournies par du personnel formé. L'accès et le financement de ces prestations suivent les mêmes

principes que pour celles qui doivent nécessairement être fournies par des professionnels de la santé.

Toutes les prestations LAMal sont à considérer dans cette catégorie et doivent être rémunérées selon les principes de la LAMal.

Prestations livrées par l'entourage

Les heures passées par l'entourage direct auprès des personnes âgées ne sont en principe par rémunérées, à mesure qu'elles entrent dans le cadre du devoir d'assistance. En effet, si tout doit être mis en œuvre pour aider, soutenir et reconnaître les proches aidants, leur engagement, qui est par essence bénévole et désintéressé, entre dans le cadre de ce devoir d'assistance.

Néanmoins, dans certaines situations très particulières, les exigences en présence et en activité nécessaires pour maintenir une personne âgée à domicile tiennent du sacrifice avec le risque de remettre en cause la situation familiale et/ou professionnelle du proche aidant.

Les expériences réalisées notamment dans le canton de Fribourg ont montré qu'une rémunération limitée et octroyée sous un contrôle très strict de certains proches aidants permet d'améliorer le maintien à domicile des personnes âgées concernées.

Le Conseil d'Etat s'est inspiré de la solution fribourgeoise et entend donc se donner la possibilité d'octroyer, dans certains cas bien spécifiques et sous un contrôle étroit, une rémunération forfaitaire et limitée, aux proches aidants. Il s'agit, dans chaque cas, de s'assurer que le volume de prestations nécessaire au maintien à domicile d'une personne âgée est important et que ces prestations peuvent être réalisées par des intervenants non professionnels. Pour cela, la situation bio-psycho-sociale de la personne âgée doit être évaluée de manière objective par un professionnel de santé. Le proche aidant qui désire s'engager doit le faire au travers d'un contrat sur le long terme (contrat dont le type doit encore être défini). Il doit être formé et supervisé dans son action par des professionnels.

Par analogie avec ce qui est prévu dans la législation fribourgeoise, cette rémunération s'adresserait aux proches de la personne âgée (famille, éventuellement voisins, etc.). Les bénévoles quant à eux ne sont pas rémunérés, mais peuvent recevoir un défraiement pour leurs dépenses directement liées à leur activité (utilisation d'une auto, etc.).

Le Conseil d'Etat définit dans les détails les modalités de rémunération des proches aidants au travers d'un règlement. Selon la Loi sur NOMAD, l'entier du financement public des prestations de maintien à domicile est dévolu à NOMAD. Le Conseil d'Etat doit donc donner les moyens à NOMAD de rémunérer les prestations fournies par l'entourage des personnes âgées, dans le cadre strict et limité qu'il fixera. De son côté, NOMAD reconnaît les aidants selon des exigences minimales prédéfinies et leur donne la formation nécessaire.

5.6. Services globaux

En plus des prestations décrites plus haut, certains services doivent, selon les experts, être mis à la disposition des personnes âgées et de leur entourage.

Les résultats des études sont les suivants :

Services globaux	Observé	Théorique 2010	Objectif 2022
Heures d'utilisation de la permanence téléphonique	0	4'313	5'152
Heures d'utilisation du guichet unique	0	6'039	7'214
Heures d'aide à l'entourage	200	34'663	41'409

Analyse

Les chiffres avancés par les experts concernant la permanence téléphonique et le guichet unique indiquent les heures d'utilisation de ces services. Le réseau médico-social au sens large fournit déjà aujourd'hui partiellement certains de ses services. Des organisations assurent notamment des permanences téléphoniques et répondent aux appels de personnes âgées ou de leur entourage qui souhaitent avoir des informations sur les possibilités offertes par le réseau (Pro Senectute p.ex.). L'information donnée présente toutefois aujourd'hui l'inconvénient d'être isolée et partielle.

Le soutien de l'entourage passe notamment par la possibilité d'avoir recours aux unités d'accueil temporaire ainsi qu'à l'accueil de jour et de nuit dans les foyers. Cela comprend également la formation et le soutien des proches des personnes âgées, de leur entourage et des bénévoles. Toutes ces prestations doivent être financées comme des prestations d'intérêt public.

Objectifs

Le Conseil d'Etat entend mettre à la disposition des personnes âgées, de leur entourage et des professionnels du réseau médico-social des informations pertinentes leur permettant de bien connaître les prestations à disposition (par exemple au moyen d'internet ou de brochures d'information). Il souhaite également que les proches aidants puissent bénéficier d'heures de formation et de soutien.

5.7. Synthèse

Fort de ce qui précède, le Conseil d'Etat entend:

- planifier le nombre d'appartements pour personnes âgées, de lits d'hébergement et d'accueil temporaire;
- inciter, organiser et soutenir la livraison de prestations de maintien à domicile.

La mise en œuvre doit se faire d'ici l'année 2022; une première phase couvre la période 2012 à 2017 et une seconde, celle de 2017 à 2022. Les modalités sont les suivantes :

Planification

Le nombre d'appartements pour personnes âgées prévu en 2022 est de 1553 unités et la capacité en hébergement (lits d'EMS, de pension et d'accueil temporaire) doit comprendre 1928 lits. Pour atteindre ces objectifs, il s'agit:

durant la période 2012-2017:

- de créer 492 appartements pour personnes âgées;
- de fermer 233 lits d'EMS;
- de créer 62 lits de pension;
- de créer 31 lits d'accueil temporaire.

durant la période 2017-2022:

- de créer 491 appartements pour personnes âgées ;
- de fermer 232 lits d'EMS;
- de créer 62 lits de pension;
- de créer 31 lits d'accueil temporaire.

La répartition par types d'appartements et de lits est présentée dans le tableau ci-dessous.

Appartements et hébergement	<i>Actuel</i>	2012-2017	2017-2022	Total 2022
Appartements pour personnes âgées	571	+492	+491	1'553
Lits de pension	8	+62	+62	131
Lits de long séjour en EMS	2'152	-233	-232	1'688
Lits d'accueil temporaire	46	+31	+31	109

Incitation, organisation et soutien

Le volume des prestations à disposition des personnes âgées vivant en appartement ne peut être planifié en raison de sa variabilité. Il s'agit donc de mettre en place les conditions favorables à un développement optimal de ces prestations.

Accueil de jour et de nuit

S'agissant des places d'accueil de jour et de nuit, le Conseil d'Etat s'attend à devoir soutenir financièrement 447 places d'ici à 2022, dont 202 places supplémentaires durant la période 2012-2017 et 201 places durant celle 2017-2022.

L'évolution est présentée dans le tableau ci-dessous.

Foyers de jour et de nuit	<i>Actuel</i>	2012-2017	2017-2022	Total 2022
Places d'accueil de jour ou de nuit	44	+202	+201	447

Prestations à domicile

Les prestations de maintien à domicile comme l'hospitalisation à domicile, les soins infirmiers, l'ergothérapie, la physiothérapie et les pédicures-podologues, vont plus que tripler pour atteindre un total de 314.000 heures en 2022 selon la répartition présentée ci-après. Toutes ces heures seront fournies par des prestataires professionnels.

Prestations de soins spécialisés	<i>Actuel</i>	2012-2017	2017-2022	Total 2022
Heures de soins infirmiers	70'561	+66'041	+66'041	202'643
Heures de soins pour l'hospitalisation à domicile	0	+1'171	+1'171	2'343
Heures d'ergothérapie et de physiothérapie, pédicures	56'916	+15'918	+15'918	88'753
Heures de prévention/sécurité à domicile	0	+10'603	+10'603	21'205
Total	127'477	+93'734	+93'734	314'944

Les heures de soins de base, d'aide et de présence vont également tripler tous les cinq ans d'ici 2022 pour atteindre 2.880.000 heures. Parmi celles-ci, les experts ont estimés que 574.000 heures (13%) devront en moyenne être fournies par des prestataires de santé professionnels, 542.000 heures (32%) par des proches reconnus et à ce titre partiellement rémunérés. Le solde, soit 1,8 mios d'heures (55%) est réalisé par des bénévoles. Le détail se présente comme suit :

Soins de base, aide et présence	<i>Actuel</i>	2012-2017	2017-2022	Total 2022
Heures de soins de base, d'aide et de présence	1'174'505	+854'633	+854'633	2'883'771
Dont par des prestataires professionnels	346'505	+113'581	+113'581	573'668
Dont par des proches "reconnus"	0	+271'003	+271'003	542'007
Dont par d'autres proches ou des bénévoles	828'000	+470'048	+470'048	1'768'096

Pour terminer, NOMAD reçoit également la mission de former et de soutenir l'entourage et les bénévoles pour un total estimé à 41'000 heures par an en 2022.

Aide à l'entourage	<i>Actuel</i>	2012-2017	2017-2022	Total 2022
Heures d'aide à l'entourage	200	+20'605	+20'605	41'409

6. INSTRUMENTS D'ORIENTATION ET DE SUIVI

Comme nous l'avons vu plus haut, le réseau de prise en charge des personnes âgées doit faire preuve d'une grande flexibilité afin que chaque personne concernée puisse trouver une structure de vie et des prestations les plus adaptées à son état de santé. Cette exigence est en contradiction avec le principe de la planification, c'est pourquoi le Conseil d'Etat a décidé de limiter son action planificatrice aux structures qui nécessitent des investissements importants (nombre de lits d'EMS et nombre d'appartements pour personnes âgées). Le volume et le type de prestations et services doivent pouvoir s'adapter rapidement à la demande qui est par nature fluctuante. La mise en œuvre de la planification sera évaluée en cours de route et rectifiée en cas de besoin pour éviter notamment une sous-dotation en lits d'hébergement.

Si cette approche de l'organisation de la prise en charge des personnes âgées nous paraît être la plus adéquate, elle présente un risque de dysfonctionnement important dans le cas où le recours aux prestations est inadéquat. Cette situation peut se présenter lorsque l'offre de prestations est mal connue et lorsque les éléments incitatifs sont mal conçus.

Il est nécessaire de mettre en place des instruments d'orientation et de suivi pour prévenir ces dysfonctionnements potentiels. Ces instruments sont de trois types : il s'agit d'une part de mettre sur pied une structure responsable de la régulation opérationnelle des prestations de maintien à domicile, d'autre part de s'assurer que cette structure oriente efficacement les personnes âgées dans le réseau et, enfin, de connaître et de suivre l'utilisation et l'évolution du système par la mise en place d'un système d'information.

L'Etat a un rôle stratégique dans ce domaine (définition et suivi des conditions cadres, fixation des objectifs, négociations des contrats de prestations, attribution des moyens, etc.) et ne doit pas se charger directement de cette partie opérationnelle. Il s'agit donc de confier ces missions aux partenaires ou aux structures les plus adaptées. La mise en place du système d'information est confiée au SCSP.

6.1. Entretiens d'orientation

Une orientation adéquate dans le réseau est, comme nous l'avons vu plus haut, essentielle pour le bon fonctionnement du système de prise en charge des personnes âgées. Pour répondre à cette exigence, plusieurs solutions sont possibles qui vont de la plus coercitive (bureau de placement) à la plus légère (feuilles d'information).

Des expériences intéressantes ont été étudiées, telles que les bureaux d'orientations (BRIOS) qui sont en fonction dans le canton de Vaud. Si l'action des bureaux de placement s'avère la plupart du temps efficace s'agissant de l'orientation des personnes âgées, plusieurs griefs leurs sont souvent attribués. Citons notamment une lourdeur et une certaine lenteur, un coût de fonctionnement relativement important et un certain éloignement de la réalité de vie de la personne âgée à orienter. A l'inverse, l'absence totale d'un système d'orientation des personnes, notamment lorsqu'une entrée en home est envisagée, aurait pour conséquence une utilisation inadéquate des ressources à disposition.

Les études réalisées dans le cadre de ce rapport ont montré que, dans la très grande majorité des situations, les choix des professionnels de santé rejoignent les préférences des personnes âgées. Nous en déduisons qu'il s'agit surtout de soutenir et de conseiller la personne âgée et de s'assurer que ses choix sont effectués de manière libre et éclairée, dans son intérêt et non dans celui de l'un ou l'autre des partenaires de santé ou de son entourage.

Le Conseil d'Etat prend l'option de miser sur une bonne information des personnes âgées et une liberté de choix de celles-ci plutôt que sur une structure décisionnelle dotée de pouvoirs contraignants. Cette information est donnée dans le cadre d'entretiens auxquels participent les partenaires habituels du réseau qui sont certainement les meilleurs connaisseurs des conditions de vie de la personne concernée.

Le système choisi peut être assimilé à des entretiens d'orientation. Il s'agit de réunir des professionnels de santé autour d'une personne âgée confrontée à un choix de vie et de leur demander d'analyser la situation et de la conseiller. Les partenaires qui entourent la personne âgée sont eux-mêmes formés et bien au courant du fonctionnement du réseau de santé neuchâtelois. Les réunions sont structurées et documentées. Les partenaires du réseau ont pour mission d'informer au mieux la personne à orienter sans que l'avis de l'un d'eux soit prédominant. Au final, le choix de la personne, respectivement de la famille de la personne, est primordial et doit être respecté, sous réserve bien sûr de conditions jugées impossibles pour les prestataires eu égard à leurs missions ou trop dangereuse pour l'intégrité physique et/ou psychique de la personne.

Le système des entretiens d'orientation se veut être efficace et peu coûteux. Le Conseil d'Etat est chargé de définir les conditions de fonctionnement et le financement de ces entretiens selon les principes suivants :

Fonctionnement

- Les entretiens d'orientation:
 - ont lieu dans tous les cas lorsqu'une entrée en EMS de long séjour est envisagée;
 - peuvent également se dérouler sur demande d'un des partenaires entourant la personne (famille, médecin de famille, NOMAD, hôpital, assistant social, etc.), notamment lorsque le maintien d'une personne âgée dans son appartement devient problématique ;
 - sont organisés au sein d'une structure indépendante et neutre à créer, cette dernière pouvant s'appuyer au plan logistique, sur les partenaires du réseau; la consultation initiale des milieux intéressés a mis en évidence leur intérêt à être partie prenante du processus.
- Avant l'entretien, l'état de la personne est évalué au moyen d'un instrument défini par le Conseil d'Etat⁶. Cette évaluation a pour but de définir l'état de santé de la personne âgée mais également la situation de son réseau social.
- Prennent part obligatoirement à l'entretien d'orientation le médecin traitant, une infirmière et un assistant social, ces deux derniers étant spécialisés dans l'orientation et participant aux entretiens d'orientation dans une région donnée.
- Selon les cas, d'autres intervenants peuvent être invités à participer (assistant social de l'hôpital somatique ou psychiatrique, représentant des EMS, physiothérapeute, médecin spécialiste, etc.).
- La personne âgée concernée et/ou un de ses proches assistent en règle générale aux discussions.
- En cas d'absence de la personne âgée, un des participants à l'entretien, en principe le participant qui en assume la présidence, lui fait une restitution.
- La forme que doit prendre ces entretiens n'est pas fixée. Ils peuvent être très succincts et se limiter par exemple à un contact téléphonique dans les cas évidents ou lorsque les professionnels consultés sont à priori d'accord.

Le but de ces entretiens est de définir la position, qui devrait être consensuelle, des professionnels de santé sur le lieu de vie le plus adapté à une personne âgée, en fonction de son état de santé et de son réseau social, mais également des disponibilités du réseau de santé. La position des professionnels ainsi définie doit alors être présentée de manière compréhensible à la personne concernée et/ou à ses proches de manière à lui permettre de prendre une décision éclairée.

L'avis des professionnels ayant participé à l'entretien n'est pas prépondérant et n'engage pas les prestataires de santé. La personne âgée est libre de son choix final, mais ce

⁶ *L'évaluation de l'état de santé et de dépendance de la personne âgée n'a pas pour but de classer la personne concernée dans un des 13 profils de la présente étude. En effet, ces profils ont été créés pour l'étude statistique et ne seront en aucun cas utilisés à d'autres fins (orientation, planification des soins, tarification, etc.). Le Conseil d'Etat devra donc choisir un instrument adapté à son objectif, soit l'orientation des personnes dans le réseau.*

choix ne représente pas un droit absolu et peut être limité pour de justes motifs par les prestataires de santé.

Enfin, une fois le conseil donné, les professionnels impliqués dans d'entretien d'orientation ne sont pas en charge de l'exécution de la décision de la personne âgée (trouver un appartement adapté, placement dans un EMS, organisation de prestations à domicile, etc.). La personne concernée doit ensuite s'appuyer sur son réseau familial ou demander un appui à l'organisme de son choix, sachant que les informations utiles seront disponibles.

Financement

Les médecins peuvent facturer leur participation à l'entretien à l'assurance-maladie selon les conventions en vigueur. Les prestations de NOMAD, d'HNE ou du CNP sont spécifiées dans le contrat de prestations qui lie ces établissements à l'Etat et sont rémunérées dans ce cadre. Les éventuels autres participants sont rémunérés par les instances qui les ont conviés à l'entretien (par exemple NOMAD ou un EMS).

Documentation

Des données sont recueillies lors de chaque entretien d'orientation et sont collectées par l'entité organisatrice. Le Département de la santé et des affaires sociales (DSAS) détermine la composition minimale du set de données qui contient les informations générales sur la personne âgée, sur son état de santé, la position des participants à l'entretien de réseau, la décision de la personne et la réalisation.

Les données sont ensuite transmises au SCSP qui est chargé d'en assurer le suivi statistique.

Suivi

Il s'agit de s'assurer que la stratégie décrite ci-dessus (c'est-à-dire de laisser la liberté de choix aux personnes âgées) est adéquate et le cas échéant de proposer des ajustements.

Le DSAS, par le biais du SCSP, suivra l'évolution de cette stratégie, d'une part en exploitant les données collectées et d'autre part en effectuant des vérifications par sondages. Il s'agit notamment de contrôler dans quelle mesure les propositions des professionnels sont consensuelles et dans quelle proportion elles sont suivies par les personnes âgées.

Un constat sera fait deux ans après l'entrée en vigueur de ces entretiens d'orientation sur les forces et faiblesses de cette approche. Dans le cas où il s'avérerait que les entretiens d'orientation n'auraient pas atteint leur but, le Conseil d'Etat proposera une nouvelle solution au Grand Conseil.

6.2. Système d'information

La qualité de la prise en charge des personnes âgées est par essence liée au bon fonctionnement du réseau de prestataires de santé. Ce bon fonctionnement passe nécessairement par la mise sur pied d'un système d'information performant qui permet aux partenaires de se transmettre rapidement et sûrement des informations. Le but est de permettre l'identification rapide des éventuels dysfonctionnements afin de pouvoir les corriger dans les meilleurs délais. Il s'agit par exemple de suivre le trajet des personnes âgées dans le réseau, le taux d'adéquation entre les conseils prodigués par les professionnels dans les entretiens d'orientation et les décisions des personnes âgées, etc.

La collecte de toutes les informations utiles à la gestion, au suivi et au contrôle du réseau est réalisée de manière structurée et centralisée. Les informations relatives à l'état de santé des personnes âgées, aux propositions des professionnels et aux choix des personnes âgées qui sont générées dans le cadre des entretiens d'orientation sont également récoltées de manière anonyme et exploitées par le SCSP. Dans tous les cas, la confidentialité des données de santé est garantie.

Le SCSP est chargé de mettre en place un système d'information en s'appuyant sur les partenaires existants, soit la Convention neuchâteloise d'informatique de santé (CNIS), le Centre électronique de la ville de Neuchâtel (CEG), le Centre d'information et de gestion de la santé (CIGES), le SIEN et le Service cantonal de statistique.

7. ASPECTS FINANCIERS

Le modèle de planification médico-sociale pour les personnes âgées proposé dans ce rapport dessine une nouvelle organisation de la prise en charge de ces personnes en valorisant davantage que par le passé le maintien à domicile en lieu et place de l'hébergement en EMS. Cette modification a un impact indubitable sur les coûts des prestations de maintien à domicile et du séjour en institution.

La question n'est pas uniquement de connaître l'effet sur les coûts globaux, mais également sur chacun des financeurs du système de santé. Parmi ces derniers, nous pouvons identifier les bénéficiaires des prestations (les personnes âgées), les collectivités publiques (dans notre canton essentiellement l'Etat) et enfin les assureurs-maladie pratiquant l'assurance obligatoire des soins.

Le présent rapport prévoit une mise en œuvre complète de la planification à l'horizon 2022 avec un objectif intermédiaire en 2017. Or, pour évaluer l'effet financier de la seule planification, il s'agit de neutraliser l'effet démographique qui sera responsable d'une importante augmentation des dépenses de santé dans les années à venir.

Le modèle de calcul qui a servi à l'évaluation est très complexe. Il est principalement construit sur les données comptables fournies par les prestataires de soins, comme les coûts et le nombre de prestations. Des estimations de chiffres non disponibles ont également été nécessaires. D'autre part, des gains d'efficacité ont été supposés pour les domaines dans lesquels l'augmentation du volume de prestations était importante.

Enfin, les conséquences du nouveau mode de financement des soins de longue durée est entièrement pris en compte dans les calculs.

Le tableau ci-après présente de manière synthétique le coût total par type de prestations, indépendamment de l'organisme payeur. Les trois premières colonnes présentent les coûts "toutes choses égales par ailleurs", dans l'année de référence. Cela permet de comparer les dépenses réellement observables et les dépenses qui seraient engendrées si la planification médico-sociale avait été en place cette même année. L'année de référence choisie est 2008 car il s'agit de l'année qui a servi de base de travail à la HE-ARC Santé et pour laquelle toutes les données sont disponibles.

Évolution des coûts par types de prestations:

Prestations	Observé	Prévu	Delta	2017	2022
Appartements	1'349'421	2'968'593	1'619'172	2'512'331	3'671'310
Hébergement	203'782'601	140'630'232	-63'152'368	186'171'423	173'919'814
Lits d'accueil temporaire	4'301'725	8'657'904	4'356'179	7'504'552	10'707'378
Places d'accueil de jour et de nuit	1'857'660	13'908'270	12'050'610	9'472'521	17'200'595
Prestations qualifiées	15'500'660	28'594'691	13'094'031	24'441'347	35'363'543
Prestations de base par professionnel	30'930'273	34'876'991	3'946'718	34'238'887	42'730'709
Prestations de base par proche reconnu	0	6'443'740	6'443'740	4'065'051	8'130'102
Aide à l'entourage	18'925	3'168'281	3'149'356	1'968'596	3'918'267
Totaux	257'741'264	239'248'702		270'374'708	295'641'719
Comparaison avec "observé"			-18'492'562	12'633'443	37'900'455
Variation due à l'effet démographique				31'321'073	56'588'085

Nous pouvons constater que la mise en œuvre de la planification médico-sociale, toutes choses étant égales par ailleurs, génère une diminution globale des coûts de 18,5 mios de francs par année. La réduction de l'hébergement apporte une baisse des coûts estimée à de plus de 63 mios de francs dont la plus grande partie doit être réinvestie dans l'accueil temporaire, dans les places d'accueil et dans les prestations à domicile. L'aide à l'entourage et les prestations réalisées par les proches reconnus sont financées à hauteur de près de 6.4 mios de francs.

A l'horizon 2022, la prise en charge des personnes âgées selon le modèle proposé coûte, compte tenu de l'évolution démographique (augmentation du nombre de personnes âgées), 56 mios de plus que dans l'année de référence (2008). Cette augmentation est ramenée à 38 mios grâce aux effets de la planification.

Nous pouvons donc constater que la planification médico-sociale est financièrement intéressante. Les effets qui en résultent sont toutefois virtuels dans la mesure où la planification sera mise en œuvre progressivement et que les gains financiers ne suffiront pas à compenser l'augmentation des coûts due aux effets démographiques.

La question subsidiaire est de savoir si cette économie virtuelle est répartie de manière équilibrée entre les différents organismes payeurs. Cette question est essentielle dans la mesure où une réforme est difficile à faire admettre si elle entraîne un transfert important de coûts entre les payeurs.

Le tableau ci-dessous présente la répartition des coûts entre les différents payeurs, à savoir les personnes âgées bénéficiaires des prestations, l'Etat et les assureurs-maladie. Ne sont indiqués sous l'intitulé "Personnes âgées" que les coûts réellement assumés par ces dernières; cela signifie que les remboursements des prestations complémentaires (PC) sont comptabilisés dans les dépenses de la collectivité publique.

Évolution du financement par payeurs:

Payeur	Observé	Prévu	Delta	2017	2022
Personnes âgées	91'509'953	81'066'252	-10'443'701	97'889'625	100'194'746
Collectivité publique (Etat)	100'368'425	96'905'289	-3'463'137	102'049'055	119'749'149
<i>Dont Prestations complémentaires</i>	19'677'985	15'243'642	-4'434'343	18'577'793	18'821'302
<i>Dont service de santé</i>	80'690'441	81'661'647	971'206	83'471'263	100'927'847
Assureurs-maladie	65'862'886	61'277'161	-4'585'725	70'436'028	75'697'824
Totaux	257'741'264	239'248'702	-18'492'562	270'374'708	295'641'719

Nous pouvons constater que la diminution virtuelle des coûts de 18,5 mios de francs résultant de la planification est répartie entre les différents payeurs. Les personnes âgées réalisent l'opération la meilleure avec une diminution globale de leur contribution de 10,5 mios de francs. L'Etat gagne quant à lui 3,5 mios de francs dans l'affaire et les assureurs font une opération avantageuse de 4,6 mios de francs.

Parmi les dépenses assumées par la collectivité publique, la contribution de la CCNC au titre des PC baisse de près de 4.5 mios de francs alors que le financement assuré par le SCSP augmente légèrement.

Le nouveau modèle de planification induit une charge proportionnellement plus élevée pour l'Etat, par rapport au modèle actuel de prise en charge. Ceci est inhérent au développement même du maintien à domicile et au fait que les conditions financières ne doivent pas prêter le développement du modèle.

Le gain "toutes choses égales par ailleurs" résultant de la planification est déjà absorbé en 2017 par les augmentations de coûts engendrées par l'effet démographique, ceci pour chacun des financeurs. Néanmoins, si l'Etat et les assureurs-maladie voient leur contribution augmenter durant les prochaines années, les dépenses à charge de chaque personne âgée ne sont pas plus élevées, car c'est l'accroissement du nombre de personnes qui génère l'augmentation des coûts.

8. MODIFICATIONS LEGALES

Les principes de planification décrits dans les chapitres précédents sont traduits dans le projet de loi présenté en **annexe 1** dont les articles sont commentés ci-après.

8.1. Commentaires article par article

Les articles commentés ci-dessous portent modification de la loi de santé.

Art. 4

Il s'agit de donner une visibilité à la volonté stratégique de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées dans la loi de santé.

Art. 77

Id.

Art. 78, lettre c

La référence aux familles d'accueil est supprimée puisque ces prestations ne sont plus reconnues.

Il s'agit d'introduire la notion de pension et de remplacer le concept d'appartement protégé par celui d'appartement pour personnes âgées qui recouvre les appartements adaptés, sécurisés et protégés.

Art. 80, al. 1, al. 1 bis (nouveau)

Selon ces deux alinéas, tous les prestataires de santé doivent tenir un dossier administratif pour leurs patients et/ou leurs résidents, mais seuls ceux qui livrent des prestations de soins doivent tenir un dossier de soins.

Art. 83b (nouveau)

Cet article fait référence aux entretiens d'orientation et en décrit dans les grandes lignes le fonctionnement. La compétence est donnée au Conseil d'Etat de définir les détails des modalités de réalisation de ces entretiens. Il consulte au préalable les milieux concernés (associations de homes, sociétés médicales, NOMAD notamment).

Art. 91, al. 1, let. b et c

La lettre b de cet article consacre la disparition des familles d'accueil et l'apparition des pensions en tant qu'institutions de santé reconnues au sens de la loi de santé. Dans la lettre c, la notion d'appartement pour personnes âgées remplace celle d'appartement protégé.

Art. 92a, nouvelle teneur

Cet article remplace l'ancien article 92a devenu obsolète en raison de la disparition des familles d'accueil et définit les nouveaux prestataires que sont les pensions. Ces dernières hébergent en principe des personnes âgées mais peuvent, de manière analogue aux EMS et à titre exceptionnel, accueillir des personnes plus jeunes sur dérogation accordée par le département.

L'alinéa 4 donne la compétence au Conseil d'Etat de régler le financement des pensions qui ne sont pas citées dans la LFinEMS.

Art. 93, nouvelle teneur

Cet article donne la définition des appartements pour personnes âgées.

La compétence est donnée au Conseil d'Etat de fixer les exigences que doivent respecter les appartements pour personnes âgées pour être reconnus. S'agissant spécifiquement des normes architecturales, le Conseil d'Etat n'inventera pas des nouvelles normes mais fera référence à celles édictées par la société des ingénieurs et architectes (SIA 500).

Art. 93a (nouveau)

Cet article donne la compétence au Conseil d'Etat de planifier le nombre d'appartements pour personnes âgées dans les régions et institue une collaboration entre l'Etat et les communes pour les réaliser.

L'alinéa 2 permet au Conseil d'Etat de planifier une proportion d'appartements avec des loyers abordables s'il constate que leur nombre n'est pas adéquat. Dans ce cas également, les communes et l'Etat travaillent ensemble pour atteindre cet objectif.

Art. 93b (nouveau)

Cet article donne la compétence au Conseil d'Etat de définir la liste des prestations qui doivent être livrées dans les appartements sécurisés, respectivement dans les appartements protégés.

L'alinéa 2 précise que ces prestations sont des prestations au sens de la LNOMAD. Cela ne signifie toutefois pas que NOMAD serait seul habilité à les livrer, mais que ces prestations sont régies selon les dispositions de la loi en question, qui couvre également les interventions des infirmières indépendante, des organisations de soins à domicile privées, etc.

Art. 95a (nouveau)

La compétence est accordée au département de la santé de définir le catalogue des données statistiques ainsi que de régler les modalités de collecte de ces données. Le SCSP est l'organe de réalisation de ce recueil de données.

Art. 105b (nouveau)

L'article 105b donne la légitimité à l'Etat pour financer les prestations des proches et de l'entourage des personnes âgées qui permettent leur maintien à domicile. Le Conseil d'Etat est chargé de définir les modalités de ce financement.

La compétence de statuer sur les demandes est donnée à NOMAD.

Disposition transitoire à la modification du...

Cette disposition donne trois ans aux familles d'accueil aujourd'hui en activité pour effectuer leur mutation avant que leur autorisation d'exploiter ne soit caduque. Durant cette période, les prix de pension de ces familles d'accueil seront toujours reconnus dans le calcul des prestations complémentaires.

Coordination avec d'autres actes

Certains articles de la loi de santé ont été modifiés par décision du Grand Conseil lors de la session du 28 septembre 2010 portant sur la LFinEMS. Or l'entrée en vigueur de ces modifications, qui devait normalement intervenir au 1^{er} janvier 2012, a été reportée au 1^{er} janvier 2013.

Ce chapitre prévoit le cas où le Grand Conseil approuverait la présente modification de la LS avant l'entrée en vigueur intégrale de la LFinEMS.

8.2. Vote du Grand Conseil

La mise en œuvre de la planification médico-sociale pour les personnes âgées, telle que présentée ici, génère des économies. Les augmentations de coûts prévues dans le plan financier à l'horizon 2022 sont dues à l'accroissement du nombre de personnes âgées.

Le projet de loi n'engendrant donc pas de dépenses répétitives supérieures à 500.000 francs par an, le vote à la majorité simple suffit.

8.3. Conséquences sur le personnel

8.3.1 Conséquences sur le personnel de santé

La mise en œuvre de la planification médico-sociale pour les personnes âgées aura inmanquablement des conséquences sur le personnel de santé. En effet, l'augmentation de la capacité des prestataires actifs dans le maintien à domicile et la diminution conjointe du nombre de lits d'EMS transformera de manière profonde notre paysage sanitaire.

De manière générale, le nombre de postes de travail ne diminuera pas, bien au contraire. La problématique est bien de conduire la mutation du personnel de santé pour l'adapter aux besoins nouveaux qui ressortent de la planification.

Dans tous les cas, le Conseil d'Etat sera très attentif à ce que cette mutation se réalise dans conditions les meilleures possibles. Des cours de formation continue seront notamment organisés, des mesures d'accompagnement seront également mises en place afin de proposer aux employés concernés des solutions qui leur conviennent en accord avec les besoins de la planification. A noter que la majorité des acteurs concernés sont aujourd'hui employés aux conditions de la CCT Santé 21.

8.3.2. Conséquences sur le personnel de l'Etat

La loi d'organisation du Grand Conseil spécifie que les rapports que le Conseil d'Etat soumet au législatif doivent informer des conséquences sur le personnel.

Le présent rapport de planification médico-sociale n'a pas de conséquence sur le personnel de l'Etat.

8.4. Conséquences sur les communes

Comme relevé au chapitre 5.2.3, les communes sont chargées de s'assurer qu'un nombre suffisant d'appartements pour personnes âgées est mis à disposition de ces dernières. Le Conseil d'Etat collabore avec les communes et définit avec elles des zones régionales.

Les communes sont invitées à mettre en œuvre les conditions propres au développement de l'offre d'appartements pour personnes âgées. Elles peuvent y participer également, par exemple en mettant à disposition des terrains ou en favorisant la création de fondations dont le but serait la construction d'appartements pour personnes âgées. Il est également important de tenir compte des projets des investisseurs privés dont l'apport dans ce domaine est essentiel.

Le Conseil d'Etat veille à ce que les conditions financières soient propices au développement de l'offre et prend cas échéant les mesures nécessaires. Les communes ne sont pas appelées à financer elles-mêmes les projets mais peuvent bien évidemment le faire si elles le souhaitent. Dans tous les cas, le Conseil d'Etat ne contraindra pas une commune à créer des appartements pour personnes âgées mais soutiendra celles qui désirent le faire.

9. CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE

La mise en œuvre de la planification médico-sociale pour les personnes âgées doit s'inscrire sur le long terme. Il s'agit bien évidemment de mettre en place dans les plus brefs délais toutes les mesures qui peuvent l'être, mais le transfert prévu de la prise en charge stationnaire vers le maintien à domicile prendra du temps car les structures adaptées doivent être préalablement créées.

Par ailleurs, indépendamment des questions de structures, les réalités humaines doivent être prises en compte. Il n'est par exemple pas envisagé de transférer dans un appartement une personne âgée qui réside actuellement en EMS, même si son état de santé le permettrait.

Enfin, la spécialisation des unités de long séjour gériatriques en unités psychogériatriques demande principalement une formation spécifique du personnel de soins et d'accompagnement qui prendra également du temps.

Nous voyons donc que les facteurs structurels, organisationnels et humains doivent être pris en compte lors de la mise en œuvre de la planification et que ces facteurs sont le plus souvent facteur de résistance au changement. Tous ces aspects de la nouvelle organisation sanitaire doivent être créés en parallèle et sans précipitation.

Compte tenu de ce qui précède, le calendrier de la mise en œuvre peut être résumé comme suit:

Dès promulgation des modifications de la loi de santé

- Préparation et adoption des règlements par le Conseil d'Etat
- Mise en place des entretiens d'orientation
- Mise en place de la collecte d'informations nécessaires à la surveillance
- Construction d'appartements pour personnes âgées
- Préparation du financement des "proches reconnus"
- Contrats de prestations entre l'Etat et NOMAD et entre NOMAD et les fournisseurs de prestations

Période 2014 – 2017

- Intensification de la construction des appartements pour personnes âgées
- Développement des prestations selon la planification
- Entrée en vigueur progressive du financement des "proches reconnus"
- Réorientation des missions des EMS, formation de leur personnel
- Évaluation des forces et faiblesses des entretiens d'orientation (dans un délai de 2 ans après leur mise en place), avec une éventuelle nouvelle proposition au Grand Conseil si leur but n'est pas atteint

Année 2017

- Bilan intermédiaire⁷ de la mise en œuvre de la planification avec rapport au Grand Conseil dans le cadre du rapport d'information du Conseil d'Etat au Grand Conseil concernant la planification sanitaire 2013-2017
- Réorientation si nécessaire des axes stratégiques de la planification médico-sociale pour les personnes âgées

⁷ Le bilan intermédiaire de 2017 sera réalisé en collaboration avec l'ensemble des partenaires du domaine de la santé.

Période 2018-2022

- Poursuite de la mise en œuvre de la planification

Année 2022

- Bilan final de la mise en œuvre de la planification
- Rapport d'information au Grand Conseil sur la planification médico-sociale

10. TRAITEMENT DES INTERVENTIONS PARLEMENTAIRES

Le Conseil d'Etat estime, par ce rapport, avoir traité un certain nombre de motions et de postulats qui ont été déposés et acceptés par le Grand Conseil ces dernières années.

10.1. Motion du groupe socialiste "Une chambre à soi en établissement médico-social (EMS)" (08.133)

La motion déposée par le groupe socialiste le 19 février 2008 a été acceptée par le Grand Conseil le 18 février 2009.

08.133

18 février 2009

Motion du parti socialiste

Une chambre à soi en établissement médico-social (EMS)

C'est principalement la perte d'autonomie qui constitue la raison d'entrer en EMS. Lorsque le maintien à domicile devient impossible, nos aîné-e-s doivent faire un choix important, prendre une décision aux enjeux émotionnels énormes pour accepter d'entrer dans un milieu communautaire.

Vivre en EMS, c'est tout d'abord faire de nouvelles rencontres, s'adonner à de nouvelles activités, mais c'est aussi accepter de perdre une certaine indépendance. Comment atténuer tous ces changements et préparer un transfert harmonieux d'un lieu de vie à l'autre ? En ayant la possibilité de conserver un environnement familial, de se retrouver dans des meubles et de s'entourer de ses objets préférés (peut-être même conserver un animal de compagnie).

Pour mieux vivre dans un milieu communautaire, chaque résident-e doit pouvoir préserver son intimité, sa vie privée et avoir un chez soi. Si selon le droit suisse « nul ne peut être placé contre sa volonté sans qu'une décision n'été prononcée par une autorité », nous sommes d'avis aussi qu'aucun-e résident-e ne devrait être contraint-e à partager sa chambre avec un tiers en séjour prolongé ou définitif.

En conséquence, nous demandons au Conseil d'Etat d'étudier la situation actuelle dans nos EMS en vue d'améliorer l'accessibilité à la chambre simple pour les résident-e-s en hébergement de longue durée.

Signataires : S. Müller Devaud, B. Nussbaumer, A. Fischli, F. Montandon, Pierrette Erard, M. Castioni, D. Taillard et P.-L. Denis.

Proposition

Il existe aujourd'hui 440 chambres doubles et 1310 chambres simples dans les institutions pour personnes âgées du canton. Comme indiqué dans le chapitre 5.3, la réduction de la capacité en lits d'EMS se fera principalement par la transformation des chambres doubles en chambres à un lit. A noter que tous les projets de transformation d'EMS réalisés ces dernières années vont déjà dans cette direction.

La diminution prévue à hauteur de près de 400 lits permettrait de supprimer pratiquement toutes les chambres à deux lits. Or, il s'agit d'en conserver un certain nombre pour garantir la qualité de la prise en charge de certains résidents (lutte contre l'isolement pour les personnes désorientées, couples, etc.). D'autre part, il n'est pas toujours possible ni raisonnable de transformer certaines chambres doubles en chambres simples pour des raisons architecturales ou économiques. A terme, la volonté du Conseil d'Etat est de faire correspondre aux besoins la capacité en chambres à deux lits dans les EMS en définissant ces besoins en partenariat avec les EMS et leurs associations.

Le Conseil d'Etat considère qu'il a répondu à la motion 08.133 et propose son classement.

10.2. Motion interpartis " Valorisation de l'activité de garde à domicile " (08.182)

La motion déposée le 3 septembre 2008 a été acceptée par le Grand Conseil le 30 septembre 2008

08.182

3 septembre 2008

Motion interpartis

Valorisation de l'activité de garde à domicile

Nous demandons au Conseil d'Etat d'étudier les possibilités de valoriser le travail de celles et ceux qui font le choix de rester à domicile pour élever leurs enfants ou éviter le placement en institutions de parents âgés ou handicapés.

Nous demandons aussi au Conseil d'Etat d'envisager des solutions pour aider le retour au milieu professionnel de celles et ceux qui cherchent à le faire à la fin de ces périodes de garde familiale.

Signataires : B. Courvoisier, H.-B. Chantraine, P. Hainard, M.-A. Bugnon, D. Haldimann, R. Tschanz, S. Rosselet, R. Clottu, J.-P. Donzé, P. Ummel, B. Zumsteg, F. Bigler, L. Amez-Droz, E. Bernouilli, J.-C. Baudoin, M.-F. Monnier Douard, J.-D. Blant, Patrick Erard, M. Debély, O. Duvoisin, T. Huguenin-Elie et L. Debrot.

Proposition

Le rapport prend en compte le travail que les proches et les bénévoles réalisent au bénéfice des personnes âgées. Il est prévu d'une part de rémunérer dans une certaine mesure et à des conditions très strictes une partie des prestations données et du temps passé par les familles et les aidants. En outre, de l'aide et des conseils seront donnés à ces derniers pour qu'ils puissent réaliser leur engagement plus efficacement et plus sereinement.

Dans ces conditions, le Conseil d'Etat estime avoir partiellement répondu à la motion interpartis " Valorisation de l'activité de garde à domicile". Néanmoins, il ne recommande pas son classement dans la mesure où les volets relatifs à la garde des enfants en bas âge comme à celle des proches handicapés ne sont pas traités dans le présent rapport.

10.3. Postulat du groupe radical "Maintien et soins à domicile: un nécessaire état des lieux et des propositions" (06.145)

Le postulat déposé par le groupe radical le 5 septembre 2006 en lien avec le rapport 06.025 à l'appui d'un projet de loi portant constitution d'un établissement de droit public pour le maintien à domicile (NOMAD – Neuchâtel organise le maintien à domicile) a été accepté par le Grand Conseil le 6 septembre 2006.

06.145

5 septembre 2006

Postulat du groupe radical

Maintien et soins à domicile: un nécessaire état des lieux et des propositions

Le Conseil d'Etat dit clairement dans son rapport qu'il entend procéder, avec un appui scientifique, à un état des lieux général des besoins et possibilités en matière de maintien et de soins à domicile, ceci afin de développer cette politique dans le canton.

Une telle analyse est indispensable. En réalité elle aurait dû être menée avant de modifier les structures des offres de soins et d'aide à domicile, celles-ci n'étant qu'un instrument au service d'un but.

Cela n'ayant pas été possible pour des raisons de calendrier, il est aujourd'hui indispensable de procéder à cet état des lieux et d'en faire l'objet d'un vaste débat politique devant le Grand Conseil. Ce débat permettra notamment de définir quelle prestations sont politiquement souhaitables et financièrement réalisables.

Le Conseil d'Etat devra également envisager dans quelle mesure la politique cantonale en matière de subventions et aides sociales et en matière fiscale peut être améliorée afin d'inciter au maintien à domicile. On sait qu'actuellement en cette matière de nombreuses prestations incitent financièrement les personnes concernées à entrer en institution.

Par ailleurs, le Conseil d'Etat étudiera un concept permettant de développer des appartements protégés, soit des logements situés dans des immeubles qui comportent des lieux de vie ou des services communs (surveillance, cuisine, séjours...). Cette solution permet aux personnes âgées ou handicapées de conserver le maximum de leur indépendance. C'est pour elles un gain en qualité de vie et une stimulation physique et psychologique bénéfiques. Pour la collectivité, ce type de solution doit permettre de réduire les coûts d'une entrée en institution. On s'inspirera de l'exemple valaisan (appartement « Dominos ») et de modèles étrangers.

Par ce postulat, le Grand Conseil prie expressément le Conseil d'Etat de lui fournir un tel rapport dans un délai de deux ans. Ce document présentera un large état des lieux :

- des besoins et des attentes des patients en matière de maintien à domicile,*
- des options politiquement souhaitables et financièrement réalisables dans ce domaine,*
- des modifications législatives qui seraient nécessaires, notamment dans le domaine des subventions, prestations sociales et de la fiscalité, afin d'inciter au maintien à domicile,*
- des mesures qui permettraient de favoriser, notamment par des mesures incitatives, le développement et la construction d'appartements protégés.*

Le Conseil d'Etat présentera sur cette base au Grand Conseil les lignes directrices de la politique cantonale de maintien à domicile. L'organisation de NOMAD, dont on nous assure que la structure est souple, devra par la suite s'adapter à ce cadre nouvellement défini.

Signataire : D. Cottier.

Proposition

La réponse à la demande du groupe radical est précisément l'objet du présent rapport. Le Conseil d'Etat estime qu'il a traité le sujet et propose le classement du postulat 06.145.

10.4. Postulat Laurence Boegli "Aide aux aidant-e-s" (06.148)

Le postulat déposé par Laurence Boegli le 5 septembre 2006 en lien avec le rapport 06.025 à l'appui d'un projet de loi portant constitution d'un établissement de droit public pour le maintien à domicile (NOMAD – Neuchâtel organise le maintien à domicile), a été accepté par le Grand Conseil le 6 septembre 2006.

06.148

5 septembre 2006

Postulat Laurence Boegli

Aide aux aidant-e-s

Un maintien à domicile performant repose non seulement sur des services professionnels efficaces mais également sur l'implication de l'entourage (famille, voisin-e-s-, ami-e-s). L'apport souvent déterminant de ces personnes-ressources n'est toutefois que peu reconnu et encouragé.

Nous demandons au Conseil d'Etat, dans le cadre du concept de maintien à domicile, d'étudier le développement d'aide aux aidant-e-s, c'est-à-dire de définir les moyens à mettre en œuvre d'une part pour soutenir ou alléger l'action de ces personnes-ressources et d'autre part pour que cette action soit socialement et économiquement reconnue.

Cosignataires : A. Bringolf, L. Debrot, B. Horisberger et M.-F. Monnier Douard.

Proposition

Il est prévu de créer ou de développer des structures intermédiaires de prise en charge (accueil de jour, accueil de nuit, accueil temporaire, prestations d'aide et de soins, veille, présence, etc.) pour permettre un placement temporaire des personnes âgées.

D'autres prestations visent plus spécifiquement le soutien et l'entraide de l'entourage comme la formation des aidants (séminaires, conférences, etc.), le soutien aux groupes de parole (entre pairs), l'organisation de vacances communes pour des personnes malades et leurs aidants avec la participation de professionnels, l'offre d'activités communautaires et socioculturelles pour les aidants et l'intégration des aidants au travail de réseau.

Pour terminer, le projet prévoit de rémunérer dans une certaine mesure, l'activité des aidants qui doivent faire un sacrifice important pour accompagner et permettre à une personne âgée de rester à domicile.

Par ces mesures, le Conseil d'Etat estime avoir donné suite au postulat 06.148 et en propose le classement.

10.5. Postulat du groupe socialiste "Structures intermédiaires" (07.141)

Le postulat, en lien avec le rapport 07.010 à l'appui d'un projet de loi sur le Centre neuchâtois de psychiatrie (CNP), déposé le 29 mai 2007 par le groupe socialiste et amendé par la commission psychiatrie a été accepté par le Grand Conseil le 30 janvier 2008.

07.141

29 mai 2007

Postulat du groupe socialiste Structures intermédiaires

Entre un secteur stationnaire surdimensionné et un secteur ambulatoire trop peu développé, on peut constater dans notre canton une lacune au niveau des structures intermédiaires, notamment du type "appartements protégés", impliquant un soutien ponctuel, mais laissant aux personnes hébergées une appréciable marge de liberté.

Le Conseil d'Etat est invité à étudier les voies et moyens permettant de remédier à cette lacune avec les institutions concernées (CNP, HNe, NOMAD...).

Signataires: O. Duvoisin, P. Bonhôte, C. Borel et M. Debély.

Proposition

Pour répondre aux besoins de la population âgée, il s'agira de créer près de 1'000 appartements pour personnes âgées d'ici à l'horizon 2022. La responsabilité de cet objectif sera confiée aux communes en étroite collaboration avec les services de l'Etat. De son côté, le canton sera chargé de veiller à ce que les prestations d'aide et de soins soient accessibles selon les besoins.

Le Conseil d'Etat estime avoir répondu au postulat 07.141 et en propose le classement.

10.6. Postulat de la commission santé "Favoriser les unités d'accueil temporaire" 10.159

Le postulat, en lien avec le rapport 10.039 à l'appui d'un projet de loi sur le financement des établissements médico-sociaux (LFinEMS), déposé le 3 septembre 2010 par la commission santé, a été accepté par le Grand Conseil le 28 septembre 2010.

10.159

3 septembre 2010

Postulat de la commission santé Favoriser les unités d'accueil temporaire

Nous avons dans notre canton une seule unité d'accueil temporaire : Temps Présent à la Chaux-de-Fonds.

Cet EMS spécialisé n'est pas suffisant pour la demande actuelle. D'autre part, le raccourcissement des séjours hospitaliers, la modification de la LAMal pour 2011 et l'introduction prochaine du financement des séjours hospitaliers par pathologie vont augmenter la demande d'accueil temporaire.

Le Conseil d'Etat est prié d'étudier le développement d'UAT dans le canton, en tendant à une bonne répartition territoriale, pour faire face aux besoins actuels et futurs.

Proposition

Il s'agit, pour répondre aux besoins spécifiques de la population âgée, d'augmenter le nombre de lits d'accueil temporaire de près de 60 unités (soit plus du double de la capacité actuelle) ainsi que de créer près de 380 places d'accueil de jour ou de nuit d'ici 2022.

Par ces mesures, présentées au chapitre 5.4 du présent rapport, le Conseil d'Etat estime avoir donné suite au postulat 10.159 et en propose le classement.

11. CONSULTATIONS

Un premier projet a été mis en consultation en été 2011 auprès d'un large éventail de partenaires. Les associations d'EMS, les organisations actives dans le maintien à domicile, les institutions hospitalières, les associations professionnelles et les syndicats présents dans le domaine de la santé, les partis politiques, les assureurs-maladie ainsi que toutes les communes ont ainsi pu se prononcer.

Au total 24 prises de position sont parvenues au DSAS sur les 34 organisations consultées (soit 70% de réponses) et 22 communes ont répondu à l'appel.

De manière générale, la très grande majorité des partenaires entrent en matière sur le projet moyennant un certain nombre de remarques pour la plupart pertinentes. Les aspects touchant à la diminution des lits d'EMS, aux entretiens d'orientation, à l'importance de la prise en compte de l'entourage dans le modèle de planification et à l'implication des communes sont ceux qui ont été les plus commentés lors des phases de consultation.

Comme attendu, les organisations actives dans le maintien à domicile soutiennent le projet et les associations d'EMS y sont plutôt opposées. A noter que tous les partis politiques qui ont répondu à la consultation ont émis un avis favorable.

Le projet a été remanié afin de tenir compte des remarques et des propositions avant d'être soumis au Conseil de santé, organe consultatif du Conseil d'Etat sur les projets de loi dans le domaine de la santé comme le prévoit la loi de santé.

Le Conseil de santé a siégé le 15 décembre 2011.

Il a préavisé favorablement le projet qui lui a été soumis à l'unanimité des membres présents.

12. CONCLUSION

La nécessité d'établir une planification médico-sociale pour les personnes âgées du canton de Neuchâtel est depuis longtemps avérée. Plusieurs interventions parlementaires en relation avec ce sujet ont été déposées ces dernières années et acceptées par le Grand Conseil. Le Conseil d'Etat a longtemps et mûrement réfléchi sur le sujet. Il s'est adjoint l'expertise de la HE-ARC Santé pour l'aider dans ses réflexions et est aujourd'hui en mesure de proposer un projet.

L'axe stratégique retenu tient dans le développement d'une politique de maintien des personnes âgées le plus longtemps possible à domicile. Cette volonté correspond aux vœux exprimés par les personnes âgées et aux conseils des professionnels de santé. En outre, cette nouvelle orientation de notre système de santé est en phase avec les politiques menées dans les autres cantons, ainsi que dans les autres pays. Le Conseil d'Etat tient à affirmer que ce n'est pas la volonté de réaliser des économies qui ont prioritairement guidé sa réflexion, mais bien le bien-être et la qualité de vie de nos aînés.

Le développement d'une politique de maintien à domicile pour le canton de Neuchâtel se traduit par la création et le renforcement des structures intermédiaires (appartements pour personnes âgées, unités d'accueil temporaire, accueil de jour et de nuit). Il a également pour corollaire une réduction à terme du nombre de lits d'EMS ce qui permettra par ailleurs de réduire le nombre de chambres à deux lits. Parallèlement, le volume des prestations de santé qui sont livrées au domicile des personnes concernées devra augmenter dans une proportion importante. Les professionnels de santé seront largement mis à contribution, mais le travail de l'entourage des personnes âgées, de leur proches et des bénévoles sera également renforcé.

Tous les partenaires, publics comme privés, doivent travailler de concert. Le Conseil d'Etat désire notamment collaborer activement avec les communes dans le processus de création des appartements pour personnes âgées.

Enfin, cette nouvelle organisation de la prise en charge de nos aînés ne pourra fonctionner que si le réseau de soins est sollicité de manière adéquate. Pour cela, l'orientation des personnes âgées et de leur famille dans le réseau de santé devra faire l'objet d'une attention toute particulière.

Pour conclure, le Conseil d'Etat estime que le projet qui est présenté dans ce rapport est un élément essentiel de la construction du système de santé neuchâtelois. La partie conceptuelle qui a précédé la rédaction de ce rapport ne représente qu'une première étape d'un processus qui pourra se concrétiser réellement après la décision du Grand Conseil.

Nous vous demandons en conséquence de prendre en considération le présent rapport, d'adopter le projet de loi ci-après et de classer la motion et les postulats suivants:

- motion du groupe socialiste 08.133, "Une chambre à soi en établissement médico-social (EMS)";
- postulat du groupe radical 06.145, "Maintien et soins à domicile: un nécessaire état des lieux et des propositions";
- postulat Laurence Boegli 06.148, "Aide aux aidant-e-s";
- postulat du groupe socialiste 07.141, "Structures intermédiaires";
- postulat de la commission santé 10.159, "Favoriser les unités d'accueil temporaire".

Veillez agréer, Monsieur le président, Mesdames et Messieurs, l'assurance de notre haute considération.

Neuchâtel, le 14 mars 2012

Au nom du Conseil d'Etat:

La présidente,
G. ORY

La chancelière,
S. DESPLAND

Loi
portant modification de la loi de santé (LS)
(Planification médico-sociale pour les personnes âgées)

Le Grand Conseil de la République et Canton de Neuchâtel,
sur la proposition du Conseil d'Etat, du 14 mars 2012,
décète:

Article premier La loi de santé (LS), du 6 février 1995, est modifiée comme suit:

Art. 4, lettre h^{bis} (nouvelle)

La loi a notamment pour objet:

h^{bis}) de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées;

Art. 77, texte actuel

Les institutions au sens de la présente loi sont des services, établissements et autres organismes publics ou privés ayant pour but la promotion, l'amélioration, la conservation ou le rétablissement de la santé, ou le maintien à domicile des personnes âgées, et dont les prestations relèvent notamment du domaine de la prévention, du diagnostic, du maintien à domicile, du traitement, de la réadaptation et de l'hébergement.

Art. 78, lettre c

Les institutions se répartissent dans les catégories suivantes:

c) les établissements spécialisés, à savoir les foyers de jour et de nuit, les appartements pour personnes âgées, les pensions et les établissements médico-sociaux (EMS).

Art. 80, al. 1; al. 1^{bis} (nouveau)

¹Les institutions doivent tenir un dossier administratif pour chacun de leurs patients et/ou de leurs résidents.

^{1bis}Les institutions qui fournissent des soins doivent également tenir un dossier de soins pour chacun de leurs patients et/ou de leurs résidents.

Art. 83b, nouveau. « Orientation dans le réseau de santé »

¹L'orientation dans le réseau de santé vise à assurer une utilisation adéquate des ressources de santé destinées à la prise en charge des personnes âgées.

²Des entretiens d'orientation sont organisés à la demande de la personne âgée, de son représentant légal ou du médecin.

³Ils ont lieu lorsqu'une entrée pour un long séjour dans un EMS ou dans une pension est envisagée.

⁴Le Conseil d'Etat fixe les modalités et les conditions nécessaires au bon déroulement des entretiens d'orientation. Il consulte au préalable les milieux concernés.

Art. 91, al. 1, let. b et c

¹Les établissements spécialisés au sens de la présente loi sont des établissements pour personnes âgées qui revêtent la forme de:

b) pensions;

c) appartements pour personnes âgées;

Art. 92a, (nouvelle teneur), lettre b, « Pensions »

¹Les pensions sont des institutions qui hébergent des personnes qui sont en principe en âge de bénéficier des prestations selon la loi fédérale sur l'assurance vieillesse et survivants, dont l'état de santé, physique ou psychique, exige une prise en charge socio-hôtelière et/ou un encadrement psycho-social.

²Elles ne sont pas reconnues comme prestataires de soins au sens de la LAMal.

³Sur dérogation de l'autorité compétente, elles peuvent accueillir des personnes plus jeunes dont l'état de santé, physique ou psychique, exige une prise en charge socio-hôtelière et/ou un encadrement psycho-éducatif.

⁴Le Conseil d'Etat est compétent pour régler le financement et l'hébergement en pension, sous forme de contrat de prestations, en application analogique de la Loi sur le financement des établissements médico-sociaux (LFinEMS) du 28 septembre 2010.

Art. 93, (nouvelle teneur), lettre c), « Appartements pour personnes âgées », chiffre 1, « Définition »

¹Les appartements pour personnes âgées sont des immeubles ou parties d'immeubles spécialement aménagés pour loger des personnes âgées ayant besoin d'une aide médico-sociale.

²Le Conseil d'Etat fixe les exigences architecturales et fonctionnelles auxquelles doivent répondre les appartements pour personnes âgées.

Art. 93a (nouveau), chiffre 2, « Planification »

¹Le Conseil d'Etat fixe le nombre d'appartements pour personnes âgées nécessaires par région, conformément à l'article 83.

²Il peut fixer un quota minimum d'appartements pour personnes âgées dont le loyer ne doit pas dépasser le montant maximal reconnu par la législation fédérale sur les prestations complémentaires.

³Les communes veillent, en collaboration avec l'Etat, à la disponibilité sur leur territoire d'un nombre adéquat d'appartements selon les alinéas 2 et 3, le cas échéant en encourageant leur construction.

Art. 93b (nouveau), chiffre 3, « Prestations »

¹Le Conseil d'Etat définit les prestations qui sont fournies aux occupants des appartements pour personnes âgées par le détenteur de l'autorisation.

²Ces prestations sont des prestations de maintien à domicile au sens de la loi portant constitution d'un établissement de droit public pour le maintien à domicile (NOMAD – Neuchâtel organise le maintien à domicile), du 6 septembre 2006.

Art. 95a (nouveau), « Informations statistiques »

¹Les institutions mentionnées à l'article 78, lettre b à d, transmettent au service les informations statistiques nécessaires à la surveillance et au pilotage de la planification médico-sociale pour les personnes âgées.

²Le département détermine les informations à transmettre et les modalités de cette transmission.

Art. 105b (nouveau), « Prestations de l'entourage »

¹Les prestations fournies par l'entourage en vue de favoriser le maintien à domicile peuvent donner lieu au versement d'une aide financière.

²Le Conseil d'Etat définit ces prestations ainsi que les conditions et les modalités du versement de l'aide financière.

³NOMAD statue sur les demandes d'aide financière.

⁴La décision peut faire l'objet d'un recours au département puis auprès du Tribunal administratif conformément à la loi sur la procédure et la juridiction administrative (LPJA), du 27 juin 1979.

Disposition transitoire à la modification du ...

Les familles d'accueil qui sont autorisées à accueillir des résidents au moment de l'entrée en vigueur de la modification du ... restent au bénéfice de cette autorisation pour une durée maximale de trois ans après l'entrée en vigueur.

Coordination avec d'autres actes

Loi sur le financement des établissements médico-sociaux (LFinEMS), du 28 septembre 2010

Quel que soit l'ordre dans lequel la loi sur le financement des établissements médico-sociaux ou la présente loi entrent en vigueur, à l'entrée en vigueur de la seconde de ces lois ou à leur entrée en vigueur simultanée, les dispositions suivantes de la loi de santé (LS), du 6 février 1995, auront la teneur selon la présente loi: article 78, lettre c; article 91, alinéa 1, lettres b et c.

Art. 2 La présente loi est soumise au référendum facultatif.

Art. 3 ¹Le Conseil d'Etat fixe l'entrée en vigueur de la présente loi.

²Il pourvoit, s'il y a lieu, à sa promulgation et à son exécution.

Neuchâtel, le

Au nom du Grand Conseil:

Le président,

Les secrétaires,

LISTE ET DESCRIPTION DES PROFILS

Les 13 profils décrits ci-dessous sont issus du document du PNR 32 réalisé par Jean-Luc Richard, Dr Brigitte Santos-Eggimann et Geneviève Stucki, Utilisation du modèle « Balance of Care » pour le canton de Vaud, Besoins et offre médico-sociale pour la population de 65 ans et plus : scénarios pour 1996 et pour les horizons 2000, 2005, 2010 et 2015, décembre 1998. Les profils ont été repris dans l'étude de la HeArc.

Profils de dépendance	Description des critères
Profil 1	<p>Personnes indépendantes pour se laver, s'habiller, se transférer et manger, assumant le ménage, le repassage, la lessive et la préparation des repas.</p> <p><i>Ces personnes peuvent présenter, selon les cas, quelques problèmes isolés tels qu'une incontinence, une difficulté à faire leurs achats courants ou à utiliser seules les transports en-dehors du domicile, ou encore des troubles cognitifs qui ne compromettent cependant pas la capacité à vivre seul au domicile.</i></p>
Profil 2	<p>Personnes indépendantes pour se laver, s'habiller, se transférer et manger, préparant leur repas, mais nécessitant de l'aide pour le ménage, et dans un cas sur deux également pour faire la lessive et le repassage. Les personnes du niveau 2 sont cependant capables de prendre un taxi sans accompagnement et d'effectuer leurs achats courants.</p> <p><i>Ces personnes ne présentent en général pas de troubles cognitifs.</i></p>
Profil 3	<p>Personnes indépendantes pour se laver, s'habiller, se transférer et manger, mais nécessitant de l'aide pour le ménage, la lessive et le repassage, ainsi que pour préparer les repas. Les personnes du niveau 3 sont cependant capables de prendre un taxi sans accompagnement et d'effectuer leurs achats courants.</p> <p><i>Les personnes appartenant à ce groupe ne présentent en général pas de troubles cognitifs.</i></p>
Profil 4	<p>Personnes ne présentant pas de troubles cognitifs, indépendantes pour se laver, s'habiller, se transférer et manger, préparant leur repas, mais nécessitant de l'aide pour le ménage, et dans un cas sur deux également pour faire la lessive et le repassage. En outre elles ne sont plus autonomes pour faire leurs achats courants et ne peuvent pas utiliser seules les transports en dehors du domicile.</p>
Profil 5	<p>Personnes ne présentant pas de troubles cognitifs, indépendantes pour se laver, s'habiller, se transférer et manger, mais nécessitant de l'aide pour le ménage, la lessive et le repassage, ainsi que pour préparer les repas. En outre les personnes de niveau 5 ne sont plus autonomes pour faire leurs achats courants et ne peuvent pas utiliser seules les transports en dehors du domicile.</p>
Profil 6	<p>Personnes présentant des troubles cognitifs, mais indépendantes pour se laver, s'habiller, se transférer et manger. Les personnes de niveau 6 nécessitent de l'aide pour le ménage, la lessive et le repassage, et dans près d'un cas sur deux pour préparer les repas. Elles ne sont plus autonomes pour faire leurs achats courants et ne peuvent pas utiliser seules les transports en dehors du domicile.</p>
Profil 7	<p>Personnes ne pouvant plus se laver, mais indépendantes pour s'habiller, se transférer et manger. Les personnes de niveau 7 nécessitent en général de l'aide pour le ménage, la lessive et le repassage, et dans plus d'un cas sur deux pour préparer les repas. Elles restent cependant capables de prendre un taxi sans accompagnement et d'effectuer leurs achats courants.</p>

Profils de dépendance	Description des critères
Profil 8	Personnes ne présentant pas de troubles cognitifs, ne pouvant plus se laver, mais indépendantes pour s'habiller, se transférer et manger. Les personnes de niveau 8 nécessitent en général de l'aide pour le ménage, la lessive et le repassage, et dans plus d'un cas sur deux pour préparer les repas. Elles ne sont plus autonomes pour faire leurs achats courants et ne peuvent pas utiliser seules les transports en dehors du domicile.
Profil 9	Personnes présentant des troubles cognitifs, ne pouvant plus se laver, mais indépendantes pour s'habiller, se transférer et manger. Les personnes de niveau 9 nécessitent en général de l'aide pour le ménage, la lessive, le repassage et pour préparer les repas. Elles ne sont plus autonomes pour faire leurs achats courants et ne peuvent pas utiliser seules les transports en dehors du domicile.
Profil 10	Personnes ne présentant pas de troubles cognitifs, ne pouvant plus se laver, et dépendantes pour l'une seulement des trois autres AVQ (s'habiller, se transférer et manger). En général, les personnes de niveau 10 nécessitent de l'aide pour le ménage, la lessive, le repassage et dans plus d'un cas sur deux pour préparer les repas. Elles ne font plus seules leurs achats courants et ne peuvent pas utiliser seules les transports en dehors du domicile.
Profil 11	Personnes présentant des troubles cognitifs, ne pouvant plus se laver, et dépendantes pour l'une seulement des trois autres AVQ (s'habiller, se transférer et manger). En général, les personnes de niveau 11 nécessitent de l'aide pour le ménage, la lessive et le repassage, pour préparer les repas, ainsi que pour faire leurs achats courants et ne peuvent pas utiliser seules les transports en dehors du domicile.
Profil 12	Personnes ne présentant pas de troubles cognitifs, ne pouvant plus se laver, et dépendantes pour au moins deux des trois autres AVQ (s'habiller, se transférer et manger). Les personnes de niveau 12 nécessitent de l'aide pour le ménage, la lessive et le repassage, pour préparer les repas, ainsi que pour faire leurs achats courants et ne peuvent pas utiliser seules les transports en dehors du domicile.
Profil 13	Personnes présentant des troubles cognitifs, ne pouvant plus se laver, et dépendantes pour au moins deux des trois autres AVQ (s'habiller, se transférer et manger). Les personnes de niveau 13 nécessitent de l'aide pour le ménage, la lessive et le repassage, pour préparer les repas, ainsi que pour faire leurs achats courants et ne peuvent pas utiliser seules les transports en dehors du domicile.

OFFRE ACTUELLE DE PRESTATIONS DANS LE CANTON (DONNÉES 2008)

OFFRE ACTUELLE		Prestations professionnelles recensées	Prestations professionnelles non recensées	Prestations de l'entourage, des aidants et des bénévoles
Lieux de vie				
Appartement adapté (individuel ou communautaire)	NB appartements	482	48	
Appartement sécurisé (individuel ou communautaire)	NB appartements	0		
Appartement protégé (individuel ou communautaire)	NB appartements	41		
Hébergement				
Pension	NB lits	8		
Home médicalisé gériatrique de long séjour (6 mois et plus)	NB lits	2'049		
Unité spécialisée pour la prise en charge de personnes démentes, intégrée dans un home médicalisé de long séjour (6 mois et plus)	NB lits	103		
Prestations				
Home médicalisé gériatrique d'accueil temporaire	NB lits	46		
Unité d'accueil temporaire spécialisée pour les personnes démentes, intégrée dans un home médicalisé	NB lits	0		
Accueil de jour gériatrique (foyer de jour)	NB places	36		
Accueil de jour spécialisé pour les personnes démentes (foyer de jour)	NB places	8		
Accueil de nuit gériatrique (foyer de nuit)	NB places	0		
Accueil de nuit spécialisé pour les personnes démentes (foyer de nuit)	NB places	0		
Soins spécialisés (à domicile)				
Soins infirmiers	NB heures/an	67'201		3'360
Hospitalisation à domicile	NB heures/an	0		
Ergothérapie	NB heures/an	1'916	0	
Physiothérapie	NB heures/an	0	43'000	
Pédicure-podologue	NB heures/an	0	12'000	
Visites de prévention et de sécurité à domicile	NB heures/an	0		
Aide à l'entourage	NB heures/an	0	200	
Soins de base, aide et présence				
Soins de base	NB heures/an	121'983		150'000
Aide pour la lessive et le repassage	NB heures/an			
Aide au ménage	NB heures/an			
Aide pour les achats	NB heures/an	100'249	100'000	582'000
Aide pour les repas	NB heures/an			
Aide à manger	NB heures/an			
Aide pour les déplacements	NB heures/an	0	10'000	54'000
Activités communautaires	NB heures/an	6'125		
Activités socio-culturelles à domicile	NB heures/an	0		3'000
Aide sociale et administrative	NB heures/an	2'023	5'000	25'000
Présence	NB heures/an	530	500	6'000
Veille	NB heures/an	96		8'000
Services globaux				
Permanence téléphonique	NB heures/an	0		
Guichet unique	NB heures/an	0		

PRESTATIONS NÉCESSAIRES SELON LA PLANIFICATION MÉDICO-SOCIALE

PRESTATIONS NECESSAIRES		2010	2015	2022
Lieux de vie				
Appartement adapté (individuel ou communautaire)	NB appartements	456	498	545
Appartement sécurisé (individuel ou communautaire)	NB appartements	284	310	339
Appartement protégé (individuel ou communautaire)	NB appartements	561	613	670
Hébergement				
Pension	NB lits	110	120	131
Home médicalisé gériatrique de long séjour (6 mois et plus)	NB lits	171	187	204
Unité spécialisée pour la prise en charge de personnes démentes, intégrée dans un home médicalisé de long séjour (6 mois et plus)	NB lits	1'242	1'357	1'483
Prestations				
Home médicalisé gériatrique d'accueil temporaire	NB lits	45	49	54
Unité d'accueil temporaire spécialisée pour les personnes démentes, intégrée dans un home médicalisé	NB lits	46	51	55
Accueil de jour gériatrique (foyer de jour)	NB places	244	266	291
Accueil de jour spécialisé pour les personnes démentes (foyer de jour)	NB places	112	122	133
Accueil de nuit gériatrique (foyer de nuit)	NB places	7	7	8
Accueil de nuit spécialisé pour les personnes démentes (foyer de nuit)	NB places	12	13	15
Soins spécialisés (à domicile)				
Soins infirmiers	NB heures/an	169'632	185'376	202'643
Hospitalisation à domicile	NB heures/an	1'961	2'143	2'343
Ergothérapie	NB heures/an	9'959	10'883	11'897
Physiothérapie	NB heures/an	47'877	52'320	57'194
Pédicure-podologue	NB heures/an	16'459	17'987	19'662
Visites de prévention et de sécurité à domicile	NB heures/an	17'751	19'398	21'205
Aide à l'entourage	NB heures/an	34'663	37'881	41'409
Soins de base, aide et présence				
Soins de base	NB heures/an	539'726	589'819	644'759
Aide pour la lessive et le repassage	NB heures/an	1'554'179	1'698'427	1'856'631
Aide au ménage	NB heures/an			
Aide pour les achats	NB heures/an			
Aide pour les repas	NB heures/an			
Aide à manger	NB heures/an			
Aide pour les déplacements	NB heures/an	93'084	101'723	111'198
Activités communautaires	NB heures/an	147'660	161'365	176'395
Activités socio-culturelles à domicile	NB heures/an	25'762	28'154	30'776
Aide sociale et administrative	NB heures/an	35'568	38'869	42'490
Présence	NB heures/an	6'830	7'464	8'159
Veille	NB heures/an	11'186	12'224	13'362
Services globaux				
Permanence téléphonique	NB heures/an	4'313	4'713	5'152
Guichet unique	NB heures/an	6'039	6'599	7'214

Liste des abréviations

AVS	Assurance vieillesse et survivants.
BoC	"Balance of Care System" où système de soins équilibrés; méthode développée en Grande Bretagne et reprise en Suisse dans le cadre du projet national de recherche N° 32.
BRIOS	Bureaux régionaux d'information et d'orientation; instruments d'orientation dans le réseau mis en place dans le canton de Vaud.
CEG	Centre électronique de gestion de la ville e Neuchâtel.
CIGES	Centre d'information, de gestion et d'économie de la santé.
CNIS	Convention neuchâteloise d'informatique de santé.
CNP	Centre neuchâtelois de psychiatrie: établissement de droit public regroupant les institutions hospitalières et ambulatoires psychiatriques publiques.
EMS	Établissement médico-social pour personnes âgées.
GEP	Gestionnaire d'équipe et de prestations au sein de NOMAD.
HE-ARC Santé	Haute Ecole Arc Santé à Neuchâtel.
HES-SO Valais	Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale en Valais
HNe	Hôpital neuchâtelois: établissement de droit public regroupant les hôpitaux publiques de soins physiques.
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance maladie.
LFinEMS	Loi cantonale sur le financement des EMS.
LNOMAD	Loi sur NOMAD.
LPC	Loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS.
NOMAD	Neuchâtel organise le maintien à domicile: établissement de droit public regroupant les unités de maintien à domicile publiques.
PC	Prestations complémentaire à l'AVS.
PNR 32	Projet national de recherche N° 32
SCSP	Service cantonal de la santé publique.
UAT	Unité d'accueil temporaire.

Définitions

Le « **trouble cognitif** » est le terme médical utilisé pour décrire la détérioration des processus mentaux de la mémoire, du jugement, de la compréhension et du raisonnement.

La « **démence** » se dit de la perte de fonctions intellectuelles comme la faculté de penser, de se souvenir et de raisonner, accompagnée de changements de comportement et d'humeur. Il est alors difficile, voire impossible, pour la personne qui en est atteinte d'accomplir les actes usuels de la vie

TABLE DES MATIERES

	<i>Page</i>
RESUME	1
1. INTRODUCTION	3
2. OBJECTIFS	3
3. DÉMARCHE	4
4. RÉSULTAT DES ÉTUDES	7
4.1. Tableau des dépendances des personnes âgées	7
4.2. Liste des « prestations et services »	9
4.3. Préférences des professionnels et des personnes âgées	11
4.4. Offre de prestations et services actuelle	11
4.5. Prestations et services nécessaires	12
5. PLANIFICATION ET MODÈLE D'ORGANISATION	12
5.1 Principes	12
5.2 Appartements pour personnes âgées	13
5.3 Hébergement	16
5.4 Prestations d'accueil	17
5.5 Prestations à domicile	19
5.6 Services globaux	22
5.7 Synthèse	23
6. INSTRUMENTS D'ORIENTATION ET DE SUIVI	25
6.1 Entretiens d'orientation	26
6.2 Système d'information	29
7. ASPECTS FINANCIERS	29
8. MODIFICATIONS LÉGALES	31
8.1 Commentaires article par article	31
8.2 Vote du Grand Conseil	33
8.3 Conséquences sur le personnel	34
8.4 Conséquences sur les communes	34
9. CALENDRIER DE MISE EN ŒUVRE	35
10. TRAITEMENT DES INTERVENTIONS PARLEMENTAIRES	36
10.1 Motion du groupe socialiste "Une chambre à soi en établissement médico-social (EMS)" (08.133)	36
10.2 Motion interpartis " Valorisation de l'activité de garde à domicile"(08.182)	37
10.3 Postulat du groupe radical "Maintien et soins à domicile: un nécessaire état des lieux et des propositions" (06.145)	38
10.4 Postulat Laurence Boegli "Aide aux aidant-e-s" (06.148)	39
10.5 Postulat du groupe socialiste "Structures intermédiaires" (07.141)	40
10.6 Postulat de la commission santé "Favoriser les unités d'accueil temporaire" (10.033)	40
11. CONSULTATIONS	41
12. CONCLUSION	41
Loi portant modification de la loi de santé (LS) (Planification médico-sociale our les personnes âgées)	43
Annexe 1: Liste et description des profils	47
Annexe 2: Offre actuelle de prestations dans le canton (données 2008)	49
Annexe 3: Prestations nécessaires selon la planification médico-sociale	50
Liste des abréviations	51