



ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

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

Route des Cliniques 17, 1701 Fribourg

T +41 26 305 29 04

[www.fr.ch/dsas](http://www.fr.ch/dsas)

—

T +41 26 305 29 04

[www.fr.ch/dsas](http://www.fr.ch/dsas)

*Fribourg, le 14.12.2020*

**PLANIFICATION DES SOINS DE LONGUE DURÉE**  
**2021 - 2025**  
**CANTON DE FRIBOURG**

**Rapport**

## TABLE DES MATIERES

<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
<b>2. CONSULTATION : RÉSULTATS .....</b>	<b>4</b>
<b>3. CONTEXTE .....</b>	<b>7</b>
3.1. PLANIFICATION SANITAIRE .....	7
3.2. DISPOSITIONS LÉGALES APPLICABLES .....	7
3.2.1 Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal).....	7
3.2.2 Loi du 16 novembre 1999 sur la santé (LSan).....	7
3.2.3 Loi du 12 mai 2016 sur les prestations médico-sociales (LPMS) et règlement du 23 janvier 2018 sur les prestations médico-sociales (RPMS) .....	7
3.3. LA POLITIQUE SENIOR+ .....	8
3.4. LE PROJET DETTEC.....	8
3.5. LE FINANCEMENT HOSPITALIER.....	8
3.6. LA RÉFORME DES PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES .....	9
3.7. LE COVID-19 ET SON ÉVENTUEL IMPACT SUR LA PLANIFICATION .....	9
3.8. AUTRES SUJETS LIÉS À LA PLANIFICATION.....	9
<b>4. EVOLUTION DEMOGRAPHIQUE DANS LE CANTON DE FRIBOURG .....</b>	<b>10</b>
<b>5. ETAT DE LA SITUATION DANS LE CANTON DE FRIBOURG .....</b>	<b>10</b>
5.1. POPULATION DANS LES DIFFÉRENTS DISTRICTS .....	10
5.2. PRISE EN CHARGE EN EMS .....	11
5.3. PRISE EN CHARGE À DOMICILE .....	13
5.4. PRISE EN CHARGE EN STRUCTURES DE JOUR ET ACCUEIL DE COURTE DURÉE EN EMS .....	14
<b>6. FONDEMENTS DES PROJECTIONS DE L'OBSAN .....</b>	<b>16</b>
<b>7. ADAPTATIONS DES PROJECTIONS DE L'OBSAN .....</b>	<b>17</b>
<b>8. PLANIFICATION ET PRINCIPAUX CONSTATS .....</b>	<b>18</b>
8.1. PLANIFICATION DU NOMBRE DE LITS DE LONG SÉJOUR .....	18
8.2. PLANIFICATION DE L'OFFRE EN SOINS ET AIDE À DOMICILE .....	21
8.3. PLANIFICATION DU NOMBRE DE LITS DE COURT SÉJOUR .....	24
8.4. PLANIFICATION DU NOMBRE DE PLACES EN FOYER DE JOUR .....	24
<b>9. INCIDENCES FINANCIERES DE LA PLANIFICATION 2021-2025 .....</b>	<b>25</b>
<b>10. CONCLUSION.....</b>	<b>27</b>
<b>11. ABREVIATIONS UTILISEES.....</b>	<b>28</b>
<b>12. BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>29</b>
<b>13. TABLE DES ILLUSTRATIONS : TABLEAUX .....</b>	<b>30</b>
<b>14. ANNEXES.....</b>	<b>31</b>

## 1. INTRODUCTION

Le rapport de planification des soins de longue durée 2021-2025 (ci-après, le rapport) a pour objectif de définir les prestations en soins de longue durée qui, en fonction de l'offre déjà existante et de l'évolution démographique attendue dans le canton, devraient être développées pour répondre adéquatement aux besoins de la population du canton de Fribourg. Un projet de rapport a été mis en consultation du 20 décembre 2019 au 20 mars 2020. En raison de la crise sanitaire liée au COVID-19, la phase de consultation a été prolongée et la date d'approbation de la planification reportée. La planification des soins de longue durée a fait l'objet d'une présentation à la commission de planification sanitaire qui, en date du 23 novembre 2020, a préavisé favorablement le rapport à l'attention du Conseil d'Etat tout en le rendant attentif aux importantes incidences financières pour les pouvoirs publics. Le Conseil d'Etat l'a adopté en date du 14 décembre 2020.

La planification des soins de longue durée permet aux autorités cantonales et régionales (réseaux médico-sociaux) de définir l'offre à mettre en place et de planifier les ressources nécessaires. Le présent document reprend en synthèse, les éléments principaux des bases statistiques élaborées par l'Observatoire suisse de la santé (Obsan)<sup>1</sup> sur mandat de la Direction de la santé et des affaires sociales (ci-après : DSAS).

Le mandat de l'Obsan a consisté à poser les définitions, bases méthodologiques et hypothèses relatives à l'évolution de la population, de ses besoins et de leur impact sur l'offre de prestations médico-sociales. L'Obsan a élaboré différents scénarios relatifs à l'évolution des besoins et à la prise en charge.

Se référant au contexte fribourgeois actuel, le présent rapport se fonde sur la combinaison des hypothèses proposées par l'Obsan qui semble la plus plausible pour établir les projections de l'évolution du nombre de lits en EMS (long séjour et court séjour), du nombre de places en foyer de jour, du volume d'heures dans le domaine des soins à domicile et des équivalents plein-temps y relatifs.

Le **chapitre 2** présente les résultats de la phase de consultation. Le **chapitre 3** revient sur le contexte général, tant législatif que politique, dans lequel s'inscrit la planification 2021-2025. Le **chapitre 4** résume les principaux constats relatifs à l'évolution démographique dans le canton de Fribourg. Le **chapitre 5** revient sur l'offre actuelle de prestations en soins de longue durée dans le canton de Fribourg. Les hypothèses sur lesquelles se fondent les projections de l'Obsan et les données de l'Obsan à l'horizon 2040 sont explicitées au **chapitre 6**. Les adaptations nécessaires des projections de l'Obsan, dues au contexte fribourgeois, sont présentées au **chapitre 7**.

La planification des soins de longue durée 2021-2025 et les principaux constats y relatifs ressortent du **chapitre 8**. Les incidences financières ont été mises à jour suite à la phase de consultation et sont présentées au **chapitre 9**. La conclusion est présentée au **chapitre 10**. La liste des abréviations utilisées (**chapitre 11**), la bibliographie (**chapitre 12**), la liste des tableaux (**chapitre 13**), ainsi que les annexes (**chapitre 14**) clôturent ce rapport.

---

<sup>1</sup> Dutoit Laure (Obsan), 2019, Bases statistiques pour la planification des soins de longue durée dans le canton de Fribourg (rapport et tableaux Excel), Neuchâtel.

## 2. CONSULTATION : RÉSULTATS

La mise en consultation du rapport de planification des soins de longue durée 2021-2025 s'est déroulée du 20 décembre 2019 au 20 mars 2020. 21 organisations ont été invitées à y participer et 15<sup>2</sup> y ont répondu.

Une large majorité des organismes consultés ont estimé que globalement le scénario choisi dans le cadre de cette planification des soins de longue durée (*compression relative de la morbidité ; diminution du taux de recours en EMS et augmentation des soins à domicile, ainsi que la diminution de la proportion des personnes en EMS avec faible niveau de dépendance*) était clair, cohérent et plausible. Aucun organe consulté n'a remis en question ce scénario.

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

- 1) Le besoin de disposer de données supplémentaires dans le rapport concernant **l'évolution à long terme** dans le domaine des soins de longue durée (**horizon 2030 - 2040**) ;
- 2) Le souhait d'avoir des informations supplémentaires (dotation, financement) concernant **la coordination des prestations** et les développements futurs prévisibles dans ce domaine ;
- 3) La nécessité de réfléchir à l'utilité **des lits AOS** par rapport aux lits reconnus ;
- 4) Le souhait de trouver des solutions aux problèmes de définitions, d'organisation, de sous-utilisation et de financement **des structures intermédiaires ou unités spécialisées** (au sens large : foyers de jour ; court séjour ; accueil de nuit ; UATO ; LAP ; appartements protégés ; spitin ; psychogériatrie ; soins palliatifs) ;
- 5) Les **inquiétudes** concernant l'impact direct ou indirect du projet de répartition des charges entre Etat et communes et de désenchevêtrement des tâches (**DETTEC**) sur la cohérence de l'offre de prestations médico-sociales ;
- 6) L'ajout dans le rapport et la prise en compte de la problématique **des journées inappropriées de l'HFR** ;
- 7) L'ajout de la **pénurie et la formation du personnel soignant** (en lien avec la volumétrie en augmentation des situations à prendre en charge) ;
- 8) L'ajustement **des incidences financières**.

A côté de ces remarques globales, les nombreuses remarques spécifiques des organes consultés peuvent être regroupées comme suit :

- 9) Des demandes spécifiques des réseaux de santé des districts (exemple : concernant le nombre ou le type de lits en EMS, ainsi que le nombre d'EPT d'aide et soins à domicile) ;
- 10) Des demandes d'ajouts de thèmes ou d'adaptation du rapport des organes consultés.

---

<sup>2</sup> Liste des organes qui ont répondu à la consultation : le réseau santé et social de la Veveyse (RSSV), le réseau santé Glâne (RSG), Le réseau santé de la Singine (RSS), le Réseau Santé de la Broye Fribourgeoise (RSSBF), l'Association fribourgeoise des institutions pour personnes âgées (AFIPA), l'Association fribourgeoise d'aide et soins à domicile (AFAS), l'association Suisse des infirmières section Fribourg (ASI Fr), l'association Spitex privée Suisse (ASPS), les assureurs-maladie / Santé Suisse (tarifsuisse, communauté d'achats HSK et groupe CSS), l'hôpital fribourgeois (HFR), le réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM), les ligues de santé du canton de Fribourg (LSF), l'administration des finances, le réseau santé de la Sarine (RSSa), le réseau santé et social de la Gruyère (RSSG).

Ces 10 points sont repris et traités ci-dessous. Seuls quelques-uns relèvent de la planification des soins de longue durée et d'autres relèvent d'autres champs.

***Point n°1 - Une présentation plus détaillée de l'évolution démographique et de l'offre à l'horizon 2040.***

La planification des besoins en soin de longue durée s'étend sur cinq ans. Cette durée paraît adéquate compte tenu de la nécessité pour le Conseil d'Etat de disposer d'un chiffrage des besoins suffisamment précis lui permettant de déterminer le nombre de lits EMS à reconnaître et le volume des subventions à réserver dans les plans financiers. Il est toutefois indéniable que les réseaux médico-sociaux doivent disposer de projections à plus long terme afin de leur permettre d'élaborer et de mettre en œuvre un plan de couverture des besoins adéquat. C'est pourquoi, les projections de l'Obsan pour les années 2030, 2035 et 2040 sont ajoutées aux données de la planification 2021 à 2025. Ces nouvelles données sont introduites au chapitre 6 ainsi qu'à l'annexe n°4 de ce rapport.

***Point n°2 - La coordination des prestations médico-sociales***

La coordination des prestations médico-sociales ne relève pas de la planification des soins de longue durée, mais de la LPMS qui prévoit que les associations de communes sont garantes de la mise à disposition d'une offre de prestations de proximité répondant aux besoins locaux et assument les compétences financières et de surveillance y relatives. En effet, une prise en charge de qualité et en adéquation avec les besoins de la population nécessite la coordination des acteurs de proximité. Les moyens financiers y relatifs ont été pris en compte lors de la répartition des conséquences financières de la mise en œuvre de la LPMS pour l'Etat et pour les communes.

***Point n°3 - Les lits de long séjour AOS***

Les lits de longs séjours admis AOS ont suscité de nombreuses remarques des organes consultés. Leur pertinence a en effet été remise en question notamment sous l'angle des difficultés qu'ils poseraient au niveau de la gestion des EMS. Un bref rappel concernant ce type de lits semble donc nécessaire<sup>3</sup>.

Par lits admis AOS, on entend tous les lits pour lesquels, en vertu de la législation fédérale sur l'assurance-maladie, les établissements médico-sociaux (EMS) peuvent facturer le coût des soins aux assureurs-maladie et aux cantons (coût résiduel des soins). Dans le canton de Fribourg, la très grande partie de ces lits AOS bénéficient, en outre, d'une reconnaissance de l'Etat qui permet à ce dernier de subventionner des personnes aux ressources financières insuffisantes occupant ce type de lits (lits EMS reconnus). Quelques 150 lits AOS ne bénéficient pas d'une reconnaissance de l'Etat et le nombre de lits EMS reconnus devrait en soit déjà être suffisant pour couvrir les besoins de la population pour laquelle le volume des soins justifie une prise en charge en EMS. Bien que la politique Senior+ vise à renforcer l'autonomie et l'autodétermination de la personne âgée, force est de constater que l'atteinte de ces objectifs n'est rendue possible qu'avec le renforcement des prestations de proximité qui permettent concrètement un soutien à domicile. Toutefois, ces développements prennent du temps et les lits de longs séjours AOS permettent momentanément encore de pallier les manques qui parfois peuvent amener une personne à entrer en EMS même lorsque son besoin en prestations de soins ne le justifie pas.

En outre, la notion de lits AOS (donc lits non reconnus) est utile pour permettre aux institutions spécialisées qui accueillent des personnes en situation de handicap de plus en plus âgées et

---

<sup>3</sup> Pour une explication détaillée relative aux lits admis AOS, cf. réponse du Conseil d'Etat à un instrument parlementaire (question 2020-CE-30).

nécessitant des soins de bénéficier d'un financement des soins par les assureurs maladie leur permettant de garantir une prise en charge des soins LAMal de même qualité que dans les EMS.

***Point n°4 - Trouver des solutions aux problèmes de définition, d'organisation, de sous-utilisation et de financement des structures intermédiaires ou unités spécialisées***

Les problèmes de définition, d'organisation et de financement des structures intermédiaires ne relèvent pas de la planification des soins de longue durée. Ces prestations sont prévues dans la législation sur les prestations médico-sociales, mais les conditions organisationnelles et financières y relatives sont précisées dans des directives dont certaines sont en cours de rédaction. La pertinence de telles prestations, qui permettent de disposer d'une palette d'offre étendue et en adéquation à l'hétérogénéité des situations des patients fait consensus. La sous-utilisation de certaines d'entre elles (notamment court séjour et foyer de jour) dans certains districts devra être thématifiée avec les réseaux de santé concernés. Quant aux « appartements protégés », ils ne sont pas expressément mentionnés dans la planification des soins de longue durée. Il s'agit en effet d'une forme particulière d'appartements avec services dans lesquels les soins prodigués correspondent, du point de vue de la LAMal, à des prestations de soins ambulatoires et qu'elles sont donc incluses en tant que telles dans le chiffrage des besoins.

***Point n°5 - Les inquiétudes concernant le projet DETTEC***

Un chapitre relatif à ce thème est présenté dans ce rapport (chapitre 3.4).

***Point n°6 - Les journées inappropriées***

Les journées inappropriées de l'HFR ne sont pas révélatrices d'un manque de lits EMS, mais des problèmes de coordination entre partenaires du domaine des soins et des choix de priorisation des entrées en EMS au sein des districts. De par la méthodologie développée par l'Obsan, qui part des besoins et non d'aspects organisationnels liés à l'offre, les besoins de la population concernée sont inclus dans les projections.

***Point n°7 - La pénurie et formation du personnel soignant***

La pénurie du personnel de soins et les exigences de formation sont des thématiques importantes, mais qui ne relèvent pas de la planification des soins de longue durée.

***Point n°8 - Une mise à jour et un développement du chapitre sur les incidences financières***

Une mise à jour des incidences financières liées à l'augmentation attendue d'ici 2025 est présentée dans ce rapport (**Chapitre 9**).

***Point n°9 - Les demandes particulières directement liées à la planification des soins de longue durée***

La LPMS attribue de nouvelles compétences et responsabilités aux associations de communes (les réseaux) notamment dans le domaine de la couverture des besoins et de la coordination des prestations (art. 12 LPMS, art. 20 et ss RPMS). Ces nouvelles compétences visent à ce que les associations de communes, compte tenu de leur connaissance étendue des problématiques et enjeux locaux, adaptent leur offre de prestations de manière à répondre au mieux aux besoins spécifiques identifiés de leur population. Aussi, tout en assurant la cohérence des objectifs du canton dans ce domaine (Senior+), la planification des soins de longue durée se limite à définir le cadre général nécessaire aux instances régionales pour leur permettre de décider du développement de leur offre de prestations et de leurs infrastructures.

***Point n°10 - Des ajouts de thèmes ou d'adaptation du rapport***

Différentes demandes d'ajouts d'informations ont été communiquées au cours de la phase de consultation. Plusieurs chapitres ont dès lors été augmentés de détails ou d'explications supplémentaires (par ex. : contexte, évolution démographique, planification).

### 3. CONTEXTE

#### 3.1. PLANIFICATION SANITAIRE

La planification des soins de longue durée relève de la planification sanitaire du canton de Fribourg qui, conformément à l'article 20 al. 2 de la loi du 16 novembre 1999 sur la santé (LSan), englobe la planification des domaines hospitalier et pré-hospitalier, l'aide et des soins à domicile, les établissements médico-sociaux (EMS) et la stratégie cantonale de promotion de la santé et de prévention. Le présent rapport est consacré à la planification des soins de longue durée qui concerne les personnes résidant en EMS, ainsi que les personnes nécessitant des soins à domicile, pour les années 2021 à 2025.

#### 3.2. DISPOSITIONS LÉGALES APPLICABLES

##### 3.2.1 Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal)

###### *Art. 39 al. 1 let. a à d*

<sup>1</sup> Les établissements [...] sont admis s'ils :

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

##### 3.2.2 Loi du 16 novembre 1999 sur la santé (LSan)

###### *Art. 15 Commission de planification*

<sup>2</sup> La Commission de planification sanitaire [...] a pour tâche de participer à l'élaboration de la planification sanitaire, à savoir la planification dans les domaines hospitalier et préhospitalier ainsi que dans les domaines des soins en santé mentale, de l'aide et des soins à domicile, des établissements médico-sociaux. Elle veille à l'intégration, dans ces domaines, du plan cantonal de promotion de la santé et de prévention. Elle a en particulier pour attribution de se prononcer sur :

- a) les besoins en soins de la population et les moyens spécifiques de les satisfaire ;
- b) la définition globale des missions des institutions de santé par catégorie ;
- c) les normes définissant les besoins en lits ainsi qu'en équipements lourds et de médecine de pointe pour les institutions de santé, en fonction de leur catégorie ;
- d) les propositions de constructions et de transformations des établissements hospitaliers cantonaux et subventionnés.

###### *Art. 20 Principe*

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

##### 3.2.3 Loi du 12 mai 2016 sur les prestations médico-sociales (LPMS) et règlement du 23 janvier 2018 sur les prestations médico-sociales (RPMS)

###### *Art. 5 LPMS (Planification de l'offre)*

<sup>1</sup> Dans le cadre de la planification sanitaire, le Conseil d'Etat établit périodiquement une planification de l'offre de prestations médico-sociales pour l'ensemble du canton, après consultation des milieux intéressés.

<sup>2</sup> Sur la base de la planification de l'offre de prestations médico-sociales, le Conseil d'Etat établit la liste des établissements médico-sociaux, conformément à la législation fédérale.

### **Art. 9 RPMS (Planification de l'offre)**

<sup>1</sup> La planification de l'offre définit les prestations médico-sociales à développer pour l'ensemble du canton ainsi que pour chaque district et détermine le volume de soins à fournir à domicile, conformément aux exigences de la législation sur la santé.

<sup>2</sup> Elle inclut et distingue les EMS admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins et les EMS reconnus, y compris ceux auxquels sont attribuées des missions spécifiques au sens de l'article 10 al. 5 LPMS.

<sup>3</sup> La planification de l'offre est établie pour une période de cinq ans.

<sup>4</sup> Elle est portée à la connaissance des instances concernées au minimum une année avant le terme de la période en cours.

### **3.3. LA POLITIQUE SENIOR+**

Senior+ a posé les bases de la politique du canton de Fribourg dans le domaine des seniors. Cette politique vise à favoriser l'autonomie des seniors et à garantir leur intégration dans la société ainsi que la reconnaissance de leurs besoins et de leurs compétences.

La présente planification tient compte des objectifs de Senior+, dans la mesure où elle privilégie le développement des prestations de soins à domicile, tout en garantissant les prestations médico-sociales nécessaires en EMS en faveur des personnes qui ne peuvent plus demeurer chez elles. Ce choix politique dans le domaine des prestations médico-sociales va de pair avec les démarches en cours au plan régional et communal visant à définir, par le biais de concepts régionaux et communaux, les mesures nécessaires à mettre en œuvre au plan local pour développer les services et infrastructures permettant aux seniors de rester intégrés dans leur environnement social.

### **3.4. LE PROJET DETTEC**

Le projet de répartition des charges entre Etat et communes et de désenchevêtrement des tâches (projet DETTEC) va établir une nouvelle répartition des compétences dans le domaine des prestations médico-sociales entre Etat et communes. Comme cela ressortait des travaux préparatoires en lien avec la politique Senior+, une coresponsabilité des communes et de l'Etat demeure la seule manière de garantir à la fois les particularités régionales de notre canton dans le domaine des infrastructures et une égalité de traitement des Fribourgeois et Fribourgeoises dans la prise en charge des soins. En fonction des décisions relatives au projet DETTEC, la LPMS et le RPMS devront être modifiés, de même que la législation d'application de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins.

### **3.5. LE FINANCEMENT HOSPITALIER**

Le financement pour les hôpitaux de soins somatiques aigus comme pour les hôpitaux psychiatriques est réalisé par forfaits par cas pour les soins aigus (SwissDRG) et forfait journalier pour les soins psychiatrique (Tarpsy). Chaque séjour hospitalier est classé dans un groupe de pathologie et associé à une pondération de coûts sur la base de critères définis. Le financement de la prestation par les assureurs et les pouvoirs publics est calculé en multipliant le tarif de base négocié par la pondération des coûts par cas respectivement par journée. Pour les soins aigus, la rémunération dépend d'une durée de séjour standard qui est fixée entre une durée de séjour minimum (borne inférieure) et une durée de séjour maximum (borne supérieure). En cas de dépassement de la borne supérieure, la rémunération supplémentaire pour l'hôpital n'est que marginale. Pour les soins psychiatriques, la pondération de la journée baisse au fil du séjour pour rester stable à partir d'un certain moment. Or, la durée moyenne de séjour a diminué dans de nombreux pays de l'OCDE, y compris en Suisse et dans le canton de Fribourg. La statistique de l'OCDE en 2018 place la Suisse dans le tiers des durées moyennes de séjour les plus basses. La diminution de la durée des séjours hospitaliers influence le besoin en soins de longue durée, en particulier la prise en charge des soins à domicile. L'une des raisons du transfert vers l'ambulatoire

provient d'incitatifs financiers dus aux systèmes de facturation SwissDRG et TARME. En outre, dans l'optique d'encourager les prestations ambulatoires, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a adapté l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS, art. 3c et annexe 1a). Depuis le 1er janvier 2019, six groupes d'interventions sont pris en charge uniquement en milieu ambulatoire, sauf exception nécessitant une opération dans le secteur stationnaire. Comme la durée moyenne de séjour en hôpital, l'augmentation des prestations ambulatoires est susceptible d'influencer les besoins de prise en charge des soins à domicile.

### **3.6. LA RÉFORME DES PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES**

La réforme fédérale des PC entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2021<sup>4</sup>. Elle implique notamment que les montants maximaux reconnus au titre du loyer seront ajustés à l'augmentation du niveau des loyers, ce qui n'avait plus été fait depuis 2001<sup>5</sup>. Parallèlement, la prise en compte dans le calcul des PC de la fortune a été adaptée. L'ajustement des loyers maximums est une des mesures prévues ; elle est en soutien du maintien à domicile et pourrait avoir à terme un impact sur la répartition entre les prestations résidentielles et ambulatoires.

### **3.7. LE COVID-19 ET SON ÉVENTUEL IMPACT SUR LA PLANIFICATION**

L'impact du COVID-19 sur l'offre de soins de longue durée est difficile à estimer alors même que la crise est en cours. Durant le pic de la première vague de l'épidémie (avril, mai 2020) les patients ont parfois hésité à recourir au système de soins (notamment hospitalier). Les contraintes et risques associés à un placement en EMS ont également pu freiner un temps les demandes de placements dans ce type d'institutions. L'isolement ressenti parfois à domicile, lié au confinement, a probablement aussi eu un impact sur la demande de prestations. Le manque de recul par rapport à cette crise qui n'est pas terminée ne permet aucun constat définitif. Il est donc difficile aujourd'hui de prévoir quelle sera l'incidence du COVID-19 sur l'offre et la demande en soins de longue durée. Cette crise ajoute donc un élément d'incertitude supplémentaire par rapport à l'évolution à moyen long terme de l'offre et de la demande dans le domaine des soins de longue durée. La planification des soins de longue durée se base sur les données 2017, nous ne pouvons donc pas à ce jour évaluer dans quelle mesure le COVID-19 a eu ou aura un impact à plus long terme sur la demande future de prestations. Les premiers chiffres laissent toutefois penser que l'offre disponible ne sera que faiblement impactée en 2020.

### **3.8. AUTRES SUJETS LIÉS À LA PLANIFICATION**

D'autres sujets sont en lien plus ou moins étroit avec la planification des soins de longue durée, dans la mesure où ils sont susceptibles d'influencer la demande de prestations médico-sociales et/ou le financement de ces prestations. Au plan cantonal, citons en particulier la mise en œuvre de la stratégie cantonale en matière de prévention et de promotion de la santé qui prévoit une série de mesures favorisant la santé des personnes âgées. Au niveau fédéral, les projets de réforme concernent principalement des questions liées au financement de la prise en charge des personnes âgées. Outre la réforme des prestations complémentaires (PC) citée ci-dessus, celle de la politique des proches aidants, ainsi que le projet de financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires de l'assurance-maladie (EFAS) sont susceptibles d'influencer l'offre et la demande en prestations médico-sociales.

---

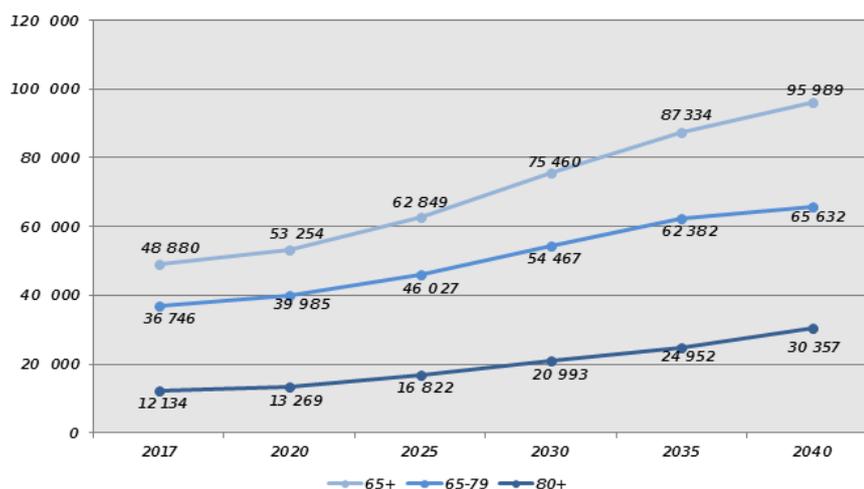
<sup>4</sup> Référence : Message 2020-DSAS-29 du 28 avril 2020 du Conseil d'Etat au Grand Conseil accompagnant le projet de loi modifiant la loi sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité.

<sup>5</sup> En plus d'être augmentés, les nouveaux montants maximaux tiennent désormais compte des différences de charge locative entre les grands centres urbains (région 1), les villes (région 2) et la campagne (région 3). Ils prennent aussi en considération le besoin d'espace supplémentaire des familles. Pour le canton de Fribourg, seules les régions 2 et 3 sont applicables, puisque la région 1 concerne les grands centres urbains (par exemple Zurich).

## 4. EVOLUTION DEMOGRAPHIQUE DANS LE CANTON DE FRIBOURG

Selon l'Obsan, qui se base sur les données du Service de la statistique du canton de Fribourg<sup>6</sup> (SStat), les projections démographiques prévoient presque un doublement (+96,4 %) de la population âgée de 65 ans et plus entre 2017 et 2040. Cette augmentation est plus forte pour la population âgée de 80 ans et plus (+150,2 %) et encore plus marquée pour les personnes âgées de 90 ans et plus (+232,6 %).

**Tableau n°1 : Projections démographiques, canton de Fribourg, population 65+, 2017-2040<sup>7</sup>**



Selon les projections démographiques pour le canton de Fribourg du SStat, la population fribourgeoise (de tout âge) devrait passer de 315 074 personnes en 2017 à 368 108 en 2040, ce qui équivaut à une augmentation de 16,8 %. Suite au vieillissement démographique, c'est en particulier dans la population âgée de 65 ans et plus que l'évolution sera forte : +96,4 % contre +2,2 % pour les moins de 65 ans. Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, cette augmentation devrait être la plus marquée dans la classe d'âges de 80 ans et plus, avec une population passant de 12 134 personnes en 2017 à 30 357 en 2040 (+150,2 %). La population dans la classe d'âges 65-79 ans devrait quant à elle augmenter de 78,6 %. Le vieillissement de la population sera particulièrement marqué dans le district de la Veveyse, ainsi que, dans une moindre mesure, dans les districts du Lac et de la Broye. Il sera le moins fort dans les districts de la Singine et de la Sarine.

## 5. ETAT DE LA SITUATION DANS LE CANTON DE FRIBOURG

Dans ce chapitre, la population dans les différents districts du canton, mais également l'offre existante dans les EMS et à domicile sont brièvement présentées. Les chiffres concernent principalement l'année 2017<sup>8</sup> et ressortent de la statistique SOMED la plus récente.

### 5.1. POPULATION DANS LES DIFFÉRENTS DISTRICTS

Un tableau relatif à la structure par catégories d'âge de la population par district est présenté ci-après. Celui-ci permet de mieux comprendre dans la suite de l'exposé les différentes prises en charge dans les sept districts du canton, ainsi que les projections des besoins y relatives.

<sup>6</sup> Les données statistiques transmises par le Service de la statistique du canton de Fribourg au SPS le 21 janvier 2019 sont présentées sous forme de synthèse dans l'annexe 1 (chapitre 13). Elles étaient provisoires au moment où elles ont été utilisées par l'Obsan. Les différences entre les données initiales utilisées par l'Obsan et les données définitives du SStat (novembre 2019) ne sont pas significatives.

<sup>7</sup> Source : rapport Obsan 2019, p. 34.

<sup>8</sup> A l'exception du tableau n°5 qui, pour des raisons de compréhension de l'évolution de la situation (nombre et type de lits), présente également des données pour l'année 2020.

**Tableau n°2 : Répartition de la population dans le canton de Fribourg et ses districts par classe d'âges, 2017**

Classes d'âges	Canton		District de la Broye		District de la Glâne		District de la Gruyère		District de la Sarine		District du Lac		District de la Singine		District de la Veveyse	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<65	266 194	84.5	27 431	85.1	20 576	85.5	46 143	84.8	89 964	84.9	30 507	84.0	35 671	81.6	15 902	86.4
65-69	14 713	4.7	1 474	4.6	1 079	4.5	2 454	4.5	4 660	4.4	1 810	5.0	2 456	5.6	780	4.2
70-74	13 034	4.1	1 374	4.3	896	3.7	2 232	4.1	4 173	3.9	1 530	4.2	2 140	4.9	689	3.7
75-79	8 999	2.9	883	2.7	619	2.6	1 510	2.8	3 026	2.9	1 003	2.8	1 526	3.5	432	2.3
80-84	6 213	2.0	536	1.7	450	1.9	1 075	2.0	2 093	2.0	745	2.1	1 005	2.3	309	1.7
85-89	3 800	1.2	330	1.0	274	1.1	675	1.2	1 284	1.2	460	1.3	600	1.4	177	1.0
90+	2 121	0.7	218	0.7	169	0.7	342	0.6	731	0.7	259	0.7	293	0.7	109	0.6
<b>Total</b>	<b>315 074</b>	<b>100.0</b>	<b>32 246</b>	<b>100.0</b>	<b>24 063</b>	<b>100.0</b>	<b>54 431</b>	<b>100.0</b>	<b>105 931</b>	<b>100.0</b>	<b>36 314</b>	<b>100.0</b>	<b>43 691</b>	<b>100.0</b>	<b>18 398</b>	<b>100.0</b>
65-79	36 746	75.2	3 731	77.5	2 594	74.4	6 196	74.8	11 859	74.3	4 343	74.8	6 122	76.3	1 901	76.2
80+	12 134	24.8	1 084	22.5	893	25.6	2 092	25.2	4 108	25.7	1 464	25.2	1 898	23.7	595	23.8
<b>Total</b>	<b>48 880</b>	<b>100.0</b>	<b>4 815</b>	<b>100.0</b>	<b>3 487</b>	<b>100.0</b>	<b>8 288</b>	<b>100.0</b>	<b>15 967</b>	<b>100.0</b>	<b>5 807</b>	<b>100.0</b>	<b>8 020</b>	<b>100.0</b>	<b>2 496</b>	<b>100.0</b>

Source : rapport Obsan 2019, p. 23

## 5.2. PRISE EN CHARGE EN EMS

### Population présente dans les EMS

En 2017, 2721 personnes<sup>9</sup> de tout âge originaires du canton de Fribourg ont résidé pour un long séjour en EMS. Elles étaient 2646, si on ne considère que les personnes âgées de 65 ans et plus<sup>10</sup>. Avec 5,4 % de personnes de 65 ans et plus vivant en EMS, le canton de Fribourg est très proche de la moyenne suisse (5,6 %). Il diffère cependant des autres cantons romands, qui ont, pour la plupart, un taux inférieur à 5 %. Ce constat est l'un des éléments ayant fondé le choix des options retenues pour la planification. Avec 76,6 % de personnes âgées de 80 ans ou plus et 34,7 % âgées de 90 ans ou plus, la population du canton de Fribourg résidant en EMS est âgée, voire très âgée. Les personnes résidant en EMS se trouvent majoritairement dans les niveaux de soins RAI 7 et 8 (121 à 160 minutes de soins par jour). Seule une toute petite partie d'entre elles a besoin de plus de 200 minutes de soins par jour. Le tableau ci-dessous permet d'effectuer des comparaisons par classe d'âges des personnes résidant en EMS en long séjour, ainsi que par la répartition par niveau de soins dans les différents districts. Il faut noter que, jusqu'en 2017, le canton de Fribourg comptait 114 lits non médicalisés. La statistique SOMED présentée ci-dessous considère les personnes qui occupent ces lits comme « pas ou peu dépendantes de soins ». Or, dans les faits, le besoin en soins de ces personnes était plus élevé et une correction dans ce sens a dû être effectuée dans les projections.

<sup>9</sup> Nombre de clients sur l'ensemble de l'année (calculé sur la base des journées de séjour) qui diffère légèrement du nombre officiel des lits long séjour du canton de Fribourg (2718 lits selon le tableau n°5).

<sup>10</sup> Il s'agit du nombre de personnes fribourgeoises résidant dans un EMS dans ou hors du canton.

**Tableau n°3 : Répartition des personnes résidant en EMS en long séjour originaires du canton de Fribourg par district, classe d'âges, sexe et niveaux de soins, 2017**

Longs séjours	Canton		District de la Broye		District de la Glâne		District de la Gruyère		District de la Sarine		District du Lac		District de la Singine		District de la Veveyse		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Classes d'âges	<65	76	2.8	6	2.9	3	1.1	10	2.2	25	2.4	15	5.5	14	3.9	3	2.0
	65-69	94	3.4	10	4.8	6	2.5	12	2.7	36	3.5	14	5.1	10	2.8	5	3.2
	70-74	187	6.9	13	6.1	14	6.1	40	8.6	66	6.6	13	4.7	23	6.2	18	11.9
	75-79	281	10.3	22	10.4	25	10.5	51	10.8	109	10.8	23	8.3	42	11.4	9	5.9
	80-84	473	17.4	35	16.7	40	16.9	84	17.9	183	18.2	52	18.6	55	15.1	23	15.6
	85-89	667	24.5	43	20.5	59	24.6	124	26.5	238	23.6	62	22.1	98	26.6	43	29.1
	90+	944	34.7	80	38.7	92	38.3	148	31.4	351	34.8	100	35.7	125	34.0	48	32.2
Total	2 721	100.0	208	100.0	239	100.0	470	100.0	1 008	100.0	280	100.0	367	100.0	149	100.0	
Sexe	Hommes	761	28.0	64	31.0	71	29.7	132	28.1	277	27.5	77	27.4	105	28.6	34	22.8
	Femmes	1 960	72.0	143	69.0	168	70.3	338	71.9	731	72.5	203	72.6	262	71.4	115	77.2
	Total	2 721	100.0	208	100.0	239	100.0	470	100.0	1 008	100.0	280	100.0	367	100.0	149	100.0
Niveau de soins*	Pas / peu dépendant	264	9.7	16	7.9	6	2.6	51	10.9	81	8.1	50	18.0	51	13.8	8	5.5
	Dépendant	2 457	90.3	191	92.1	233	97.4	418	89.1	927	91.9	230	82.0	316	86.2	141	94.5
	Total	2 721	100.0	208	100.0	239	100.0	470	100.0	1 008	100.0	280	100.0	367	100.0	149	100.0

\* Pas/peu dépendant : personnes avec niveaux de soins OPAS 0-2 ainsi que personnes dans des lits non médicalisés ; dépendant : personnes avec niveaux de soins OPAS 3-12.

Source : OFS – SOMED / Analyses Obsan 2019.

### Flux interdistricts et intercantonal des personnes résidant en long séjour en EMS

Les lits mis à disposition dans un district peuvent occasionnellement être occupés par des personnes provenant d'autres districts (ou d'autres cantons). L'analyse des flux interrégionaux et intercantonaux démontre que certains districts comblent le manque de places dans les EMS d'autres régions. La majorité des personnes résidant en EMS continuent en effet à vivre dans le district où elles étaient domiciliées avant leur entrée en EMS. Le tableau ci-dessous présente les flux entre les districts ainsi que les placements intercantonaux. Ces chiffres permettent *in fine* de présenter le solde des placements par district (équilibré, négatif ou positif).

**Tableau n°4 : Personnes résidant en EMS selon leur lieu d'origine et la situation de l'EMS, 2017**

Note: Clients sur l'ensemble de l'année (pondérés par leur durée de séjour) ; résidents de moins de 65 ans inclus.

Longs séjours	Lieu d'établissement de l'EMS																				TOTAL				
	District de la Broye			District de la Glâne			District de la Gruyère			District de la Sarine			District du Lac			District de la Singine			District de la Veveyse			Autres cantons			
	N	% col	% li.	N	% col	% li.	N	% col	% li.	N	% col	% li.	N	% col	% li.	N	% col	% li.	N	% col		% li.	N	% li.	
Broye	176	85	85				3	1	1	6	1	3	8	3	4	1	0	0				13	6	207	100
Glâne	5	2	2	177	89	74	22	4	9	25	3	10	2	1	1	2	1	1	7	5	3			240	100
Gruyère	1	0	0	8	4	2	436	82	93	15	2	3	1	0	0				7	5	1	2	0	470	100
Sarine	8	4	1	9	5	1	43	8	4	865	93	86	30	9	3	39	11	4	5	4	0	10	1	1009	100
Lac	4	2	1							10	1	4	240	75	86	7	2	3				18	6	279	100
Singine	1	0	0				1	0	0	8	1	2	27	8	7	316	87	86				15	4	368	100
Veveyse	1	0	1	3	2	2	24	5	16	1	0	1							119	84	80	1	1	149	100
Autres cantons	10	5	63	2	1	13	2	0	13	3	0	100	10	3	63				3	2	19			16	100
<b>Total</b>	<b>206</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>199</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>531</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>933</b>	<b>100</b>	<b>34</b>	<b>318</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>365</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>141</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>59</b>	<b>2</b>	<b>2752</b>	<b>100</b>

\*Lieu de domicile avant l'entrée en EMS.

Explications : Sur chaque ligne est indiqué où les résidents originaires du district indiqué en colonne 1 vivent. Les colonnes % li. indiquent le pourcentage de résidents originaires du district indiqué en colonne 1 vivant dans un autre district. Dans chaque colonne est indiqué d'où viennent les résidents vivant dans le district indiqué en tête de colonne. Les colonnes % col. indiquent le pourcentage de résidents venant du district indiqué sur la ligne. Source: OFS – SOMED / Analyses Obsan 2019.

## Répartition des lits de long séjour dans le canton de Fribourg

En référence à l'ordonnance du 3 juillet 2007 fixant la liste des établissements médico-sociaux du canton de Fribourg, le tableau ci-dessous présente les lits reconnus en 2017. La situation ayant passablement évolué à partir de 2018 avec la création des lits AOS, il est également utile de présenter la situation budgétée pour l'année 2020.

**Tableau n°5 : Nombre de lits long-séjour du canton de Fribourg par district, 2017/2020**

	Situation 2017			Situation 2020		
	Lits reconnus	Lits non médicalisés	Total	Lits reconnus	Lits AOS	Total
<b>Canton de Fribourg</b>	<b>2604</b>	<b>114</b>	<b>2718</b>	<b>2603</b>	<b>154</b>	<b>2757</b>
District de la Sarine	881	17	<b>898</b>	903	21	<b>924</b>
District de la Singine	375	0	<b>375</b>	375	2	<b>377</b>
District de Gruyère	475	42	<b>517</b>	475	46	<b>521</b>
District du Lac	259	55	<b>314</b>	267	10	<b>277</b>
District de la Glâne	206	0	<b>206</b>	206	5	<b>211</b>
District de la Broye	194	0	<b>194</b>	213	0	<b>213</b>
District de la Veveyse	149	0	<b>149</b>	149	0	<b>149</b>
Hors quota des districts	65	0	<b>65</b>	15	70	<b>85</b>

### 5.3. PRISE EN CHARGE À DOMICILE

En 2017, les prestataires d'aide et de soins ont délivré des prestations à 11 658 personnes de tout âge habitant le canton de Fribourg.

Des prestations de soins ont été délivrées à 9339 personnes et des prestations d'aide à 4036 client-e-s. 1717 personnes ont ainsi reçu à la fois des prestations de soins et d'aide. Parmi ces 11 658 personnes, 8421 (soit 72,2 %) étaient âgées de 65 ans ou plus et 4954 avaient 80 ans ou plus.

Les personnes âgées de plus de 65 ans ont bénéficié de 366 883 heures de soins, soit 80.0 % de la totalité des heures fournies par l'ensemble des prestataires.

C'est parmi les personnes très âgées que le besoin en soins était le plus élevé : 54,3 % des heures de soins facturées concernaient les client-e-s de 80 ans et plus. Le nombre d'heures de soins par personne et par an était en effet de 64 heures pour les 80+, de 44 heures pour la classe d'âges 65-79 ans et de 33 heures pour les moins de 65 ans.

**Tableau n°6 : Client-e-s<sup>11</sup> pris en charge à domicile dans le canton de Fribourg, selon la classe d'âges, le sexe et le statut juridique de l'organisation, 2017**

Canton	Clients recevant de l'aide et/ou des soins		Clients recevant des soins*		Clients recevant de l'aide*		Heures de soins facturées		Heures d'aide		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Classes d'âges</b>	<20	184	1.6	188	2.0	3	0.1	2 003	0.4	22	0.0
	20-64	3 053	26.2	2 574	27.6	928	23.0	89 757	19.6	24 184	16.2
	65-79	3 467	29.7	2 687	28.8	1 300	32.2	117 654	25.7	34 834	23.3
	80+	4 954	42.5	3 890	41.7	1 805	44.7	249 229	54.3	90 624	60.6
	<b>Total</b>	<b>11 658</b>	<b>100.0</b>	<b>9 339</b>	<b>100.0</b>	<b>4 036</b>	<b>100.0</b>	<b>458 644</b>	<b>100.0</b>	<b>149 664</b>	<b>100.0</b>
<b>Sexe</b>	Hommes	4 367	37.5	3 847	41.2	1 032	25.6	NA		NA	
	Femmes	7 291	62.5	5 492	58.8	3 004	74.4	NA		NA	
	<b>Total</b>	<b>11 658</b>	<b>100.0</b>	<b>9 339</b>	<b>100.0</b>	<b>4 036</b>	<b>100.0</b>	<b>458 644</b>	<b>100.0</b>	<b>149 664</b>	<b>100.0</b>
<b>Statut juridique</b>	Organisations publiques	8 855	76.0	6 626	70.9	3 881	96.2	392 275	85.5	135 389	90.5
	Organisations privées	218	1.9	128	1.4	155	3.8	14 014	3.1	14 275	9.5
	Infirmières indépendantes	2 585	22.2	2 585	27.7	0	0.0	52 355	11.4	0	0.0
	<b>Total</b>	<b>11 658</b>	<b>100.0</b>	<b>9 339</b>	<b>100.0</b>	<b>4 036</b>	<b>100.0</b>	<b>458 644</b>	<b>100.0</b>	<b>149 664</b>	<b>100.0</b>

Source : OFS – SPITEX / Analyses Obsan (p. 29)

N'étant pas comprise dans le tableau 6, l'offre spécifique des prestataires de soins à domicile financée par l'Etat (Ligue pulmonaire, diabètefribourg et Voltigo) est présentée ici.

**Tableau n°6.1 : Prestataires à domicile mandatés par l'Etat, heures de soins et clients, 2017**

Canton	Heures de soins facturées	Clients recevant des soins
Ligue pulmonaire	4'510	367
diabètefribourg	4'180	774
Voltigo	4'673	4'607
Total	13'363	5'748

Source : Ligues de santé 2017

#### 5.4. PRISE EN CHARGE EN STRUCTURES DE JOUR<sup>12</sup> ET ACCUEIL DE COURTE DURÉE EN EMS

Afin de favoriser le maintien à domicile, le canton de Fribourg dispose de foyers de jour et offre des accueils de courte durée en EMS (également appelés court séjour).

##### Foyers de jour

Huit foyers de jour situés dans six districts offrent 72 places d'accueil. L'un d'entre eux est spécialisé en démence. Durant l'année 2017, 300 personnes de tous âges originaires du canton de Fribourg ont été prises en charge en foyer de jour. La grande majorité d'entre elles (94,1 %) étaient âgées de 65 ans ou plus et plus de la moitié (60,4 %) de 80 ans ou plus. Les femmes représentaient 56,3 % de cette clientèle.

<sup>11</sup> Nombre de client-e-s sur l'ensemble de l'année, quelle que soit la durée de prise en charge. Il se peut que la personne reçoive aussi l'autre prestation SAD (aide / soins à domicile), sans les données des ligues de santé (diabète, pulmonaire et palliatif) – cf. explications au chapitre 6.

<sup>12</sup> Le terme « structures de jour », utilisé au niveau de la statistique SOMED et du rapport de l'Obsan est synonyme, pour le canton de Fribourg de foyers de jour.

**Tableau n°7 : Client-e-s<sup>13</sup>originaires du canton de Fribourg pris en charge en structures de jour, selon la classe d'âges et le sexe, 2017**

		Nombre de clients en structures de jour	
		N	%
Classes d'âges	<65	12	4.0
	65-69	22	7.3
	70-74	32	10.7
	75-79	53	17.7
	80-84	68	22.7
	85-89	75	25.0
	90+	38	12.7
	Total	300	100.0
Sexe	Hommes	131	43.7
	Femmes	169	56.3
	Total	300	100.0

Source : Obsan, 2019

### Accueil de courte durée en EMS – Courts séjours

En 2017, 334 personnes de tous âges originaires du canton de Fribourg ont bénéficié d'un accueil de courte durée en EMS. La durée moyenne de séjour dans les 17 EMS offrant cette prestation s'élevait à 32 jours.

De plus, 134 personnes ont bénéficié des prestations de l'unité d'accueil temporaire et d'orientation (UATO) et ceci pour une durée de séjour moyenne de 38 jours. La moitié de ces personnes sont retournées à domicile après leur séjour en UATO.

**Tableau n°8 : Nombre de lits court séjour du canton de Fribourg par district, 2017**

Situation 2017	Lits court séjour	Nombre de journées
<b>Canton de Fribourg</b>	<b>80</b>	<b>16 942</b>
District de la Sarine	14	3733
District de la Singine	14	2758
District de Gruyère	5	1652
District du Lac	6	977
District de la Glâne	5	817
District de la Broye	11	280
District de la Veveyse	4	502
Hors quota des districts	21	6223

Avec 80 lits, les EMS sont en mesure d'offrir près de 29 000 journées de court séjour. Ces lits ne sont aujourd'hui pas utilisés à leur pleine capacité.

<sup>13</sup> Nombre de clients et clientes sur l'ensemble de l'année, quelle que soit leur durée de séjour.

## 6. FONDEMENTS DES PROJECTIONS DE L'OBSAN

Les projections de l'Obsan fournissent un ordre de grandeur des besoins futurs en se fondant sur différentes hypothèses. Elles se basent sur une estimation du nombre futur de personnes résidant en EMS de 65 ans et plus, du nombre futur de client-e-s de 65 ans et plus recevant des prestations de soins à domicile (et le nombre d'heures de prestations) et du nombre futur de personnes de 65 ans et plus recourant aux structures de jour.

Ces bases statistiques<sup>14</sup> permettent d'établir une projection du nombre de lits prévisibles d'ici à 2040 dans les EMS du canton et, pour la période 2021 à 2025, de planifier de manière plus précise le nombre de lits nécessaires ainsi que le volume d'heures de soins (aussi traduit en EPT) qui devront être effectuées par les fournisseurs et fournisseuses de prestations ambulatoires.

Les scénarios utilisés pour établir les projections 2020-2040 sont comparables à ceux des planifications précédentes sur les deux aspects suivants :

- > Le *scénario épidémiologique* de compression relative de la morbidité (les années de vie gagnées sont des années en bonne santé) est encore plausible à ce jour ;
- > La *diminution du taux de recours aux EMS* et l'augmentation des soins à domicile est le scénario choisi pour tenir compte des objectifs de la politique Senior+ et de l'ensemble des actions mises en œuvre dans le canton qui visent à privilégier la prise en charge à domicile lorsque cela est possible par rapport à la prise en charge en EMS (plan de mesures 2016 - 2020, court séjour, UATO). Ce scénario permet aussi au canton de Fribourg de se rapprocher des valeurs constatées dans les cantons latins (Annexes n°2 et 3).

En ce qui concerne la répartition des cas légers et des cas lourds en EMS :

- > La *diminution de la proportion des personnes en EMS avec faible niveau de dépendance* par rapport aux personnes avec haut niveau de dépendance est le scénario retenu compte tenu notamment du potentiel d'amélioration existant à ce jour, en regard des taux existants dans les autres cantons latins et de l'utilisation des prises en charge alternatives de long séjour en EMS (courts séjours, foyers de jour, UATO).

La combinaison de ces options a en premier lieu donné des projections du nombre de lits EMS ainsi que du nombre d'heures de soins à domicile pour les années futures. Ces projections ont servi de base à l'ensemble des tableaux de planification présentés ci-après.

La planification des soins de longue durée porte sur la période 2021 à 2025. En effet, selon l'art. 9 al. 3 RPMS, la planification de l'offre est établie pour une période de cinq ans. Compte tenu d'évènements incertains qui pourraient intervenir au plan démographique ou épidémiologique, les projections de l'Obsan au-delà de l'année 2025 ne sont pas assez fiables pour être intégrées dans une planification précise des besoins. Cela étant, les projections de l'Obsan à plus long terme (années 2030, 2035 et 2040) ont néanmoins été intégrées au rapport à l'annexe 4, car elles sont utiles aux organes qui doivent planifier et organiser la couverture des besoins sur le long terme (notamment en prévoyant la construction des infrastructures nécessaires). Les tableaux de l'annexe 4 sont présentés à titre indicatif et donnent les tendances générales de l'évolution des besoins.

---

<sup>14</sup> Dont la source principale est l'OFS (statistiques SOMED et Spitex 2017), ainsi que les données du Service de la statistique du canton de Fribourg (données provisoires, janvier 2019).

## 7. ADAPTATIONS DES PROJECTIONS DE L'OBSAN

Certaines prestations en EMS du canton de Fribourg n'ont pas pu être intégrées dans les projections de l'Obsan, soit en raison du public concerné (population de moins de 65 ans), du type de prestation ou du manque de données statistiques.

Elles font toutefois partie des prestations offertes par les EMS et doivent dès lors être prises en considération dans la planification.

Il s'agit de :

- > l'accueil des personnes de moins de 65 ans dans des EMS avec lits de long séjour (en 2017, 76 personnes de moins de 65 ans étaient accueillies en EMS) ;
- > l'accueil de courte durée en EMS (foyers de jour, court-séjour et accueil de nuit).

De même, il n'a pas été possible pour l'Obsan d'établir des projections spécifiques pour certaines prestations EMS, telles que :

- > les prestations de long séjour des unités spécialisées en démence (USD) et de la psychiatrie de l'âge avancé ;
- > les prestations d'attente de placement ;
- > les prestations de long séjour dans des unités AOS des institutions spécialisées (prise en charge des actes de soins)<sup>15</sup> ;
- > les prestations d'accueil de courte durée des UATO (unités d'accueil temporaire et d'orientation) ;
- > les prestations d'accueil des foyers de jour spécialisés en démence ;
- > la prise en charge des actes de soins dans les institutions spécialisées.

Concernant la prise en charge à domicile, les éléments ci-dessous doivent être pris en compte :

- > la prise en charge des personnes de moins de 65 ans par l'ensemble des prestataires d'aide et de soins à domicile. En 2017, environ 20% des heures de soins facturées par ceux-ci l'étaient pour des personnes de moins de 65 ans.
- > même si les prestations des Ligues de santé (diabète, pulmonaire et palliatif) sont très précieuses pour le maintien à domicile, les données les concernant n'ont pas pu être intégrées aux pronostics issus des projections de l'Obsan pour des questions de cohérence et d'homogénéité statistique. En effet, les prestations spécifiques des Ligues offrent un profil statistique fondamentalement différent des prestations des services d'aide et de soins à domicile mandatés par les associations de communes, à tel point que l'activité courante de celles-ci aurait été biaisée et largement sous-estimée. Il est par ailleurs difficile de fournir des projections, notamment en raison du manque de données au plan fédéral. On peut relever à ce sujet que l'Office fédéral de la statistique a longtemps émis des doutes quant à l'intégration de ces structures de soins dans la statistique fédérale de l'aide et des soins à domicile ; elle vient seulement de généraliser l'obligation de renseigner (données 2019) dans l'optique d'offrir une vision complète de l'offre.

---

<sup>15</sup> Actuellement, les personnes en situation de handicap résidant en institution spécialisée ne disposent d'aucune prise en charge financée par l'assurance obligatoire des soins. Plusieurs institutions offrent cependant déjà des prestations reconnues par l'OPAS et effectuées par du personnel infirmier. La création d'unités AOS en institution spécialisée permettra de répondre aux besoins spécifiques d'une population vieillissante tout en assurant un financement des prestations de soins.

## 8. PLANIFICATION ET PRINCIPAUX CONSTATS

### 8.1. PLANIFICATION DU NOMBRE DE LITS DE LONG SÉJOUR

Le tableau n° 9 présente la planification des lits de long séjour reconnus et admis AOS pour l'année 2025 en la comparant au nombre de lits 2020 et aux projections 2030 pour les personnes de plus de 65 ans. Cette planification se base sur les projections de l'Obsan et intègre certaines adaptations.

Tout d'abord, le nombre des personnes âgées de moins de 65 ans qui occupent des places en EMS de long séjour est ajouté aux chiffrages de l'Obsan. Cette augmentation est présentée dans la colonne « *Projections Obsan 2025 y compris -65 ans* ». Ainsi la population de personnes de moins de 65 ans en EMS (lits reconnus) est estimée à 80 en 2025 (base 2017, y compris augmentation de la population). De plus, dans les institutions spécialisées, de nombreuses personnes en situation de handicap disposent de soins. La création de 30 lits AOS dans ces institutions permet d'obtenir une prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, de ces actes **(1)** dans le tableau ci-après).

La planification considère également diverses prestations faisant l'objet d'un mandat cantonal et/ou étant organisées au niveau du canton. Présentées sous la ligne « *hors quota des districts* » dans la colonne « *Situation 2020* », elles concernent, en 2020, l'EMS des Camélias (15 lits de long séjour reconnus pour la psychiatrie de l'âge avancé) et l'ISRF (70 lits réservés aux religieuses et religieux du canton de Fribourg).

Certaines adaptations par rapport aux projections de l'Obsan sont liées à la répartition des cas dans les différents lits selon le type de pathologie, le degré de soins ou la prestation offerte. Ces adaptations portent sur les points suivants :

- > La proportion du nombre de lits AOS par rapport au nombre total de lits EMS a été corrigée à la baisse (« *Répartition lits reconnus et AOS* » **(2)**). Cette modification permet, dans les districts de la Singine et de la Veveyse, de maintenir le nombre actuel de lits reconnus. Ce statu quo se justifie en raison de la projection du besoin en lits reconnus en 2030.

Le nombre de lits AOS devrait être en adéquation avec le nombre de personnes qui nécessitent peu de soins (RAI 1 et 2). Dans tous les districts, des personnes en RAI 1 et 2 sont encore accueillies dans les lits reconnus<sup>16</sup>. Cette situation devra être corrigée dans les prochaines années, l'objectif étant de réserver les lits reconnus aux personnes qui, en raison de leur besoin en soins, ne peuvent plus être pris en charge à domicile ;

- > Pour les prestations de « *psychiatrie de l'âge avancé* » **(3)**, les 15 lits à l'EMS des Camélias sont complétés par 10 lits à l'EMS des Grèves du Lac<sup>17</sup> **(7)**. Ces EMS accueillent des résidents provenant de l'ensemble du canton d'où une redistribution du nombre de lits entre les districts et ces EMS.
- > Un certain nombre d'unités composées de lits de long séjour reconnus bénéficient d'une reconnaissance en tant qu'USD (unité spécialisée en démence). Le nombre d'unité de 10 à 15 lits est présenté dans la colonne « *Nombre USD* » **(4)**.

---

<sup>16</sup> La réponse du Conseil d'Etat à un instrument parlementaire (question 2020-CE-30) présente la proportion de personnes en RAI 1 et 2 dans les lits reconnus. Elle explique également que pour ces personnes, la prise en charge (dotation autorisée) et le coût sont identiques, qu'elles occupent un lit AOS ou un lit reconnu.

<sup>17</sup> Le district de la Broye dispose donc de 228 lits (218 lits + 10 lits réservés à la *psychiatrie de l'âge avancé*).

- > 50 lits reconnus et AOS sont réservés aux religieux ou religieuses qui bénéficient des prestations à l'Institution de santé pour religieuses et religieux Fribourg (ISRF) (5). Initialement, les places pour ces personnes, domiciliées en Sarine, étaient attribuées à ce district. A noter que leur nombre passera de 70 en 2020 à 50 en 2025 en raison de la baisse de la demande.
- > En Gruyère, le statu quo au niveau du nombre total de lits est proposé (6), dans la mesure où ce district reçoit passablement de personnes d'autres régions et étant donné le nombre de lits projetés pour 2030 (voir dernière colonne).

A noter enfin que les lits d'attente de placement (LAP) ne sont pas planifiés. Il faut cependant estimer que 1 % à 2 % des lits de long séjour reconnus en EMS seront utilisés pour des attentes de placement en vue de l'accueil dans l'EMS définitif et ceci afin d'éviter des hospitalisations prolongées et inappropriées.

Tableau n°9 : Planification du besoin en lits de long séjour

	Projections Obsan 2025	Projections Obsan 2025 plus résidents -65 ans en EMS	Type de lits	Situation 2020		Adaptation des projections OBSAN 2025						Planification 2025	A créer entre 2020 et 2025	Projections Obsan 2030 (uniquement + 65 ans)
					Total	Répartition lits reconnus et AOS	% (2)	Psy-chiatrie âge avancé (3)	Nombre d'USD (4)	Lits réservés aux religieux/ses (5)	Autres adaptations			
Canton de Fribourg	2767	2877	Lits reconnus	2603	2757	2743		0	16 unités	-26	0	2717	135	3272
			Lits AOS	154		134	4.7%			26	15	175		
Hors quota des districts	0	30 (1)	Lits reconnus	15	85	0		25				25	20	1172
			Lits AOS	70		30			50		80	105		
District de la Sarine	1009	1036	Lits reconnus	903	924	991		-9	5 unités	-26		956	53	457
			Lits AOS	21		45			-24		21	977		
District de la Singine	383	393	Lits reconnus	375	377	379		-4	2 unités			375	12	587
			Lits AOS	2		14					14	389		
District de la Gruyère	497	511	Lits reconnus	475	521	489		-5	3 unités			484	0	345
			Lits AOS	46		22				15	37 (6)	521		
District du Lac	288	297	Lits reconnus	267	277	285		-3	2 unités			282	17	275
			Lits AOS	10		12					12	294		
District de la Glâne	232	238	Lits reconnus	206	211	238		-2	2 unités			236	25	179
			Lits AOS	5		0					0	236		
District de la Broye	210	219	Lits reconnus	213	213	211		-1	1 unité			210 (7)	5	3272
			Lits AOS	0		8					8	218		
District de la Veveyse	148	153	Lits reconnus	149	149	150		-1	1 unité			149	3	3272
			Lits AOS	0		3					3	152		

## 8.2. PLANIFICATION DE L'OFFRE EN SOINS ET AIDE À DOMICILE

Le tableau n°10 présente la planification de l'aide et des soins à domicile à l'horizon 2025 par rapport à la situation de l'année 2020 (dotation prévue dans le budget, *colonne 9*).

Ce tableau permet de distinguer les heures facturables de soins et d'aide à domicile dans les districts, ainsi qu'en fonction des prestataires (*colonne 1*) : SAD mandatés par les associations de communes et les autres prestataires (organisations d'aide et de soins à domicile privées et infirmiers et infirmières indépendant-e-s, non différenciés dans ce tableau pour en améliorer la lisibilité). Il présente aussi les EPT nécessaires aux SAD mandatés.

Ce tableau de planification se base sur les projections de l'Obsan relatives aux nombre d'heures de soins facturées aux clients et clientes de 65 ans et plus (*col. 2*). Dans le but d'aboutir à une solution réaliste, les projections de l'Obsan ont été adaptées. Elles sont notamment basées sur les données du SSP (financement résiduel des soins, données statistiques AFAS et Pro Senectute, données détaillées OFS). Il s'agit de :

- *Colonne 3 et 4* : La répartition entre les districts des heures de soins AOS n'est pas disponible dans le rapport de l'Obsan. C'est donc sur la base de diverses sources que les pronostics 2020 ont été établis<sup>18</sup>;
- *Colonne 5* : Estimation de l'aide pour l'ensemble de la population (données non disponibles dans le rapport de l'Obsan).

Sur cette base et en ajoutant au total des heures facturables (*col. 6*) les heures non facturables<sup>19</sup> nécessaires au calcul d'un EPT (commentaire *col. 8*), on aboutit à un nombre d'EPT global d'aide et de soins, par district, pour les SAD mandatés d'ici à 2025, pour l'ensemble de la population. La dotation figurant ici correspond aux besoins des services pour couvrir les heures facturables calculées dans la *colonne 6*. L'estimation des EPT n'est pas possible pour les autres prestataires en raison du manque de détail des données. En effet, les EPT de la statistique fédérale OFS ne sont pas fiables pour ces prestataires (de facto approximations). Des projections sur cette base seraient aléatoires.<sup>20</sup> L'hypothèse de planification retenue ici est une répartition qui reste constante (pas de report entre les prestataires publics et privés). Toute autre hypothèse (report entre les prestataires) ne peut être suffisamment étayée. Ce sera la compétence des réseaux de prendre des décisions concernant d'éventuels reports entre prestataires publics et privés. La prochaine planification devrait fournir de plus amples données par district et par type de fournisseur, permettant ainsi d'affiner les projections.

Sur la base de ces estimations, ce sont donc 181 EPT supplémentaires dans les SAD mandatés (*colonne 10*) qui doivent être créés entre 2020 et 2025, pour couvrir les 688'607 heures d'aide et de soins à domicile prévus, dont 529'104 heures de soins pour les 65 ans et plus.

---

<sup>18</sup> La statistique OFS 2018 et les données du début du mois de novembre 2019 issues des paiements des coûts résiduels des soins ont été retenus. La répartition en % entre les prestataires publics et privés apparaît dans la colonne 7.

<sup>19</sup> Sont des heures non facturables : vacances & congés & pauses & absences, déplacements, maladies & accidents & maternité, prestations liées au client, prestations générales pour le service, gestion du service, formation...

<sup>20</sup> Le calcul des EPT dans la statistique fédérale OFS est différent pour les services d'aide et de soins à domicile et pour les infirmiers et infirmières indépendant-e-s. Les heures ne sont pas attribuées au district où elles sont réalisées, mais dans le district de domiciliation du prestataire (chiffres Obsan). Un correctif en fonction de données connues du SSP et de la répartition de la population permet une ventilation théorique des heures facturées. Une extension des projections sur la dotation (basée sur les heures facturées reventilées) serait hasardeuse au vu des imprécisions de la statistique OFS relative au calcul des EPT, raison pour laquelle aucun chiffre n'est présenté dans le tableau pour les autres prestataires (*colonne 8*).

**Tableau n°10 : Planification des besoins en aide et soins à domicile**

	Prestataires	Projections heures de soins AOS Obsan 2025	Adaptation des projections de l'ObSan en heures facturables et en EPT 2025						Situation 2020	Augm. 20-25	Augm. annuelle
			Soins AOS aux 65 ans et plus	Soins AOS aux moins de 65 ans	Aide ensemble population	Heures totales fact.	Répart. en %	EPT			
			(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	
Canton de Fribourg	SAD mandatés	529 104	-	+85 615	+73 888	688 607	79%	657	476	181	36
	Autres prestataires	63 156	+14 093	+33 092	+73 110	183 451	21%				
District de la Sarine	SAD mandatés	115 788	-	+16 963	+12 135	144 886	62%	140	106	34	7
	Autres prestataires	33 220	+ 535	+16 099	+38 496	88 350	38%				
District de la Singine	SAD mandatés	78 604	-	+9 946	+11 652	100 202	94%	99	74	25	5
	Autres prestataires	-	+3 515	+1 030	+1 571	6 116	6%				
District de la Gruyère	SAD mandatés	107 536	-	+17 339	+22 768	147 643	82%	148	100	48	10
	Autres prestataires	12 167	+3 627	+7 414	+8 711	31 919	18%				
District du Lac	SAD mandatés	76 826	-	+15 072	+5 479	97 377	79%	85	57	28	6
	Autres prestataires	10 214	+ 381	+2 738	+13 248	26 581	21%				
District de la Glâne	SAD mandatés	42 447	-	+9 436	+5 831	57 714	84%	57	45	12	2
	Autres prestataires	2 603	+2 395	+2 211	+3 665	10 874	16%				
District de la Broye	SAD mandatés	71 255	-	+10 544	+6 482	88 281	88%	79	57	22	4
	Autres prestataires	507	+3 749	+1 635	+5 866	11 757	12%				
District de la Veveyse	SAD mandatés	36 648	-	+6 315	+9 541	52 504	87%	49	37	12	2
	Autres prestataires	4 445	- 109	+1 965	+1 553	7 854	13%				

### **Précisions concernant le tableau n°10 (par colonnes):**

Pour ce qui concerne les besoins pour les prestations de soins financées par l'Etat (Ligue pulmonaire, diabètefribourg et Voltigo) la dotation 2017 était de 7.9 EPT. A défaut de pronostics de l'Obsan sur l'évolution du nombre d'heures pour ces prestations spécifiques, on peut envisager de suivre l'hypothèse que l'augmentation de la dotation nécessaire pour ces prestataires va suivre la tendance prévue pour les services d'aide et de soins à domicile mandatés, le besoin en dotation pourrait ainsi être de 12.2 EPT à l'échéance 2025. Il s'agit toutefois d'une valeur indicative.

- (1) Les autres prestataires comprennent les infirmiers et infirmières indépendant-e-s et les services d'aide et de soins à domicile privés non mandatés et Pro Senectute pour l'aide à domicile.
- (2) Chiffres issus du rapport Obsan 2019 pour les 65 ans et plus. Précision : les autres prestataires sont ventilés en fonction de leur domiciliation.
- (3) Correctif pour les autres prestataires, les chiffres Obsan sont nettement inférieurs aux chiffres 2020 retenus dans le cadre du plan financier de l'Etat, confirmés par les chiffres 2018 OFS. Pour les SAD mandatés, les pronostics Obsan sont maintenus.
- (4) Intégration des heures pour les personnes de moins de 65 ans (pas de projections Obsan). Pour les SAD mandatés, prise en compte d'une croissance annuelle de 2% en raison du raccourcissement de la durée moyenne de séjour hospitalier et du virage stationnaire vers l'ambulatoire. Pour les autres prestataires voir (3).
- (5) Intégration des heures d'aide à domicile (pas de projections Obsan). Progression en fonction de la population. Pour les SAD mandatés chiffres 2018 retenus, car net recul des prestations entre 2017 et 2018. Pour les autres prestataires, chiffres calculés sur la base des données OFS et SSP 2017 (pas de variation avec 2018).
- (6) Somme des projections de l'Obsan et des adaptations des projections de l'Obsan (en heures facturables).
- (7) Répartition en % des heures facturables (6) entre les SAD mandatés et les autres prestataires.
- (8) SAD mandatés : Heures facturables additionnées aux heures non facturables (pourcentages statistique AFAS 2017 - en moyenne 48% heures facturées et 52% heures non facturées = 100%).  
Ex : Sarine 2025 : heures facturables 144'886 / 47.3% \* 100% = total heures à payer 306'015 / 2184 (42 h x 52 semaines pour un EPT) = 140 EPT.  
Pour les autres prestataires, pas de calcul possible en raison de l'approximation des calculs des EPT dans la statistique OFS (voir 8.2 et note de bas de page 21).
- (9) EPT (équivalent plein temps, dotation subventionnable) selon budget 2020 répartis provisoirement en tenant compte de la dotation actuelle et de la planification 2020.
- (10) Augmentation de la dotation (EPT) à prévoir pour les SAD mandatés entre 2020 et 2025.
- (11) Une répartition différente des EPT par district pourra être opérée lors des procédures budgétaires, en fonction des besoins effectifs des districts.

### 8.3. PLANIFICATION DU NOMBRE DE LITS DE COURT SÉJOUR

Tableau n°11 : Planification du besoin en lits de court séjour

Court séjour	Situation 2020	Planification 2025
<b>Canton de Fribourg</b>	<b>80</b>	<b>95</b>
District de la Sarine	14	14
District de la Singine	14	14
District de Gruyère	5	5
District du Lac	6	6
District de la Glâne	5	5
District de la Broye	11	11
District de la Veveyse	4	4
Hors quota des districts	21	36

#### Principaux constats et remarques :

- > Dans les districts, pas d'augmentation du nombre de lits. Le potentiel d'augmentation du nombre de journées est important (en 2017, seulement un peu plus de 10 000 journées de court séjour). Les 80 lits du court séjour permettraient de garantir plus de 29 000 journées.
- > Les 21 lits hors quota des districts sont attribués à l'accueil de courte durée à La Famille au Jardin et les unités d'accueil temporaires et d'évaluation (UATO).

### 8.4. PLANIFICATION DU NOMBRE DE PLACES EN FOYER DE JOUR

Tableau n°12 : Planification des places en foyers de jour

Foyer de jour	Situation 2020	Nombre de journées budgétées	Planification 2025	Nombre de journées planifiées
<b>Canton de Fribourg</b>	<b>72 places</b>	<b>17850</b>	<b>92 places</b>	<b>26280</b>
District de la Sarine	16	3670	16	6800
District de la Singine	15	3000	16	3500
District de Gruyère	7	1979	16	3600
District du Lac	8	2000	8	2600
District de la Glâne	0	0	8	1500
District de la Broye	5	1450	8	2100
District de la Veveyse	10	1710	8	1800
Hors quota des districts	11	4041	12	4380

#### Principaux constats et remarques :

- > Le nombre de journées planifiées pour 2025 correspond à 366 personnes qui bénéficient du foyer de jour entre 1 et 2 journées par semaine ;
- > Selon la directive du 11 juillet 2016 pour les foyers de jour pour personnes âgées, la grandeur minimale d'un foyer de jour est de 8 places. A l'exception de la Famille au Jardin qui est considérée hors quota des districts, le nombre de places correspond à 1 foyer de jour (8 places) ou 2 foyers de jour (16 places).

## 9. INCIDENCES FINANCIERES DE LA PLANIFICATION 2021-2025

Ce chapitre présente les incidences financières de la planification. Sur la base des éléments des budgets 2020 et 2021, le tableau ci-dessous présente l'augmentation attendue d'ici 2025. Il s'agit de l'augmentation du nombre d'équivalent plein-temps pour les SAD mandatés, du nombre de lits en EMS, de places de court séjour et foyer de jour, ainsi que leurs conséquences en termes de journées<sup>21</sup>.

**Tableau n°13 : Augmentations liées à la planification 2021-2025**

Augmentation du nombre de :	2020-2025		
	EPT	Places/lits	Journées
- SAD mandatés	181		
- lits de long séjour reconnus		114	43921
- lits de long séjour admis AOS		21	7716
- lits de court séjour (y compris UATO)		15	6661
- places en foyer de jour		20	8430

Les autres prestataires<sup>22</sup> ainsi que les mandats cantonaux sont intégrés dans les estimations financières.

Basée sur cette augmentation attendue, l'incidence financière est estimée dans le tableau 14 qui présente le montant prévu au budget 2020 ainsi que l'estimation du coût total en 2025.

**Tableau n°14 : Incidences financières de la planification 2021-2025**

Augmentation du coût pour les pouvoirs publics (en milliers de francs)	Budget 2020	Estimation 2025	Augmentation annuelle moyenne				
			Total annuel	Part du canton	En %	Part des communes	En %
- SAD mandatés <sup>23</sup>	25'388	40'931	3109	933	30%	2176	70%
- infirmiers -ères indépendant-e-s <sup>24</sup>	1276	1439	33	11	35%	21	65%
- autres prestataires <sup>25</sup>	246	299	11	11	100%	0	0%
- EMS : coût résiduel des soins (y compris matériel LiMa)	58'841	75'355	3303	1486	45%	1816	55%
- EMS : subvention à l'accompagnement <sup>26</sup>	32'232	34'338	421	190	45%	232	55%
- subventions foyer de jour, UATO et court séjour	2179	3359	236	106	45%	130	55%
<b>Total</b>	<b>120'162</b>	<b>155'721</b>	<b>7112</b>	<b>2737</b>		<b>4375</b>	

<sup>21</sup> Le détail relatif aux incidences financières se retrouve dans les annexes 5 et 6.

<sup>22</sup> Les autres prestataires comprennent les infirmiers et infirmières indépendant-e-s et les services d'aide et de soins à domicile privés non mandatés et Pro Senectute pour l'aide à domicile.

<sup>23</sup> Matériel LiMA entièrement à charge des communes (estimation 500'000 francs en 2020). Pour 2025 augmentation proportionnelle à la dotation, sous réserve de la modification de la LAMal (cf. message 20.46 de la Confédération) qui répartirait différemment la prise en charge des frais du matériel LiMA.

<sup>24</sup> y compris matériel LiMA (estimation 375'000/an) (cf. remarque note 23).

<sup>25</sup> Ici seulement les services d'aide et de soins à domicile privés non mandatés, les soins à domicile hors canton (10'000 francs/an) et Pro Senectute, car le financement est entièrement à charge de l'Etat.

<sup>26</sup> Ces montants ne considèrent pas les versements effectués par les prestations complémentaires.

Les décisions et conséquences financières de la réforme des prestations complémentaires ainsi que du projet DETTEC n'ont pas pu être intégrées.

La projection se base sur la législation fédérale valable à fin 2019. La modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (message 20.46 de la Confédération) étant encore en projet concernant le financement du matériel LiMA, elle n'a pas été considérée. De même, les conséquences du financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS) n'ont pas pu être chiffrées.

Ces calculs, dont les détails sont présentés en annexe 5 et 6, partent des hypothèses suivantes :

- > pour les SAD mandatés par les associations de communes, indexation et palier de 1.24% en 2021 (selon budget 2021, basé sur les comptes 2017 des SAD), puis 2 % jusqu'en 2025.
- > pour les SAD mandatés par les associations de communes : dotation moyenne 36.25 jusqu'en 2025 ;
- > pour les EMS, une indexation de 1.24 % et paliers en 2021 (selon budget 2021), puis 2 % jusqu'en 2025<sup>27</sup> ;
- > une stabilité des dotations moyennes en EMS (niveau de soins RAI reste stable à 6.6) ;
- > pas de modifications de la structure des équipes (le coût moyen des EPT n'est influencé que par l'indexation et le palier) ;
- > pas de modifications de la subvention à l'accompagnement moyenne (hypothèse basée sur le prix de pension actuel (105 francs par jour) et sur la subvention moyenne à l'accompagnement prévue au budget 2021).

L'augmentation des coûts totaux présentée au tableau n°14 s'élève à environ 36 millions, soit une augmentation moyenne annuelle d'environ 7,2 millions. Dans la répartition actuelle des charges, l'augmentation moyenne s'élève à environ 2,8 millions pour le canton et 4,4 millions pour les communes.

---

<sup>27</sup> Les taux pour les années 2022 et 2023 sont basés sur les hypothèses du plan financier. L'hypothèse de 2% d'indexation a été prolongée jusqu'en 2025. Etant donné la situation liée à la pandémie de Covid-19 et l'incertitude qui en découle, il est probable que ces taux soient dans la réalité différents. Une correction à la baisse est vraisemblable.

## 10. CONCLUSION

La planification des prestations médico-sociales 2021-2025 répond aux objectifs de la politique cantonale dans le domaine des seniors, en favorisant le renforcement des prestations ambulatoires et le développement de prestations en EMS permettant de soutenir le maintien à domicile (places d'accueil de jour, structures intermédiaires).

Elle prévoit :

- > une stabilisation du nombre de lits long séjour EMS, limitant l'augmentation à 135 lits reconnus et AOS par rapport à la situation 2020 ;
- > un meilleur taux d'occupation des foyers de jour, avec également une augmentation limitée à 20 places par rapport à 2020 ;
- > un recours plus important aux lits court séjour déjà disponibles aujourd'hui, limitant l'augmentation du nombre de lits court séjour à 15 pour permettre la création d'une seconde UATO.
- > un accroissement du volume des soins à domicile, avec une hausse de 181 EPT dans les SAD mandatés entre 2021 et 2025.

Pour conclure ce rapport, il est précisé que la prochaine planification concernera **la période 2026 - 2030**. Les travaux débiteront en **2023**, en vue d'une mise en consultation d'ici l'année 2024.

## 11. ABREVIATIONS UTILISEES

AOS :	Assurance obligatoire des soins
AFAS :	Association fribourgeoise d'aide et soins à domicile
DETTEC :	Désenchevêtrement des tâches Etat/communes
DFI :	Département fédéral de l'intérieur
DSAS :	Direction de la santé et des affaires sociales
EFAS :	Financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires
EMS :	Etablissement médico-social
EPT :	Equivalent plein-temps
LAMal :	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LAP :	Lits d'attente de placement
LEMS :	Loi sur les établissements médico-sociaux pour personnes âgées
LIF :	Loi sur les indemnités forfaitaires
LPMS :	Loi sur les prestations médico-sociales
LSan :	Loi sur la santé
LSen :	Loi sur les seniors
OBSAN :	Observatoire suisse de la santé
OCDE :	Organisation de coopération et de développement économiques
OFS :	Office fédéral de la statistique
OPAS :	Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins
PC :	Prestations complémentaires
RPMS :	Règlement d'exécution sur les prestations médico-sociales
SAD :	Service d'aide et de soins à domicile
SOMED :	Statistique des institutions médico-sociales
SPITEX :	Statistique fédérale de l'aide et des soins à domicile
SPS :	Service de la prévoyance sociale
SSP :	Service de la santé publique
SSTAT :	Service de la statistique
TARMED :	Structure tarifaire pour les prestations médicales
TARPSY :	Structure tarifaire pour les prestations de psychiatrie stationnaire
UATO :	Unité d'accueil temporaire et d'orientation
USD :	Unité spécialisée en démence

## 12. BIBLIOGRAPHIE

- Canton de Fribourg. Direction de la santé et des affaires sociales (2014), *Evaluation des besoins en soins pour la planification hospitalière 2015*
- Canton de Fribourg. Direction de la santé et des affaires sociales (2011). *Planification des soins de longue durée 2011 - 2015*
- Canton de Fribourg. Service de la statistique (2014). *Projections démographiques 2013 - 2035 Canton de Fribourg et ses districts*
- Canton de Berne (2015). Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern, *Urteil vom 20. November 2015 betreffend Klage vom 14. August 2012, dossier no 200 2014 903*
- Canton du Valais (2015). *Planification des soins de longue durée 2016 – 2020*
- Conseil d'Etat du canton de Fribourg (2020). Réponse du Conseil d'Etat à un instrument parlementaire. Question Krattinger-Jutzet Ursula / Aebischer Eliane 2020-CE-30 Lits admis AOS au sein des établissements médico-sociaux
- Conseil d'Etat du canton de Fribourg (2020). Message 2020-DSAS-29 du 28 avril 2020, du Conseil d'Etat au Grand Conseil accompagnant le projet de loi modifiant la loi sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité
- Dutoit Laure (2019). Bases statistiques pour la planification des soins de longue durée dans le canton de Fribourg 2020-2040. Obsan
- Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L., Zumbrunn, A. (2011), *La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée*, Cahiers de l'observatoire de la santé
- Höpflinger, F. et Hugentobler, V. (2015). *Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse*, Observatoire suisse de la santé
- Kohler D. (2015). *Bases statistiques 2013 - 2035 en vue de la planification du besoin en lits en EMS. Canton de Fribourg et ses districts*. OBSAN
- OFS (2015) *Statistique des institutions médico-sociales 2013 - Tableaux standards- Résultats définitifs*, Office fédéral de la statistique
- OFS (2014) *Statistique de l'aide et des soins à domicile*. Résultats 2013
- Pro Senectute, communiqué de presse daté du 30 septembre 2016  
<http://www.prosenectute.ch/fr/medias.html>, consulté le 15 octobre 2016
- Spitex, Spitex privée et tarifsuisse AG (2016). *Convention administrative Spitex du 1<sup>er</sup> février 2016*
- Widmer, M. Kohler, D. (2016), Les effets du nouveau financement hospitalier sur la qualité des prestations stationnaires, OBSAN Bulletin du 4.2016  
[http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan\\_bulletin\\_2016-04\\_f.pdf](http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_bulletin_2016-04_f.pdf)

### **13. TABLE DES ILLUSTRATIONS : TABLEAUX**

<b>Tableau n°1</b>	Projections démographiques, canton de Fribourg, population 65+, 2017-2040	<b>page 10</b>
<b>Tableau n°2</b>	Répartition de la population dans le canton de Fribourg /les districts	<b>page 11</b>
<b>Tableau n°3</b>	Répartition des résidents en EMS long séjour (districts/classes d'âges/sexe/niveau de soins)	<b>page 12</b>
<b>Tableau n°4</b>	Résidents en EMS selon le lieu d'origine et le lieu d'établissement de l'EMS, 2017	<b>page 12</b>
<b>Tableau n°5</b>	Nombre de lits long séjour du canton de Fribourg par district 2017/2020	<b>page 13</b>
<b>Tableau n°6</b>	Client-e-s pris en charge à domicile dans le canton de Fribourg 2017	<b>page 14</b>
<b>Tableau n°6.1</b>	Prestataires à domicile mandatés par l'Etat, heures de soins et clients 2017	<b>page 14</b>
<b>Tableau n°7</b>	Clients originaires du canton de Fribourg en structures de jour 2017	<b>page 15</b>
<b>Tableau n°8</b>	Nombre de lits court séjour du canton de Fribourg par district 2017	<b>page 15</b>
<b>Tableau n°9</b>	Planification du besoin en lits de long séjour	<b>page 20</b>
<b>Tableau n°10</b>	Planification des besoins en aide et soins à domicile	<b>page 22</b>
<b>Tableau n°11</b>	Planification du besoin en lits de court séjour	<b>page 24</b>
<b>Tableau n°12</b>	Planification des places en foyers de jours	<b>page 24</b>
<b>Tableau n°13</b>	Augmentations liées à la planification 2021-2025	<b>page 25</b>
<b>Tableau n°14</b>	Incidences financières pour les années 2021-2025	<b>page 25</b>

## 14. ANNEXES

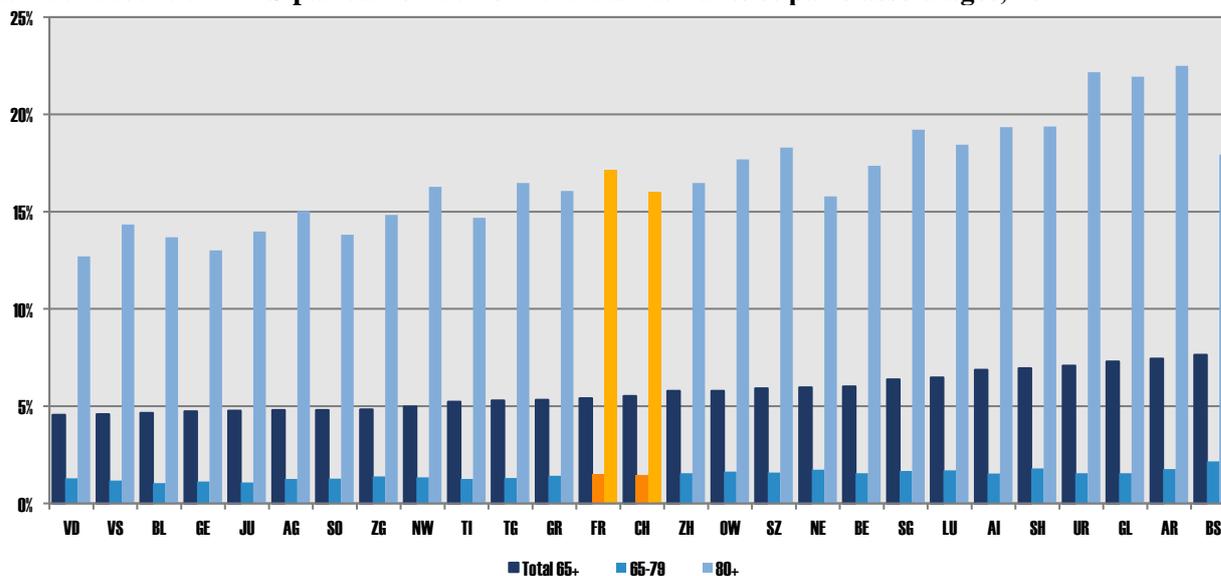
### Annexe 1 Evolution démographique dans les districts du canton de Fribourg, 2017-2040

Personnes de 65 ans et plus	2017	2020	2025	2030	2035	2040	Augm. Absolu 2020-2025	% 2020-2025	Augm. Absolu 2020-2040	% 2020-2040
<b>Canton de Fribourg</b>	<b>48 880</b>	<b>53 253</b>	<b>62 848</b>	<b>75 460</b>	<b>87 334</b>	<b>95 991</b>	<b>9595</b>	<b>18%</b>	<b>42 738</b>	<b>80%</b>
District de la Sarine	15 967	17 159	19 797	23 620	27 041	29 716	2638	15%	12 557	73%
District de la Singine	8020	8782	10256	12008	13579	14 298	1474	17%	5516	63%
District de Gruyère	8288	9051	10 698	12 883	14 947	16 662	1647	18%	7611	84%
District du Lac	5807	6446	7929	9698	11 322	12 302	1483	23%	5856	91%
District de la Glâne	3487	3787	4517	5464	6389	7144	730	19%	3357	89%
District de la Broye	4815	5273	6321	7646	9049	10 150	1048	20%	4877	92%
District de la Veveyse	2496	2755	3330	4141	5007	5719	575	21%	2964	108%

Source : SStat, janvier 2019

## Annexe 2 Comparaison intercantonale du taux de recours en EMS

### Taux de recours en EMS par canton de domicile des résidents et par classe d'âges, 2017



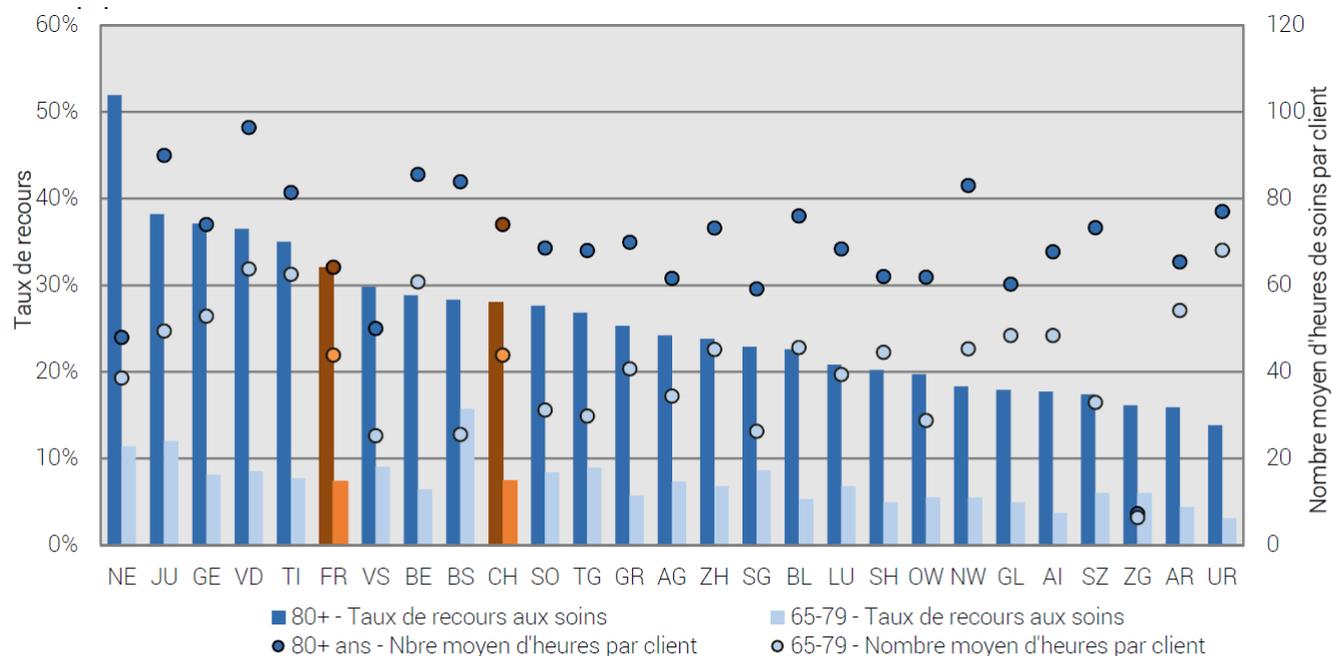
Source: OFS – SOMED, STATPOP / Analyses Obsan, p. 28, 2019

Pour l'Obsan (2019, p. 22), avec 5,4 % des 65 ans et plus vivant en EMS, le canton de Fribourg est très proche de la moyenne suisse (5,6 %) et diffère des autres cantons romands, qui ont, pour la plupart, un taux inférieur à 5%. Cette particularité de Fribourg dans la Romandie est due au taux de recours aux EMS des 80+, qui dépasse largement celui des autres cantons romands<sup>28</sup> (17,2 % pour FR contre des taux entre 12,7 % (VD) et 15,8 % (NE) dans les autres cantons romands). Le taux de recours aux EMS des fribourgeois de 65 à 79 ans est quant à lui proche de la moyenne suisse.

<sup>28</sup> Nous formulons l'hypothèse que ce taux de recours aux EMS, plus important que dans les autres cantons latins, s'explique par le fait que dans certains districts du canton, les EMS accueillent encore un nombre relativement important de personnes faiblement dépendantes (RAI 1 et 2).

### Annexe 3 Comparaison intercantonale du taux de recours aux soins à domicile

#### Taux de recours aux soins à domicile et nombre moyen d'heures de soins par client, par classes d'âges et canton, population 65+, 2017



Notes: Un client peut aussi recevoir des prestations d'aide.

Inclut l'ensemble des fournisseurs de prestations à domicile (publiques, privées, infirmières indépendantes).

Source: OFS – SOMED, STATPOP / Analyses Obsan, p. 31, 2019

Selon l'Obsan (2019, p. 24), dans le domaine des soins à domicile, les sept cantons latins – Fribourg compris – présentent les taux de recours aux soins à domicile des 80 ans et plus parmi les plus élevés (entre 29,8 % (VS) et 51,9 % (NE)). A ces taux de recours correspondent cependant des nombres moyens d'heures de soins par client variables, allant de 48,0 (NE) à 96,4 (VD) heures par client. Avec une moyenne de 61,1 heures par client, le canton de Fribourg se situe un peu en-dessous de la moyenne suisse (74,0 heures). En ce qui concerne les personnes âgées de 65 à 79 ans, les cantons latins ne se distinguent pas aussi clairement en termes de taux de recours aux soins. Ce dernier est dans le canton de Fribourg (7,3 %) proche du taux observé en moyenne suisse (7,5 %) et le nombre moyen d'heures de soins délivrées pour ces clients correspond à la moyenne suisse (43,8 heures par client pour le canton de Fribourg et pour la Suisse).

## Annexe 4 Projections de l'Obsan – Années 2025 à 2040

**Tableau n°4.1 Projections de l'Obsan (2040) - résidents long séjour (lits reconnus et AOS)**

Canton		Résidents long séjour (lits reconnus et AOS)				
		2025	2030	2035	2040	Augmentation en % entre 2025 et 2040
Districts	Sarine	1009	1172	1385	1622	61%
	Singine	383	457	556	660	72%
	Gruyère	497	587	703	840	69%
	See/Lac	288	345	422	515	79%
	Glâne	232	275	332	403	74%
	Broye	210	257	321	391	86%
	Veveyse	148	179	222	272	84%
	<b>Total</b>	<b>2767</b>	<b>3272</b>	<b>3941</b>	<b>4703</b>	<b>70%</b>

Ce tableau ne contient pas les adaptations des projections présentées au chapitre 7 du présent rapport. Il présente le nombre total des lits de long séjour pour les personnes de plus de 65 ans, sans différenciation du type de lits (AOS, USD,...).

Tableau n.°4.2 Projections de l'Obsan (2040) – soins à domicile<sup>29</sup>

Canton		Heures facturées nécessaires pour les soins aux personnes âgées de plus de 65 ans				
		2025	2030	2035	2040	Augmentation en % entre 2025 et 2040
SAD	Sarine	148'998	171'499	200'607	234'015	57%
	Singine	78'604	93'044	110'323	129'196	64%
	Gruyère	119'703	139'926	166'029	196'263	64%
	See/Lac	87'040	104'609	127'900	156'064	79%
	Glâne	45'050	52'882	63'386	76'058	69%
	Broye	71'762	87'337	107'357	129'237	80%
	Veveyse	41'093	49'436	60'565	74'299	81%
	<b>Total</b>	<b>592'260</b>	<b>698'733</b>	<b>836'167</b>	<b>995'132</b>	<b>68%</b>

Ce tableau ne contient pas les adaptations des projections présentées au chapitre 7 du présent rapport. Il présente le nombre total des heures de soins prévues pour les personnes de plus de 65 ans.

<sup>29</sup> Les données des organisations privées de soins et d'aide à domicile et celles des infirmières indépendantes ont été imputées aux district de domicile du prestataire, faute de répartition par district dans le cadre de la statistique fédérale. Les données des ligues de santé (diabète, pulmonaire et palliatif) n'ont pas été intégrées pour des questions de cohérence et d'homogénéité statistique.

**Annexe 5 : Impacts financiers soins à domicile (détails)**

Coût totaux (en milliers de francs)	Budget 2020	Budget 2021	Augm.	2022	Augm.	2023	Augm.	2024	Augm.	2025	Augm.
<b>Nbre d'EPT attendus SAD mandatés par les associations de communes</b>	<b>476</b>	<b>512</b>	<b>36</b>	<b>548</b>	<b>36</b>	<b>584</b>	<b>36</b>	<b>620</b>	<b>36</b>	<b>657</b>	<b>37</b>
<b>Coût des soins SAD mandatés par les associations de communes y. compris LiMA</b>	25'388	27'927	10.00%	30'677	9.85%	33'898	10.50%	37'294	10.02%	40'931	9.75%
<b>Indexation</b>		1.24%		2.00%		2.00%		2.00%		2.00%	
<b>Coût résiduel des soins des infirmiers/infirmières indépendants</b>	901	946	4.99%	993	4.97%	1'042	4.93%	1'064	2.11%	1'064	0.00%
<b>Coût LiMA infirmiers/infirmières indépendants</b>	375	100	-73.33%	375	275%	375	0.00%	375	0.00%	375	0.00%
<b>Coûts des soins à domicile non mandatés</b>	133	133	0.00%	146	9.77%	159	8.90%	172	8.18%	186	8.14%
<b>Coût de l'aide à domicile mandatée par l'Etat</b>	113	113	0.00%	113	0.00%	113	0.00%	113	0.00%	113	0.00%
<b>Coût total</b>	26'910	29'219	8.58%	32'304	10.56%	35'587	10.16%	39'018	9.64%	42'669	9.36%
<b>Coût total part Etat</b>	8'159	8'621	5.66%	9'586	11.19%	10'562	10.18%	11'580	9.64%	12'659	9.32%
<b>Montants prévus au plan financier de l'Etat</b>	8'159	8'621	5.66%	9'193	6.63%	9'834	6.97%				

**Annexe 6 EMS : Impacts financiers prise en charge stationnaire et foyers de jour (détails)**

Coût totaux	Budget 2020	Budget 2021	Augm.	2022	Augm.	2023	Augm.	2024	Augm.	2025	Augm.
<b>Nombre de journées attendues</b>	<b>1'017'987</b>	<b>1'019'649</b>	0.16%	<b>1'043'753</b>	2.36%	<b>1'058'650</b>	1.43%	<b>1'067'646</b>	0.85%	<b>1'076'642</b>	0.84%
Lits long-séjour reconnus		944'686		959'657		967'382		974'243		981'104	
Lits long-séjour AOS		54'524		57'232		59'021		60'809		62'598	
Lits court-séjours		20'440		26'864		32'248		32'595		32'941	

Indexation		1.24%		2.00%		2.00%		2.00%		2.00%	
<b>Coût résiduel des soins</b>	<b>58'841'477</b>	<b>60'066'861</b>	2.08%	<b>64'667'261</b>	7.66%	<b>68'252'324</b>	5.54%	<b>71'750'830</b>	5.13%	<b>75'354'992</b>	5.02%
Masse salariale et coût des soins		137'693'396		144'009'385		148'636'197		152'760'304		156'990'068	
./. Coût des soins (masse salariale et LiMa)		-64'688'779		-66'118'437		-66'986'560		-67'507'895		-68'029'230	
./. Participation des assureurs et des résidents		-12'937'756		-13'223'687		-13'397'312		-13'501'579		-13'605'846	

<b>Subvention à l'accompagnement</b>	<b>32'231'710</b>	<b>32'665'299</b>	1.35%	<b>33'739'017</b>	3.29%	<b>33'845'336</b>	0.32%	<b>34'091'836</b>	0.73%	<b>34'338'336</b>	0.72%
Masse salariale et coût de l'accompagnement		70'831'077		71'571'386		73'958'969		75'969'193		78'030'241	
Participation résidents à l'accompagnement		-38'165'778		-37'832'368		-40'113'634		-41'877'357		-43'691'905	

<b>Nombre de journées en foyer de jour</b>	<b>16'000</b>	<b>16'000</b>	0.00%	<b>16'500</b>	3.13%	<b>19'000</b>	15.15%	<b>23'000</b>	21.05%	<b>26'280</b>	14.26%
<b>Subventions foyer de jour</b>	<b>1'678'675</b>	<b>1'680'000</b>	0.08%	<b>1'732'500</b>	3.13%	<b>1'995'000</b>	15.15%	<b>2'415'000</b>	21.05%	<b>2'759'400</b>	14.26%
<b>Subventions forfaitaires court séjour et UATO</b>	<b>500'000</b>	<b>500'000</b>		<b>500'000</b>		<b>600'000</b>		<b>600'000</b>		<b>600'000</b>	

<b>Coût totaux</b>	<b>93'251'862</b>	<b>94'912'160</b>	1.78%	<b>100'638'778</b>	6.03%	<b>104'692'660</b>	4.03%	<b>108'857'666</b>	3.98%	<b>113'052'728</b>	3.85%
<b>Montant prévu au plan financier (sans hors-canton et médecin-répondant)</b>		<b>95'631'992</b>		<b>99'289'832</b>	3.82%	<b>103'500'819</b>	4.24%	<i>Augmentation par rapport au plan financier principalement due aux subventions à l'accompagnement</i>			