

**Rapport d'information du Conseil d'Etat au Grand Conseil
concernant
la réalisation et les perspectives de la planification médico-
sociale**

(Du 6 juillet 2015)

Madame la présidente, Mesdames et Messieurs,

RESUME

Le rapport sur la Planification médico-sociale PMS a été voté par le Grand Conseil en mai 2012, à l'unanimité. Il dessine la stratégie cantonale pour faire face aux défis du vieillissement de la population. Cette stratégie prévoit de retarder l'entrée en EMS et de permettre à la population âgée de rester aussi longtemps que possible à domicile. Pour réussir ce virage ambulatoire, la PMS planifie d'une part d'augmenter le nombre d'appartements pour personnes âgées, de renforcer les services du maintien à domicile et de créer des structures d'accueil intermédiaires. D'autre part, il convient d'adapter la prise en charge résidentielle pour mieux tenir compte des besoins spécifiques des personnes démentes.

Parallèlement à cela, il est prévu de soutenir les proches aidants et de renforcer le bénévolat dans ce secteur, d'améliorer la coordination du réseau par la mise sur pied d'entretiens d'orientation et la création d'une permanence téléphonique et d'un guichet unique. Finalement, un système d'information cohérent doit permettre le pilotage du dispositif.

La PMS vise une transformation du paysage médico-social sur le long terme; le rapport de 2012 chiffrait es objectifs à 2022, c'est-à-dire à dix ans après le début des travaux. Concrètement, c'est en octobre 2013 que le projet de réalisation a été lancé par le service de la santé publique (SCSP) et le Département des finances et de la santé (DFS). L'organisation du projet a fait une large part à la participation des différents acteurs du domaine médico-social du canton.

Etat actuel de réalisation de la PMS

En résumé, l'état actuel de réalisation de la PMS se présente de la façon suivante:

Accueil et séjour:

- les définitions des nouvelles missions et des concepts-cadres sont prêts;
- les critères et la démarche de planification sont posés;

- une démarche d'inventaire et d'évaluation du patrimoine immobilier des établissements médico-sociaux EMS est en cours. Ses résultats détermineront par la suite largement les attributions de missions aux institutions partenaires;
- la mise en place des nouvelles prestations pourra prendre son essor dès 2016;
- la nouvelle réglementation et la tarification 2016 doivent encore être élaborées.

Appartements avec encadrement:

- la définition des conditions-cadre pour les infrastructures et les prestations est établie;
- les communes ont été consultées sur les objectifs de planification et seront informées de la nouvelle réglementation qui pourra entrer en vigueur début 2016;
- des mesures de promotion ont été définies.

Promotion du bénévolat:

- une politique de promotion cantonale a été proposée au Conseil d'Etat, qui a décidé des options générales pour son développement.

Soutien des proches aidants:

- une politique de promotion cantonale a été proposée au Conseil d'Etat, qui a décidé des options générales pour son développement.

Entretien d'orientation et structuration du réseau:

- le cadre conceptuel a été approuvé par le Conseil d'Etat;
- un projet-pilote est en voie de réalisation dans la région du Locle et des Brenets. Il démarrera ses prestations début 2016 et sera évalué début 2017.

Développement du maintien à domicile:

- NOMAD a réactualisé son plan d'action stratégique PAS 2015 - 2022. Ses objectifs et orientations sont en phase avec la PMS.

La planification financière et les moyens pour réaliser la PMS

- Le développement de la PMS fait l'objet d'une planification financière qui respecte le plan financier de législature PFL.

Les ressources humaines de l'office du maintien à domicile et de l'hébergement (OMDH) ont pu être légèrement augmentées pour conduire le projet PMS. Dans le contexte du vieillissement de la population, un renforcement ultérieur sera incontournable pour faire face à l'augmentation du volume des prestations et aux exigences d'une planification devenue plus complexe.

1. INTRODUCTION

Votée en mai 2012 par le Grand Conseil, la planification médico-sociale pour les personnes âgées (PMS) vise à garantir un accompagnement de qualité des personnes âgées dépendantes.

Ces prochaines années, les besoins de prise en charge médico-sociale vont augmenter, avant tout en lien avec le vieillissement de la population et particulièrement par le fait que le nombre de personnes âgées **en perte d'autonomie** augmentera rapidement.

Pour faire face à ces défis, la PMS veut retarder l'entrée en EMS et permettre à la population âgée de rester aussi longtemps que possible à domicile.

Pour réussir ce «virage ambulatoire», la PMS entend augmenter le nombre d'appartements avec encadrement, renforcer les services du maintien à domicile et créer des structures de court séjour et d'accueil de jour et de nuit. D'autre part, elle prévoit d'adapter la prise en charge résidentielle pour mieux tenir compte des besoins spécifiques des personnes atteintes de troubles liés à la démence.

Concrètement, les projections indiquent, pour l'horizon 2022, la création de près de 1000 logements supplémentaires, avec des prestations d'accompagnement adéquates, la diminution du nombre de lits d'EMS d'environ 400 unités tout en spécialisant une partie des 1400 lits restants en psychogériatrie¹. Le nombre de lits de court séjour devra croître d'environ 60 unités et l'accueil de jour de près de 400 places.

Parallèlement à cela, il est prévu de soutenir les proches aidants et de renforcer le bénévolat dans ce secteur, d'améliorer la coordination du réseau par la mise sur pied d'entretiens d'orientation et la création d'une permanence téléphonique ainsi que d'un guichet cantonal. Finalement, un système d'information cohérent doit permettre le pilotage du dispositif.²

Les quatre piliers de la PMS

La PMS, parfois présentée à tort comme une opposition entre la prise en charge en établissement médico-social (EMS) et l'accompagnement par le maintien à domicile, représente en réalité un ensemble de mesures indissociables. A titre d'exemple, la PMS ne pourrait réussir sans la mise en œuvre de places d'accueil de jour dans toutes les régions du canton - chaque mesure est importante.

Le premier pilier de la PMS est donc celui de la **complémentarité** des mesures qui la composent.

Le deuxième pilier est l'enjeu de la **coordination**. La PMS ne peut avancer sans une coordination fine entre l'offre et les besoins d'une part et entre tous les partenaires concernés d'autre part.

Le troisième pilier est le fait que la PMS vise avant tout à assurer une **continuité de soins** pour les personnes âgées en perte d'autonomie dont les problèmes de santé sont majoritairement de type chronique. Continuité ou intégration de soins, ces termes sont devenus ces dernières années de véritables slogans pour invoquer les impératifs d'une nouvelle approche – une approche basée sur un très haut niveau de coordination et de collaboration entre les différents partenaires.

Le quatrième pilier concerne la volonté des acteurs de s'engager dans une démarche de coordination, de construction d'un vocabulaire commun, d'élaboration d'objectifs communs et de **participation** à leurs réalisations. Concrètement, la réalisation des mesures PMS a pu profiter jusqu'à aujourd'hui de la participation – et de la créativité – très active d'une septantaine de professionnels issus majoritairement des institutions et organisations sanitaires partenaires de l'administration cantonale.

¹ Voir les définitions en chapitre 5.1.3

² Pour une description complète de la PMS, le lecteur est prié de se référer au Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil à l'appui d'un projet de loi portant sur la modification de la loi de santé (LS), Planification médico-sociale pour les personnes âgées, du 14 mars 2012.
D'autre part, l'annexe 7 de la "politique sanitaire cantonale 2015-2022" présente, en page 31, un résumé de la démarche PMS, de ses débuts jusqu'au projet de réalisation qui a démarré en octobre 2013. Les références figurent dans l'annexe au présent rapport.

Le système de santé, dans son ensemble, est soumis à des fortes pressions d'adaptation, ce qui représente un défi pour tous les acteurs. Une politique publique en matière de santé est une affaire complexe. Elle doit, pour réussir les transformations exigées par l'environnement en mutation - la PMS n'y fait pas exception - tenir compte des cinq facteurs ci-dessous:

- les attentes des acteurs (bénéficiaires, professionnels, etc.);
- les expériences cliniques sur le terrain (toute vision en matière de santé doit être basée sur un projet clinique cohérent);
- les priorités stratégiques des autorités de tutelles;
- les connaissances et innovations scientifiques;
- les contraintes institutionnelles des organisations partenaires.

La PMS est une planification sur le long terme, dont les objectifs et articulations internes doivent régulièrement être ajustés. Formulé sous forme de projet durant sa phase de lancement et les premières années de réalisation, la PMS va pourtant au-delà de l'horizon temps habituellement concédé à un projet: elle doit être considérée comme un pan important de la politique sanitaire du canton. Dans ce sens, les différents éléments du projet PMS seront successivement intégrés dans les activités habituelles que le SCSP met en œuvre pour la conduite de la politique de santé, ceci au fur et à mesure de l'avènement des changements dessinés par le rapport PMS.

2. OBJECTIFS DU RAPPORT

Le présent rapport d'information vise à donner au Grand Conseil une information sur l'avancement du projet de réalisation de la PMS.

Concrètement, il informe le Grand Conseil de manière circonstanciée sur:

- les enjeux des différents domaines;
- l'état de réalisation de la PMS;
- les perspectives de concrétisation à moyen et long terme;
- les perspectives financières.

3. CONTEXTE

La PMS est déterminée par – respectivement s'articule avec – les conditions-cadre et les rapports ci-après.

3.1. Le programme de législature 2014-2017 du Conseil d'Etat

Le programme de législature donne une impulsion forte à la PMS. Il fait état de différentes mesures phares qui sont réparties en trois catégories, à savoir les impondérables, les ambitions politiques et les choix ou économies nécessaires.

Au chapitre des mesures phares retenues dans les impondérables, la PMS apparaît comme suit: le développement des prestations aux aînés dans le contexte du vieillissement de la population (augmentation annuelle de 2% de la part des personnes âgées de plus de 85 ans).

S'agissant des mesures phares relevant d'ambitions politiques, on relèvera en particulier:

- le développement d'une politique du logement comprenant des mesures d'encouragement à la construction et à l'adaptation de logements par des maîtres d'ouvrages d'utilité publique, notamment pour les personnes âgées.

Pour ce qui est enfin des mesures phares impliquant des choix ou économies nécessaires, la PMS est mise en avant comme un investissement:

- la planification médico-sociale pour les personnes âgées qui, sous réserve d'un certain nombre de prestations à développer favorisant le maintien à domicile, permettra de réduire le rythme d'accroissement des charges liées au vieillissement de la population.

3.2. Le plan financier de législature du Conseil d'Etat PFL

Le plan financier de législature tient compte de la PMS et des prévisions d'évolution des prestations présentées dans ce rapport d'information (cf. ci-dessous chapitre 6.2, Evolutions financières).

3.3. La politique sanitaire cantonale 2015–2022³

Cette politique est basée sur les orientations suivantes:

1. renforcer la prévention des maladies et la promotion de la santé;
2. assurer une offre en soins suffisante, adaptée aux besoins et accessible sans discrimination;
3. améliorer la qualité des prestations;
4. optimiser l'organisation du système de santé cantonal;
5. renforcer les instruments de pilotage du système de santé cantonal;
6. limiter la hausse des coûts de la santé.

Bien que figurant dans l'orientation 2 ci-dessus, la PMS a des connexions thématiques avec chacun de ces axes. Citons le fait que la PMS doit être vue comme une mesure d'investissement pour réaliser un dispositif plus économe et efficient que l'actuel et ainsi limiter la hausse des coûts de la santé. Mais la PMS, par la structuration du réseau et ses entretiens d'orientation des personnes âgées, participe également à la prévention (par la détection de la fragilité, cf. chapitre 5.5, entretien d'orientation) et de l'optimisation du système cantonal (mise en place d'un système d'information permettant l'échange électronique sécurisé); ou encore à l'amélioration de la qualité des prestations par la définition des missions spécialisées psychogériatriques dans le domaine du long séjour et de l'accueil de jour.

3.4. Le plan d'action stratégique 2015-2022 de NOMAD

Le plan stratégique de NOMAD (Neuchâtel Organise le Maintien à Domicile) dessine l'évolution de l'organisation cantonale de droit public pour les prochaines années. Il positionne l'organisation et son avenir dans les axes stratégiques et les objectifs concrets de la PMS. Le Conseil d'Etat transmet le plan stratégique de NOMAD et son rapport d'accompagnement au Grand Conseil de manière conjointe au présent rapport d'information.

³ Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil du 16 février 2015

3.5. Le plan d'action stratégique 2015- 2022 du CNP

Le CNP est actuellement en train de préciser son plan stratégique pour les années 2015 à 2022. Les liens entre les activités du CNP et la PMS concernent avant tout la planification du domaine du long séjour psychiatrique, mais également les apports de compétences spécifiques du CNP aux autres acteurs sanitaires par le biais d'équipes mobiles, de soutien de deuxième ligne, de supervision et de formation.

Les indications du présent rapport d'information en matière de lits de long séjour psychiatriques ont fait l'objet d'une discussion avec la direction générale du CNP et sont alignés à ses orientations stratégiques.

4. LE PROJET DE REALISATION DE LA PMS

Le projet de réalisation de la PMS a démarré en automne 2013, sous la conduite de l'office du maintien à domicile et de l'hébergement (OMDH) du SCSP. Dans sa première phase, celle de la mise en place du projet et de la conceptualisation, la réalisation des différents rapports a mobilisé une bonne septantaine de personnes issues, dans leur grande majorité, des organisations sanitaires partenaires de l'Etat. Cette importante mobilisation a favorisé la recherche de solutions réalistes et partagées, gage précieux pour la réussite de la suite du projet.

A part le domaine du maintien à domicile, dont la responsabilité de la mise en place incombe à NOMAD, les travaux de chaque domaine de la PMS ont été conduits par un comité de pilotage (copil) dont la composition faisait largement appel aux compétences des acteurs sanitaires partenaires de l'Etat qui se sont très activement engagés. Le document référencé "Liste complète des participants aux comités de pilotage et/ou aux groupes de travail des différents projets" renseigne sur leur composition.

Le rapport PMS de 2012 prévoyait un démarrage rapide, avec un horizon de planification sur dix ans, soit de 2012 à 2022. L'équipe de projet PMS, qui démarrait son travail de réalisation du projet en automne 2013, a souhaité garder cet horizon de 2022, avec toutefois la réserve que l'atteinte de certains objectifs ne puisse se réaliser dans ce délai écourté.

Quant à la communication, l'équipe de projet a mis sur pied, d'une part une lettre d'information mensuelle destinée aux membres des copils et des groupes de travail et d'autre part, un bulletin PMS semestriel à l'intention de tous les acteurs du domaine médico-social.

5. L'ETAT DE REALISATION DU PROJET PMS PAR DOMAINE

5.1 Accueil et Séjour

5.1.1 *Rappel des objectifs de la PMS en matière d'accueil et de séjour*

Dans le domaine de l'accueil et du (court et long) séjour, la PMS ambitionnait un très important développement conceptuel. Il s'agissait de définir le concept-cadre, tant pour le long et le court séjour, la pension, que pour les structures d'accueil. Ce concept devait inclure :

- le but poursuivi;
- le public-cible;
- les prestations à offrir;
- les compétences nécessaires pour la direction, l'administration, les soins et l'encadrement socio-éducatif;
- les dotations minimales;
- les outils pour l'évaluation des besoins en soins;
- les modalités de collaboration dans le réseau;
- les exigences architecturales.

Ces concepts-cadre devaient trouver leur déclinaison en gériatrie, psychogériatrie et psychiatrie de l'âge avancé. En outre, en ce qui concerne les structures d'accueil et le court séjour, les règles de financement et la tarification devaient également être définies, testées et mises en place.

En ce qui concerne la planification, l'objectif consistait en l'élaboration de critères clairs et transparents qui donnaient aux acteurs, avant tout aux EMS, un cadre d'évolution solide. Ainsi, l'Etat devait poser les bases de la planification des lits et places d'accueil exploités par les EMS, dans l'optique finale de faire évoluer la "liste LAMal", en cohérence avec les objectifs quantitatifs de la PMS.

Voici les objectifs quantitatifs en matière de séjour du rapport PMS:

Long séjour	2008⁴		PMS 2022
Lits de pension	8		131
Lits de long séjour gériatrique, en EMS	2049		204
Lits de long séjour pour personnes démentes, en EMS	103		1483
Total	2160		1819
Différence avec la situation actuelle			- 341
Variation due aux aspects démographiques			296
Court séjour	2008		PMS 2022
Lits d'accueil temporaire, médicalisés gériatriques	46		54
Lits d'accueil temporaire, pour personnes démentes	0		55
Total	46		109
Différence avec la situation actuelle			63
Variation due aux aspects démographiques			12

En ce qui concerne les structures d'accueil, le rapport PMS formulait les objectifs suivants:

Prestations d'accueil	2008		PMS 2022
Places d'accueil de jour gériatrique	36		291
Places d'accueil de jour pour personnes démentes	8		133
Places d'accueil de nuit gériatrique	0		8
Places d'accueil de nuit pour personnes démentes	0		15
Total	44		447
Différence avec la situation actuelle			403
Variation due aux aspects démographiques			51

⁴ Le rapport PMS est basé sur les chiffres de l'année 2008, dont la situation, en 2013 et 2014, n'en différait dans l'ensemble que légèrement.

5.1.2 Approche et partenaires de l'Etat dans le domaine "Accueil et Séjour"

Afin de pouvoir créer un maximum de liens entre la demande à développer et l'offre à réduire, les deux domaines Accueil et Séjour ont été confiés à un seul comité de pilotage. Ce copil a organisé l'activité de deux groupes de travail (gt séjour et gt accueil). Plusieurs thèmes ont été travaillés de façon transversale, comme par exemple l'adaptation du référentiel des infrastructures.

Les structures d'accueil concernent principalement – mais pas exclusivement – les EMS. Ainsi, le copil et les groupes de travail ont été composés de sorte à tenir très largement compte de leurs intérêts.

5.1.3 Etat de réalisation en juin 2015: ce qui est fait en matière d'Accueil et de Séjour

5.1.3.1 Concept-cadre

Les groupes de travail et le *copil Accueil & Séjour* ont défini le concept-cadre⁵ pour le long et le court séjour gériatrique et psychogériatrique, la psychiatrie, la pension, l'accueil de jour et de nuit gériatrique et psychogériatrique comprenant :

- les objectifs d'hébergement et d'accueil;
- la définition des missions institutions;
- le profil des résidents, pensionnaires et bénéficiaires;
- les prestations offertes;
- les compétences professionnelles, formations initiales et continues nécessaires;
- les principes de dotation;
- les profils institutionnels (recoupage des missions, tailles des unités);
- une identification des besoins en termes de réseau, d'orientation et d'évaluation;
- la modélisation d'une proposition tarifaire pour le volet «accueil» ainsi que la définition d'un outil d'évaluation;
- les normes et recommandations architecturales.

Partant de la personne âgée et de ses besoins futurs, les travaux se sont articulés autour du retardement de l'entrée en institution, de l'augmentation des démences, des dépendances fonctionnelles et des maladies chroniques. Dans une suite logique, l'intégration des nouvelles professions (ASSC, ASE, GEI) et les dotations ont été questionnées ainsi que la nécessité d'adapter/développer des compétences professionnelles par la formation initiale et continue.

5.1.3.2 L'hébergement gériatrique de long séjour

L'hébergement gériatrique de long séjour constituera une part importante des missions, estimée à environ 85% en regard du contexte épidémiologique et plus particulièrement de la prévalence des troubles cognitifs chez la personne âgée. La maladie d'Alzheimer et autres troubles de démence, sont considérés comme des maladies dues à la vieillesse⁶. La mission gériatrique comprend donc aussi l'hébergement de personnes atteintes de troubles de type Alzheimer ou apparentés, les résidents étant parfois catégorisés – dans certains cantons - comme "psychogériatriques". La détermination de cette catégorisation

⁵ Cf. rapports référencés pour l'accueil et le séjour

⁶ Société Professionnelle Suisse de Gériatrie, définition de la médecine gériatrique

et l'estimation des pourcentages mentionnés ci-dessus se basent sur des expériences d'autres cantons romands. Elles nous amènent, logiquement, à remettre en question les objectifs de la PMS en ce qui concerne la répartition des lits gériatriques et psychogériatriques. Le tableau *Mission et objectifs par région* ci-dessous, intègre cette nouvelle conception.

En ce qui concerne les ressources humaines, le *copil Accueil & Séjour* préconise les deux éléments ci-dessous⁷. Au stade actuel, le Conseil d'Etat ne les a pas encore approuvés et a demandé, avant de se prononcer, un chiffrage précis des conséquences financières:

1. revoir les dotations, sous l'angle de l'interdisciplinarité, afin d'assurer une continuité des soins et de l'accompagnement socioculturel. Ce «décloisonnement» des territoires-métiers va induire une transformation des pratiques actuelles dues au fonctionnement des institutions, mais aussi des niveaux de formation. Une nouvelle répartition des activités autour du résident est possible en introduisant la notion d'équipe unique d'accompagnement à travers un concept, en précisant le rôle des trois niveaux de formation – expertise (HES, ES), assistance (CFC), soutien (aides) - et en réglant l'encadrement socioculturel;
2. dans le domaine des soins, formuler des dotations «au lit du résident», ce qui implique de sortir les tâches administratives de l'infirmier-chef et de l'infirmier-chef adjoint de la dotation requise PLAISIR⁸, en fonction de la taille de l'institution.

5.1.3.3 *L'hébergement psychogériatrique de long séjour*

L'hébergement psychogériatrique devient nécessaire, de manière temporaire ou durable, lorsque le résident est atteint de pathologies psychiatriques et/ou de maladies neurodégénératives associées à des troubles du comportement qui ne sont plus "gérables" au sein d'une unité ou d'un établissement gériatrique classique. Selon l'évaluation du copil Accueil et Séjour, l'hébergement psychogériatrique concernent au minimum 10% des situations.

La limite, entre les deux types d'hébergement (gériatrique et psychogériatrique), fixée par l'apparition de troubles du comportement non «gérables», reste très fragile du fait de la singularité même de chaque résident, de son environnement et de l'évolution de la maladie. Les outils, pour définir cette frontière, sont à affiner dans le cadre du projet-pilote d'orientation (cf. ci-dessous chapitre 5.5.3). Il est probable que la pratique «métier» va préciser cette frontière gériatrique-psychogériatrique, ce qui impliquera de revisiter les différents concepts proposés, mais aussi de veiller à conserver une certaine modularité du système sanitaire et de ses offres.

5.1.3.4 *Le court séjour*

L'objectif principal du court séjour est le retour à domicile. Il est confié à une structure ou unité spécifique clairement identifiée par le fait que l'accompagnement est très différent de celui du long séjour, en termes de prestations, de profils professionnels, ou encore de dotations. L'évaluation globale et l'observation du résident y sont constantes, ce qui implique la création d'un lien étroit avec la plateforme d'orientation.

⁷ Cf. rapport référencé : Recommandations en matière de ressources et dotation en personnel; long séjour, court séjour et pension, GT séjour, PMS Neuchâtel, 13 avril 2015

⁸ PLAISIR est la méthode d'évaluation des soins infirmiers requis utilisée par les EMS neuchâtelois, en application des articles 7 à 9 de l'Ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS).

Dans leur majorité, les missions du court séjour consisteront en soins de suite et de convalescence après une hospitalisation et en séjours de répit qui permettent aux proches aidants de se reposer. Les soins aigus de transition sont étroitement liés à l'état de santé de la personne âgée à sa sortie d'hôpital. Ils sont dispensés dans l'EMS de résidence ou dans un établissement de court séjour, s'il s'agit d'une personne vivant à domicile. L'accueil d'urgence sociale est, quant à lui, lié à la plateforme d'orientation qui est chargée de trouver une place dans un lit reconnu et financé comme tel dans un établissement de long séjour.

Les séjours de préparation et d'attente à l'hébergement peuvent être également confiés à une structure de long séjour, en fonction de la disponibilité du réseau et dans le but que la personne puisse être accueillie dans l'EMS de son choix dans un délai le plus court possible. Afin d'assurer une fluidité optimale dans l'offre des courts séjours, des durées maximales d'hébergement ont été proposées en fonction des missions.

5.1.3.5 *La mission psychiatrique de l'âge avancé*

La mission psychiatrique est confiée à une structure indépendante et spécialisée avec du personnel compétent en psychiatrie. La caractéristique majeure de cet hébergement est qu'il nécessite une intensité de soins médicaux, paramédicaux et thérapeutiques plus importante qu'en gériatrie ou en psychogériatrie, ainsi qu'une vision plus large en termes de pluridisciplinarité et interdisciplinarité de l'équipe. Les dotations sont définies selon les mêmes principes que pour les autres missions de long séjour. Un financement étant apporté actuellement à travers des prestations d'intérêt général, les normes en matière de dotation du personnel devront par la suite être interrogées et clarifiées.

Le copil Accueil et Séjour estime qu'environ 5% des situations requièrent un hébergement de ce type. Dans les faits, le CNP observe que 3.5% sont actuellement concernés; dans la suite du présent rapport, les planifications se basent sur ces 3,5%.

5.1.3.6 *L'hébergement en pension*

Du fait des prestations exclusivement psycho-sociales et socio-hôtelières qu'elle fournit, la pension est une mission nouvelle dans le paysage médico-social. La définition du concept s'est appuyée sur l'expérience-pilote du Logis à Dombresson. Les prestations de soins sont externalisées et une grille permettant de définir des critères d'admission a été créée. La forte connotation sociale de cette mission interroge sur le nombre de lits à créer, notamment en regard de l'absence concrète de planification du côté des institutions sociales.

5.1.3.7 *Infrastructures et référentiel architectural*

Sur la base du référentiel livré par les trois associations d'EMS au SCSP en 2013, le *copil Accueil & Séjour* a élaboré des normes et recommandations architecturales⁹. Pour les nouvelles constructions, les formulations proposées se veulent raisonnables, par exemple en termes de surfaces. Elles ont pour but de conserver une certaine souplesse dans l'organisation spatiale de l'EMS, par la conception d'espaces et de chambres modulables. L'accompagnement et les soins s'articulent autour de deux piliers de la vie quotidienne, que sont l'espace d'habitation et l'espace de séjour, pour permettre au résident de vivre au gré de ses besoins (intimité, unité de vie, espaces publics) et surtout de mobiliser ses ressources existantes (« faire avec et non faire pour »).

⁹ Cf. rapport référencé : Normes et recommandations architecturales; long séjour, court séjour et pension, GT Séjour, PMS Neuchâtel, 13 avril 2015

Des spécificités architecturales ont été identifiées pour chaque mission. Concernant l'hébergement psychogériatrique, le référentiel évite les normes trop contraignantes de manière à laisser toute latitude aux institutions de s'adapter aux modèles existants et futurs dans ce domaine en constante évolution.

La mise à niveau des EMS passe nécessairement par la réalisation d'un recensement complet de l'état des infrastructures, démarche actuellement en cours et conduite par le SCSP¹⁰. Elle devrait ensuite être accompagnée d'une planification globale et par étape pour garantir, pas-à-pas, une réorientation des institutions médico-sociales ainsi qu'une disponibilité suffisante de l'offre.

En attendant cet inventaire complet et les planifications qui s'en suivront, le Conseil d'Etat adopte le référentiel architectural élaboré par le *copil Accueil & Séjour* non pas comme une norme contraignante, mais à titre de recommandation.

5.1.3.8 *Accueil de jour et de nuit*¹¹

La PMS met une priorité forte sur le développement des foyers de jour et de nuit, actuellement très peu développés dans le canton. Ces offres favorisent le maintien à domicile, permettent de préserver les capacités de la personne accueillie, luttent contre l'isolement, préparent et/ou retardent l'entrée en institution, et préviennent l'épuisement des proches.

L'objectif principal de l'accueil de jour/nuit gériatrique est d'accueillir, d'accompagner et de soutenir temporairement ou régulièrement les "personnes âgées souffrant de dépendances fonctionnelles et/ou de troubles cognitifs légers à modérés". L'accueil de jour/nuit psychogériatrique, quant à lui, est réservé aux "personnes âgées présentant des troubles neurocognitifs modérés à sévères, associés à des troubles du comportement". Cette offre vise principalement à soutenir et soulager les proches.

Le financement du foyer de jour/nuit tient principalement compte de la situation et des besoins d'encadrement de la personne âgée:

- les prestations de soins sont rémunérées par les assureurs et le canton sur la base d'un mandat médical, respectivement d'une déclaration des besoins (grille SPITEX);
- les prestations socio-hôtelières sont définies sur la base d'une grille d'évaluation. Cette dernière détermine le type d'accueil selon le profil de dépendance de la personne (trois catégories de financement pour l'accueil, déterminées sur la base des huit profils PODA¹²) et déclenche le financement en fonction du module choisi par le bénéficiaire (demi-journée, journée courte ou journée longue). Un guide d'utilisation et une formation à cette grille d'évaluation sont proposés aux évaluateurs.

Les profils professionnels pour l'accueil recouvrent le domaine de l'animation socio-culturelle et, selon les besoins, des soins. L'expérience professionnelle ainsi qu'une formation continue en gériatrie et/ou en psychogériatrie sont exigées selon la mission du foyer de jour/nuit.

En termes de structure institutionnelle, l'accueil de jour (gériatrique ou psychogériatrique) peut être intégré dans un EMS (intra-muros), attaché à une institution (semi-intégré) ou

¹⁰ Cf. mesure 55 de la Politique sanitaire cantonale 2015-2022, page 56

¹¹ Cf. rapport référencé : Définition des concepts-cadre et des normes; structures d'accueil de jour et de nuit, GT Accueil, PMS Neuchâtel, 13 avril 2015

¹² Les profils PODA ont été développés par l'administration cantonale vaudoise sur la base des profils "Balance of Care" qui sous-tendent la PMS.

totale­ment indé­pen­dant (extra-muros). La struc­ture d'accueil de nuit (gé­riatrique ou psy­cho­gé­riatrique), doit être atten­dante (semi-inté­grée) ou inté­grée (intra-muros) à une ins­ti­tution. Les normes et recom­man­dations archi­tec­tu­rales sont définies en fonc­tion de ces diffé­rentes struc­tures, certains locaux ou ma­té­riels pou­vant être mutualisés.

5.1.3.9 Critères et démarches de planification, liste LAMal des EMS

La PMS prévoit une aug­men­ta­tion des presta­tions per­met­tant de main­te­nir à domicile les per­sonnes âgées et globale­ment une réduc­tion des lits d'hé­ber­ge­ment. Les EMS sont particu­liè­re­ment concernés par la réali­sa­tion de ces objec­tifs qui se déclinent, quant à eux, en une dimi­nution des lits de long séjour et une aug­men­ta­tion des lits de court séjour, en une diversification des missions et en une aug­men­ta­tion des places d'accueil de jour et de nuit.

Les objec­tifs quan­ti­ta­tifs de la PMS, en termes de lits d'hé­ber­ge­ment, toutes missions confon­dues, repré­sentent un ratio de 53,5 lits pour mille habitants en âge AVS. Il convient d'ajouter à cet objec­tif le fait que les EMS continueront d'hé­ber­ger un certain nombre de per­sonnes d'âge non AVS, soit en permanence une centaine de per­sonnes (hors ins­ti­tutions psy­chiatriques). L'objetif de planification final est donc un ratio de 56,2 lits pour mille habitants en âge AVS. La prise en compte d'une centaine de lits, pour des résidents en âge non AVS, est provisoire et devra être validée dans le cadre de la planification du service des ins­ti­tutions pour adultes et mineurs. A titre de comparaison, nous situons ci-après les ratios des cantons romands et de la moyenne suisse (NB : les données de l'Office fédéral de la statistique-OFS incluent les structures médicales figurant sur la liste LAMal et qui s'adressent spécifiquement à des personnes à l'assurance invalidité). Par la suite, nous nous basons uniquement sur les données des EMS:

Nombre de lits de long séjour médicalisés par 1000 habitants en âge AVS	CH	GE	VD	VS	FR	JU	NE
2010	66,5	49,5	54,6	51,4	62,3	59,3	75,3
2013	64,5	48,4	51,6	48,5	59,6	55,8	72,1

© 2015 OFS - Statistique des institutions médico-sociales

Mise à jour des objectifs de planification de l'offre

Depuis la présentation du rapport au Grand Conseil en 2012, les données ont été mises à jour sur les aspects de la démographie et de l'offre en place d'hé­ber­ge­ment.

En 2015, le nombre de lits exploités dans le canton est de 2187, ce qui représente un ratio de 68,8 lits/1000 habitants en âge AVS. Le même nombre de lits, reporté à l'horizon 2022, représente un ratio de 59,2 lits/1000 habitants en âge AVS.

Pour atteindre le ratio visé en 2022, le nombre de lits doit être abaissé à 2077 soit **110** de moins qu'aujourd'hui.

Si nous tenons compte des intentions annoncées par les EMS, nous pouvons tabler sur le fait qu'une soixantaine de lits disparaîtront naturellement au cours des prochaines années. Globalement, l'effort à réaliser serait donc d'une cinquantaine de lits, ce qui est peu en soi et qui devrait pouvoir se concrétiser en privilégiant la transformation de chambres à deux lits en chambre à 1 lit. Le constat est clairement établi que les chambres individuelles sont insuffisantes dans le canton, ce que relevait par ailleurs déjà le rapport PMS de 2012. Le taux de chambres à 1 lit est de 61,7% actuellement. Le Conseil d'Etat a formulé l'objectif d'un taux minimum de 66% dans chaque région. La transformation de chambres à 2 lits en chambre à 1 lit, dans les EMS existants

actuellement, génère un surcoût d'exploitation plus ou moins important, a priori entre +5 et +15 francs par résident et par jour. L'objectif du Conseil d'Etat, en termes de taux de chambre à 1 lit, devrait pouvoir être réalisé avec les EMS existants.

Répartition régionale

La répartition des lits dans les régions du canton n'est actuellement pas égale, au total et en taux de chambres à 1 lit. L'approche du Conseil d'Etat se fonde sur les quatre régions suivantes: Littoral, Montagnes, Val-de-Travers et Val-de-Ruz.

Dans le tableau ci-dessous, nous constatons, en particulier, que si le Val-de-Travers compte proportionnellement le plus de lits, c'est aussi la région qui dispose de la plus importante offre en terme de chambres à 1 lit. Le Val-de-Ruz compte également un nombre de lits important, mais la proportion de chambres à 1 lit y est inférieure à la moyenne cantonale. Le Littoral et les Montagnes comptent un nombre de lits inférieur à la moyenne cantonale (tout en restant supérieur à l'objectif de 56,2 lits par 1000 habitants AVS), la région des Montagnes disposant de la plus faible offre en chambres à 1 lit.

	NB lits dans chambres à 1 lit	NB lits dans chambres à 2 lits	NB lits total	Population actuelle	Ratio NB lits / 1000 habitants AVS	Taux de lits dans des chambres à 1 lit
Littoral	676	382	1058	16522	64.0	63.9%
Montagnes	349	336	685	10110	67.8	50.9%
Val-de-Ruz	118	88	206	2528	81.5	57.3%
Val-de-Travers	206	32	238	2606	91.3	86.6%
Canton	1349	838	2187	31766	68.8	61.7%

Au vu de ces chiffres, la priorité de la transformation de chambre à deux lits en chambre à un lit se situe clairement dans les Montagnes et au Val de Ruz.

Attribution des missions

Les objectifs de la PMS ne concernent évidemment pas uniquement le nombre de lits mais également la diversification des missions. Pour mémoire, les lits mentionnés ci-dessous incluent les dimensions de court et long séjour, de gériatrie (y compris psychogériatrie compatible), de psychogériatrie, de psychiatrie de l'âge avancé, d'accueil de nuit et de pension. Outre les aspects de formation et de qualification du personnel, l'attribution des missions doit tenir compte des réalités architecturales des EMS et de leur possibilité d'évolution dans ce domaine.

Mais, et bien que de nombreux EMS aient fait part de leurs intentions s'agissant de leur orientation, le SCSP ne dispose pas, à l'heure actuelle, d'une vision globale du patrimoine immobilier des EMS, de l'état des bâtiments, des possibilités de diversification des missions et des frais de transformation nécessités par les évolutions attendues. Partant du principe que l'adaptation aux nouvelles missions (dans lesquelles nous incluons la transformation de chambres à 2 lits en chambres à 1 lit, le développement de places d'accueil de jour et l'augmentation attendue du besoin en soins des résidents accueillis) représentera un coût certain, il est nécessaire de prendre en compte ce paramètre relatif au potentiel des EMS existants afin que les investissements soient réalisés à bon escient dans des structures appelées à perdurer.

C'est à ce titre que le SCSP conduit, dans le cadre de la LFinEMS, une évaluation des infrastructures. La phase pilote a débuté au printemps 2015 et les résultats, pour ce qui

en est attendu dans le domaine de la planification, ne seront pas disponibles avant fin 2016.¹³

La plupart des missions évoquées plus haut seront présentes dans chaque région, avec les deux exceptions notables que sont la psychiatrie de l'âge avancé et le court séjour gériatrique "de type spécialisé" (par opposition au court séjour généraliste qui peut exister dans le cadre d'un EMS de long séjour). Ces deux missions nécessitent des compétences spécifiques et ne peuvent donc pas se dérouler dans le cadre d'un EMS de long séjour. Le nombre de lits à atteindre, pour ces deux missions, ne permet en effet pas d'envisager une répartition dans tout le canton.

Profils institutionnels

Afin de définir les conditions de réalisation de ces différentes missions, le *copil Accueil & Séjour* a déterminé des profils institutionnels. Ceux-ci sont énumérés dans le document référencé "synthèse des missions pour l'accueil et le séjour", dont voici le résumé:

- l'EMS traditionnel est un EMS de long séjour gériatrique. Il peut être complété par une unité de psychogériatrie et/ou éventuellement d'une unité de court séjour gériatrique;
- un EMS de psychogériatrie ou de court séjour, gériatrique ou psychogériatrique, peut évidemment exister de manière indépendante;
- les soins aigus et de transition¹⁴, les séjours de répit, les accueils d'urgence et les attentes de placement peuvent être fournis par un EMS de long séjour gériatrique, dans le cadre de lits attribués spécifiquement, ou bien sûr par un EMS de court séjour gériatrique spécialisé;
- les convalescences, par contre, ne peuvent être assumées que par un EMS de court séjour gériatrique spécialisé;
- une structure d'accueil de jour intégrée ou semi-intégrée, gériatrique ou psychogériatrique, peut exister à côté d'un EMS de long ou de court séjour du même type.
- l'accueil de nuit est réalisé dans un EMS de court ou long séjour disposant également d'un accueil de jour.

Se basant sur le rapport du *copil Accueil & Séjour* le Conseil d'Etat retient la répartition suivante des lits :

- Gériatrie (y compris psychogériatrie compatible): environ 85% des lits;
- Psychogériatrie: environ 10% des lits;
- Psychiatrie de l'âge avancé: environ 5% des lits.

Cette répartition n'est cependant pas transposable dans les autres domaines à planifier, soit le court séjour, l'accueil de jour et l'accueil de nuit. De la même manière, pour le court séjour gériatrique, il n'y a, pour l'heure, de proposition de répartition pour les lits de convalescence, de soins aigus et de transition, de répit, d'accueil d'urgence et d'attente de placement. Dans ces domaines appelés à se développer, les services de l'Etat privilégient une approche pragmatique et fondée sur les besoins exprimés.

¹³ Cf. mesure 55 de la politique sanitaire cantonale 2015-2022, page 56

¹⁴ Les soins aigus et de transition sont défini dans la LAMAL à l'art 25.a. Il s'agit de soins nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier, prescrits par un médecin de l'hôpital pour une durée maximale de deux semaines. Ces soins ont lieu à l'extérieur de l'hôpital, par exemple à domicile ou dans un EMS.

A ce stade, nous pouvons préciser le besoin à l'horizon 2022 de la manière suivante:

	NB lits/ places	En % du long séjour	En % total des lits
Long séjour gériatrique	1454	85%	70,0%
Long séjour psychogériatrique	171	10%	8,2%
Long séjour psychiatrie âge avancé	86	5%	4,1%
Long séjour âge AI	100		4,8%
Court séjour	110		5,3%
Accueil de nuit	23		1,1%
Pension	133		6,4%
Total lits	2077		100,0%
Total places accueil de jour	430		

Efficienc e du dispositif

La pertinence des investissements nécessités par les changements de mission, évoquée plus haut, n'est pas le seul paramètre à prendre en compte à ce niveau. Le développement de la PMS, lié évidemment à l'évolution de la démographie, va engendrer des coûts supplémentaires portés au budget de l'Etat. Pour que l'augmentation des charges soit supportable, des gains d'efficience sont demandés à toutes les institutions, ce qui ne concerne d'ailleurs pas uniquement les EMS ou les organisations concernées directement par la PMS, mais l'ensemble du dispositif sanitaire en mutation. Les synergies et autres gains d'échelles entre institutions doivent être favorisés.

Dans le domaine des EMS, ceci impacte le nombre de structures juridiques ainsi que la taille des institutions. Les 2187 lits actuels sont répartis entre 54 institutions et 49 structures juridiques. Seules trois structures juridiques exploitent plus d'une institution. La moyenne de lits par structure juridique est de 44.6, alors que par institution, elle est de 40,5, ce qui en fait quasiment la taille moyenne la plus petite du pays. Ceci s'explique évidemment par le nombre élevé de petites institutions, juridiquement autonomes, qui sont, à titre d'exemple, au nombre de 23 à compter moins de 30 lits et 33 à compter moins de 40 lits.

Si l'existence en soi d'une petite institution n'est pas remise en cause sur le fond, bien que les mécanismes financiers et les tarifs ne leur soient pas favorables, les questions de gains d'échelles, de qualité des soins et de formation du personnel, notamment, doivent être mises en avant dans le contexte annoncé de l'augmentation de la charge en soins des résidents accueillis.

Ainsi, les rapprochements voire les fusions ou rachats de structures juridiques doivent, être favorisés. A terme, indépendamment de l'atteinte des objectifs quantitatifs de la PMS, le Conseil d'Etat pourrait être amené à ne plus porter, sur la liste LAMal, des structures juridiques comptant un nombre de lits inférieur à une taille donnée.¹⁵ A ce stade, le Conseil d'Etat privilégie cependant de ne pas mentionner d'objectif en terme de nombre de structures ou de taille d'établissement, laissant la responsabilité aux partenaires de proposer des solutions.

Méthode de planification: la co-construction régionale

La LAMAL confère au Conseil d'Etat la responsabilité de planifier le dispositif cantonal de prise en charge en EMS. En l'occurrence, le Conseil d'Etat souhaite réaliser cette planification des lits et l'attribution des missions dans un processus de co-construction par région, avec la participation des EMS et de leurs associations, en fonction d'un

¹⁵ Cf. mesure n° 42 de la politique sanitaire cantonale 2015-2022, page 54

certain nombre d'éléments prédéterminés, présentés dans ce rapport et résumés dans le tableau ci-dessous.

Pour l'instant, le Conseil d'Etat ne souhaite pas travailler par appel d'offre, partant de l'idée que les besoins à couvrir sont globaux et qu'une telle démarche risquerait de ne pas déboucher sur une congruence suffisante entre les besoins et les propositions de couverture (soit trop d'offres pour une mission X et pas ou pas assez d'offres pour une mission Y). La démarche de co-construction régionale est donc retenue, ce qui n'enlève pas à l'Etat le rôle d'arbitrage en cas de non-entente des partenaires et d'impossibilité de leur part de présenter un plan en commun. Ainsi, le SCSP et les associations détermineront en commun un mode de travail par région et constitueront, dans chaque région, un groupe de travail chargé d'élaborer un plan d'attribution des missions et d'atteinte des objectifs PMS.

Dans un deuxième temps et si nécessaire, c'est-à-dire au cas où la démarche de co-construction devait ne pas aboutir à des résultats tangibles, le Conseil d'Etat n'exclut pas de procéder par appel d'offre.

Missions et objectifs par région

Les objectifs par région et par mission sont fixés dans le tableau ci-dessous. Il a été soumis en consultation aux directeurs des EMS et à leurs associations faitières en juin 2015.

	Littoral	Montagnes	Val-de-Ruz	Val-de-Travers	Canton
Données de base					
Nb lits d'hébergement actuel	1058	685	206	238	2187
population AVS 2022	19459	10847	3669	2988	36963
Objectif indicatif NB lits d'hébergement 2022*	1093	610	206	168	2077
Ecart	35	-75	0	-70	-110
Objectif effectif NB places d'accueil de jour 2022	226	126	43	35	430
* répartition des lits au pro rata, dont nous avons dit qu'elle ne saurait être retenue de manière stricte					
Lits d'hébergement - objectifs par mission					
Long séjour gériatrique (85%)	728	417	159	150	1454
Long séjour psychogériatrique (11.5%)	105	60	17	14	196
Long séjour psychiatrie âge avancé (3.5%)	35	26	0	0	61
Long séjour âge AI	53	29	10	8	100
Court séjour	55	45	5	5	110
Accueil de nuit	12	7	2	2	23
Pension	70	39	13	11	133
Lits d'hébergement totaux	1058	623	206	190	2077
Ecart par rapport à la situation actuelle	0	-62	0	-48	-110
ratio lits / 1000 habitants AVS	54.4	57.4	56.1	63.6	56.2
NB : les régions disposent d'une légère marge de manœuvre au niveau des objectifs par mission (+/- 5% ou 4 lits par mission) les missions de la psychiatrie de l'âge avancé et du court séjour spécialisé sont attribuées au Littoral et aux Montagnes					
Objectif taux chambres à 1 lit**					
Nb de chambres à 1 lit	66%	66%	66%	66%	66%
	698	411	136	125	1370
** il s'agit d'un objectif minimal, la réponse des régions pouvant être supérieure					
Places d'accueil de jour - objectifs	226	126	43	35	430
Les régions élaborent un plan de développement, s'inscrivant dans la durée et permettant d'atteindre graduellement les objectifs fixés. Elles prennent en compte les profils institutionnels et veillent à la compatibilité des missions. En outre, elles proposent des solutions en termes de synergies inter-institutions et de gains d'échelles. Dans la mesure du possible, elles proposent des regroupements d'institutions					

5.1.4 Etat de réalisation en juin 2015: ce qui reste à faire en matière d'Accueil & Séjour

Inventaire et évaluation du patrimoine immobilier

Cette démarche est conduite par le SCSP dès 2015. Courant 2016, elle devra produire une vision claire de l'état du patrimoine immobilier des EMS du canton, dans la perspective de financement à venir par l'Etat et pour adapter ce parc à l'évolution des besoins futurs. D'une part, ces résultats permettront l'établissement d'une valeur

intrinsèque et la fixation d'une prestation loyer avec les EMS reconnus d'utilité publique selon la LFinEMS¹⁶ et d'autre part, ils alimenteront les réflexions de la planification et les attributions des missions qui nécessiteront des transformations lourdes des bâtiments existants.

Planification par région

La planification régionale devra se faire annuellement selon les règles décrites ci-dessus.

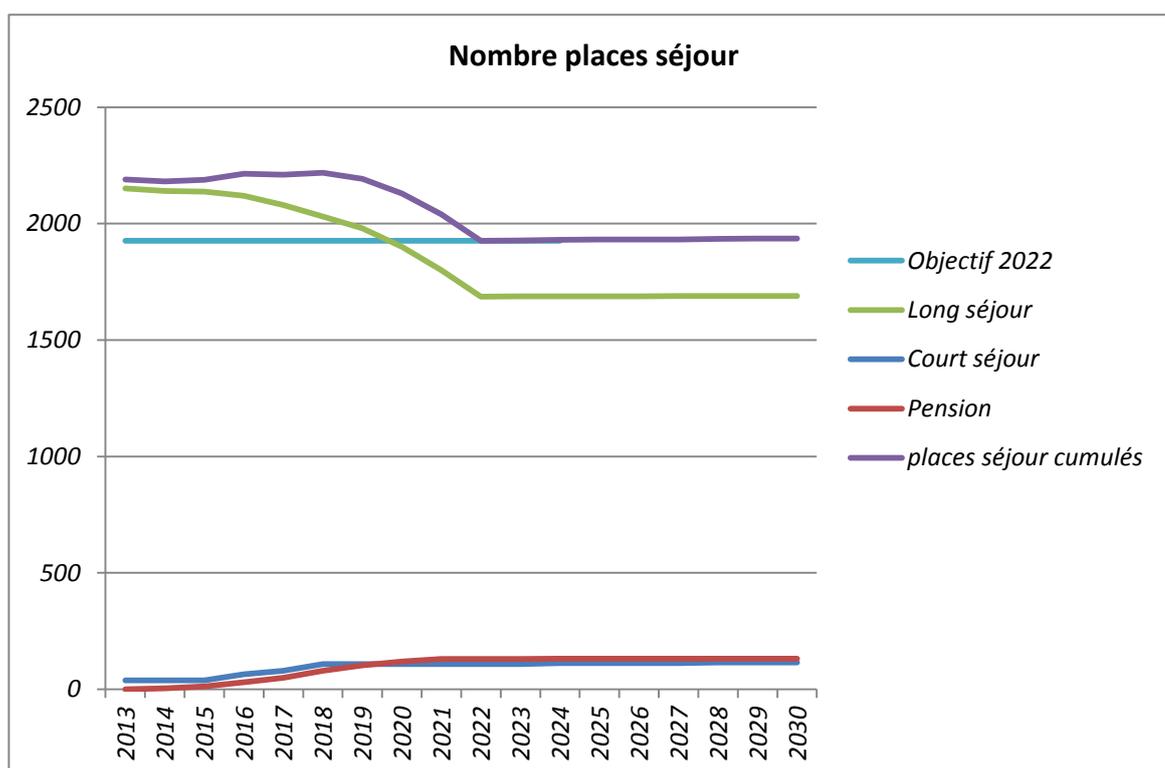
Adaptation de la réglementation

Début 2016, l'OMDH adaptera la réglementation (règlement sur l'autorisation d'exploitation et la surveillance des institutions-RASI) à la nouvelle situation.

Tarifs

Au deuxième semestre 2015, le SCSP doit déterminer les tarifs 2016 pour le long et court séjour gériatrique et psychogériatrique ainsi que de la prise en charge en accueil de jour et de nuit.

5.1.5 Volume des prestations: état actuel et évolution planifiée

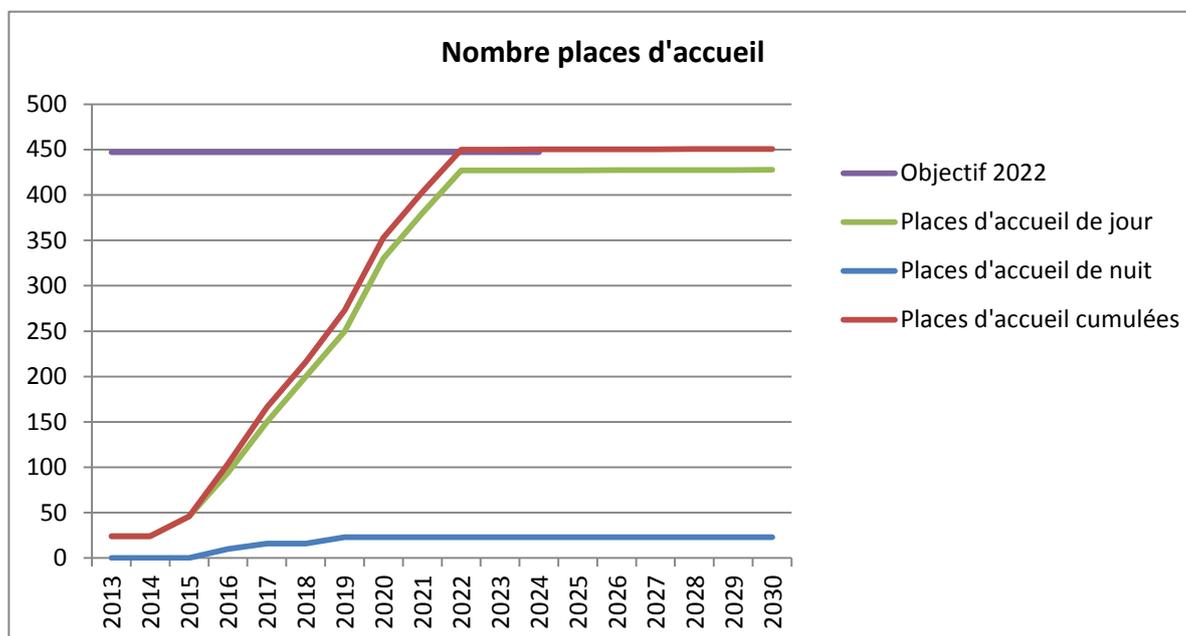


La baisse de lits de long séjour prévue par la PMS ne peut s'opérer qu'en réaction à la mise sur pied des prestations de prise en charge alternative qui permettent de retarder une entrée en EMS. Nous constatons par ailleurs que le nombre de places de séjours cumulés augmente dans un premier temps, ceci jusqu'en 2018. C'est la conséquence de la nécessité de d'abord mettre sur pied les offres de court séjour avant de pouvoir adapter celle de long séjour.

¹⁶ Cf. mesure 55 de la politique sanitaire cantonale 2015-2022, page 56

Quant aux pensions, le Conseil d'Etat estime qu'il faudra observer de près les besoins en la matière et, le cas échéant, revoir cet objectif à la baisse.

Dès l'atteinte de l'objectif de la PMS, en 2022, l'évolution des prestations est dictée par l'augmentation de la population âgée de 85 ans ou plus.



Dès l'atteinte de l'objectif de la PMS en 2022, l'évolution des prestations est dictée par l'augmentation de la population âgée de 85 ans ou plus.

L'avancement des travaux rend les objectifs dans le domaine de l'accueil et du séjour plausible à l'horizon 2022.

5.2. Appartements avec encadrement

5.2.1 Rappel des objectifs en matière d'appartement

En premier lieu, il s'agissait de définir les conditions propres à la création d'appartements adaptés, protégés et sécurités pour les personnes âgées. Ceci impliquait la détermination des prestations, des normes d'infrastructures et du cadre financier.

Ensuite, le Conseil d'Etat devait définir les critères de planification régionale et fixer un quota minimum d'appartement pour personnes âgées dont le loyer ne dépasse pas le montant maximal reconnu par la législation fédérale sur les prestations complémentaires.

A terme, 982 appartements pour personnes âgées doivent être créés dans le canton qui, s'ajoutant aux 571 existants, permettront en 2022 d'atteindre les 1553 appartements nécessaires.

Appartements pour personnes âgées	2008	2022 selon PMS
Total	571	1553

5.2.2 Approche et partenaires de l'Etat dans le domaine "Appartements avec encadrement"

Dès janvier 2013, NOMAD et le SCSP ont formulé un projet préparatoire pour établir l'inventaire de l'offre existante, définir les trois catégories (adapté, sécurisé et protégé) d'appartements pour personnes âgées, paramétrer les prestations médico-sociales nécessaires et faire des propositions concernant les normes réglementaires.

Ces travaux préparatifs ont montré que l'accompagnement offert dans ces appartements doit être régi par la "primauté du besoin du locataire", c'est-à-dire que l'intensité de l'accompagnement – qui différencie les catégories "adapté" / sécurisé / protégé – est modulée en fonction des besoins du locataire. Autrement dit, en cas de perte d'autonomie, ce n'est pas le locataire qui doit déménager d'un "logement sécurisé" vers un "logement protégé", mais ce sont la nature et l'intensité des prestations qui sont appelées à s'adapter à ses besoins. Dans ce sens, ces trois catégories ne constituent pas une base utile pour la planification et il a été décidé de les abandonner au profit d'une définition plus pragmatique des prestations nécessaires.

Afin de garantir un lien étroit avec l'action des autorités cantonales en matière de logement, le *copil Appartements* est placé sous la présidence de la cheffe de l'office cantonal du logement; il réunit les compétences de NOMAD, de la Caisse cantonale neuchâteloise de compensation (CCNC), de la Conférence des Directeurs communaux "aménagement du territoire" (CDC-AT), de l'Association des communes neuchâteloises (ACN) et du SCSP.

5.2.3 Etat de réalisation en juin 2015: ce qui est fait en matière d'appartements avec encadrement

5.2.3.1 Concept-cadre

En été 2014, le *copil Appartement avec encadrement* a élaboré les conditions-cadre des appartements avec encadrement en ce qui concerne: le statut de cette prestation, les conditions de reconnaissance, de la part des autorités étatiques, les conditions d'exploitation, les exigences en matière d'infrastructure et de prestations, ainsi que des critères de planification régionale. Ces éléments ont été consignés dans deux arrêtés (RASI, nouvel arrêté PMS de planification) et mis en consultation auprès des promoteurs, communes et institutions prestataires jusqu'en janvier 2015.

La majeure partie des préoccupations exprimées lors de la consultation concernaient le caractère contraignant ou non de la reconnaissance étatique de ces structures, le rôle et la responsabilité des communes en matière de planification, des aspects légaux en matière de droit du bail (intégration des prestations dans le contrat de bail) et les aspects de promotion de ces développements par des moyens notamment financiers.

Fort de ces avis et dans le souci d'en augmenter la lisibilité, le Conseil d'Etat a l'intention d'élaborer une nouvelle mouture qui intégrera l'ensemble de la réglementation concernant les appartements avec encadrement dans un seul arrêté (cf. 5.2.3.2).

Parallèlement à ce document réglementaire, deux brochures de présentation sont en cours d'élaboration, l'une à l'intention des promoteurs, et l'autre à celle de fournisseurs des prestations d'encadrement.

5.2.3.2 *Règlement sur la planification et la reconnaissance des appartements avec encadrement*

Voici dans les grandes lignes le contenu de l'arrêté que le Conseil d'Etat souhaite mettre en vigueur dès l'automne 2015.

– *Planification*

En matière de planification régionale, l'arrêté prévoit que les communes se concertent par région et intègrent l'objectif PMS (42.6 appartements avec encadrement par mille habitants en âge AVS) dans leurs plans directeurs régionaux. Ces régions sont en principe le Littoral, les Montagnes, le Val-de-Ruz et le Val-de-Travers, avec la possibilité pour le département de définir des sous-ensembles régionaux. Du côté de l'Etat, le service cantonal de l'aménagement du territoire (SCAT) assurera un rôle de coordination et de veille quant à l'atteinte des objectifs;

– *Conditions relatives à l'immeuble*

La réglementation exige au minimum le respect de la norme SIA 500 et l'installation d'équipements pour favoriser le bien-être des locataires. Pour les constructions nouvelles, elle demande l'aménagement d'espace ou locaux communs pour des repas ou des activités;

– *Prestations*

La réglementation cantonale se limite à définir le minimum des prestations qui doivent être à disposition du locataire, laissant aux organisateurs une large marge de manœuvre. Ces prestations s'articulent surtout autour de l'information générale, de visites et de moyens techniques de sécurité, de présences régulières et d'organisation d'activités en commun;

– *Reconnaissance*

Bien que la loi de santé (LS) prévoie et définisse les appartements avec encadrement comme prestataires sanitaires soumis à autorisation, le marché locatif libre offre un certain nombre d'appartements combinés avec des services, sans qu'une autorisation étatique de type sanitaire ne leur soit nécessaire. Il s'agit, en général, de résidences avec des services de conciergerie, qui s'adressent à une clientèle aisée. Le Conseil d'Etat n'entend nullement soumettre ces offres à une réglementation supplémentaire. Son objectif est d'assurer une couverture cantonale d'offre de logements avec un encadrement suffisant et abordable et dont les prestations, spécifiquement conçues pour les besoins des personnes vieillissantes, sont susceptibles de retarder l'institutionnalisation d'une personne âgée. Afin de donner à ces offres la visibilité et la garantie de qualité nécessaire, le Conseil d'Etat a opté pour la mise en place d'un processus de reconnaissance¹⁷ par ses services dont les conditions sont relativement souples;

– *Facturation*

Les prestations d'encadrement sont facturées de manière forfaitaire dans le cadre du bail à loyer. Cette façon de faire évite aux exploitants de devoir mettre en place une administration démesurée. Elle permet de surcroît d'intégrer une partie importante de

¹⁷ Au moment de la rédaction de ces lignes en juin 2015, la commission santé du Grand Conseil délibère d'un "toiletage" de la LSanté cantonale qui tient compte de cette notion de reconnaissance (cf rapport 15.004)

ces coûts dans le financement, par les prestations complémentaires, dont les cinq huitièmes sont refacturés à la Confédération;

– *Promotion des offres d'appartement*

Afin de favoriser l'essor de nouveaux projets, le Conseil d'Etat se réserve la possibilité d'accompagner, pendant une durée limitée, la reconnaissance de soutiens financiers au démarrage de l'exploitation.

5.2.3.3 Politique de logement¹⁸

En septembre 2014, le Grand Conseil a adopté, à l'unanimité, un crédit-cadre quadriennal de 18 millions de francs pour soutenir la construction de logements d'utilité publique (LUP) par l'octroi de prêts et l'acquisition de parts sociales. Ce crédit-cadre fait partie d'une politique du logement parfaitement en phase avec les défis du vieillissement de la population et qui intègre les objectifs de la PMS.

La construction de LUP est un facteur de dynamisme financier, environnemental et social et à ce titre particulièrement intéressante pour les communes auxquelles la loi de santé confère la responsabilité de veiller, en collaboration avec l'Etat, à la disponibilité sur leur territoire d'un nombre adéquat d'appartements (LS, art. 93.a).

5.2.3.4 Etat de réalisation en juin 2015: ce qui reste à faire en matière d'appartements avec encadrement

Les infrastructures

En ce qui concerne la construction, la situation actuelle et les objectifs de planification se présentent de la manière suivante:

Régions	Pop 65 et+ Fin 2012	Pop 65 et+ fin 2022	NB Appts 2015	NB Appts 2022	A planifier et construire
Littoral	16'522	19'459	322	829	+507
Montagnes	10'110	10'847	217	462	+245
Val-de-Ruz	2'528	3'669	58	156	+98
Val-de-Travers	2'606	2'988	42	127	+85
Canton	31'766	36'963	639	1'574	935

Précisons qu'en été 2015, environ 260 appartements sont d'ores et déjà planifiés et se trouvent à différents stades de réalisation de projets.

Afin de promouvoir et de suivre la construction de logement avec encadrement, le SCAT aura pour tâche d'accompagner les communes dans leur planification et l'office du logement de soutenir les maîtres d'ouvrages d'utilités publiques (MOUP), que ce soit des communes ou d'autres promoteurs, dans la réalisation d'ouvrages de logements d'utilité publique (LUP).

¹⁸ Politique cantonale du Logement – Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil, 26 mai 2014

Les prestations

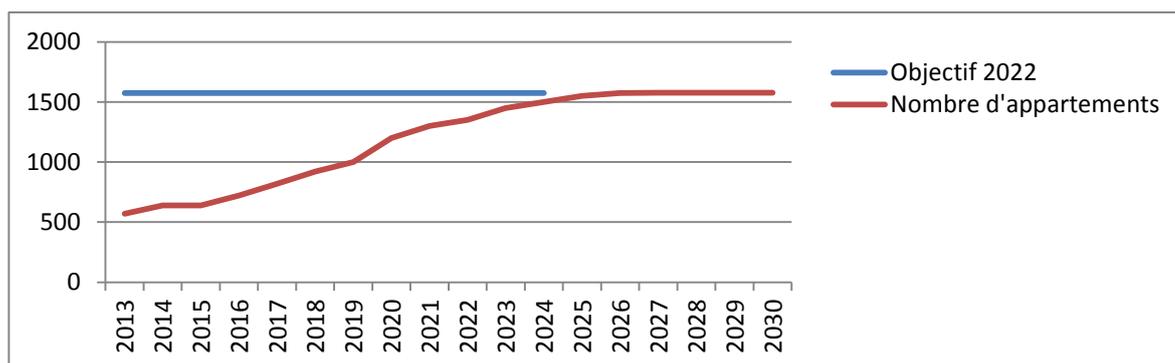
Dans l'inventaire des 639 appartements recensés à ce jour, il apparaît qu'une partie importante d'entre eux sont certes adaptés architecturalement, mais n'offrent pas de prestations particulières aux locataires qui les occupent. Par prestations, on entend celles qui sont internes à la structure et comprises dans le loyer, et non celles qui sont accessibles à tout le monde, telles que l'aide et les soins à domicile, les repas servis à domicile, etc. Pour reprendre l'ancienne terminologie utilisée dans le rapport PMS de 2012, il s'agit donc de logements adaptés ou sécurisés, mais non pas de logements protégés. Autrement dit, il faut promouvoir l'organisation de prestations spécifiques, d'une part pour les nouveaux projets et, d'autre part, pour les structures déjà existantes.

Ce sera la préoccupation du *copil appartement* qui élabore actuellement une feuille de route pour y répondre.

De son côté le SCSP, en étroite collaboration avec le copil appartement, devra déterminer les conditions d'octroi d'aide financière au démarrage, afin d'assurer la promotion nécessaire des prestations d'encadrement.

5.2.4 Volume des prestations: état actuel et évolution planifiée

Nombre d'appartements avec encadrement



Dès l'atteinte de l'objectif de la PMS, l'évolution des prestations est dictée par l'augmentation de la population âgée de 85 ans ou plus.

L'objectif de la PMS, en matière de construction et de mise à disposition de logements avec encadrement, est indéniablement très ambitieux. Le Conseil d'Etat estime que sa réalisation ne pourra être complète avant 2022. Considérant que la mise sur pied de ces structures est une pièce incontournable à la réussite de la PMS dans son ensemble, le Conseil d'Etat estime qu'il faut le cas échéant pouvoir soutenir l'essor de nouveaux projets; il se réserve à cet effet la possibilité d'accorder un soutien au démarrage de nouveaux projets sous la forme d'une contribution financière temporaire à l'exploitation des prestations d'encadrement. Les moyens nécessaires à la concrétisation de tels soutiens temporaires sont inclus dans la planification budgétaire.

5.3. Promotion du bénévolat

5.3.1 Rappel des objectifs PMS en matière de promotion du bénévolat

Les travaux qui ont conduit à la PMS ont mis en évidence que le concept du maintien à domicile ne pouvait être réalisé sans un apport substantiel des proches (famille,

voisinage, amis) et de personnes bénévoles. Le développement important du volume du maintien à domicile devait, dès lors, s'accompagner d'un engagement accru des citoyens en tant que bénévoles. Pour y parvenir, la PMS misait sur une intensification importante de la promotion du bénévolat et sur une augmentation en termes d'heures des prestations bénévoles.

Quantitativement, la PMS tablait sur l'augmentation suivante, à l'horizon 2022, de l'apport en heures des proches et des bénévoles :

Prestations proches et bénévoles	Estimation en 2008 en heures	Objectif PMS pour 2022 en heures
Soins de base par proches et bénévoles	150.000	355.028
Aide par proches et bénévoles	664.000	1.395.552
Présence/veilles par proches et bénévoles	14.000	17.516
Total par proches et bénévoles	828.000	1.768.096

Afin de promouvoir cet apport, la PMS prévoyait de mettre sur pied un dispositif dont l'importance est exprimée dans le tableau suivant:

Services globaux	Situation en 2008	Objectif PMS pour 2022
Heures d'aide à l'entourage (bénévolat et proches aidants)	200	41.409

5.3.2 Approche et partenaires de l'Etat dans le domaine "Promotion du bénévolat"

Afin de structurer ce dispositif de promotion sur de bonnes bases, le projet PMS a pris l'option de réunir les principaux acteurs du bénévolat pour élaborer une politique cantonale de soutien du bénévolat. Cette première étape devait déboucher sur la formulation des axes d'une politique de promotion, de soutien et de formation du bénévolat dans le domaine de l'accompagnement des personnes âgées et faire des propositions concrètes pour renforcer le dispositif actuel.

Ainsi, le *copil bénévolat*, présidé par la secrétaire générale de Bénévolat-Vaud, réunissait les principaux acteurs, en matière de bénévolat, dans le domaine de la personne âgée.

5.3.3 Etat de réalisation en juin 2015: ce qui est fait en matière de promotion du bénévolat

Mi-avril 2015, le *copil bénévolat* a transmis son rapport "Vers une politique cantonale du bénévolat organisé". Le travail de ce copil a permis de mettre en exergue des constats et

de proposer une solution aux problèmes majeurs auxquels le secteur du bénévolat organisé¹⁹ est confronté.

Le premier élément est que l'engagement bénévole a toujours été et restera un vecteur de cohésion sociale important et significatif pour les habitants et pour les organisations privées et publiques des sociétés occidentales. La solidarité s'exprime sous diverses formes - bénévolat organisé ou aide à des proches - et apporte de manière adéquate et innovante des réponses aux besoins de la population et plus particulièrement aux populations vulnérables. Le rapport réaffirme que dans les sociétés modernes, la spécificité du bénévolat est avant tout la création de liens sociaux.

Fort de ces constats, le copil relève que l'évolution des problèmes sociaux et la manière dont les forces bénévoles contribuent à répondre à ceux-ci en font un partenaire à part entière de l'Etat. Elles doivent s'inscrire dans la mise en œuvre des politiques publiques. En effet celles-ci doivent intégrer le secteur du bénévolat organisé pour compléter le dispositif professionnel salarié afin d'anticiper les futurs enjeux sociétaux comme le vieillissement de la population ou pour endiguer les phénomènes d'isolement et d'individualisation à l'œuvre au sein de la société.

Pourtant, bien que le canton de Neuchâtel dispose d'une organisation faitière de promotion du bénévolat (Association Neuchâteloise des Services Bénévoles-ANSB) et d'associations actives, entre autres, auprès des personnes âgées, le secteur du bénévolat organisé n'est pas suffisamment visible, reconnu et soutenu. De ce fait, plusieurs problèmes surgissent:

- premièrement, le manque de visibilité et de valorisation des actions associatives et bénévoles renforce le sentiment d'individualisation et de repli sur soi de la population, en laissant croire que les réseaux de solidarité sont inexistants, voire inutiles;
- deuxièmement, la population intéressée à s'engager dans le bénévolat et/ou à créer des associations est parfois perdue dans le dédale de la richesse du tissu associatif et son envie d'aider et d'entreprendre s'amenuise;
- Enfin, le manque de coordination et d'organisation du secteur du bénévolat organisé peut, à terme, faire périr des projets associatifs utiles à la population, démotiver les personnes qui y sont engagées et décrédibiliser son action auprès des financeurs publics ou privés.

Pour faire face à ces problèmes, le canton de Neuchâtel et les acteurs associatifs doivent renforcer le secteur du bénévolat organisé et ancrer, de manière durable et dans une dynamique intergénérationnelle, le "réflexe solidarité" au sein de sa population. Concrètement, il s'agit de:

- élaborer une base légale à la promotion du bénévolat;

¹⁹ Le *copil Bénévolat* a étudié la question du bénévolat organisé et laissé celle du bénévolat informel et plus particulièrement celle des proches aidants au *copil Proches aidants*. **Le bénévolat organisé** peut être défini comme « (...) une activité non rémunérée qui s'exerce pour le compte d'une organisation à but non lucratif (associations, fondations, groupes formels) sur une base volontaire et en direction d'autrui ou de l'environnement pour l'intérêt général. Le **bénévolat informel** est une activité non rémunérée, qui est exercée soit par un membre d'un groupe d'entraide autogéré, soit par un proche aidant. Celui-ci « (...) consacre de son temps au quotidien auprès d'un proche atteint dans sa santé, son autonomie. Il assure, à titre non-professionnel et de façon régulière, une présence et un soutien pour l'aider dans ses difficultés et assurer sa sécurité. Il peut s'agir d'un membre de la famille, d'un voisin ou d'un ami ». (Heiniger, L. (2015). *Panification médico-sociale pour les personnes âgées PMS. Bénévolat : vers une politique cantonale du bénévolat organisé*. Neuchâtel : DFS – SCSP, page 5).

- concrétiser la politique de promotion du bénévolat par une co-construction avec les acteurs du domaine (vision, mission, cadre de référence, plan d'action à court et moyen termes);
- créer des outils de pilotage opérationnel (renforcer le rôle et la mission de l'ANSB) et stratégique (le rapport propose la création d'une commission consultative cantonale);
- renforcer de façon ciblée le soutien financier des activités d'organisation du bénévolat dans le domaine de la personne âgée, en particulier en ce qui concerne la relève, le transport, la formation et le recrutement.

5.3.4 *Etat de réalisation en juin 2015: ce qui reste à faire en matière de promotion du bénévolat*

Le Conseil d'Etat a discuté du rapport précité et soutient ses propositions. Néanmoins, en ce qui concerne la structuration du domaine de la promotion du bénévolat, il opte pour une voie plus simple et directe que la commission cantonale et les sous-commissions que propose le rapport.

Le Conseil d'Etat souhaite pouvoir développer et renforcer l'ANSB comme acteur fort de la politique publique dans ce domaine. Il envisage de négocier, avec cette association, un contrat de prestations global, qui lui permettra de développer, à l'intérieur des lignes directrices posées par les services de l'Etat, une action forte et cohérente de promotion et de soutien du bénévolat. Des rapports réguliers au Grand Conseil permettront de mener le débat politique nécessaire à l'orientation de ce partenariat incontournable avec la société civile.

Le Conseil d'Etat est conscient du fait que, pour pouvoir endosser ce nouveau rôle, l'ANSB devra se développer et en particulier élargir ses champs d'action, augmenter ses compétences et ressources et adapter sa gouvernance.

En attendant la mise en place de ce partenariat, le Conseil d'Etat a chargé le SCSP d'étudier, dans le détail, les recommandations du rapport en ce qui concerne le soutien financier à l'organisation d'activités bénévoles et d'y donner, dans les limites du budget que le plan financier de législature prévoit pour la PMS, une suite rapide.

5.3.5 *Volume des prestations: état actuel et évolution planifiée*

Le rapport PMS de 2012 exprime les prestations de soutien du bénévolat en heures. Notre planification prévoit une montée en puissance progressive du soutien au bénévolat. Au vu du démarrage tardif de la mise sur pied du projet PMS (fin 2013 au lieu de 2012) l'objectif visé ne pourra être atteint d'ici 2022.

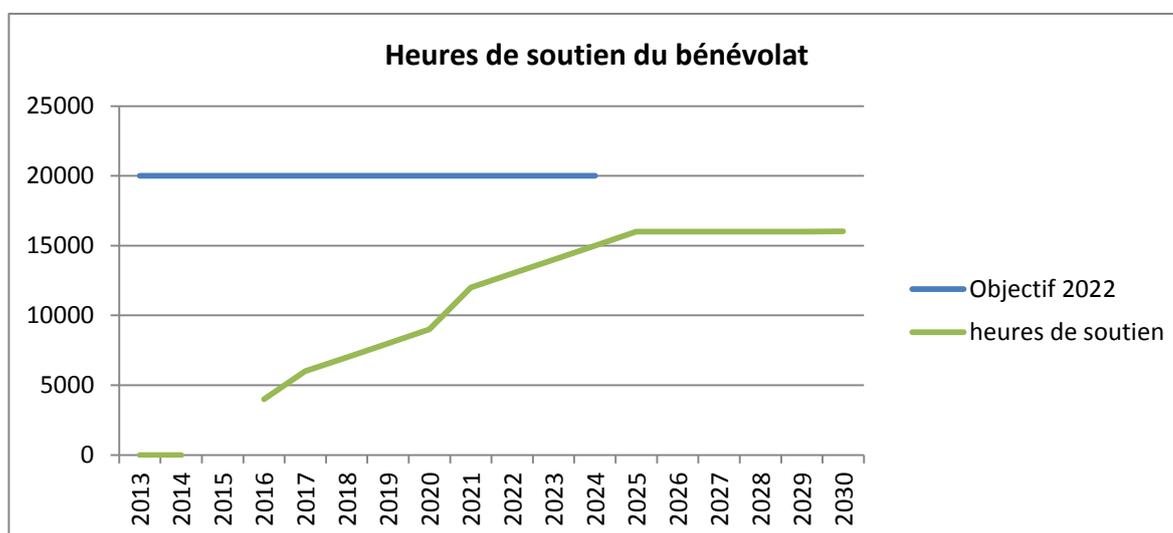
Les réflexions et développements intervenus depuis la formulation du rapport PMS et son adoption par le Grand Conseil, en 2012, incitent à penser qu'il sera difficile d'atteindre l'objectif chiffré des heures d'engagement de personnes bénévoles auprès de personnes âgées. L'engagement bénévole n'est pas extensible à volonté. Toutefois, certains facteurs peuvent inciter à l'optimisme, comme le fait qu'à l'avenir, les jeunes retraités qui ont potentiellement le temps et les ressources de s'engager pour leurs concitoyens seront plus nombreux. Pour une fois, la démographie est favorable à la politique sanitaire et va dans le sens d'un renforcement des ressources. Mais, ces jeunes retraités vont-ils effectivement s'engager dans du bénévolat ou voudront-ils bénéficier de leurs années de repos sans contraintes? Difficile à dire. Ce qui est sûr par contre, c'est que la promotion du bénévolat devra non seulement s'intensifier pour pouvoir faire face aux besoins en

forte croissance, mais également s'adapter à ce nouveau contexte pour justement motiver les papy-boomers à s'engager pour la collectivité.

Dans ce sens, il apparaît judicieux d'investir dans la promotion. Par ailleurs, un tel investissement ne profitera pas uniquement au bénévolat organisé auprès des personnes âgées, mais plus largement à l'intensification du lien social et de l'engagement citoyen et solidaire des neuchâteloises et neuchâtelois (cf. l'action nationale "72 heures", soutenue par le Département de l'éducation et de la famille-DEF, qui a lieu du 10 au 13 septembre et qui célèbre l'engagement bénévole des jeunes).

En matière de promotion du bénévolat, le Conseil d'Etat estime qu'il faudra questionner la pertinence de l'objectif 2022 de la PMS. Actuellement, le SCSP ne dispose pas des outils nécessaires à l'évaluation de l'apport des bénévoles aux soins et à l'accompagnement des personnes âgées. L'affirmation d'un objectif, à dix ans, doit être faite avec prudence et il conviendra de conduire, en partenariat avec les organisations actives dans ce domaine, une évaluation concrète de l'état de progression et du besoin d'ajustement ou non de l'objectif initial.

Pour le moment, le Conseil d'Etat prévoit l'évolution suivante des prestations:



5.4. Soutien des proches aidants

5.4.1 Rappel des objectifs PMS en matière de soutien des proches aidants

Tout comme pour la promotion du bénévolat, la PMS tablait, en ce qui concerne l'apport des proches et des bénévoles, sur l'augmentation en nombre d'heures suivante à l'horizon 2022:

Prestations proches et bénévoles	Estimation en 2008	Objectif PMS pour 2022
Soins de base par proches et bénévoles	150.000	355.028
Aide par proches et bénévoles	664.000	1.395.552
Présence/veilles par proches et bénévoles	14.000	17.516
Total par proches et bénévoles	828.000	1.768.096

Afin de soutenir les proches aidants dans leurs tâches et de promouvoir leur apport à l'accompagnement des aînés, la PMS prévoyait de mettre sur pied un dispositif dont l'importance est exprimée dans le tableau suivant:

Services globaux	Situation en 2008	Objectif PMS pour 2022
Heures d'aide à l'entourage (bénévolat et proches aidants)	200	41.409

Quant à la reconnaissance financière des proches aidants, le Grand Conseil a choisi de lui donner un cadre très restrictif. Ainsi, la loi retient uniquement les cas exceptionnels.

5.4.2 Approche et partenaires de l'Etat dans le domaine des "proches aidants"

La démographie nous indique que le nombre de "proches aidants disponible par personne âgée dans le besoin" diminuera drastiquement dans les années à venir.

Le graphique suivant illustre cette évolution dont les conséquences ne manqueront pas d'être douloureuses, tant au niveau de la qualité de vie des personnes âgées, qu'au niveau des ressources financières. Si, en 2010, 8,7 personnes âgées de 50 à 74 ans vivaient à côté d'une personne de plus de 85 ans, ce ne seront plus que 3,5 personnes en 2015.

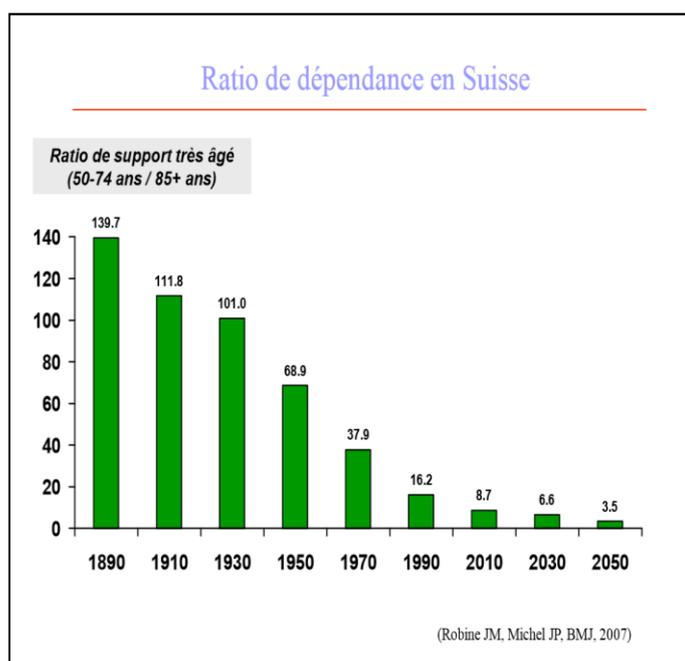


Figure 2.2: Ratio du nombre d'aidants naturels âgés de 50-74 ans par rapport au nombre de personnes âgées de 85 ans et plus en Suisse de 1890 à 2050.

Tout indique qu'une politique de soutien volontariste et ciblée en la matière est un investissement nécessaire, point de vue qui est appuyé par les récentes études fédérales qui portent sur la situation, les besoins et les possibilités de soutien aux proches aidants.

Bien que les acteurs du domaine sanitaire commencent à prendre conscience de l'importance d'intégrer les proches aidants dans leurs modèles d'intervention et que de

nombreuses associations s'emploient à mettre en place des soutiens concrets, force est de constater que la thématique des proches aidants n'occupe pas encore la place que lui imposerait l'ampleur et l'importance de l'évolution démographique. Par ailleurs, la problématique ne se limite pas au domaine sanitaire, mais implique également, à titre d'exemple, des réflexions dans le domaine de la politique familiale et du monde professionnel.

En 2013, le DFS a posé les priorités suivantes pour cette démarche:

- en première priorité, il convient de réaliser les solutions de répit (cf. sous-projet Accueil & Séjour);
- les offres de soutien de type information, formation, échange, coaching, etc., viennent en deuxième priorité;
- la mise en place du système de reconnaissance financière des cas exceptionnels sera entreprise ultérieurement.

Le *copil Proches aidants* a été présidé par la responsable de l'office cantonal de la politique familiale et de l'égalité et réunit en son sein les principaux acteurs en matière de soutien des proches aidants de personnes âgées.

5.4.3 Etat de réalisation en juin 2015: ce qui est fait en matière de soutien des proches aidants.

Fin mars 2015, le *copil Proches aidants* a rendu son rapport. Il souligne en premier lieu, l'importance capitale de l'apport des proches aidants dans un contexte de vieillissement prononcé de la population, de manque de main d'œuvre, de mutation des structures familiales et de cursus professionnel des femmes ainsi que l'augmentation des coûts de la santé.

En deuxième lieu, il présente le rapport du Conseil Fédéral qui conclut sur le besoin d'élaborer des conditions-cadre qui améliorent la situation des proches aidants et doivent s'inspirer des trois principes suivants:

1. Liberté de choix

Des possibilités de choix doivent être données, aussi bien aux proches aidants qu'aux personnes malades ou en situation de dépendance. En d'autres termes, la famille ne doit subir aucune pression de la part de la société pour l'amener à soigner et à assister le plus largement possible ses proches. D'un autre côté, il ne faudrait pas devoir renoncer à une aide extérieure indispensable, pour la simple raison que les frais occasionnés ne sont pas supportables financièrement. Une aide de la part de tiers peut être nécessaire pour des raisons de qualité des soins, de préservation d'une activité professionnelle ou de protection de la santé des proches aidants;

2. Mesures visant à soutenir et décharger les proches aidants

Un système de santé pérenne, et financièrement supportable, est tributaire des prestations d'aide et d'assistance non rémunérées fournies par les proches. Le système en place ne dispose, ni du personnel spécialisé nécessaire, ni des ressources financières correspondantes qui lui permettraient de prendre en charge le travail que ceux-ci effectuent. Pour cette raison, des mesures destinées à soutenir et décharger de manière plus ciblée les proches aidants doivent être développées;

3. Mieux concilier l'activité professionnelle et la prise en charge de proches

Considérant, d'une part la pénurie générale de personnel qualifié, d'autre part les objectifs de la politique de croissance du Conseil fédéral pour les années 2012-2015, le taux d'activité professionnelle doit être maintenu au niveau le plus haut qui soit, puisqu'il représente le principal facteur de réussite du développement économique de la Suisse. A cet égard, les femmes, au bénéfice d'une bonne formation professionnelle, offrent un potentiel supplémentaire mobilisable. Par ailleurs, les investissements dans la formation professionnelle des femmes doivent être exploités au profit du marché du travail, comme pour les hommes. Les mesures visant à mieux concilier l'activité professionnelle et la prise en charge, par des proches, de personnes malades ou dépendantes, ne doivent pas, en conséquence, causer préjudice aux personnes actives occupées. Les principales victimes en seraient les femmes et les travailleurs plus âgés.

En troisième lieu, le rapport du *copil Proches Aidants* recense les récentes analyses de la situation dans le canton de Vaud et affirme que leurs constats sont largement transposables au canton de Neuchâtel. Ces rapports vaudois, consacrés à l'évaluation de la charge et des besoins des proches aidants, relèvent en substance les éléments suivants (*Extraits du rapport "Proches aidants : sensibiliser, coordonner, reconnaître, soutenir", dès p. 19*):

L'engagement des proches aidants

L'engagement des proches aidants se révèle conséquent: en moyenne 50 heures hebdomadaires actives (mais peut aller jusqu'à 120 heures) sont consacrées à l'accompagnement. Il est intéressant de noter que les proches aidants sous-estiment systématiquement le temps consacré à l'aide. Outre ces heures "actives", il faut encore considérer la disponibilité des proches pour assurer présence et surveillance, parfois indispensable sans discontinuer, tout comme leur flexibilité pour répondre aux imprévus. Le plus souvent leur investissement est quotidien et un proche aidant sur quatre se mobilise régulièrement la nuit.

Un réseau d'aide informelle variable

Dans une situation sur quatre, les proches aidants mentionnent ne pas disposer d'aide régulière d'un autre membre de l'entourage (famille, ami ou voisin). Toutefois, dans la moitié des situations au moins, deux autres personnes de l'entourage interviennent de manière régulière. Lorsque l'entourage se mobilise au côté du proche aidant principal, il s'agit le plus souvent de la famille (73%).

Des solutions de remplacement à questionner

Près d'un proche aidant sur trois dit ne pas avoir de solution de remplacement en cas d'indisponibilité, même ponctuelle. De même, peu sont les proches aidants qui indiquent avoir une solution en cas de situation de crise: 80% n'ont pas de plan prévu en cas d'augmentation importante des difficultés de l'aidé et 71% en cas de difficultés personnelles.

Conséquences professionnelles et financières significatives

Les conséquences professionnelles concernent un quart des proches aidants qui s'occupent d'une personne au bénéfice de prestations de soins à domicile. Elles prennent la forme d'un arrêt de l'activité professionnelle (36%), d'une diminution du taux d'activité (65%), d'un aménagement des horaires de travail (53%) ou encore d'un changement d'activité (24%). Pour 67% de ces proches aidants, des répercussions sur leur revenu sont considérées comme significatives. Et pour la moitié des proches aidants signalant des répercussions professionnelles, il en découle des difficultés financières.

Répercussions sur la santé

Une proportion non négligeable de proches aidants ne considère pas leur santé comme suffisante pour assumer leur rôle (41%) pour les raisons citées ci-dessous:

- fatigue: 55 %;
- troubles du sommeil: 34%;
- souffrent du dos: 36 %;
- souffrent de stress: 33%;
- souffrent d'anxiété: 25%.

Par ailleurs, près d'un proche aidant sur trois a renoncé à un soin ou traitement pour lui-même au cours de la dernière année.

Incidences sur la vie familiale et sociale

Un peu plus de la moitié des proches aidants se dit globalement satisfait de sa vie familiale et sociale; ce qui laisse une proportion non négligeable de proches à éprouver de l'insatisfaction: 44% pour ce qui est des possibilités d'avoir des activités sociales et de loisirs, 42% par rapport aux relations entretenues avec leurs proches.

Un vécu personnel contrasté

Assumer le rôle de proche aidant n'est le plus souvent (63%) pas le fruit d'une décision, mais cela s'est imposé progressivement, en lien avec la situation de dépendance de la personne atteinte dans sa santé. Toutefois, les motivations sous-tendant cet engagement, telles que les expriment les proches aidants, sont d'abord personnelles (respect du souhait de l'aidé, affection, valeurs, sens du devoir, promesse faite à l'aidé) avant d'être liées à des causes externes (33% évoquent le fait de ne pas avoir d'autres possibilités satisfaisantes et 33% signalent qu'un service professionnel serait trop coûteux).

En quatrième lieu, le rapport du *copil Proches aidants* procède à état des lieux de l'offre existante dans le canton de Neuchâtel (cf. document référencé : Etat des lieux de l'offre existante des prestations pour les proches aidants), offre qu'il regroupe dans les catégories soins de base, information, répit, soutien psychologique, groupes de parole, aide financière, aides aux activités de la vie quotidienne et offre de formation. Il fait le constat que l'offre est certes intéressante et diversifiée, mais nettement insuffisante et globalement pas assez bien coordonnée.

En résumé, le *copil Proches aidants* conclut sur une certaine urgence à agir et propose les mesures énumérées ci-dessous, tout en stipulant deux principes essentiels à respecter dans toute prise en charge des proches aidants et des personnes aidées: d'une part, le respect de la liberté de choix (mentionné également par le Conseil fédéral) et, d'autre part, la nécessité d'offrir des solutions financièrement et personnellement supportables.

Mesures proposées par le *copil Proches aidants* - extraits du rapport "*Proches aidants : sensibiliser, coordonner, reconnaître, soutenir*", p. 33

Information:

- mettre en place une plate-forme d'information active au niveau cantonal pour que le proche aidant puisse trouver, de manière ciblée, l'information adéquate dont il a besoin et rendre visible la thématique des proches aidants sur le site du Service de la santé publique du canton de Neuchâtel,

- prévoir un espace d'information à ce sujet dans la future plate-forme cantonale d'information et d'orientation (cf. 5.5 et 5.7 ci-après);

Coordination:

- harmoniser la collaboration entre les différents partenaires du réseau,
- inclure, dans tous les échanges liés au transfert de patients d'une institution à l'autre, la charge pour les proches aidants et les actions mises en place pour soutenir le patient (élément systématique à mentionner dans toutes les feuilles de transfert);

Sensibilisation et formation:

- favoriser la prise de conscience du statut de proche aidant auprès des proches aidants eux-mêmes, du public et des milieux politiques,
- s'associer aux cantons voisins pour la journée annuelle des proches aidants (30 octobre),
- proposer des formations à l'attention des proches aidants,
- délivrer des formations spécifiques dans les écoles pour les futurs professionnels de la santé et du social,
- former le personnel dans les institutions de la santé et du social,
- sensibiliser le corps médical à la réalité des proches aidants et au réseau existant;

Reconnaissance (statut du proche aidant):

- créer un système de reconnaissance des proches aidants qui prévoit, dans la loi, une définition claire de leur statut et un accès à des formations à moindre coût,
- inclure dans toutes les évaluations patient/client une évaluation de la charge des proches aidants,
- créer un espace d'écoute spécifique pour les proches aidants sur le modèle de ce qui existe dans le canton de Vaud (www.espaceproches.ch),
- organiser des rencontres pluriannuelles à l'intention des proches aidants (espace d'échange, de partage et d'animation par les différentes institutions);

Répit et dépannage d'urgence:

- développer des foyers de jour et de nuit ou structures d'accueil temporaire (cf. rapports portant sur l'Accueil et le Séjour),
- renforcer les offres de présence à domicile pour permettre au proche de quitter le domicile de temps à autre pour se ressourcer, y compris en cas de crise et de récupération,
- veiller à ce que les démarches ne soient ni laborieuses ni compliquées de manière à éviter l'épuisement,
- mettre à disposition un répertoire clair et efficace à l'attention des proches aidants et du réseau;

Maintien à domicile facilité:

- favoriser la collaboration en réseau autour de la personne âgée et les proches aidants,
- mettre en place un dispositif qui permet aux proches aidants d'atteindre, selon leurs besoins, des personnes ressources,
- développer le système des appartements avec encadrement,
- promouvoir l'autogestion des maladies chroniques en favorisant l'éducation thérapeutique;

Veille:

- renforcer la présence, pour une nuit ou plusieurs, d'une personne à domicile;
- faire appel aux étudiants en soins infirmiers et en médecine qui offrent des prestations de veille et de présence à domicile (ex. : canton de Vaud);

Création d'une commission consultative "proches aidants":

- le *copil Proches aidants* propose la création d'une commission consultative. Le mandat général de la commission serait de participer à l'élaboration, au suivi et à l'actualisation d'un programme de *soutien aux proches aidants*, à la mise en œuvre des mesures de soutien et des collaborations utiles, et à des actions de sensibilisation et de communication. La "commission consultative pour le soutien des proches aidants actifs à domicile" axerait son travail sur la situation des proches aidants de personnes qui, toutes générations confondues, sont en situation de handicap (physique, mental, psychique), de poly-pathologies liées au grand âge ou en fin de vie. Elle aborde, en priorité, les besoins des proches aidants engagés auprès des personnes dépendantes vivant à domicile ou en appartements avec encadrement pour personnes âgées;

Création d'une commission technique:

Le *copil Proches aidants* propose, outre la commission consultative, la création d'une commission technique réunissant le réseau qui entoure le proche aidant. Cette commission aurait pour objectif la coordination des acteurs du réseau avec, cependant, un caractère plus opérationnel que la commission consultative. Elle serait pilotée et présidée par le SCSP.

5.4.4 *Etat de réalisation en juin 2015: ce qui reste à faire dans le domaine du soutien des proches aidants*

Le Conseil d'Etat a discuté du rapport précité et soutient globalement les principes et propositions. Concrètement, il décide des orientations et mesures suivantes:

- création d'une commission consultative selon le modèle proposé, en veillant d'y faire représenter, outre les instances mentionnées dans le rapport du copil Proches aidant, les communes (par l' ACN), la Chambre neuchâteloise du commerce et de l'industrie (CNCI), les syndicats et des représentants des institutions directement en contact avec les proches aidants;
- les axes "Information", "Coordination", et "Sensibilisation et Formation" doivent être portés par le SCSP, à qui est confiée la mission de développer la thématique des

proches aidants selon les orientations du rapport. Afin d'assurer la transparence et la coordination nécessaire, le SCSP organise et préside une commission technique dont l'objectif est de formaliser le réseau des acteurs. En attendant la création de ces gremiums, le *copil Proches aidants* continue son activité en soutien du SCSP;

- en matière d'information et de coordination, il convient de veiller à une bonne articulation entre les tâches du "Réseau AROSS"²⁰ et les activités à l'intention des proches aidants. L'orientation globale consiste à dire qu'AROSS s'occupe de coordonner les prestations aux patients, tandis que les activités de recensement, d'information et de coordination dont il est question ici s'adressent, quant à elles, aux proches aidants eux-mêmes. Dans ces délégations, le SCSP s'assurera du respect de cette ligne directrice;
- en matière de sensibilisation, le SCSP est chargé de coordonner la participation du Canton à la *Journée intercantonale Proches Aidants* qui aura lieu le 30 octobre 2015 pour la première fois;
- quant à la reconnaissance légale du statut des proches aidants en tant qu'acteurs du domaine socio-sanitaire, le Conseil d'Etat ne souhaite pas légiférer pour le moment, mais se réserve la possibilité d'une adaptation ultérieure de la loi de santé.

Outre ces mesures, le Conseil d'Etat fait les constats suivants:

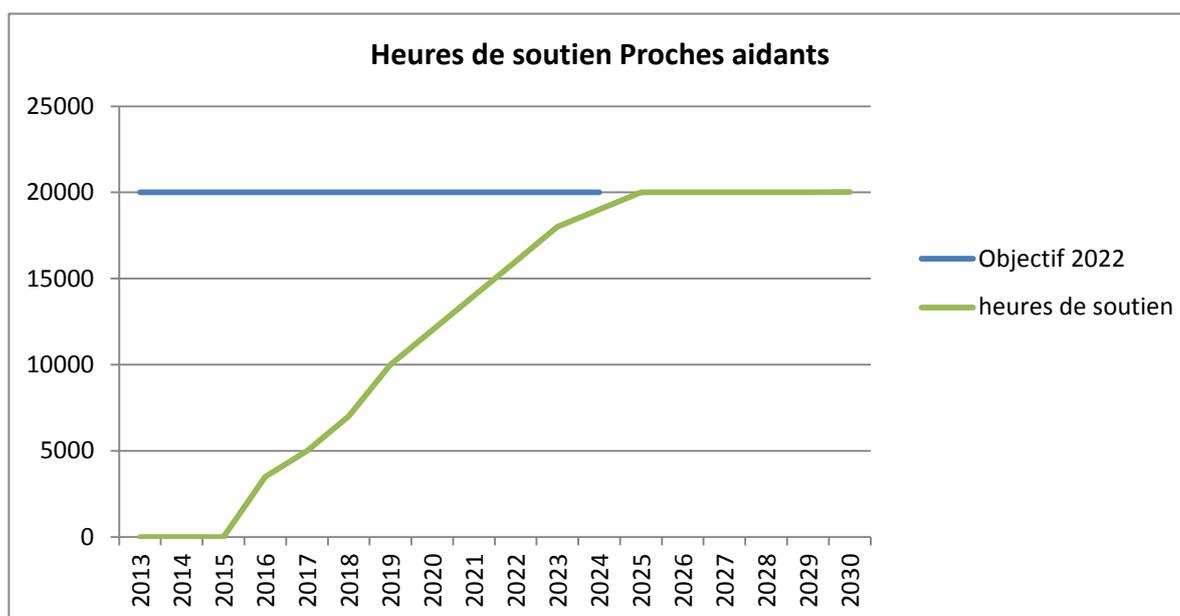
- les mesures de répit et le dépannage d'urgence ainsi que la facilitation de l'accès au maintien à domicile que préconise le rapport sont traités dans le cadre d'autres chantiers de la PMS;
- les mesures pour soutenir les prestations de veille à domicile seront traitées, en deuxième priorité, dans le cadre du développement du maintien à domicile. Dans son rapport stratégique 2015-2022, NOMAD prévoit ce développement en étroite collaboration avec la Croix-Rouge neuchâteloise (CRNE) dès 2017 (cf. Plan d'action stratégique PAS NOMAD, p. 16);
- quant au soutien financier des proches aidants, le Conseil d'Etat n'en fait pas une priorité pour le moment pour les raisons suivantes:
- il convient d'abord d'apporter des réponses concrètes aux autres besoins importants des proches aidants, avant tout dans le domaine du répit,
- dans le domaine du soutien matériel, différentes approches sont actuellement "en test" dans plusieurs régions de Suisse. Le Conseil d'Etat souhaite prendre le temps nécessaire pour étudier les effets de ces politiques,
- les démarches de soutien matériel aux proches aidants s'avèrent souvent peu rémunératrices pour les personnes concernées, mais globalement très onéreuses pour la collectivité; il convient de disposer de plus de données avant de s'engager dans une telle voie qui ne manquerait pas de cristalliser inutilement le débat politique et qui risquerait de bloquer les autres démarches plus concrètes et à même de soulager plus rapidement les proches aidants.

5.4.5 Volume des prestations: état actuel et évolution planifiée

La planification de 2012 exprime les prestations de soutien aux proches aidants en heures. Le projet PMS prévoit une montée en puissance progressive de ces prestations

²⁰ Association Réseau Orientation Santé Sociale, créée en mars 2013, cf chapitre 5.5 ci-dessous

de soutien. Au vu du démarrage tardif de la mise sur pied du projet PMS (fin 2013 au lieu de 2012), l'objectif visé ne pourra pas être atteint d'ici 2022.



Dès l'atteinte de l'objectif de la PMS, l'évolution des prestations est dictée par l'augmentation de la population âgée de 85 ans ou plus.

Comme nous l'avons souligné, les prévisions démographiques indiquent une raréfaction inquiétante des ressources "informelles" et, de ce fait, le soutien actif des proches aidants est important pour pallier, ne fut-ce qu'une partie de cette perte. Le renfort du dispositif de soutien doit être considéré comme un investissement dont l'absence pourrait s'avérer coûteuse.

5.5 Entretien d'orientation et structuration du réseau médico-social pour personnes âgées

5.5.1 Rappel des objectifs PMS en matière d'entretien d'orientation et de structuration du réseau

L'évolution démographique et épidémiologique, les coûts du système de santé, la pénurie existante et annoncée en personnel médical et soignant ainsi que le manque de coordination des prestations délivrées aux patients, sont des défis majeurs que doit relever le canton de Neuchâtel.

Le système actuel de financement est basé sur le paiement à l'acte, ce qui ne présente aucun incitatif à la coordination. L'hôpital, par exemple, reste largement centré sur des interventions techniques, rapides et de courte durée, alors que les personnes atteintes de maladies chroniques et la population âgée nécessitent une prise en charge sur le long terme. Le défi majeur consiste à mettre en place des systèmes de coordination qui assurent la continuité des soins. Les entretiens d'orientation prévus dans la PMS vont dans ce sens. Pour être efficaces, ils doivent s'intégrer dans une structure de coordination cantonale à créer.

En termes de réseau, la PMS prévoyait les instruments suivants:

- premièrement, la mise en place d'entretiens d'orientation, avec l'objectif de donner aux personnes concernées et à leurs proches des conseils avisés pour prendre les bonnes

décisions en matière d'accompagnement et de prise en charge. Pour cela, le rapport PMS de 2012 ne formulait pas d'objectif chiffré, mais précisait que les entretiens doivent avoir lieu avant toute entrée dans une structure résidentielle, ou sur demande des personnes concernées, de leurs proches, représentant légal ou des partenaires du réseau. L'objectif premier de ces entretiens était de répondre à la question cruciale suivante: moyennant quelle mesure la personne peut-elle continuer à vivre à domicile? Ils devaient donc avoir lieu aussi en amont que possible;

- ensuite, le rapport PMS exigeait la mise sur pied d'une permanence téléphonique et d'un guichet cantonal d'information;
- en dernier lieu, c'était la création d'un système d'information qui venait coiffer la structuration du réseau; il devait permettre l'échange de données liées aux personnes concernées.

Cadre légal: Art. 83c Loi sur la santé LS:

- l'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;
- des entretiens d'orientation sont organisés à la demande de la personne âgée, de son représentant légal ou du médecin;
- ils ont lieu lorsqu'une entrée pour un long séjour dans un EMS ou dans une pension est envisagée;
- le Conseil d'Etat fixe les modalités et les conditions nécessaires au bon déroulement des entretiens d'orientation. Il consulte au préalable les milieux concernés.

5.5.2 *Approche et partenaires de l'Etat dans le domaine "Réseau et entretiens d'orientation"*

En 2012 déjà, les partenaires du réseau sanitaire ont élaboré un mandat pour la conceptualisation et la mise sur pied de ces entretiens d'orientation ainsi que sur les informations des patients et clients nécessaires à leur déroulement. Ce mandat a par la suite été validé, précisé et repris dans le cadre du projet PMS.

5.5.3 *Etat de réalisation en juin 2015: ce qui est fait en matière d'entretien d'orientation et de structuration du réseau*

Le mandat susmentionné a débouché sur la présentation du rapport "Réseau et entretiens d'orientation" (cf. document référencé) que le copil PMS a validé en juin 2014, en fixant les orientations suivantes:

- l'approche globale est régie par le concept de la fragilité qui tient compte des dimensions bio-psycho-sociales et qui place la personne âgée dans son contexte de vie;
- l'organisation de la structure d'orientation dans le réseau en une structure extra-institutionnelle;
- une organisation centralisée de l'information (guichet cantonal d'information);
- la mise en place de portes d'entrée décentralisées dans les régions;

- la mise sur pied d'entretiens d'orientation qui se basent sur les évaluations déjà entreprises par les partenaires du réseau de santé, au besoin complétées par des entretiens directs avec les personnes concernées;
- l'organisation d'un projet-pilote en ville du Locle et dans la commune des Brenets pour tester et valider l'approche, notamment en ce qui concerne la collaboration avec les médecins installés et les besoins des personnes concernées vivant à domicile;
- le développement d'outils informatiques nécessaires au fonctionnement du réseau; ce développement faisant par ailleurs office de projet pilote pour la future stratégie cantonale en matière d'e-health.

La mise sur pied et l'exploitation du projet-pilote permettront d'expérimenter les nouvelles collaborations, de tester, d'adapter et de valider le concept. La préparation du projet-pilote au Locle et aux Brenets est actuellement en cours. L'ouverture de la structure est planifiée pour début 2016. Pour la conduite de cette démarche les principaux partenaires socio-sanitaires²¹ se sont regroupés au sein de la nouvelle **Association Réseau Orientation Santé Social (AROSS)**. Cette association travaillera dans le cadre d'un contrat de prestation conclu avec le SCSP, ce qui assure son alignement aux orientations stratégiques du Conseil d'Etat en matière de coordination sanitaire et en fait un véritable levier pour réaliser le virage ambulatoire dessiné par la PMS.

AROSS s'est donnée pour but de promouvoir la création d'un réseau socio-sanitaire qui assure l'information, l'orientation des bénéficiaires et l'efficacité de l'accompagnement des personnes âgées dans celui-ci, dans une optique de continuité des soins. Dans ce cadre, elle assure le respect et la promotion de l'autonomie de la personne, de sa responsabilité, de la valorisation de ses choix et de sa qualité de vie. Elle veille au respect des règles éthiques en la matière.

Actuellement, AROSS travaille d'une part à la préparation et la mise sur pied de la structure pilote et, d'autre part, à la mise en place d'un système d'information, donc du développement des outils informatiques nécessaires aux activités et à leur suivi.

Pour la mise sur pied de la structure pilote, l'objectif est le suivant:

–dès le 1^{er} janvier 2016, la structure pilote répond aux demandes d'information et d'orientation de la population du Locle et des Brenets et soutient les professionnels dans les situations complexes, par la réalisation des entretiens d'orientation.

Pour cela, il s'agit concrètement de:

- collaborer avec les partenaires du domaine socio-sanitaire de la région, pour détecter les personnes en situation complexe ou fragiles afin d'anticiper leur orientation et s'assurer qu'elles reçoivent, au bon moment, des prestations liées à leurs besoins;
- assurer l'interface entre tous les acteurs concernés pour garantir l'organisation, la continuité et la coordination de l'accompagnement en interdisciplinarité;
- informer la population et les professionnels de santé sur le réseau socio-sanitaire de la région;

²¹ Parmi les fondateurs, on trouve les associations faitières des établissements médico-sociaux ANEMPA, ANEDP et ANIPPA, l'HNE, NOMAD, la Société neuchâteloise de médecine (SNM), le Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP), Pro Senectute Arc Jurassien (PSAJ), les communes du Locle et des Brenets, le Centre d'information de Gestion et d'Economie de la Santé (CIGES), l'Association neuchâteloise des infirmières (ASI-NE), l'Association de défense des retraités (AVIVO), l'Association neuchâteloise des services bénévoles (ANSB), la Croix-Rouge neuchâteloise (CR-NE) et la Fondation des établissements cantonaux pour personnes âgées (FECPA).

- informer et orienter sur l'offre disponible en matière de solutions transitoires, voire d'alternatives intermédiaires;
- informer et accompagner les personnes âgées dans les démarches d'entrée en EMS.

Pour le système d'information patient, le mandat du SCSP à AROSS inclut, pour 2015, le développement des outils informatiques nécessaires à la réalisation de sa mission d'orientation et d'information des personnes âgées et de leurs proches. Il faut d'une part soutenir le travail d'orientation par des algorithmes adaptés et d'autre part, mettre à disposition du réseau les informations à jour concernant les prestations disponibles (cartographie). Finalement, il est nécessaire de faciliter l'échange de données patients sur la base d'un dossier partagé. Ce dernier élément est d'une importance capitale pour l'efficacité de toute démarche de coordination sanitaire. Les développements prévus sont conformes aux exigences suisses en matière d'architecture informatique e-health et s'inséreront par la suite dans la stratégie cantonale en matière d'e-health que le Conseil d'Etat préparera²². Pour le développement et la mise en place de ces outils, AROSS mandate le CIGES (centre d'information et de gestion de la santé), qui travaille en étroite collaboration avec le CEG (centre électronique de la ville de Neuchâtel) et le SIEN (service informatique de l'entité neuchâteloise).

5.5.4 **Etat de réalisation en juin 2015: ce qui reste à faire en matière d'entretien d'orientation et de structuration de réseau**

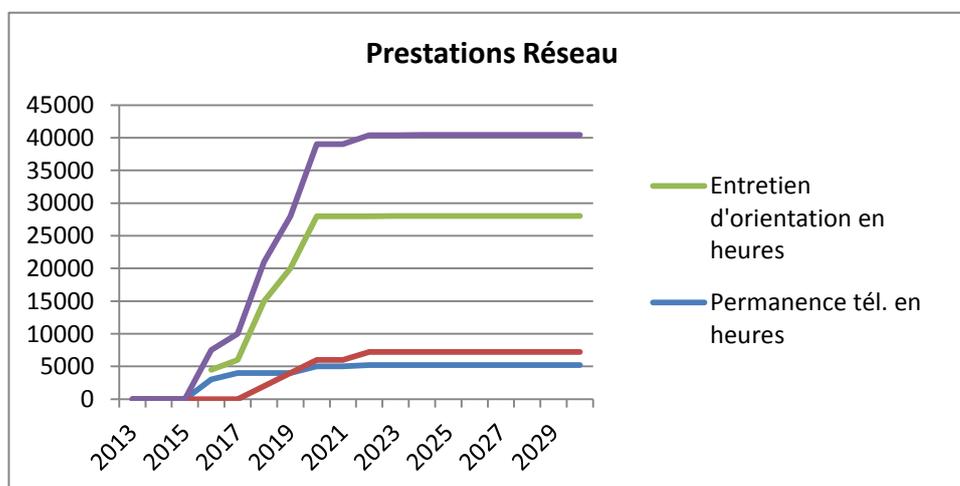
Suivi et évaluation du Projet-pilote du réseau au Locle et aux Brenets

Dès 2016, le SCSP doit suivre les activités du réseau dans la région pilote. Vers la fin de l'année 2016, le SCSP devra paramétrer, avec les partenaires, une évaluation de cette démarche. Cette évaluation doit avoir lieu entre février et juin 2017 et déboucher sur des propositions d'adaptation.

Déploiement du réseau cantonal

Dès la discussion des résultats de l'évaluation, le SCSP et AROSS élaboreront les bases structurelles et conceptuelles pour la future entité cantonale qui organisera le réseau et les entretiens d'orientation de la PMS sur l'ensemble du canton.

5.5.5 **Volume des prestations: état actuel et évolution planifiée**



²² Cf. également politique sanitaire c2015-2022, mesure n° 49, p. 55

Dès l'atteinte de l'objectif de la PMS, en 2022, l'évolution des prestations est dictée par l'augmentation de la population âgée de 85 ans ou plus.

Au moment de la rédaction du présent rapport, la mise sur pied du réseau-pilote au Locle et aux Brenets se déroulait conformément à la planification.

De manière générale, le déploiement des prestations du réseau doit se faire en parallèle avec la mise sur pied des différentes alternatives au long séjour institutionnel. Les entretiens d'orientation donnent tout leur sens si une orientation vers d'autres solutions que le séjour définitif en EMS est réellement possible. Ceci est le cas, au moment où l'offre en appartement avec encadrement, court séjour, accueil de jour et maintien à domicile sera suffisamment étoffée. Vu sous cet angle, le déploiement du réseau au niveau cantonal, en début d'année 2019, paraît réaliste et judicieux.

En fonction de l'avancement des différents chantiers, il pourrait s'avérer utile d'étendre l'action d'AROSS, dès la fin de l'évaluation, sur toute la région des Montagnes neuchâteloises.

5.6 Maintien à domicile

5.6.1 Rappel des objectifs PMS en matière de maintien à domicile

En ce qui concerne les prestations de maintien à domicile, la PMS formulait les objectifs suivants. Notons que ces chiffres ne concernaient pas uniquement NOMAD, mais incluaient les prestations des organisations de soins à domicile (OSAD) privées, ainsi que des infirmières indépendantes. En outre, les heures "d'aide" et de "présence et veille", indiquées ci-dessous, comprenaient les efforts des proches aidants et des bénévoles²³ :

Prestations "professionnelles"	2008		PMS 2022
Heures de soins infirmiers	70.561		202.643
Heures de soins pour l'hospitalisation à domicile	0		2343
Heures d'ergothérapie	1916		11.897
Heures de physiothérapie	43.000		57.194
Heures de pédicure-podologue	12.000		19.662
Heures de prévention/sécurité à domicile	0		21.205
Total	127.477		314.944
Variation due aux aspects démographiques			35.788

²³ Les chiffres de ce tableau ne peuvent pas être comparés directement avec ceux de la page 15 du Plan d'action stratégique PAS 2022 de NOMAD, car le rapport PMS de 2012 ne tenait compte que des personnes en âge AVS (environ 20% des prestations de NOMAD vont à des personnes qui n'ont pas encore atteint 65 ans) et les chiffres cantonaux ne prenaient en compte que les heures subventionnées des prestataires privés. Pour les années à venir, les planifications du Canton et de NOMAD se basent sur la même référence en ce qui concerne les prestations et le financement.

Prestations proches et bénévoles	2008		PMS 2022
Heures de soins de base	271.983		644.759
Heures d'aide (ménage, achats, repas, déplacement) et	887.397		2.217.490
Heures de présence et de veille	15.126		21.521
Total	1.174.505		2.883.771
Variation due aux aspects démographiques			327.689

5.6.2 Approche et partenaires de l'Etat dans le domaine du maintien à domicile

La PMS spécifie le rôle de NOMAD comme "premier partenaire de l'Etat dans la conduite de la mise en œuvre de la planification". Concrètement, cela signifie que la collaboration de NOMAD est intégrée dans les instances de coordination de tous les projets qui sont:

- appartements avec encadrement
- accueil et séjour
- système d'information
- réseau et entretien d'orientation
- proches aidants
- bénévolat.

En ce qui concerne les prestations de maintien à domicile proprement dites, la réalisation des objectifs stratégiques de la PMS relève de la compétence de NOMAD. L'organisation a défini son développement dans son plan stratégique PAS 2015-2022, que le Conseil d'Etat présente au Grand Conseil conjointement au présent rapport.

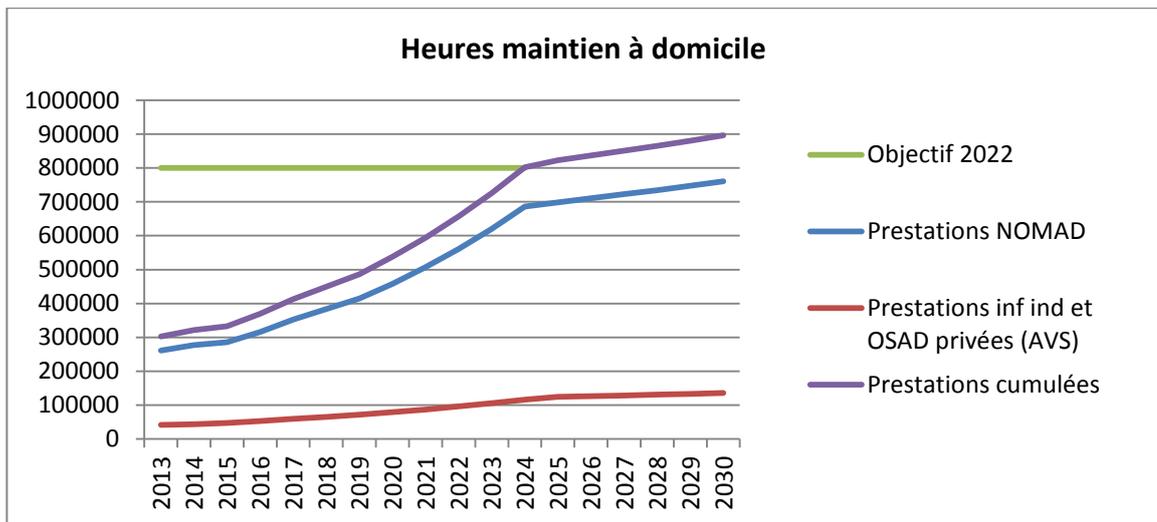
Outre les prestations "classiques" de maintien à domicile, ce plan développe aussi les approches que NOMAD souhaite mettre en œuvre en ce qui concerne les prestations annexes (ergothérapie et physiothérapie, podologie, etc.), les tâches de coordination et d'information et le rôle qu'il entend jouer dans le domaine du soutien du bénévolat et des proches aidants.

De plus, il décrit l'important développement organisationnel que NOMAD mettra en place pour rendre possible et accompagner la montée en puissance du volume des prestations.

5.6.3 Volume des prestations: état actuel et évolution planifiée

La réalisation du "plan d'action stratégique PAS 2015-2022" de NOMAD doit s'inscrire dans la planification globale du projet PMS. Sa mise en œuvre doit, quant à elle, évoluer en cohérence avec les autres volets de la PMS, afin que les nouvelles prestations puissent être mises à disposition de manière coordonnée et que la diminution prévue des lits d'EMS puisse intervenir de façon opportune.

La PMS prévoit l'évolution des prestations suivantes, en accord avec le PAS 2015-2022 de NOMAD:



Dès l'atteinte de l'objectif de la PMS en 2024, l'évolution des prestations est dictée par l'augmentation de la population âgée de 85 ans ou plus.

A noter que les heures ci-dessus ne comprennent pas celles d'ergothérapie, de physiothérapie et de pédicure. Le plan d'action stratégique de NOMAD PAS 2015-2022 les inclut dans sa planification détaillée.

5.7 Système d'information et instruments de pilotage

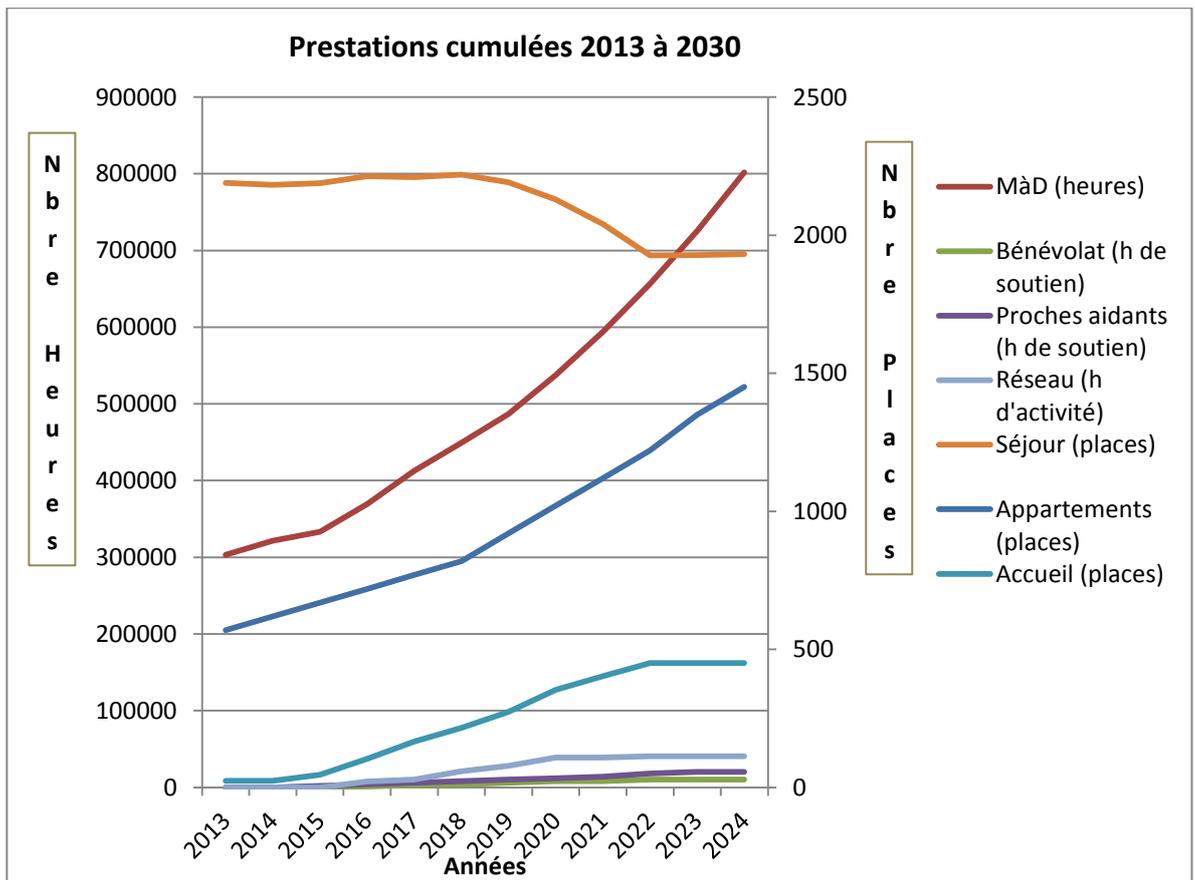
Dans le chapitre consacré au réseau, nous avons présenté les démarches informatiques en cours pour assurer, d'une part des transmissions simples et sécurisées de données patients et, d'autre part, le suivi et le contrôle des prestations du réseau. Au de-là de ce monitoring, le rapport PMS exige la mise en place un système d'information plus large permettant de suivre en temps réel l'évolution des besoins et de l'organisation sanitaire.

Un tel système d'information est incontournable pour assurer le pilotage des prestations et concerne bien entendu non seulement la PMS, mais l'ensemble des domaines sanitaires dont le SCSP assure le controlling. Dans ce sens, le SCSP est chargé de mettre sur pied un système d'information global, "dans la perspective de soutenir la surveillance de l'accès aux prestations, de la qualité, de la sécurité et des coûts de prise en charge ainsi que de documenter l'évolution prévisible de l'offre et de la demande" (Politique sanitaire cantonale, mesure 50, p. 56). Le SCSP prévoit de le déployer en priorité dans le domaine de la PMS, pour ensuite l'étendre à l'ensemble des domaines. Cette réalisation devrait démarrer en 2017.

6. PERSPECTIVES

6.1 Evolution des prestations

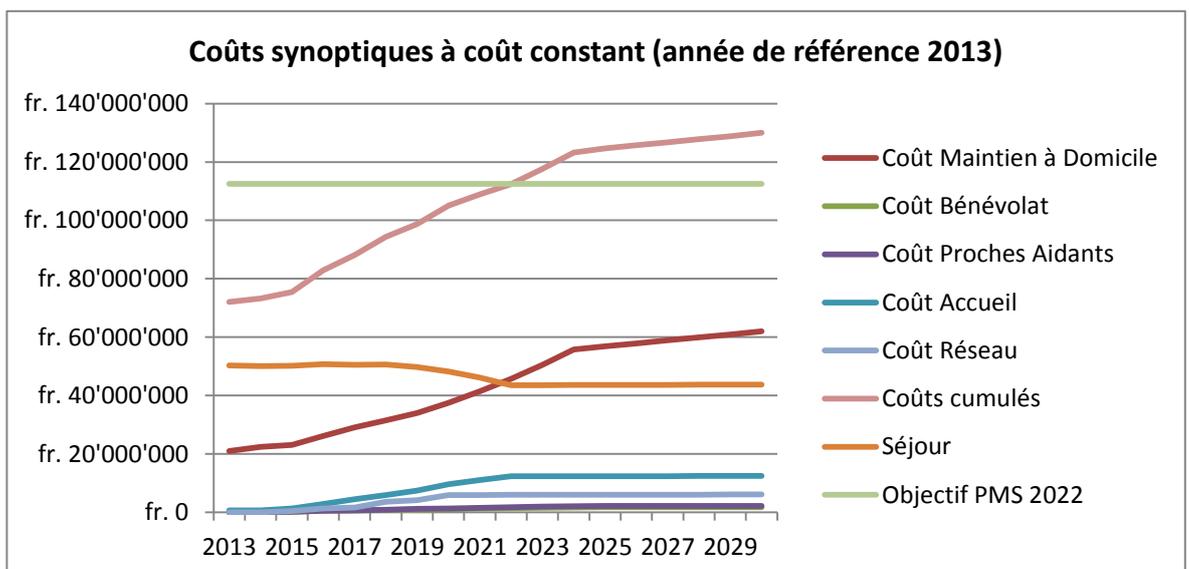
Le graphique suivant illustre en résumé la consolidation de l'évolution des prestations:



6.2 Evolution financière

Evolution à coûts constants

Le graphique ci-dessous fait figurer l'évolution des coûts imputable au budget du SCSP. Ces coûts s'entendent à coûts constants, sans indexation ni hausse des frais salariaux, basés sur l'année de référence 2013.



Evolution à coûts réels

Le tableau suivant présente les prévisions en chiffres annuels réels. Ces prévisions sont basées sur une indexation zéro, mais incluent une évolution de la masse salariale de 0,5% par an. Les catégories budgétaires sont celles du budget de l'OMDH:

	Comptes 2014	Budget 2015	PF 2017	PF 2020
Maintien à domicile *	28'143'921	31'142'300	45'794'300	66'997'300
Séjour	56'383'403	59'684'000	61'504'000	64'429'000
Mandats	0	290'000	320'000	400'000
Total	84'527'323	91'116'300	107'618'300	131'826'300
PFL			110'503'300	133'701'300
Ecart **			-2'885'000	-1'875'000
* Maintien à domicile = NOMAD, accueil de jour / de nuit, participation aux soins pour infirmières et infirmiers indépendant(e)s et services privés de soins à domicile, appartements avec encadrement, réseau, proches aidants, bénévolat				
** Ecart = le renforcement des ressources au SCSP, liées au développement des prestations, n'est pas compris dans les prévisions actualisées; ainsi l'écart indiqué avec les chiffres du PFL pour 2017 et 2020 sera diminué				

Selon les appréciations du Conseil fédéral et de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), les coûts engendrés par les soins de longue durée augmenteront de façon importante ces prochaines décennies. Selon leurs projections la "part au PIB des dépenses publiques pour les soins de longue durée triplerait, passant de 1,1% en 2011 à 2,9% en 2060. Les cantons, touchés en premier lieu par cette évolution, devraient adapter leur taxation pour augmenter leurs recettes totales d'environ 6%, soit de 7,8 milliards de francs, uniquement pour couvrir la hausse des dépenses pour les soins de longue durée. Dès 2030, ils devraient allouer environ 2 milliards de francs supplémentaires à ce poste de dépenses" (extrait de la notice "Dialogue PNS soins de longue durée, mai 2015).

Face à ces perspectives, le Conseil d'Etat tient à rappeler que l'ensemble de la démarche PMS représente un investissement économe. Des simulations ont mis en évidence que, toutes choses restant égales par ailleurs, la PMS déleste les charges de l'ensemble des payeurs (personnes âgées, collectivité publique, assureur-maladie) de 18,5 millions de francs.

C'est pour cette raison que le Conseil d'Etat a présenté, dans son programme de législature 2014-2017, la PMS comme un choix politique, qui permettra de "réduire le rythme d'accroissement des charges liées au vieillissement de la population."

Le Conseil d'Etat signale que ces chiffres sont en-deçà des prévisions du plan financier de législature. Par contre, ils n'incluent pas:

- les frais engendrés par d'éventuelles adhésions d'autres EMS privés à la CCT Santé 21;

- les coûts de transformations des infrastructures des EMS. Ces coûts pourront être évalués à la fin de la démarche de recensement complet des infrastructures actuellement en cours; leur couverture financière pourrait être assurée soit par une adaptation du tarif soit par une subvention à l'investissement.

6.3 Evolution des ressources humaines de l'administration cantonale

En ce qui concerne les conséquences sur le personnel de l'Etat, nous nous référons au chapitre 6.5 de la politique sanitaire cantonale 2015-2022 qui stipule (p. 31) que "l'augmentation des ressources humaines correspond à une nécessité pour permettre à ce service (SCSP) de mettre en œuvre, dans des conditions acceptables, avec des chances raisonnables de succès, l'ambitieuse politique que le Conseil d'Etat propose dans ce rapport (...)". Il est indéniable qu'un retard d'investissements dans la PMS signifierait la continuation de l'actuelle structure de coût qui est défavorable.

En ce qui concerne la PMS, l'augmentation de l'effectif de l'office concerné (OMDH) sera le corollaire évident et direct de l'augmentation de la diversité, du volume et de la complexité des tâches de planification et de suivi. Cette évolution fera l'objet de la planification des effectifs qui sera élaborée ces prochains mois dans le respect du cadre financier.

6.4. Perspectives pour les communes

Même si les travaux de désenchevêtrement des tâches et responsabilités en matière de santé entrepris ces dernières années ont vu naître les acteurs cantonaux importants comme l'HNE, le CNP et NOMAD, les communes sont et resteront des acteurs de proximité importants dans le domaine médico-social. Proches de la population et de ses besoins, les communes sont également très impliquées dans le soutien du tissu associatif local, qui joue un rôle très important en matière de santé et de bien-être. En ce qui concerne la PMS, ce sont surtout les domaines du bénévolat et des proches aidants où les communes ont un rôle de soutien important. Soutien de manifestation pour sensibiliser la population, mise à disposition de locaux pour des groupes d'entraide, facilitation des activités de groupes de bénévoles pour le transport: la liste des éléments pour lesquels les communes peuvent soutenir les sociétés locales est importante.

L'équipe de projet de la PMS a été régulièrement sollicitée par des communes pour soutenir des activités communales en lien avec les aînés, à la fois pour des questions d'orientation conceptuelle, d'information ou de coordination des acteurs. Le SCSP est à disposition des communes, et tout particulièrement de la CDC Santé de l'ACN, pour toute réflexion en lien avec la perspective du vieillissement de la population.

En termes financiers, le développement de la PMS n'a d'impact sur les communes qu'en lien avec les mesures qui relèvent de leurs propres décisions, à l'exception notable du domaine des appartements avec encadrement pour lequel la LS stipule, en son article 93.a al 3: "Les communes veillent, en collaboration avec l'Etat, à la disponibilité sur leur territoire, d'un nombre adéquat d'appartements, selon les alinéas 1 et 2, le cas échéant en encourageant leur construction" (cf. chapitre 6.2.3.3 du rapport sur la «politique du logement»).

6.5 Perspectives en matière de formation

Le réaménagement du dispositif prévu par la PMS met en lumière un besoin important de formation continue. Ces dix prochaines années, les situations et besoins des résidents des EMS vont évoluer, tout comme ceux des clients de NOMAD, tandis que de nouvelles

fonctions seront créées dans les domaines de l'accueil et des appartements avec encadrement. D'autre part, la tendance à l'intégration des soins augmentera le niveau d'exigence pour l'ensemble du personnel médico-social, en matière de collaboration interdisciplinaire, de coordination et de communication.

Globalement, les prévisions font état d'une pénurie prononcée du personnel soignant.

Le Conseil d'Etat intègre cette problématique dans la réflexion plus large qu'il mène actuellement concernant la configuration d'un dispositif cantonal de formation dans les domaines de la santé et du social (DSS). Pour réaliser ce dispositif, qui touchera les niveaux AFP, CFC et ES, le Conseil d'Etat a formulé fin 2014 un projet, nommé un comité de pilotage et engagé un chef de projet. L'adéquation entre l'offre de formation dans le canton et les besoins du terrain des DSS fera l'objet d'études en vue de choix opérationnels. Le projet concernera les responsables des institutions des domaines santé et social et des lieux de formation et il sera mené en étroite collaboration avec l'ORTRA²⁴ Neuchâtel santé-social.

Ces démarches sont également liées aux mesures que prévoit la politique sanitaire cantonale pour la législature 2017-2021, à savoir de:

- optimiser l'offre de formation en santé en favorisant et en accompagnant le développement de collaboration entre les acteurs du système de santé, les services de l'Etat en charge de la formation et les écoles (Université, hautes écoles), de manière à améliorer la cohérence entre les formations offertes et les besoins du terrain dans la durée. Le cas échéant, soutenir financièrement, directement ou indirectement, la ou les organisations s'occupant de ces questions;²⁵
- favoriser la réinsertion professionnelle dans les métiers de la santé: encourager et appuyer, dans le cadre des contrats de prestations passés avec les institutions de santé subventionnées, les démarches visant à promouvoir les métiers de la santé lors de réinsertions professionnelles.²⁶

6.6 Perspectives en matière de changements législatifs

Le présent rapport est un rapport d'information que le Conseil d'Etat adresse au Grand Conseil. Il revient à ce dernier d'en prendre acte (ou non). Ce rapport ne contient pas de changement législatif. En revanche et comme déjà annoncé dans le rapport sur la politique sanitaire cantonale, le Grand Conseil sera sollicité, à plusieurs reprises ces prochaines années, pour des adaptations législatives qui accompagneront les futures stratégies.

D'autre part, le Conseil d'Etat a entrepris un "toiletage" de la Loi sur la Santé, rapport qui est discuté, au moment de la rédaction de ces lignes, en commission santé (cf rapport 15.004).

7. CONCLUSION

La mission du projet PMS est d'organiser et de coordonner l'effort de tous les acteurs concernés pour :

²⁴ ORTRA: Organisation du monde du travail, pour plus d'information, cf <http://ortra-neuchatel.ch/>

²⁵ Politique sanitaire cantonale 2015-2022, mesure 13, p 50

²⁶ Politique sanitaire cantonale 2015-2022, mesure 15, p 50

- assurer une prise en charge et un accompagnement des personnes âgées marqués par le respect et l'écoute des besoins;
- développer, adapter et mieux intégrer les différentes prestations et structures dans un réseau cohérent, efficace et efficient;
- améliorer les connaissances pour mieux piloter les mesures concernant le vieillissement et la santé.

Globalement, l'avancement du projet de réalisation de la PMS se déroule de façon très satisfaisante et respecte le cadre temporel et financier qui lui a été donné. Certains objectifs très ambitieux doivent certes être adaptés aux réalités du terrain, mais dans l'ensemble et sur les points centraux, le Conseil d'Etat constate que le «virage ambulatoire» dessiné par cette PMS est entamé et que sa concrétisation est en route.

Cette évolution répond au souhait le plus clairement et le plus souvent exprimé par les aînés de pouvoir vivre plus longtemps à domicile. Pour faire face à l'évolution démographique, elle est aussi – et de loin – l'option la plus économique, en particulier en comparaison du scénario d'une simple adaptation quantitative du dispositif d'hébergement qui a prévalu au cours des dernières décennies. Enfin, elle a l'ambition d'accompagner la formidable transformation sociale induite par le vieillissement de la population, qui concerne non seulement les aînés eux-mêmes, mais également leurs proches, les structures familiales, le monde du travail et bien sûr les structures d'accompagnement et de prise en charge.

En filigrane du présent rapport, et à fortiori dans les rapports émanant des comités de pilotage des différents domaines qui composent la PMS, il est très régulièrement question de coordination et de collaboration. Le Conseil d'Etat est convaincu que l'avenir de la politique sanitaire passe obligatoirement par une coordination accrue. Sans elle, ni la nécessaire continuité des soins, ni l'indispensable maîtrise de l'évolution des coûts, ne seront possibles. A travers la PMS, le Conseil d'Etat vise à créer les conditions-cadre pour qu'une coordination efficace puisse se mettre en place.

Ce rapport d'information présente au Grand Conseil les options prises par le Conseil d'Etat pour la première étape de réalisation de la PMS. Il invite le Grand Conseil à prendre acte du présent rapport concernant l'état de réalisation et les perspectives de la planification médico-sociale PMS, et des documents de référence cités ci-après.

Le présent rapport a été soumis au Conseil de santé le 22 juin 2015, et préavisé favorablement à l'unanimité par ce dernier.

En appuyant le Conseil d'Etat dans la présente démarche de réalisation de la PMS, le Grand Conseil permet au Canton de Neuchâtel de mettre en oeuvre un dispositif d'accompagnement et de prise en charge des personnes âgées efficient, en phase avec l'état actuel de la connaissance scientifique et respectueux de la personne et de son autonomie. Il contribue ainsi à l'un des objectifs supérieurs de la politique de santé : créer davantage de bien-être.

Veillez agréer, Madame la présidente, Mesdames et Messieurs, l'assurance de notre haute considération.

Neuchâtel, le 6 juillet 2015

Au nom du Conseil d'Etat:

La présidente,
M. MAIRE-HEFTI

La chancelière,
S. DESPLAND

REFERENCES

Politique sanitaire cantonale

Rapport 15.004 du Conseil d'Etat au Grand Conseil concernant la politique sanitaire cantonale 2015-2022, du 16 février 2015

PMS

Rapport 12.013 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

NOMAD

Plan d'action stratégique de NOMAD 2015-2022

CNP

Options stratégiques du CNP 2015-2022 (en cours de finalisation; le Conseil d'Etat en sera saisi prochainement et présentera un rapport au Grand Conseil à ce sujet)

Conduite du projet PMS :

L'ensemble des références PMS figure sur le site internet du SCSP à l'adresse suivante:
www.ne.ch/pms

- Liste complète des participants aux comités de pilotage et/ou aux groupes de travail des différents projets
http://www.ne.ch/autorites/DFS/SCSP/maintien-domicile/Documents/Liste_Participants_P-M-S.pdf

Accueil et séjour :

- Résumé des rapports Accueil et Séjour
http://www.ne.ch/autorites/DFS/SCSP/maintien-domicile/Documents/Resume_Accueil-Sejour_CE_Avril-2015.pdf
- Définition des concepts cadre et des normes : Structures d'accueil de jour et de nuit
http://www.ne.ch/autorites/DFS/SCSP/maintien-domicile/Documents/Concepts-cadre-normes_Accueil_CE_Avril-2015.pdf
- Définition des concepts cadre et des normes : Séjour (long séjour, court-séjour et pension)
http://www.ne.ch/autorites/DFS/SCSP/maintien-domicile/Documents/Concepts-cadre-normes_Sejour_CE_Avril-2015.pdf
- Normes et recommandations architecturales : Séjour (long séjour, court-séjour et pension)
http://www.ne.ch/autorites/DFS/SCSP/maintien-domicile/Documents/Normes-recommandations-architecturales_Sejour_CE_Avril-2015.pdf
- Recommandations en matière de dotations en personnel : Séjour (long séjour, court-séjour et pension)
http://www.ne.ch/autorites/DFS/SCSP/maintien-domicile/Documents/Recommandations-dotations-personnel_Sejour_CE_Avril-2015.pdf

- Synthèse des missions pour l'Accueil et le Séjour
http://www.ne.ch/autorites/DFS/SCSP/maintien-domicile/Documents/Synthese_Missions-Accueil-Sejour_CE_Avril-2015.pdf

Promotion du bénévolat :

- Vers une politique cantonale du bénévolat organisé
http://www.ne.ch/autorites/DFS/SCSP/maintien-domicile/Documents/Politique-cantonale-benevolat_CE_Avril-2015.pdf

Soutien des proches aidants :

- Proches aidants : sensibiliser, coordonner, reconnaître, soutenir
http://www.ne.ch/autorites/DFS/SCSP/maintien-domicile/Documents/Sensibilisation-reconnaissance-soutien_Proches-aidants_CE_Avril-2015.pdf
- Etat des lieux de l'offre existante des prestations pour les proches aidants (répertoire de l'offre actuelle)
http://www.ne.ch/autorites/DFS/SCSP/maintien-domicile/Documents/Repertoire-prestations_Proches-aidants_CE_Avril-2015.pdf

Appartement avec encadrement :

(Documentation en cours d'élaboration; publication prévue sur le site dans le courant de l'automne 2015)

- Brochure de présentation aux promoteurs
- Brochure de présentation aux organisations qui souhaitent mettre en œuvre les prestations

Entretiens d'orientation et structuration du réseau :

- Rapport Réseau et entretiens d'orientation
http://www.ne.ch/autorites/DFS/SCSP/maintien-domicile/Documents/Rapport-final_Entretiens-orientation_Decembre-2014.pdf

TABLE DES MATIERES

	<i>Pages</i>
RESUME	1
1. INTRODUCTION	2
2. OBJECTIFS DU RAPPORT	4
3. CONTEXTE	4
3.1. Le programme de législature 2014-2017 du Conseil d'Etat.....	4
3.2. Le plan financier de législature du Conseil d'Etat (PFL).....	5
3.3. La politique sanitaire cantonale 2015-2022	5
3.4. Le plan d'action stratégique 2015-2022 de NOMAD	5
3.5. Le plan d'action stratégique 2015-2022 du CNP.....	6
4. LE PROJET DE REALISATION DE LA PMS	6
5. L'ETAT DE REALISATION DU PROJET PMS PAR DOMAINE	6
5.1. Accueil & Séjour	6
5.2. Appartements avec encadrement.....	18
5.3. Promotion du bénévolat.....	22
5.4. Soutien des proches aidants	26
5.5. Entretien d'orientation et structuration du réseau médico-social pour personnes âgées.....	34
5.6. Maintien à domicile.....	38
5.7. Système d'information et instruments de pilotage.....	40
6. PERSPECTIVES	40
6.1. Evolution des prestations	40
6.2. Evolution financière	41
6.3. Evolution des ressources humaines de l'administration cantonale...	43
6.4. Perspectives pour les communes.....	43
6.5. Perspectives en matière de formation	43
6.6. Perspectives en matière de changements législatifs	44
7. CONCLUSION	44
ANNEXE (références)	46