



Rapport

Date de la séance du CE : 24 novembre 2021
Direction : Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration
N° d'affaire : 2020.GSI.2170
Classification : Non classifié

Ordonnance sur les programmes d'action sociale (OPASoc)

Table des matières

1.	Contexte	1
2.	Caractéristiques de la nouvelle législation	2
2.1	Financement des soins	2
2.2	Autorisation et surveillance	5
2.3	Modifications indirectes de l'OASoc	5
3.	Interventions parlementaires pertinentes pour la mise en œuvre	6
4.	Mise en œuvre et évaluation	9
5.	Commentaire des articles	9
6.	Place du projet dans le programme gouvernemental de législature (programme législatif) et dans d'autres planifications importantes	55
7.	Répercussions financières	55
8.	Répercussions sur le personnel et l'organisation	56
9.	Répercussions sur les communes	56
10.	Répercussions sur l'économie	57
11.	Résultat de la consultation	57

1. Contexte

La présente ordonnance entrera en vigueur conjointement avec la loi du 9 mars 2021 sur les programmes d'action sociale (LPASoc). Le premier chapitre définit le but et le champ d'application. Le deuxième (art. 3 à 32) fixe les grandes lignes du financement des programmes ; il comprend les dispositions sur les coûts des soins résidentiels ou ambulatoires inscrites jusqu'ici dans l'ordonnance du 24 octobre 2001 sur l'aide sociale (OASoc)¹, qui sont abrogées par l'OPASoc². En sont exceptés les programmes en faveur des adultes handicapés, dont la mise sur pied et le financement feront l'objet de

¹ RSB 860.111

² Art. 25a à 25d OASoc

la future loi sur les prestations de soutien aux personnes en situation de handicap (LPHand). Pour l'heure et jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPHand, leur financement reste donc fondé sur la loi du 11 juin 2001 sur l'aide sociale (LASoc)³ et sur l'OASoc. Le troisième chapitre de l'OPASoc (art. 33 à 74) contient les normes d'exécution relatives à l'autorisation et à la surveillance. Celles-ci remplacent les prescriptions de l'ordonnance sur les foyers (OFoy)⁴, qui sera abrogée à l'entrée en vigueur de l'OPASoc. Comme le régime de l'autorisation applicable aux services de maintien à domicile a été transféré de la loi du 2 décembre 1984 sur la santé publique (LSP)⁵ à la LPASoc, il convient d'abroger aussi les dispositions d'exécution correspondantes de l'ordonnance sur la santé publique (OSP)⁶. Le quatrième chapitre de l'OPASoc (art. 75 à 83) règle la formation et le perfectionnement dans les professions de la santé non universitaires. Les dispositions à ce sujet inscrites jusqu'ici dans l'OASoc⁷ sont également abrogées et intégrées désormais dans l'OPASoc. Le cinquième chapitre concerne la compensation des charges alors que le sixième définit les données à remettre (nature, volume et délais). Enfin, le septième chapitre contient les dispositions finales.

Les prescriptions de la LASoc portant sur les prestations de soutien aux adultes ayant besoin de soins ont été abrogées et transférées dans la LPASoc suite à la restructuration de l'aide sociale institutionnelle. L'OPASoc contient les dispositions d'exécution ad hoc.

L'ordonnance sur les foyers, qui date de 1996, est remplacée par les dispositions de l'OPASoc sur l'autorisation et la surveillance. Si les conditions d'autorisation, la procédure d'octroi et la surveillance des institutions sont restructurées, le droit matériel reste inchangé sur bien des points. La stratégie de soutien à élaborer désormais pour l'octroi de l'autorisation d'exploiter un foyer ou un service de maintien à domicile doit préciser comment l'institution entend assurer le respect des principes d'efficacité et d'économicité. Vu la possibilité de délégation prévue à l'article 131, alinéa 2 LPASoc, la Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration (DSSI) sera par ailleurs habilitée à régler différents domaines par voie d'ordonnance. Il s'agira pour l'essentiel de reprendre des consignes et normes en vigueur de longue date que les institutions appliquent, tout au moins en partie, depuis de nombreuses années. Par souci de sécurité juridique, ces directives seront désormais inscrites si nécessaire dans une ordonnance de Direction.

2. Caractéristiques de la nouvelle législation

2.1 Financement des soins

Soins résidentiels

Il est prévu de remanier la planification des soins en profondeur. Dans le domaine du troisième âge, c'est sur cette base que se décide l'admission sur la liste des établissements médico-sociaux (EMS). Le canton est en train d'examiner la pertinence des paramètres utilisés aujourd'hui pour fixer le nombre de places en EMS dans une région déterminée. Il est parfaitement envisageable de tenir compte non seulement de la population de plus de 80 ans, mais aussi de critères complémentaires tels que le nombre de personnes de plus de 65 ans ou la disponibilité de structures ambulatoires ou intermédiaires. La future planification des soins doit apporter une nette amélioration au système actuel, notamment par sa facilité de mise en œuvre et l'efficacité qui devrait en découler.

Cette planification constitue pour le canton un instrument indispensable au pilotage de l'offre. Dès lors qu'une institution satisfait aux conditions d'octroi, elle peut en effet faire valoir son droit à une autorisation même si l'offre dans le canton de Berne est déjà supérieure à la demande. Mais

³ RSB 860.1

⁴ Ordonnance du 18 septembre 1996 sur les foyers et les ménages privés prenant en charge des personnes tributaires de soins (RSB 862.51)

⁵ RSB 811.01

⁶ Ordonnance du 24 octobre 2001 sur les activités professionnelles dans le secteur sanitaire (ordonnance sur la santé publique, [OSP](#); [RSB 811.111](#))

⁷ Art. 31a à 31i

l'autorisation d'exploiter un foyer ne débouche pas automatiquement sur l'admission de l'établissement dans la liste des EMS. La planification permet ainsi au canton d'agir non seulement en cas d'offre insuffisante, mais aussi en cas de surcapacité, l'objectif étant de garantir l'utilisation économique des deniers publics.

Par ailleurs, les possibilités d'encourager le bénévolat sont à l'étude dans certains secteurs (prestations destinées aux personnes atteintes de démence, foyers de jour). Il s'agit par exemple de tester, dans le cadre de projets pilotes, une meilleure coordination des activités ou le recours à des bénévoles pour l'aide ménagère et l'accompagnement social.

Soins ambulatoires (régime de financement fédéral)

Depuis l'introduction du nouveau régime de financement des soins en 2011, les coûts des soins sont répartis entre l'assurance obligatoire des soins (AOS), les personnes assurées et les cantons ou les communes (financement résiduel), conformément à l'article 25a, alinéa 5 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)⁸.

L'article 7, alinéa 2 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)⁹ définit les prestations à la charge de la LAMal, dispensées sur prescription médicale ou sur mandat médical : évaluation, conseils et coordination (lit. a), examens et traitements (lit. b) ainsi que soins de base (lit. c), ci-après catégories a, b et c. Les montants pris en charge par l'AOS sont arrêtés à l'alinéa 1 de ce même article. Dans le domaine ambulatoire (aide et soins à domicile), l'AOS finance un montant fixe par catégorie de prestations et par heure : en 2021, celui-ci s'élève respectivement à 76,90 francs, 63 francs et 52,60 francs pour les catégories a, b et c.

La part de la personne assurée est établie à 20 pour cent au plus du montant maximal pris en charge par l'AOS. En 2021, la participation des bénéficiaires aux coûts des soins représente ainsi au maximum 15,35 francs par jour dans le domaine ambulatoire. Le canton de Berne renonce à réclamer cette participation aux personnes de moins de 65 ans. En d'autres termes, il doit assumer ces coûts en sus du financement résiduel. Pour les personnes de plus de 65 ans qui ont droit aux prestations complémentaires (PC), la participation aux coûts peut être admise au titre des frais de maladie et d'invalidité des PC, également financés par le canton.

Il incombe aux cantons de régler le financement résiduel (art. 25a, al. 5 LAMal), qui se veut complémentaire. A Berne, celui-ci est pris en charge par le canton.

Nécessité de réformer le financement résiduel dans le canton de Berne

Dans le cadre de la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins, le canton de Berne avait élaboré en 2011 un modèle de rétribution complexe visant à améliorer la transparence des prestations fournies. Différents signes d'une évolution indésirable ont montré la nécessité d'évaluer les modalités du financement résiduel dans les soins ambulatoires. Au printemps 2020, la DSSI a donc procédé auprès des services concernés à un relevé complet de données qu'elle a étudiées à la lumière des indicateurs de la Confédération.

Le bilan s'est avéré décevant : l'analyse révèle que les frais effectifs ne sont pas transparents et que le nombre important d'indemnités allant au-delà du droit fédéral induit des subventionnements croisés et des incitations négatives. La transparence souhaitée n'étant pas atteinte, il devient plus difficile d'exercer un contrôle. Force est également de constater que l'accent n'est pas assez mis sur les prestations à la patientèle. Les rétributions dépassant les exigences de la LAMal, allouées très largement, rendent par ailleurs impossible toute comparaison avec les autres cantons, qui procèdent pour la plupart à un simple financement complémentaire des prestations des catégories a, b et c.

⁸ RS 832.10

⁹ Ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (RS 832.112.31)

Le monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie (MOKKE)¹⁰ effectué par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) fournit chaque trimestre un résumé des prestations brutes de l'AOS, autrement dit du total des factures avant déduction des franchises. En 2019, les coûts des soins ambulatoires par personne assurée dans le canton de Berne étaient supérieurs de 29 pour cent à la moyenne suisse. Cette situation est d'autant plus préoccupante que les coûts enregistrés en mode résidentiel pour le canton de Berne dépassent eux aussi sensiblement la moyenne suisse (+25%). Si l'on suit la logique de la priorité à l'ambulatoire, un taux plus élevé dans ce secteur serait plausible face à un taux plus bas dans les soins résidentiels ; or tel n'est pas le cas.

Le canton de Berne arrive aussi en tête s'agissant des revenus des services de maintien à domicile, qui ont passé de 3474 francs par client ou cliente en 2010 à 7125 francs en 2018, soit plus du double. Ce résultat soulève d'autant plus de questions que la moyenne suisse se situe à 4795 francs, autrement dit nettement en dessous.

Le nombre de fournisseurs de prestations dans le canton de Berne affiche par ailleurs une forte croissance selon l'Office fédéral de la statistique (OFS), puisqu'il a augmenté de plus de 50 pour cent entre 2011 et 2018. Dans le détail, la hausse est de 74 pour cent pour les indépendants et indépendantes, de 61 pour cent pour les services privés de maintien à domicile et de 6 pour cent pour ceux d'utilité publique. Berne possède la plus forte densité à l'échelle suisse avec 394 fournisseurs (contre 341 pour Zurich). Dans le même temps, le nombre de patients et patientes par prestataire a diminué de 124 à 99. Par conséquent, le nombre de fournisseurs ne s'est pas accru en raison d'une hausse de la clientèle. Ces chiffres témoignent en fait d'une fragmentation marquée des prestataires, dont certains sont de taille très réduite, ce qui constitue une forte entrave à l'efficacité et à l'économicité.

Enfin, toujours selon l'OFS, le nombre moyen d'heures de prestations par client ou cliente s'est élevé à 68 en 2018, contre 54 en moyenne suisse, et ce sans motifs plausibles tels qu'un taux de maladie supérieur.

Ce facteur et bien d'autres laissent penser que le marché des soins ambulatoires est dans une certaine mesure conditionné par l'offre et que le financement résiduel mis en place par le canton de Berne ne se limite pas à couvrir les frais effectifs mais génère également des profits. Plusieurs services de maintien à domicile affichent d'ailleurs d'importants bénéfices dans leurs comptes annuels (quelque 10,2 millions de francs rien qu'en 2019¹¹). Cette situation est contraire aux dispositions tant de la loi du 16 septembre 1992 sur les subventions cantonales (LCSu)¹² que de la législation fédérale sur l'assurance-maladie. Compte tenu de l'évolution démographique et de la hausse attendue des besoins en soins ambulatoires, la DSSI estime qu'il est urgent d'agir pour garantir un financement adapté à long terme.

Sur la base de ce constat, après analyse de la situation en comparaison intercantonale dans le cadre de différents projets, des lignes directrices ont été élaborées pour garantir la couverture des besoins. Il y a lieu d'adapter le système de financement par étapes pour améliorer la transparence des coûts ainsi que les possibilités de pilotage et de comparaison. Cette réforme vise un double objectif : d'une part rétribuer les fournisseurs de prestations déterminants pour l'offre de soins sur la base de coûts normatifs fondés sur les frais effectifs, d'autre part renforcer le monitoring et la surveillance grâce à des indicateurs et à des critères probants.

Le canton de Berne va donc réaménager son système de financement des soins ambulatoires à partir du 1^{er} janvier 2022. Il convient de corriger les incitations négatives existantes et de prendre des mesures visant à maîtriser les coûts à long terme, en mettant en place un modèle simple, correct et durable. Conformément à l'article 13a LCSu, seuls les coûts supportés pour la fourniture économe et efficace de prestations de bonne qualité sont indemnisés. Le canton continuera d'assumer l'obligation de financement résiduel selon la LAMal qui lui est dévolue par la législation fédérale et veillera à ce que la

¹⁰ www.bag.admin.ch > Chiffres & statistiques > Assurance-maladie > Monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie

¹¹ Services publics et privés de maintien à domicile ainsi qu'appartements protégés

¹² RSB 641.1

patientèle se voie dispenser les prestations définies à l'article 7 OPAS. En d'autres termes, après le changement de régime, tous les fournisseurs de soins à domicile titulaires d'une autorisation d'exploiter ou d'exercer bénéficieront encore de la prise en charge des coûts résiduels par le canton dans le cadre prescrit par la Confédération. Mais le canton n'entend plus financer de prestations supplémentaires, à moins que celles-ci soient impérativement nécessaires à la couverture des besoins et convenues par contrat. Le nouveau système de financement résiduel des soins ambulatoires requiert une adaptation des bases légales. La LPASoc fixe le cadre, concrétisé par l'OPASoc.

2.2 Autorisation et surveillance

Les dispositions de l'OPASoc relatives aux autorisations d'exploiter et à la surveillance ne modifient pas fondamentalement la réglementation existante. Il s'agit plutôt de reformuler et de mieux structurer les principes en vigueur.

Le chapitre ad hoc est subdivisé de la manière suivante : généralités, régime de l'autorisation, autorités compétentes, conditions d'autorisation applicables aux foyers, aux ménages privés et aux services de maintien à domicile, procédure d'autorisation, obligations liées à l'exploitation et surveillance.

Une distinction est désormais établie entre trois catégories de personnel : la direction de l'institution, la direction de la prise en charge ou des soins (direction spécialisée), les collaborateurs et collaboratrices qui fournissent les prestations de soutien. La direction de l'institution porte la responsabilité opérationnelle globale. De son côté, la direction spécialisée assume la responsabilité pédagogique ou socio-éducative ou celle des soins, selon le groupe cible. Par collaborateurs et collaboratrices fournissant les prestations de soutien, on entend les personnes engagées à un taux fixe ou à l'heure qui prennent en charge et soignent les pensionnaires (cf. art. 50). Cette catégorie inclut le personnel prodiguant des prestations de soutien ponctuellement ou dans le cadre d'une autre fonction (p. ex. intendance, cuisine, conciergerie, agriculture), mais pas les personnes effectuant un stage préparatoire ni les bénévoles.

Passer d'une autorisation globale octroyée à la direction du foyer à une autorisation distincte pour la direction de l'institution et celle de la prise en charge ou des soins répond à l'évolution générale et à l'importance accordée aujourd'hui à la qualité des prestations et à la liberté entrepreneuriale. Ainsi, la personne à la tête de l'institution ne doit pas posséder impérativement une formation spécifique au groupe cible, condition qui ne peut plus guère être exigée dans le cadre d'organisations de grande taille à la structure complexe. Elle doit en revanche disposer de la formation et de l'expérience requises en gestion tout en s'appuyant, en l'absence de formation spécifique, sur une direction spécialisée dûment qualifiée pour garantir la qualité de l'offre.

La direction spécialisée est responsable de la qualité des prestations de soins, de prise en charge et de traitement. Les conditions d'autorisation dépendent du secteur de responsabilité ainsi que des tâches spécialisées ou des activités de gestion du personnel qui vont souvent de pair. La responsabilité qualitative confiée à la direction de la prise en charge ou des soins revêt aussi une grande importance dans les situations requérant l'intervention de l'autorité de surveillance.

2.3 Modifications indirectes de l'OASoc

Les modifications indirectes de la LASoc opérées par l'intermédiaire de la LPASoc entraînent des adaptations de l'OASoc notamment dans les domaines suivants : soins médicaux d'urgence, taux hypothécaire de référence, renonciation à la constitution d'un gage immobilier et dette alimentaire en cas de dessaisissement de fortune. Il y a également lieu de procéder à quelques ajustements concernant la réduction individuelle des primes pour les personnes en provenance d'un autre canton, l'aide matérielle restreinte pour les ressortissants et ressortissantes d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) titulaires d'une autorisation de séjour de courte durée

délivrée pour un contrat de travail d'une durée inférieure à une année ainsi que l'octroi de sûretés en cas de location.

3. Interventions parlementaires pertinentes pour la mise en œuvre

Les nouvelles dispositions légales sont l'occasion d'examiner et de réaliser les requêtes formulées dans diverses interventions parlementaires. Celles-ci sont présentées brièvement ci-après, avec un point sur l'état actuel de leur traitement.

Motion 241-2017 Müller (2017.RRGR.666, retirée) Aide et soins à domicile - mission de l'Etat et viabilité économique des soins ambulatoires

Dans sa réponse à la motion, retirée depuis, le Conseil-exécutif relevait que des améliorations étaient possibles dans le financement des prestations d'aide et de soins à domicile. Une adaptation du système devait permettre d'axer le mécanisme de rétribution en vigueur davantage sur les besoins et sur les prestations. Il convenait aussi d'étudier l'opportunité d'étendre l'obligation de prise en charge à toutes les parties contractantes pour garantir la couverture en soins. Les rémunérations actuelles versées dans ce cadre seraient redistribuées via le financement résiduel, indépendamment des prestataires, qui seraient de ce fait tous soumis à cette obligation. Par ailleurs, des incitations selon les cas étaient en cours d'analyse. Il était par exemple question de rémunérer les frais de déplacement effectifs ou de mieux définir les prestations lors de l'évaluation.

L'examen d'une éventuelle extension de l'obligation de prise en charge à tous les prestataires a cependant révélé que l'offre dans le canton de Berne était en règle générale déjà pléthorique. Il en résulte qu'une telle extension ne se justifie pas. Celle-ci pousserait de nombreuses organisations à mettre sur pied une structure trop onéreuse susceptible d'assurer des soins en tout temps sans nécessité absolue. L'OPASoc prévoit par conséquent que l'obligation de prise en charge et, partant, celle d'assumer l'ensemble des prestations n'est réglée par contrat que dans les régions où la situation le requiert véritablement, d'où une rétribution axée à la fois sur les besoins et sur les prestations.

Motion 051-2018 Striffeler-Mürset (2018.RRGR.185, points en question adoptés sous forme de postulat) L'avenir du secteur de la santé passe par des soins ambulatoires solides

- *Les subventions cantonales pour les infirmiers et infirmières indépendants sont supprimées.*
- *Tous les services d'aide et de soins à domicile doivent être soumis à l'obligation de prise en charge des nouveaux clients et nouvelles clientes (tous doivent accepter les courtes interventions, y compris celles nécessitant un long trajet).*

Il est ressorti de l'examen du premier point qu'une suppression des subventions cantonales pour les personnes exerçant à titre indépendant n'était pas possible en raison de la législation fédérale. Tout prestataire agréé a en effet droit à une rémunération de la part des bénéficiaires, de l'assurance-maladie et de l'autorité à qui incombe le financement résiduel.

Après analyse, la DSSI a également rejeté l'extension de l'obligation de prise en charge à l'ensemble des services. De par leur structure, les organisations proposant des appartements protégés ne sont pas en mesure de fournir des prestations dans toute une région ; une telle obligation ne semble donc pas appropriée. Il est par ailleurs apparu que l'offre est en moyenne nettement excédentaire dans le canton de Berne par rapport au reste de la Suisse. Dès lors, il n'est pas judicieux d'étendre l'obligation de prise en charge. La DSSI soutient néanmoins l'égalité des chances et des risques entre les différents prestataires. Par conséquent, les services de maintien à domicile tant publics que privés pourront solliciter à l'avenir une rétribution de l'obligation de prise en charge dans les régions concernées en vertu de l'OPASoc dans le cadre d'un appel d'offres public.

Motion 284-2015 Amstutz (2015.RRGR.1111, adoptée sous forme de postulat) Redéfinir la répartition régionale des places d'EMS

- (...) au sein des arrondissements administratifs en annulant les répartitions régionales actuelles

Un état des lieux a révélé que les principaux objectifs de la motion étaient déjà mis en œuvre. Le canton est néanmoins toujours tenu de garantir la couverture des besoins résidentiels dans toutes les régions, raison pour laquelle une répartition des places jusqu'à l'échelon de la commune est nécessaire. Il n'est pas possible d'y renoncer au sein des arrondissements administratifs.

L'analyse a cependant mis en lumière des manquements dans le système actuel d'attribution régionale des places. Ainsi, seul le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans est aujourd'hui déterminant. La DSSI envisage par conséquent de revoir le dispositif et de prendre en considération des facteurs supplémentaires, par exemple la disponibilité de services de maintien à domicile ou de structures intermédiaires. Voilà qui permettrait aussi de tenir compte de l'évolution actuelle vers des soins coordonnés et intégrés. Le Grand Conseil a pris connaissance du rapport ad hoc du Conseil-exécutif lors de la session de printemps 2021 (décision à l'unanimité).

Motion 203-2019 Roulet Romy (2019.RRGR.251, adoptée) Une campagne de sensibilisation et d'information : 30 octobre, la journée des proches aidants

Une manifestation à l'occasion de la journée des proches aidants a été organisée pour la première fois en 2020 en réponse à la motion. Pour ce faire, le canton de Berne a rejoint la plateforme www.journee-proches-aidants.ch. Compte tenu de l'évaluation positive de cette première journée, la DSSI élabore un projet visant une réalisation régulière. Celui-ci est à considérer comme faisant partie des prestations d'information pour les personnes concernées au sens de l'article 26 LPASoc (en l'occurrence les proches aidants et soignants), à mettre en œuvre par l'OPASoc.

Motion 117-2016 Bachmann (2016.RRGR.595, adoptée sous forme de postulat) Entrée en EMS : versement d'une avance de frais

Il ressort des clarifications effectuées que de nombreux foyers et EMS n'insistent pas pour obtenir une avance de frais dans les cas de rigueur. Ces dépôts servent surtout à couvrir les arriérés qui surviennent lorsqu'une demande de PC a été déposée tardivement ou qu'un ou une pensionnaire décède avant l'édition de la décision d'octroi de PC. Les prestations, qui sont alors versées aux héritiers et héritières, ne peuvent être utilisées pour payer les éventuelles créances qu'une fois la succession réglée. Suite à la révision de la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC)¹³, ces prestations peuvent être perçues directement par les foyers depuis 2021, ce qui permet au moins d'éviter qu'elles ne servent à d'autres fins que pour payer les frais de séjour, ce à quoi elles sont destinées. En outre, il est possible de couvrir la part des frais de logement par une assurance de cautionnement.

Il en résulte que les foyers et EMS pourront désormais réduire les risques de pertes en édictant des règles adaptées. Par conséquent, la DSSI part du principe qu'ils seront de plus en plus nombreux à pouvoir renoncer à ces dépôts. Il n'est donc pas opportun d'adapter les bases légales. Dans sa réponse à la motion, le Conseil-exécutif a déjà rejeté la création d'un fonds cantonal.

Le Grand Conseil a approuvé la proposition de classer la motion lors de la session de printemps 2021.

¹³ RS 831.30

Motion 070-2019 Imboden (2019.RRGR.88, points en question adoptés sous forme de postulat)

Les personnes travaillant avec les personnes âgées et les jeunes enfants méritent un meilleur salaire et plus de respect

- *Dans le secteur du social, en particulier dans les soins aux personnes âgées, le canton n'accorde de mandats qu'à des institutions dont les conditions d'engagement ont été négociées et garanties par des conventions collectives avec les partenaires sociaux, et s'en assure au moment du calcul des indemnités.*

Les premières analyses concernant cette intervention ont montré que son application à la lettre modifierait la situation actuelle en profondeur. A ce jour, seule une poignée d'institutions ont négocié leurs conditions d'engagement par des conventions collectives avec les partenaires sociaux. Le Conseil-exécutif a néanmoins recommandé d'adopter ce point sous forme de postulat, étant « disposé à examiner de plus près comment garantir de manière appropriée le respect de normes minimales (conditions de travail usuelles dans la branche), en accord avec les institutions du troisième âge et du handicap. » Le Grand Conseil a suivi la proposition du Conseil-exécutif par 95 voix contre 50.

Comme indiqué à l'article 17, alinéa 2, lettre *b* LPASoc, il convient de s'assurer que, outre les consignes fixées par la législation sur les subventions cantonales, les institutions respectent les conventions collectives ou les conditions de travail usuelles du lieu et de la branche.

Dans le domaine des soins aux personnes âgées, les associations de fournisseurs de prestations seront invitées à présenter les mesures déjà prises pour appliquer des normes minimales (conditions de travail usuelles dans la branche). S'appuyant sur cet état des lieux, la DSSI étudiera en interne l'opportunité de mettre en œuvre des mesures supplémentaires et fixera la marche à suivre.

Postulat 262-2014 Vanoni (2014.RRGR.1201) Introduction du système de prévoyance-temps

- *Le canton doit examiner l'introduction d'un système de prévoyance-temps.*
- *En guise d'alternative, il faudrait rechercher et présenter d'autres solutions pour renforcer le bénévolat dans la prise en charge des personnes âgées.*

Le rapport du Conseil-exécutif du 18 mars 2020 élaboré en réponse au postulat rejette l'introduction d'un modèle de prévoyance-temps, mais propose trois approches visant à renforcer le bénévolat : intensifier le recours à des personnes non professionnelles formées et encadrées, faire appel à des personnes du domaine de l'intégration et instaurer le rendez-vous annuel du 30 octobre, journée des proches aidants.

Le recours accru à des bénévoles formés et encadrés est envisagé plus particulièrement dans l'aide ménagère et l'accompagnement social. Il s'agit là de prestations qui ne requièrent pas une qualification formelle. Faire appel à la fois à des professionnels et professionnelles et à des bénévoles permet, d'une part, d'évaluer correctement les situations complexes et, d'autre part, d'éviter que des tâches simples ne doivent être effectuées par du personnel qualifié, autrement dit cher. Le bénévolat est aussi imaginable pour la prise en charge de personnes atteintes de démence. La possibilité de confier la coordination des activités bénévoles au service assurant le lien entre les acteurs professionnels est également à l'étude.

Le Grand Conseil a pris connaissance du rapport en automne 2020 et classé le postulat au printemps 2021. A travers cinq déclarations de planification, il demande notamment de nouvelles modalités de reconnaissance du bénévolat, son encouragement sur tout le territoire cantonal, un renforcement de l'engagement des communes, la non-concurrence du travail rémunéré et la prise en compte de normes nationales ainsi qu'un bon encadrement des personnes issues du domaine de l'intégration, dont l'activité bénévole doit rester fondée sur le volontariat.

Motion 217-2020 Zybach (2020.RRGR.287) Garantir des prestations extrahospitalières de haute qualité dans tout le canton de Berne !

- *Maintien du financement des prestations spéciales (soins pédiatriques à domicile, soins oncologiques et palliatifs, soins des plaies et soins psychiatriques)*
- *Indemnisation équitable des temps de trajet et des frais de déplacement des prestataires extrahospitaliers*
- *Allongement de la durée des contrats de prestations (sécurité en termes de planification)*

Après examen, le point 1 a été rejeté. Les prestations spéciales sortent clairement du champ des soins à prendre en charge selon la LAMal. En outre, un maintien du financement est exclu en vertu de l'article 13a LCSu étant donné que la fourniture de telles prestations supplémentaires ne peut être interprétée comme étant économe et efficace.

Les analyses de la DSSI relatives au point 2 ont montré que les indemnités de déplacement ne permettent pas de couvrir intégralement les frais des prestataires et que cette lacune est comblée inadéquatement par des subventions croisées. Il a été constaté par ailleurs que la planification des trajets, la gestion des interventions et la logistique pourraient être optimisées. Par conséquent, le canton aimerait indemniser les interventions de manière à couvrir les frais dès lors qu'elles sont organisées et exécutées dans un souci d'efficacité. Il faut ici tenir compte du fait que l'indemnité de déplacement est inhérente au système dans les soins à domicile et que tous les contributeurs (bénéficiaires, assureurs-maladie, responsables du financement résiduel) participent en règle générale à son financement par le biais de la rémunération des prestations.

Concernant le point 3, la DSSI a décidé que les contrats de prestations pourraient désormais être conclus en règle générale pour une période de quatre ans (au lieu d'un an jusqu'ici), comme prévu par l'OPASoc. La sécurité qui en découle pour les services de maintien à domicile en termes de planification est importante puisque, conformément à l'OPASoc, nul ne peut prétendre à un contrat de prestations avec le canton.

4. Mise en œuvre et évaluation

Après l'entrée en vigueur de la LPASoc et de l'OPASoc, qui en constitue l'une des ordonnances d'exécution, la DSSI suivra l'évolution de près en examinant en particulier si l'actualisation des dispositions relatives au financement des soins résidentiels et ambulatoires fait ses preuves dans la pratique.

5. Commentaire des articles

1. Dispositions générales

Article 1 (But)

L'OPASoc vise à préserver l'intégrité et le respect du droit à l'autodétermination des personnes ayant besoin de soutien en raison de leur âge, de leur état de santé, d'un handicap ou d'une addiction qui recourent à des prestations soumises à autorisation selon l'ordonnance. Il s'agit également d'assurer une offre cantonale de programmes d'action sociale conforme aux besoins à un coût approprié et de garantir la formation dans les professions de la santé non universitaires. Les EMS et les services de maintien à domicile seront ainsi tenus de former le personnel requis.

Article 2 (Champ d'application)

Lettre a

L'ordonnance règle les principes et les modalités du financement des programmes d'action sociale visant le soutien aux personnes ayant besoin d'une prise en charge et de soins, la promotion de la santé et l'aide en cas d'addiction ou l'insertion professionnelle et sociale.

Lettre b

En principe, les dispositions de l'OPASoc s'appliquent à tous les fournisseurs de programmes d'action sociale qui prennent en charge en mode résidentiel des adultes ayant besoin de soutien.

Sont soumis à autorisation les foyers et les ménages privés proposant des programmes d'action sociale en vertu des articles 25 à 36 LPASoc. Quant aux programmes destinés aux enfants et aux adolescents qui requièrent une autorisation, ils sont réglés par l'ordonnance sur les programmes de soutien à l'enfance, à la jeunesse et à la famille (OEJF).

Le régime de l'autorisation applicable aux services de maintien à domicile, réglé jusqu'ici par la législation sur la santé publique, relève désormais de la LPASoc et de l'OPASoc.

Lettre c

L'ordonnance règle en outre les mesures visant à garantir le respect de l'obligation de former le personnel qualifié requis dans le canton de Berne par les EMS et les services de maintien à domicile.

2. Financement

2.1 Généralités

Article 3 (Octroi de contributions)

Cette disposition correspond pour l'essentiel à l'article 25 OASoc.

Article 4 (Subsidiarité)

L'article 28 OASoc est pratiquement repris dans sa teneur actuelle. Il convient de considérer les fonds propres, mais de manière appropriée (cf. commentaire de l'art. 5) : les compter entièrement pourrait freiner l'innovation. Le respect du droit supérieur (LAMal, LPASoc) va de soi.

Article 5 (Prise en compte des fonds propres)

Alinéa 1

Conformément à l'article 8, alinéa 2 LPASoc, le calcul de la contribution aux fournisseurs de prestations tient compte *de manière appropriée* de toutes les recettes provenant de l'activité. Ne sont pas pris en considération, en particulier, les dons et les legs versés à des fins déterminées pour d'autres buts. L'intégration des recettes et fonds propres des fournisseurs de prestations découle du principe de subsidiarité. En précisant qu'il s'agit des ressources « provenant de l'activité » (cf. art. 8, al. 2 LPASoc), on évite que les recettes générées dans un tout autre domaine réduisent la contribution cantonale. Les modalités sont à régler dans le contrat de prestations ou dans la décision de subventionnement, ce qui permet de prendre en compte les fonds propres selon le cas d'espèce et de manière appropriée, comme exigé. Il convient d'éviter des effets indésirables tout en mettant en œuvre le compromis auquel avait abouti le débat parlementaire sur l'article 8, alinéa 2 LPASoc.

Alinéa 2

Les recettes et fonds propres attribuables à un domaine de prestations financé par le canton doivent être pris en compte. La liste n'est pas exhaustive.

Sont par exemple visés les éléments suivants :

- réserves issues d'excédents ou fonds de compensation des découverts ;
- libéralités et dons liés, si le rapport avec le domaine est évident ;
- fruit des ventes de prestations ou de produits réalisées dans le cadre des programmes d'occupation et d'insertion professionnelle financés ;
- ventes immobilières, comptabilisées dans le cadre d'une nouvelle subvention d'investissement ;
- contributions des bénéficiaires et émoluments à leur charge ;
- cotisations de membres ;
- financement extérieur contractuel d'un projet pilote ou d'une offre (p. ex. cofinancement, par l'impôt ecclésiastique ou par une autre institution ou administration publique, du conseil en vue du désendettement) ;
- excédents de revenus dégagés par le placement d'enfants avec leurs mères dans un foyer pour personnes présentant une addiction dont le soutien est financé par voie de contrat entre le canton et l'institution ;
- revenus potentiels non exploités, proportionnellement (p. ex. loyers non conformes au marché, recettes LAMal non recouvrées) ;
- transferts de bénéfices ou avantages résultant de l'imputation excessive de frais au domaine financé (rémunération démesurée de la direction opérationnelle, part de frais généraux disproportionnée) ;
- scission ou dissociation de branches de production générant des profits.

Les recettes et fonds propres non affectés sont pris en considération, sauf accord contraire préalable. En font notamment partie

- les libéralités et dons non liés (legs),
- les gains immobiliers,
- les revenus de titres,
- les valeurs patrimoniales non liées, imputées proportionnellement.

Les recettes et fonds propres affectés ne sont pas pris en compte. Exemples :

- libéralités et dons liés (legs), s'ils n'ont aucun rapport avec la prestation achetée ;
- contributions fédérales, par exemple pour des places d'insertion professionnelles distinctes ;
- réserves financières destinées à des réinvestissements nécessaires à l'exploitation ou à la couverture des risques dans d'autres branches de production.

2.2 Subventions d'exploitation

Article 6 (Montant des contributions)

Les dispositions de l'article 27 OASoc sont reprises pratiquement telles quelles. Le financement résiduel des soins tant résidentiels qu'ambulatoires, domaines essentiels s'il en est, est réglé directement et de manière exhaustive dans l'OPASoc, qui indique les chiffres actuels (cf. art. 15, 29 et 30). La DSSI pourra déterminer les coûts imputables et fixer les plafonds par elle-même uniquement dans les autres secteurs. Afin de satisfaire au principe de transparence et d'égalité de traitement entre les fournisseurs, il est essentiel de définir les modalités de calcul et de fixation des contributions et des coûts normatifs de manière contraignante, sur la base d'analyses des coûts. Les données uniformes et exhaustives requises à cet effet ne sont cependant pas disponibles à l'heure actuelle ou ne peuvent être recueillies faute de base juridique. C'est pourquoi la présente ordonnance introduit divers mécanismes de pilotage, précise les données à livrer et contient des consignes sur le modèle de présentation des comptes et la comptabilité analytique. Ce n'est qu'une fois ces instruments en œuvre qu'il sera possible de procéder à des évaluations statistiques et à des analyses des coûts concluantes, qui constitueront le fondement des futurs coûts normatifs.

Article 7 (Aides financières)

L'article 77 LPASoc dispose que la DSSI peut prendre des mesures particulières pour atteindre les objectifs de ladite loi. Elle peut ainsi octroyer des contributions à des organisations ou aux tiers mandatés.

Article 8 (Tarif des prestations)

Les dispositions sur les tarifs de l'article 29 OASoc sont reprises ici.

Les prescriptions tarifaires que la DSSI est habilitée à édicter doivent être inscrites dans une ordonnance de Direction (à l'instar p. ex. de la réglementation tarifaire 2021 applicable aux adultes en situation de handicap en foyers, en centres de jour et en ateliers).

Article 9 (Comptabilité)

Alinéas 1 et 2

L'article 30 OASoc est repris. Les normes comptables dépendent du type et de la taille de l'organisation. Les prescriptions et directives applicables pour la présentation des comptes des fournisseurs (Code des obligations, modèle comptable harmonisé MCH2 ou Swiss GAAP RPC) doivent être définies dans le contrat de prestations.

En principe, la présentation des comptes doit respecter les règles Swiss GAAP RPC, notamment à des fins d'harmonisation interdirectionnelle, dès lors que les fournisseurs concluent des contrats de prestations avec différentes Directions, selon l'autorité délivrant l'autorisation (cf. législations sur les prestations particulières d'encouragement et de protection destinées aux enfants et sur l'école obligatoire).

Cette réglementation est aussi praticable pour les petites structures, car la fondation Swiss GAAP RPC n'impose pas de standards généraux, mais les adapte à la taille des organisations, qu'elle définit. Les plus petites appliquent uniquement la recommandation 21 et les RPC fondamentales (cadre conceptuel et Swiss GAAP RPC 1 à 6). Elles ne sont toutefois pas obligées de produire un rapport de performances et un tableau de flux de trésorerie. Les grandes organisations ayant droit à des subventions appliquent la recommandation 21 ainsi que l'intégralité du référentiel.

Une phase transitoire pour l'introduction des normes SWISS GAAP RPC n'est pas nécessaire, étant donné que les exigences ne sont pas trop détaillées et que les institutions doivent d'ores et déjà présenter leurs comptes selon des prescriptions uniformes et tenir une comptabilité analytique.

Les exceptions, qui doivent être admissibles, sont à régler dans le contrat de prestations (p. ex. MCH2 pour les communes), pour autant qu'un tel contrat soit conclu. De plus, lors de l'octroi de contributions d'un petit montant, l'élaboration d'un simple budget et d'un décompte de projet doit rester possible.

Alinéa 3

Conformément à l'article 97, alinéa 1 LPASoc, les foyers et les services de maintien à domicile sont tenus de respecter les prescriptions relatives à la présentation des comptes et à la comptabilité analytique. Les articles 68 et 69 (obligations liées à l'exploitation) priment l'article 9.

2.3 Subventions d'investissement, cautionnements et prêts

2.3.1 Dérogations concernant les subventions d'investissement

Article 10

Les forfaits d'infrastructure doivent être considérés comme des subventions d'exploitation. Il faut les distinguer des subventions d'investissement au sens de l'article 19 LPASoc, lequel prévoit que les

institutions bénéficiant de forfaits d'infrastructure peuvent se voir octroyer une subvention d'investissement uniquement dans des cas tout à fait exceptionnels (cf. commentaire de [l'art. 19 LPASoc](#)). Il convient par ailleurs de souligner que le financement de projets par des subventions publiques doit suivre un ordre de priorité bien établi au niveau des instruments utilisés, à savoir forfait d'infrastructure en premier lieu, puis prêt ou cautionnement et enfin seulement subvention d'investissement. Le financement doit passer par les forfaits d'infrastructure, alors que les prêts et les subventions d'investissement sont réservés aux cas d'extrême nécessité.

L'octroi supplémentaire d'un prêt, d'un cautionnement ou d'une subvention d'investissement est envisagé uniquement si le canton constate que la couverture des besoins est compromise, avec le risque d'entraîner une lacune dans la prise en charge. Les institutions doivent d'abord avoir épuisé toutes les autres options de financement de leurs investissements (p. ex. crédit privé).

Lors de l'introduction des forfaits d'infrastructure dans le domaine du troisième âge et du long séjour, le Conseil-exécutif avait chargé la DSSI (alors Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale), par ACE 2195 du 23 décembre 2009, d'établir avec la Direction des finances et la Direction des travaux publics et des transports (anc. Direction des travaux publics, des transports et de l'énergie) des lignes directrices pour le futur octroi de subventions d'investissement dans des cas spéciaux non couverts par les forfaits d'infrastructure. Ces lignes directrices n'ont finalement pas vu le jour, mais ledit ACE mentionne à titre d'exemple les modernisations à réaliser lors de rénovations pour se conformer aux exigences légales. Le rapport explicatif évoque la garantie de la couverture des besoins comme critère de renonciation au remboursement des subventions d'investissement dû au 31 décembre 2010 dans le cadre du changement de régime de financement des EMS.

En outre, les subventions d'investissement ne peuvent être portées à l'actif que s'il existe une obligation de remboursement sous condition (à titre d'exemple, elle est de 25 ans dans le domaine du handicap), la durée de la période d'amortissement étant calquée sur celle de l'obligation de remboursement. Dans le cas contraire, elles doivent être inscrites en tant que subventions d'exploitation au compte de résultat.

2.3.2 Dispositions particulières concernant les prêts

Les cautionnements et les prêts, dont il n'est pas question dans la LASoc, sont certes prévus à l'article 20 LPASoc, mais leur octroi doit être réservé à des situations exceptionnelles (p. ex. en lien avec le coronavirus). Il n'appartient pas au canton de financer des projets de construction par ces moyens. En règle générale, les institutions doivent s'adresser à des instituts bancaires, qui sont d'ailleurs mieux à même d'en évaluer la viabilité. Un refus est le signe que leur cote de crédit est mauvaise.

En résumé, il s'agit là d'instruments auxquels il convient de recourir avec une grande retenue. Ils ne doivent être considérés que s'ils visent à assurer les liquidités d'une institution à titre transitoire, notamment en cas de changement de système ou pour garantir la couverture des besoins.

Article 11 (Taux d'intérêt)

Alinéa 1

Le taux d'intérêt de base est fixé en fonction du taux de référence établi par l'Office fédéral du logement à la date de la décision d'octroi. Ce taux de référence est déjà appliqué dans des situations similaires, par exemple le remboursement de subventions d'investissement dans le secteur du long séjour.

Alinéa 2

En général, le taux d'intérêt augmente de 0,25 pour cent par an. Un taux supérieur correspond à un risque considéré comme accru. Le prêteur (le canton) demande ainsi un intérêt plus élevé dès lors qu'il met plus longtemps son argent à la disposition de l'emprunteur, à des conditions fixes (assumant ainsi le risque de passer à côté de conditions de placement plus avantageuses). L'emprunteur représente lui-même un risque s'il fait de mauvaises affaires par exemple. En revanche, le canton demande un intérêt plus bas si le prêt est garanti, notamment par une hypothèque ou par une cédule hypothécaire (cf. al. 3).

L'augmentation est fixée à 0,25 pour cent dans les conditions ordinaires. La précision « en règle générale » permet de tenir compte d'un contexte (global ou spécifique) particulier.

Alinéa 3

Il peut être présumé, en particulier lors de travaux de construction, que le prêt sera garanti par une hypothèque, de sorte que le taux d'intérêt peut être réduit en conséquence.

Article 12 (Durée)

Alinéa 1

La durée du prêt est fixée dans la décision. Un prêt est accordé en général pour dix ans au maximum. Sont déterminantes la situation financière, l'affectation prévue ou, pour les investissements financés par le biais du prêt, la durée d'utilisation probable (cf. al. 2).

Alinéa 2

Des durées différentes doivent pouvoir être admises dans des situations spécifiques justifiées. En cas de construction, la durée du prêt doit correspondre au projet. Il peut donc arriver qu'elle dépasse dix ans.

Article 13 (Remboursement)

Alinéa 1

La décision indique les modalités du remboursement. Des amortissements indéterminés ou des montants annuels choisis librement n'entrent pas en ligne de compte, car une telle latitude compromettrait la planification du compte d'Etat. Le montant annuel est à fixer au préalable pour toute la durée du prêt. Il est néanmoins possible de prévoir des tranches d'un montant différent au fil du temps en les mentionnant dans la décision, par exemple X francs les trois premières années et Y francs les années suivantes.

Alinéa 2

Les modalités de remboursement sont fixées pour chaque prêt, compte tenu en particulier de la situation financière de l'emprunteur et du projet en question.

Alinéa 3

Le remboursement anticipé de la totalité du prêt ou des tranches annuelles est autorisé. Il permet de décharger le compte des investissements du canton et de réduire le risque de perte. Il a de plus un effet positif sur les liquidités du canton ainsi que sur les charges des foyers et du canton.

2.4 Prestations de soins en mode résidentiel ou ambulatoire

2.4.1 Principe

Article 14

Cet article détermine de manière générale qui peut bénéficier des programmes prévus à l'article 25 LPASoc (al. 1) et énonce les critères sur la base desquels les besoins en soins sont déterminés conformément à la législation sur les assurances sociales applicable (LAMal, cf. art. 29 LPASoc) (al. 2). Le service compétent de la DSSI est habilité à financer d'autres prestations que celles dont il assume les coûts résiduels selon la LAMal, en concluant des contrats de prestations (al. 3). Il tient compte pour ce faire en particulier des besoins spécifiques des enfants, des personnes âgées, des malades chroniques et des personnes en fin de vie. Les prestations concrètes n'ont pas encore été définies et, vu l'évolution dynamique de ces secteurs, une description plus précise n'est pas possible. Il convient de considérer le crédit-cadre à arrêter selon l'article 129, alinéa 1 LPASoc.

2.4.2 Coûts des soins en mode résidentiel

Article 15 (Contribution du canton)

Cette disposition porte sur le financement des coûts des soins qui ne sont couverts ni par d'autres assurances sociales que la LAMal ni par les bénéficiaires. Le canton règle ici le financement résiduel en vertu de l'article 25a, alinéa 5 LAMal (al. 1). Les montants par degré de soins sont actuellement fixés à l'article 25a, alinéa 1 OASoc. Depuis 2011, ils sont calculés comme décrit dans la phrase introductive de l'alinéa 2, dans le cadre de l'adaptation annuelle des frais de séjour imputables dans le calcul des PC (art. 3, al. 1 Oi LPC). Sont pris en considération la croissance de la masse salariale pour le personnel du canton, le renchérissement, l'indice des prix de la construction ainsi que le taux hypothécaire de référence. Ces modalités sont maintenues. Les tarifs journaliers maximaux à rémunérer par degré de soins selon l'OPAS sont ainsi fixés sur la base de coûts normatifs (al. 2). Ces contributions cantonales constituent la part du financement des soins qui n'est assumé ni par les assureurs-maladie ni par les personnes assurées (coûts résiduels). Est reconnu en 2022 au titre des coûts normatifs un montant de 22,10 francs par degré (équivalant à 20 minutes de soins), exception faite du degré 1, pour lequel seules 10 minutes sont rémunérées par jour, d'où un montant de 11,05 francs.

Concernant le matériel de soins, la modification de la LAMal au 1^{er} octobre 2021 a introduit un remboursement uniforme au niveau national. La prise en charge incombant désormais aux assureurs-maladie, le canton ne financera plus les frais occasionnés, qui étaient indemnisés à hauteur de 0,16 franc (montant arrondi) pour 10 minutes de soins.

C'est au Conseil-exécutif qu'il revient de définir les tarifs journaliers maximaux, qui sont indiqués à l'article 15, alinéa 2. Cette réglementation permet de garantir, degré par degré, la cohérence avec l'Oi LPC (montants imputables relevant également de la compétence du gouvernement) et avec la croissance de la masse salariale valable pour le personnel cantonal.

L'article 25a, alinéa 5 LAMal s'applique aussi aux soins résidentiels dispensés par un fournisseur de prestations sis en dehors du canton : selon la teneur entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2019, le séjour dans un EMS ne fonde aucune nouvelle compétence et le financement résiduel est réglé par le canton où se situe le fournisseur. A l'heure actuelle, Berne ne fait pas de l'absence de place dans un EMS du canton de domicile situé à proximité une condition préalable à la prise en charge du financement résiduel. Il entend ainsi garantir aux bénéficiaires la liberté d'établissement la plus large possible.

Article 16 (Remise des données)

Les foyers doivent fournir à l'Office de la santé les données et indications requises pour qu'il puisse contrôler les factures. Les coûts par degré de soins peuvent aussi être utilisés pour la planification des soins (évaluation des besoins). La périodicité définie garantit que l'Office de la santé exige uniquement les données requises pour assurer la transparence et faciliter le pilotage. L'OPASoc sera adaptée s'il s'avère que ces deux objectifs peuvent être atteints par d'autres mesures et que certaines données ne sont donc plus nécessaires.

Article 17 (Participation des bénéficiaires aux frais des prestations)

La participation des bénéficiaires de prestations aux coûts des soins résidentiels correspond au plafond admis au niveau fédéral, soit à 20 pour cent de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral à l'article 7a, alinéa 3 OPAS. S'agissant des soins dispensés en EMS, cette participation se monte actuellement à 23 francs par jour (à partir du degré 3).

Articles 18 (Planification des soins) et 19 (Coordination et critères)

Entièrement nouveaux, ces articles constituent le fondement de la planification des soins résidentiels. Celle-ci fixe des objectifs concrets, de même que les mesures à prendre et la voie à suivre pour les

atteindre. Elle cerne les prestations requises dans le canton de Berne et spécifie les structures et les fournisseurs appelés à les assurer. Ce faisant, elle se conforme à la législation fédérale, en respectant notamment les critères uniformes de planification prévus par la LAMal. L'estimation des coûts constitue également un volet important de la planification. Enfin, cette dernière sert de base pour dresser la liste des EMS au sens de l'article 39, alinéa 3 LAMal. C'est le Conseil-exécutif qui est compétent pour ce faire, conformément à l'article 8 de la loi du 6 juin 2000 portant introduction des lois fédérales sur l'assurance-maladie, sur l'assurance-accidents et sur l'assurance militaire (LiLAMAM)¹⁴.

A l'heure actuelle, la planification ne repose que sur la population de plus de 80 ans. L'évolution du nombre de personnes entre 65 et 80 ans n'est pas prise en compte, pas plus que le niveau de développement des prestations ambulatoires ou intermédiaires, lesquelles contribuent pourtant à l'autonomie de la patientèle à domicile. La nouvelle réglementation exige donc une procédure structurée et indique les bases, les données et les évolutions sur lesquelles la planification doit s'appuyer. Elle prévoit également que la planification des soins résidentiels tienne compte des secteurs de la chaîne de prise en charge situés en amont et en aval et qu'elle assure la coordination des prestations fournies dans le canton, voire en dehors. Cette formulation permet d'admettre par exemple des résidences palliatives dans la planification (quel que soit le mode de financement). La couverture des besoins de la population en soins résidentiels est garantie par l'attribution aux fournisseurs de prestations de places sur la liste des EMS. Ladite liste est établie selon les critères prévus par la législation fédérale sur l'assurance-maladie (art. 39, al. 3 LAMal).

Article 20 (Liste des EMS)

Le montant des frais de séjour maximaux imputables dans le calcul des PC diffère selon que la personne vit dans un établissement figurant sur la liste des EMS ou dans un autre foyer (cf. art. 3 ss de l'ordonnance du 16 septembre 2009 portant introduction de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, Oi LPC¹⁵). L'Office de la santé publiera donc la liste des EMS dans un média accessible à tous (p. ex. internet).

2.4.3 Coûts des soins en mode ambulatoire

2.4.3.1 Garantie de la couverture des besoins

Conformément à l'article 41 de la Constitution du canton de Berne du 6 juin 1993 (ConstC)¹⁶, ce dernier doit veiller à ce que l'assistance médicale et paramédicale soit suffisante et économiquement supportable. Il garantit l'emploi efficace et économique des ressources publiques grâce à la planification et à un système de financement judicieux.

Comme indiqué au chiffre 2 du présent rapport, le système de financement des soins ambulatoires va être réaménagé à partir du 1^{er} janvier 2022. Il y a lieu de corriger les incitations négatives existantes et de prendre des mesures visant à maîtriser les coûts à long terme. Le canton continuera d'assurer le financement résiduel selon la LAMal, en se fondant sur les frais effectifs des fournisseurs de prestations, subdivisés en quatre catégories :

- Services de maintien à domicile déterminants, avec contrat de prestations : c'est à eux qu'il revient de garantir la couverture des besoins. Vu les obligations supplémentaires qui leur incombent en vertu de l'article 27, ils reçoivent un tarif plus élevé pour les prestations de soins fournies, de même qu'une indemnité de déplacement appropriée à laquelle s'ajoute un montant annuel pour la prise en compte de la situation géographique (cf. art. 30). Il s'agit là de prestations allant au-delà des exigences de la LAMal, explicitement souhaitées par le canton (et non par la Confédération). Ces tâches entraînent des surplus de dépenses qui n'ont aucun lien avec le

¹⁴ RSB 842.11

¹⁵ RSB 841.311

¹⁶ RSB 101.1

financement résiduel selon la LAMal. Qu'elles soient réalisées par des services privés ou publics n'a pas d'importance. Les services pouvant prétendre à un contrat sont déterminés sur la base des critères décrits à l'article 25.

- Services de maintien à domicile déterminants, sans contrat de prestations : les services qui ne sont pas chargés de garantir la couverture des besoins n'ont pas droit à un contrat avec le canton, mais bénéficient du financement résiduel exigé par la législation fédérale (LAMal), indemnité de déplacement incluse. Ils n'ont pas à assumer de tâches supplémentaires et peuvent déterminer librement leur palette de prestations, en refusant par exemple les interventions non rentables. Il est judicieux que leurs coûts normatifs soient moins élevés, étant donné que ces services enregistrent des frais nettement inférieurs, qu'ils peuvent gérer. Là encore, le statut public ou privé ne joue aucun rôle.
- Infirmiers et infirmières exerçant à titre indépendant : le niveau des coûts résiduels pris en charge pour ces professionnels et professionnelles de la santé est plus bas, puisque leurs frais généraux et la gestion des interventions sont sensiblement moins lourds que pour un service. Les déplacements sont cependant pris en considération. Cette procédure correspond à la pratique usuelle également adoptée par d'autres cantons, comme l'a montré une analyse comparative.
- Prestataires proposant des appartements protégés : leur modèle d'affaires permet à ces institutions de profiter d'importants effets de synergie. Elles peuvent par exemple affecter facilement du personnel soignant de l'EMS à la prise en charge des pensionnaires en appartement protégé. Elles ne doivent en outre assumer aucun frais de déplacement.

Article 21 (Périmètres)

Alinéa 1

Dans le dispositif actuel, le canton de Berne est divisé en 48 périmètres, ce qui tend à être trop élevé. A l'avenir, il faudra définir les zones de soins de sorte que les prestations puissent être fournies de manière plus économique. Lors de la réorganisation du système des soins ambulatoires, ces 48 périmètres seront maintenus dans un premier temps. Le service compétent de la DSSI pourra par la suite envisager une autre structure selon les données récoltées sur le terrain.

Alinéa 2

Pour définir les périmètres, l'Office de la santé prend notamment en compte les critères suivants : situation géographique, langue, accessibilité, population, flux de la patientèle et rentabilité des prestations.

Article 22 (Evaluation de la situation par périmètre)

L'évaluation de la situation en matière de soins dans chaque périmètre repose en principe sur la densité de l'offre et sur celle des services. Ces indicateurs sont établis à partir des données de l'OFS et mis à jour périodiquement¹⁷. Il est possible de s'écarter de la règle si, malgré une couverture en soins suffisante selon ces paramètres, il existe des signes que la fourniture en prestations n'est pas adéquate. C'est par exemple le cas des soins pédiatriques à domicile pour la période contractuelle débutant en 2022.

¹⁷ www.bfs.admin.ch > Trouver des statistiques > 14 – Santé > Système de santé > Aide et soins à domicile

Article 23 (Couverture en soins suffisante)

Alinéa 1

La couverture en soins au sein d'un périmètre est jugée suffisante quand la densité de l'offre est inférieure ou égale à la moyenne suisse et que celle des services est supérieure ou égale à la moyenne suisse. L'évaluation du paysage des soins repose donc sur deux paramètres.

Alinéa 2

Si seul un des deux critères est rempli, il revient à l'Office de la santé de décider, au cas par cas, si la couverture peut être considérée comme assurée. En outre, certaines situations spécifiques peuvent amener à déroger à la règle, par exemple si l'OFS a modifié ses formules de calcul. On peut également imaginer l'influence d'autres facteurs dans un périmètre donné. Le canton veut pouvoir évaluer la couverture facilement, à partir de données existantes. Toutefois, lorsque cela se justifie, il doit disposer d'une marge d'appréciation.

2.4.3.2 Fournisseurs de prestations et conclusion de contrats avec des partenaires déterminants

Article 24 (Principe)

Le chiffre 5, adopté sous forme de postulat, de la motion 051-2018 Striffeler-Mürset *L'avenir du secteur de la santé passe par des soins ambulatoires solides* chargeait le Conseil-exécutif d'examiner la suppression des subventions cantonales pour les infirmiers et infirmières indépendants. Une telle suppression n'est cependant pas envisageable. En effet, la législation fédérale, qui règle le financement des soins, mentionne expressément ces personnes parmi les fournisseurs de prestations potentiels, à condition qu'elles possèdent une autorisation d'exercer. Elles peuvent ainsi prétendre à des prestations des assureurs-maladie, de la patientèle et du canton (coûts résiduels). Il est contraire au droit fédéral de les exclure du financement résiduel, du moins dans le cadre délimité par la législation fédérale.

Article 25 (Contrats de prestations avec des partenaires déterminants)

Alinéas 1 et 2

Si un canton indemnise des prestations de soins ambulatoires supplémentaires et les coûts y afférents, il est libre de décider vers quels fournisseurs se tourner en vertu des bases légales cantonales. C'est précisément le choix retenu par Berne avec le nouveau système. Celui-ci distingue deux catégories de fournisseurs selon qu'ils sont jugés déterminants pour l'offre de soins ou non. Actuellement, les services publics de maintien à domicile prodiguent 74 pour cent des heures de soins et les services privés 14 pour cent. A l'avenir, ces deux groupes (il n'est pas question ici de services spécifiques) formeront la catégorie des fournisseurs déterminants. Inclure les services privés est logique, puisque la plupart des organisations dites d'utilité publique sont aussi de facto des personnes morales de droit privé (SA, SARL, associations, etc.).

Les autres fournisseurs (infirmiers et infirmières indépendants, prestataires de soins ambulatoires en appartements protégés) sont désormais jugés non déterminants. Cette distinction permet au canton d'ajuster le montant du financement résiduel.

A l'heure actuelle, le canton ne peut pas choisir efficacement les partenaires contractuels lui permettant d'assurer la couverture en soins ambulatoires, d'où une surcapacité. Les fournisseurs étant par ailleurs trop nombreux pour que les contrats soient négociés individuellement (près de 400), leurs tâches et obligations ne sont pas toujours adaptées, de même que le contrôle de gestion.

Dans le nouveau système, le canton ne conclura des contrats que dans les périmètres où cela s'impose pour garantir la couverture et uniquement dans la mesure nécessaire. Si, dans un périmètre donné, la couverture des besoins est assurée par le marché libre, le canton ne passera aucun contrat. Dans un tel cas, aucun fournisseur de prestations ne sera soumis à une obligation de prise en charge par voie de

contrat. Tant les organisations d'utilité publique que les services privés sont de possibles partenaires contractuels ; aucun fournisseur ne peut néanmoins exiger du canton qu'il conclue un contrat avec lui.

Les objectifs contractuels peuvent porter sur la réalisation des tâches tout comme sur le développement de l'organisation.

Alinéa 3

Les critères définis à l'alinéa 1 ne sont ni exhaustifs ni exclusifs. Il convient de prendre une décision globale tenant compte de l'ensemble des éléments à considérer, en les pondérant.

Lettre a

Le service compétent de la DSSI examinera si les partenaires contractuels potentiels disposent de capacités suffisantes pour atteindre le volume de prestations attendu. Il y a lieu de regrouper les forces et de favoriser fusions et coopérations, afin de lutter contre la fragmentation des fournisseurs.

Lettre b

L'objectif principal des contrats étant de garantir la couverture des besoins, l'expérience en matière d'obligation de prise en charge est un critère prépondérant. Il s'agit de fournir la totalité des prestations prévues à l'article 7 OPAS et d'admettre l'ensemble des patients et des patientes, quels que soient leurs besoins de soins et leur accessibilité. L'expérience en la matière peut avoir été acquise sur le territoire bernois ou dans d'autres cantons.

Lettre c

La LCSu exige que les prestations subventionnées soient fournies de façon économique. Or tel n'est pas toujours le cas aujourd'hui. Les évaluations de la DSSI montrent par exemple qu'il existe chez certains fournisseurs un déséquilibre entre le profil d'exigences prévu par la législation fédérale selon la catégorie de prestations et les personnes employées dans ces domaines. Ainsi, il n'est pas rare que les soins de base incombent à du personnel infirmier diplômé, tâche pour laquelle ce dernier est surqualifié. Dans la mesure où les tarifs dépendent du profil d'exigences et non de l'exécutant ou de l'exécutante, un problème de coûts se pose inmanquablement. D'autres questions comme la gestion des interventions, la numérisation ou les frais généraux sont aussi à prendre en compte dans l'appréciation de la rentabilité. Le canton tient à ce que les prestations bénéficient en premier lieu à la clientèle. S'agissant de la productivité, l'évaluation se fonde sur la dotation en personnel prévue par le canton pour les soins dispensés dans des établissements résidentiels, soit 1666 heures. Ce chiffre est obtenu en déduisant du volume annuel d'heures d'un poste à temps plein (2184) le temps « non productif », à savoir cinq semaines de vacances, les jours fériés, les perfectionnements, les pauses et autres congés.

Lettre d

Selon l'article 17, alinéa 3 LPASoc, tous les fournisseurs de prestations ayant conclu un contrat doivent s'efforcer de tenir compte de manière appropriée, dans leurs processus d'exploitation, des personnes bénéficiant de l'aide sociale, issues de la migration ou en situation de handicap, en particulier lors de l'engagement, et de proposer des places de formation et de stage.

Conformément aux articles 80 ss LAPSoc, les services de maintien à domicile sont par ailleurs tenus de contribuer à la formation et au perfectionnement pratiques dans les professions de la santé non universitaires.

Lettre e

La *Stratégie de la santé du canton de Berne 2020-2030* prévoit explicitement le développement de réseaux de soins intégrés. Les fournisseurs de soins ambulatoires ont un rôle central à jouer.

Article 26 (Durée du contrat et surcapacité)

Conformément au point 3, adopté sous forme de postulat, de la motion 217-2020 Zybach *Garantir des prestations extrahospitalières de haute qualité dans tout le canton de Berne*, la DSSI a examiné la possibilité d'opter pour une période contractuelle plus longue (un an actuellement). Désormais, celle-ci sera en règle générale de quatre ans. Les fournisseurs de prestations disposeront ainsi d'une plus

grande sécurité en termes de planification, ce qui est d'autant plus important que nul ne peut prétendre à un contrat avec le canton. Dans le même temps, le service compétent de la DSSI verra sa charge réduite, notamment parce que les nouveaux contrats seront conclus seulement en cas de besoin avéré au sein d'un périmètre et uniquement avec certains prestataires. Par ailleurs, le contrôle de gestion sera renforcé et amélioré. Le surcroît de travail qui en découle sera contrebalancé par le rallongement de la période contractuelle, de sorte que le changement de système n'occasionnera pas de surplus de dépenses.

Article 27 (Tâches et obligations des partenaires contractuels)

Le point 2, adopté sous forme de postulat, de la motion 051-2018 Striffeler-Mürset *L'avenir du secteur de la santé passe par des soins ambulatoires solides* chargeait le Conseil-exécutif d'examiner une extension de l'obligation de prise en charge à l'ensemble des services de maintien à domicile. La législation fédérale n'impose aucune obligation de la sorte, mais le canton peut la prévoir si la couverture des besoins l'exige. Seules sont concernées les prestations au sens de l'article 7 OPAS, dans le cadre qui y est défini. Outre les soins, il peut s'agir de tâches d'assistance (p. ex. structure de jour pour personnes présentant une maladie psychique), pour autant qu'elles soient spécifiées à l'article 7 OPAS.

A l'heure actuelle, seuls les prestataires publics sont soumis à une telle obligation et reçoivent à ce titre une indemnisation du canton, contrairement aux services privés de maintien à domicile, aux infirmiers et infirmières indépendants et aux organisations proposant des appartements protégés. Sur le principe, le canton est favorable à l'élargissement de cette obligation de prise en charge aux services privés, car cela stimulerait la concurrence et entraînerait une meilleure vérité des prix. Mais la DSSI estime qu'une telle extension ne serait ni compatible avec leurs conditions structurelles, ni nécessaire pour garantir la couverture en soins.

Dès lors que l'obligation de prise en charge induit des conséquences financières et que le secteur des soins connaît actuellement une surcapacité, la DSSI ne souhaite pas l'imposer à tous les services de maintien à domicile, qu'ils soient d'utilité publique ou privés. En effet, cela ne ferait que remplacer une incitation indésirable par une autre, tout en rendant le système inutilement plus coûteux. Par conséquent, ne seront soumises à cette obligation, et indemnisées en conséquence, que les organisations (privées ou publiques) qui ont conclu avec le service compétent de la DSSI un contrat de prestations visant à garantir la couverture des besoins.

Article 28 (Information de la population)

Toute violation, par un partenaire contractuel, de l'obligation de fournir les prestations requises pour garantir la couverture des besoins doit être signalée à l'Office de la santé. Un partenaire contractuel qui manque à ses devoirs doit en assumer les conséquences. Selon l'ampleur et la fréquence de la violation, le contrat de prestations peut être résilié avec effet immédiat.

2.4.3.3 Financement

Article 29 (Contribution du canton)

Le changement de système visant à garantir la couverture des besoins en soins ambulatoires n'a pas d'incidence sur le budget. L'idée n'est pas de réaliser des économies, mais de simplifier le dispositif tout en le rendant plus efficient et comparable avec celui des autres cantons. En outre, la situation financière du canton n'autorise pas de dépenses supplémentaires.

Lorsqu'il n'est pas indispensable pour garantir la couverture des besoins, le financement résiduel du canton se limitera aux prescriptions fédérales. Les fonds ainsi libérés seront redistribués aux partenaires contractuels du domaine ambulatoire mandatés pour assurer cette tâche.

Le point 2, adopté sous forme de postulat, de la motion 217-2020 Zybach *Garantir des prestations extrahospitalières de haute qualité dans tout le canton de Berne !* chargeait le Conseil-exécutif

d'examiner la rétribution de la mobilité : les temps de trajet et les frais de déplacement liés aux prestations extrahospitalières doivent être indemnisés équitablement sur la base des coûts réels, en tenant compte de l'hétérogénéité du canton de Berne, notamment sur les plans géographique, topographique et démographique.

Il ressort des analyses de la DSSI que les indemnités de déplacement ne couvrent pas toujours les frais effectifs, de sorte que cette lacune est parfois inadéquatement comblée par des subventions croisées. Le potentiel d'amélioration de la planification des trajets, de la gestion des interventions et de la logistique a également été mis en évidence. Aussi le canton souhaite-t-il rétribuer les interventions de manière à couvrir les coûts, à condition qu'elles soient organisées et réalisées efficacement.

Il est précisé à l'article 7a, alinéa 1 OPAS fixant les tarifs à financer par l'assurance-maladie que celle-ci prend en charge les montants « sur les coûts » des prestations définies à l'article 7, alinéa 2 OPAS. En d'autres termes, il s'agit de participations aux coûts. La législation fédérale ne se prononce pas sur la répartition entre les contributeurs : aucune part spécifique ne doit être supportée exclusivement par les caisses-maladie, par la clientèle ou par le canton. L'article 7, alinéa 2 OPAS se réfère au contraire aux prestations à assumer conjointement par les trois financeurs.

Il est dans la nature du système que les fournisseurs de soins ambulatoires effectuent des trajets, puisque ces soins sont dispensés à domicile. Rien ne justifie dès lors que le canton prenne à sa seule charge le coût des déplacements. Au contraire, tous les cofinanceurs participent à l'ensemble des coûts prévus par la législation fédérale, et le canton assume uniquement la part qui lui revient, qu'il s'agisse des soins au sens strict ou des frais liés par exemple à la coordination ou aux déplacements.

De plus, les fournisseurs qui n'ont pas conclu de contrat avec le service compétent de la DSSI peuvent choisir, au nom de leur liberté entrepreneuriale, quelles interventions ils souhaitent réaliser, avec les trajets que cela implique. Par conséquent, le canton inclura les déplacements de ces fournisseurs dans le calcul des coûts normatifs afférents à ces derniers, à la hauteur de sa participation en tant que cofinancier.

Des rémunérations spécifiques sont fixées par type de prestations selon l'article 7, alinéa 2 OPAS (a. évaluation, conseils et coordination ; b. examens et traitements ; c. soins de base) et par catégorie de fournisseurs :

- services de maintien à domicile déterminants pour l'offre de soins,
- infirmiers et infirmières exerçant à titre indépendant,
- prestataires proposant des appartements protégés.

Les rémunérations sont définies sur la base de coûts normatifs, ce qui permet la différenciation voulue. Les chiffres s'entendent avant déduction de la participation de la patientèle.

Les coûts normatifs tiennent compte de la nature des prestations d'une part (cf. art. 7, al. 2 OPAS) et de la structure des coûts par catégorie de fournisseurs d'autre part, comme exposé plus haut au commentaire de la sous-section 2.4.3.1.

Les montants assumés par le canton de Berne dans le cadre du financement résiduel ne constituent qu'une partie de la rétribution des fournisseurs de prestations. Ces derniers bénéficient en premier lieu des tarifs fixés par le Conseil fédéral, qui se montent aujourd'hui (2021) à respectivement 76,90 francs, 63 francs et 52,60 francs pour les prestations de soins des catégories a, b et c de l'OPAS, à la charge des assureurs-maladie. S'y ajoute la participation éventuelle de la patientèle. Le canton rémunère le solde des frais reconnus selon le modèle des coûts normatifs.

A titre d'exemple, bien que le canton rémunère les infirmiers et infirmières exerçant à titre indépendant (art. 29, al. 3) davantage pour les soins de base que pour l'évaluation, les conseils et la coordination, les fournisseurs de prestations recevront cependant globalement une rétribution plus importante pour cette dernière catégorie de prestations, à savoir les 76,90 francs susmentionnés + 28 francs du canton, soit un

total de 104, 90 francs, sans compter la participation du patient ou de la patiente (contre CHF 85,10 + participation de la patientèle pour les soins de base).

Les tarifs cantonaux déterminants pour le financement résiduel des soins ambulatoires selon l'article 25a LAMal sont définis annuellement. Les montants 2022 sont indiqués pour information à l'annexe 1.

Article 30 (Autres rétributions)

Si cela s'avère nécessaire pour couvrir les besoins, le canton conclut un contrat avec des fournisseurs de prestations déterminants sélectionnés à cet effet (cf. art. 25). Il s'agit là d'un mandat allant au-delà des exigences du droit fédéral.

Alinéa 1

Les fournisseurs de prestations déterminants qui ont conclu un contrat avec le service compétent de la DSSI ne peuvent refuser de clients et de clientes, et doivent offrir l'ensemble des prestations de soins prévues à l'article 7, alinéa 2 OPAS dans le périmètre défini. Ainsi, ils sont tenus d'accepter aussi les interventions économiquement moins intéressantes, y compris celles impliquant des déplacements non rentables. En compensation, ces charges supplémentaires donnent lieu à des indemnités supérieures à celles versées aux prestataires qui n'ont pas conclu de contrat avec la DSSI. Les autres rétributions actuelles sont réglées aux alinéas 2 et 3 (supplément pour les soins), à l'alinéa 4 (déplacements) et aux alinéas 5 et 6 (prise en compte de la situation géographique).

Alinéas 2 et 3

Les partenaires contractuels devant fournir l'ensemble des prestations de soins définies à l'article 7 OPAS, ils ne peuvent sélectionner leur offre et il leur est donc moins loisible de la gérer de manière économique. Aussi le canton leur alloue-t-il un supplément par rapport au tarif prévu à l'article 29 pour rétribuer la garantie de la couverture des besoins (al. 2). L'indemnité totale leur revenant est indiquée à l'alinéa 3.

Alinéa 4

Il s'agit d'indemniser les prestataires adéquatement pour les déplacements (trajet et durée). La prestation devant être fournie de manière économique, la rémunération des frais de personnel et des frais matériels est plafonnée.

Comme les prestations de soins, les déplacements sont rétribués sur la base de coûts normatifs, et ce par kilomètre ou par unité de temps. Les frais matériels effectifs sont indemnisés jusqu'à un plafond de cinq kilomètres par heure de soins selon l'OPAS en moyenne trimestrielle (lit. a), les frais effectifs de personnel à concurrence de 15 minutes de temps de trajet par heure de soins selon l'OPAS en moyenne trimestrielle (lit. b). Afin d'assurer une application uniforme et équitable de ces dispositions et d'éviter tout problème de délimitation, les demandes d'indemnité seront approuvées uniquement

- si l'intervention se déroule hors du siège ou de l'antenne du prestataire ;
- s'il ne s'agit pas de prestations dispensées dans le cadre d'appartements protégés ou de prestations comparables et
- si la collaboratrice ou le collaborateur a été indemnisé pour le déplacement (y compris pour la première et la dernière intervention du jour).

Alinéas 5 et 6

L'indemnisation annuelle visant à prendre en compte la situation géographique dans le cadre de la garantie de la couverture des besoins, calculée selon les présents alinéas, se compose de deux éléments :

- un tarif par habitant ou habitante du périmètre¹⁸, actuellement de 5 francs,
- un tarif par unité du coefficient GEO (mètres de routes/nombre d'habitants) de chaque périmètre¹⁹, actuellement de 8148 francs.

Ces deux tarifs sont fixés pour toute la durée de la période contractuelle, sur la base des sources citées. La somme, tous périmètres confondus, se monte actuellement à 5 197 370 francs pour le premier paramètre et à 5 818 636,70 francs pour le second, soit une indemnisation totale de 11 016 006,70 francs. Le changement de système ne donne ainsi lieu à aucun surcoût.

Pour autant que le contrat de prestations dûment signé lui parvienne avant le 15 décembre précédent, la DSSI verse à fin janvier de l'année contractuelle, pour l'ensemble de l'exercice, la subvention couvrant la garantie de la couverture des besoins dans le bassin de population considéré. Si un périmètre est couvert par plusieurs partenaires contractuels, cette subvention est répartie proportionnellement aux heures de soins OPAS décomptées. Dans un tel cas, le versement, provisoire, se fonde sur des suppositions. Les parts définitives sont déterminées une fois le décompte annuel disponible, sur la base des heures de soins fournies durant l'exercice.

Article 31 (Participation des bénéficiaires aux frais des prestations)

Selon le droit fédéral, la participation des bénéficiaires aux coûts des soins ne doit pas dépasser 20 pour cent de la contribution maximale des assurances-maladie, soit actuellement 15,35 francs par jour pour les soins ambulatoires. Pour l'heure, le canton de Berne n'exige pas cette participation des personnes de moins de 65 ans et doit par conséquent la financer lui-même. Il ne s'agit pas de coûts résiduels au sens de la LAMal mais bel et bien d'une prestation supplémentaire du canton en faveur de sa population.

Par contre, les personnes âgées de 65 ans et plus doivent, comme dans le droit en vigueur, participer aux coûts des soins. Cette limite d'âge n'a pas été fixée au hasard : en effet, une partie de ce groupe jouit de bonnes conditions économiques, alors que l'autre peut se voir allouer des prestations complémentaires à l'AVS. A noter que la participation aux frais n'est prise en charge par les PC que si la PC annuelle est calculée selon les dispositions applicables aux personnes vivant à domicile et non en foyer. Le canton rembourse aux bénéficiaires de PC leur participation aux frais d'aide, de soins et d'assistance à domicile ou dans des structures ambulatoires (cf. art. 14, al. 1, lit. b de la loi fédérale sur les prestations complémentaires, LPC²⁰ et art. 15, al. 1 LiLPC²¹).

2.4.3.4 Remise des données

Article 32

Les données mentionnées doivent impérativement être remises à l'Office de la santé afin que celui-ci puisse évaluer périodiquement la situation et réagir si besoin est. La périodicité définie garantit que l'Office de la santé exige uniquement les données requises pour assurer la transparence et faciliter le pilotage. L'OPASoc sera adaptée s'il s'avère que ces deux objectifs peuvent être atteints par d'autres mesures et que certaines données ne sont donc plus nécessaires.

¹⁸ Population résidante permanente : cf. Direction des finances du canton de Berne > Etat de la population ; source : Office fédéral de la statistique, STATPOP

¹⁹ Mètres de routes : cf. Direction des finances du canton de Berne > Mobilité et transports > Infrastructure de transport ; source : Office des ponts et chaussées, informations sur les rues, Office fédéral de topographie swisstopo

²⁰ Loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (RS 831.30)

²¹ Loi du 27 novembre 2008 portant introduction de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (RSB 841.31)

3. Autorisation et surveillance

3.1 Généralités

Article 33 (Protection des personnes ayant besoin de soutien)

Les dispositions suivantes visent à garantir la qualité des prestations soumises à autorisation pour que puisse être réalisé l'objectif de rang supérieur consistant à assurer la protection de la santé et le bien-être des personnes qui doivent recourir à un programme d'action sociale parce qu'elles ont besoin d'une prise en charge, de soins ou d'une autre forme de soutien.

Article 34 (Définitions)

Les définitions de l'article 34 ont été reformulées pour tenir compte des dernières évolutions du paysage de la prise en charge et mieux délimiter les différentes structures. Rien ne change cependant sur le principe : la pratique actuelle en matière d'autorisation n'est ni limitée ni étendue. Les appartements protégés ne sont ainsi toujours pas considérés comme des foyers. Les conditions d'octroi de l'autorisation sont régies par les articles 39 ss.

Alinéa 1

Les foyers sont des structures de prise en charge résidentielle, à distinguer des institutions semi-résidentielles telles que centres de jour et ateliers ainsi que des offres ambulatoires comme les services de maintien à domicile ou les centres de consultation. Ils ont ceci de particulier qu'ils fournissent un logement, auquel s'ajoutent des prestations de soutien aux pensionnaires, repas inclus. La prise en charge en foyer de personnes ayant besoin de soutien en raison de leur âge, de leur état de santé, d'un handicap ou d'une addiction se caractérise par sa durée. Parallèlement, les foyers ont aussi la possibilité d'accueillir des pensionnaires temporairement (jusqu'à trois mois par personne et par année), que ce soit pour des vacances ou pour combler une lacune dans la chaîne de prise en charge. Les institutions qui ne proposent que des séjours de vacances ne sont pas considérées comme des foyers et ne nécessitent pas d'autorisation de la DSSI. L'organisation des locaux peut être très variable : bâtiments, parties de bâtiments, mais aussi appartements dans des immeubles tiers ou encore combinaison de ces options. Les institutions pour personnes présentant un handicap ou une addiction peuvent gérer des logements sur différents sites appartenant au foyer.

Alinéa 2

Sont réputés ménages privés des communautés domestiques dans lesquelles les titulaires de l'autorisation accueillent sous leur toit des pensionnaires ayant besoin de soutien. Ces personnes peuvent également loger dans une annexe sur le même site, pour autant qu'elles partagent la vie quotidienne des titulaires de l'autorisation dans une structure de type familial.

Alinéa 3

La nature et l'objectif principal des prestations de soutien dépendent du groupe cible, de l'âge et des besoins des pensionnaires ainsi que du fournisseur et du programme en question. Un soutien professionnel est nécessaire pour pouvoir tenir compte des différentes exigences.

Alinéa 4

Les services de maintien à domicile proposent des prestations qui permettent à des personnes de tous âges nécessitant un soutien ou des soins de continuer à vivre chez elles, en facilitant et encourageant ce choix. Ces dernières habitent dans leur propre ménage (lit. a et b), dans un foyer pour personnes présentant un handicap ou une addiction (lit. c) ou dans un ménage privé au sens de l'alinéa 2 (lit. d) et y reçoivent des soins prodigués par des personnes qualifiées externes au ménage employées par les services de maintien à domicile.

3.2 Régime de l'autorisation

Article 35

L'obligation de disposer d'une autorisation ne s'applique qu'aux prestations de soutien fournies durablement. Aucune autorisation n'est requise pour les foyers qui proposent uniquement des séjours d'une durée maximale de trois mois (p. ex. maison de cure). Les exigences en matière d'infrastructure et de prise en charge sont moins élevées pour ces institutions que pour les foyers, dès lors que les pensionnaires y séjournent peu de temps. Les soins y sont par ailleurs dispensés par l'intermédiaire de services de maintien à domicile, eux-mêmes soumis à autorisation. Ces offres comprennent notamment les maisons de vacances et les foyers d'accueil pour femmes. N'ont pas non plus besoin d'une autorisation les institutions qui ne fournissent que des prestations de soutien minimales : vu l'autonomie de leurs pensionnaires, les exigences en matière d'infrastructure et de personnel sont réduites pour ces structures (logement avec accompagnement, hébergement d'urgence, hébergement des sans-abri, p. ex.).

3.3 Autorités compétentes

En préalable au commentaire des articles 36 à 38, il convient de mentionner que, selon l'article 14, alinéa 1 de la loi du 23 janvier 2018 sur l'exécution judiciaire (LEJ)²², la Direction de la sécurité (DSE) peut, dans le cadre du droit fédéral et en cas de besoin, autoriser des établissements privés au bénéfice d'une autorisation d'exploiter de la DSSI à exécuter des peines privatives de liberté et des mesures privatives de liberté de droit pénal concernant des adultes.

Conformément à l'article 14, alinéa 2 LEJ, elle peut en outre, dans des cas exceptionnels, délivrer une autorisation d'exploiter à un établissement privé de manière autonome si celui-ci n'accueille que des personnes qui exécutent une peine ou une mesure. La procédure et les conditions d'octroi de l'autorisation sont alors régies par la législation sur l'exécution judiciaire. La DSE applique ce faisant les prescriptions de la législation sur l'aide sociale par analogie et entend le service compétent en vertu de cette législation.

Article 36 (Office de l'intégration et de l'action sociale)

C'est l'Office de l'intégration et de l'action sociale de la DSSI qui délivre les autorisations aux prestataires fournissant logement et soutien aux personnes majeures en ayant besoin en raison d'un handicap ou d'une addiction. Il est également compétent pour assurer la surveillance de ces institutions et ordonner des mesures envers les titulaires d'une autorisation (cf. art. 72).

Article 37 (Office de la santé)

L'Office de la santé de la DSSI est chargé d'accorder des autorisations aux institutions proposant un logement et des prestations de soutien aux personnes tributaires de soins. La surveillance de ces institutions et l'édiction de mesures envers les titulaires d'une autorisation sont également de sa responsabilité (cf. art. 72).

Article 38 (Communes)

Les ménages privés, pour leur part, requièrent une autorisation de la commune dans laquelle ils sont sis, à l'exception de ceux accueillant des personnes ayant besoin de soutien en raison d'une addiction, qui relèvent de l'Office de l'intégration et de l'action sociale (cf. art. 36, al. 1). Les communes sont donc

²² RSB 341.1

également chargées d'assurer la surveillance et d'ordonner les mesures requises envers les titulaires d'une autorisation (cf. art. 72).

Le maintien de la responsabilité communale s'impose en raison du lien de proximité. De plus, ces petites structures de type familial ne sont pas à mettre sur le même plan que les institutions résidentielles professionnelles.

3.4 Conditions d'autorisation applicables aux foyers, aux ménages privés et aux services de maintien à domicile

3.4.1 Garantie d'un soutien dans les règles de l'art

Article 39 (Stratégie de soutien)

Chaque foyer, ménage privé et service de maintien à domicile doit disposer d'une stratégie de soutien, les exigences dépendant du type de structure. La stratégie doit concorder avec le programme d'exploitation au sens de l'article 53.

Alinéa 1

Lettre a

Le foyer doit décrire dans sa stratégie de soutien la procédure adoptée pour déterminer systématiquement les besoins en prestations de santé et de prise en charge ainsi que pour garantir le soutien nécessaire dans le cadre d'une planification individuelle des besoins.

Lettre b

L'institution définit par écrit comment sont organisées et proposées les prestations de soutien requises en matière de soins, de prise en charge et de traitements selon les différents groupes de bénéficiaires. Il s'agit d'assurer la qualité du soutien et de piloter l'exécution. La stratégie doit également contenir des lignes directrices pratiques auxquelles le personnel peut se référer pour fournir des prestations de soutien uniformes, ciblées, efficaces et effectives.

Dans le cas des foyers pour personnes âgées, la description des processus centraux doit porter au minimum sur les thèmes suivants : prévention des risques pour la santé (chutes, escarres, malnutrition), mesures limitatives de liberté, gestion des symptômes (douleurs), soins palliatifs et accompagnement de fin de vie ainsi que gestion et organisation du cadre de vie des personnes présentant des déficiences cognitives (démence).

Concernant les foyers pour personnes présentant un handicap ou une addiction, les thèmes à aborder sont les suivants :

- participation à la vie sociale (p. ex. à travers l'encouragement de la pratique d'une activité de loisir) ;
- protection contre les abus (au plan physique, psychique, sexuel, financier), la violence et la négligence ;
- mesures limitatives de liberté ;
- possibilité d'entretenir des relations (avec la famille, des amis et amies, d'autres pensionnaires) ;
- sexualité en tant que besoin et droit de tout individu ;
- vérifications régulières de l'offre actuelle d'hébergement, de travail ou d'occupation visant à déterminer si celle-ci convient toujours aux pensionnaires ou si un changement est souhaité ;
- participation à des formations continues conformément à la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) ;
- prévention des risques pour la santé (p. ex. diabète, maladies transmissibles).

Lettre c

La stratégie de soutien doit montrer que le foyer observe les principes d'efficacité et d'économicité, d'où des prestations efficaces aux plans à la fois professionnel et financier. Ce critère permet au canton d'assurer une offre conforme aux besoins à un coût approprié (cf. art. 1, al. 1, lit. b).

Lettre d

Outre des consultations régulières, une assistance médicale complète inclut l'organisation d'une prise en charge d'urgence 24 heures sur 24 ainsi que la définition des modalités de collaboration entre le foyer, le ou la médecin responsable ainsi que les pensionnaires et leurs proches ou leur représentation légale. Elle tient compte des souhaits et des besoins des pensionnaires (ou de leur représentation).

Dans le cadre de l'approvisionnement pharmaceutique, l'institution s'assure que les locaux, les équipements, les processus de gestion et l'utilisation des médicaments sont conformes aux bases légales et aux règles de bonnes pratiques de remise des médicaments. Les structures, responsabilités et processus correspondants doivent être définis dans une stratégie.

Lettre e

Diverses occupations sont proposées aux pensionnaires dans le but d'organiser leur quotidien et leur cadre de vie selon leurs besoins et leurs phases de vie. Le foyer leur propose ainsi des activités individuelles ou collectives variées faisant appel alternativement à des facultés physiques, intellectuelles et sociales et stimulant les cinq sens. Il fait par ailleurs en sorte que ses pensionnaires puissent participer à des activités familiales, sociales, spirituelles et publiques. Pour les pensionnaires en âge de travailler, le foyer met en place à l'interne ou à l'externe une structure de jour qui fait office d'emploi. Il soutient en outre ses pensionnaires dans l'organisation et la planification de loisirs et de vacances.

Lettre f

Les informations personnelles relatives aux pensionnaires sont traitées avec les précautions nécessaires et dans le respect de la protection des données. Il est notamment impératif de veiller à ce que seules les personnes autorisées puissent y avoir accès. Un historique est tenu pour chaque pensionnaire, dans lequel toutes les entrées sont datées et assorties de la signature de la personne habilitée. Ce document contient les données de base de la ou du pensionnaire et permet en outre de fixer des objectifs en termes de soins, de prise en charge ou de traitements et de les évaluer de manière systématique. Y sont également consignées les éventuelles mesures de surveillance (p. ex. veille de nuit, poids ou régime alimentaire) ainsi que tout entretien avec les proches ou la représentation légale portant sur la planification et la réalisation des objectifs. Le dossier comprend en outre les ordonnances médicales, une liste actuelle des médicaments ainsi que des informations sur les mesures limitatives de liberté mises en place. Chaque institution détermine sous quelle forme et à quelle fréquence des observations sont consignées dans l'historique. Les informations biographiques ainsi que les habitudes et besoins personnels, sociaux, culturels, spirituels et religieux des pensionnaires sont également documentés. Les décisions des pensionnaires sont inscrites dans leur historique et il en est tenu compte pour la prise en charge et les soins.

Alinéas 2 et 3

Comme indiqué en introduction du commentaire du présent article, les stratégies de soutien des ménages privés et des services de maintien à domicile ne doivent pas comporter tous les points figurant à l'alinéa 1. Les éléments mentionnés à l'alinéa 3 sont exigés des services de maintien à domicile sous une forme analogue, dès lors que ces derniers n'accueillent pas de pensionnaires.

Alinéa 4

Les exigences actuelles pour l'octroi d'une autorisation d'exploiter et la gestion d'un foyer doivent être inscrites dans une ordonnance de Direction, ce qui augmentera leur caractère contraignant tout en laissant suffisamment de latitude pour leur adaptation à l'évolution du domaine et à la politique de prise en charge.

Article 40 (Prise en charge médicale)

Alinéa 1

Le soutien professionnel dont bénéficient les pensionnaires inclut la prise en charge médicale au sein du foyer. Pour la garantir, l'institution conclut un contrat de collaboration avec un ou une médecin tout en laissant le libre choix aux pensionnaires.

Alinéa 2

Le foyer édicte des dispositions concernant les tâches, les compétences et les responsabilités en matière d'assistance médicale ordinaire ou d'urgence au sein de l'institution. Le ou la médecin du foyer, liée à celui-ci par contrat, doit disposer d'une autorisation d'exercer la profession dans le canton de Berne.

Article 41 (Approvisionnement pharmaceutique)

Alinéa 1

Conformément à l'article 32, alinéa 1, lettre *b* LSP, les foyers peuvent disposer de leur propre pharmacie privée, dans la mesure où leur activité le requiert et pour autant qu'un pharmacien ou une pharmacienne ou une ou une médecin titulaire d'une autorisation d'exercer en assume la responsabilité.

Alinéas 2 et 3

L'octroi d'une autorisation pour la tenue d'une pharmacie privée est du ressort du Service pharmaceutique de l'Office de la santé.

Ce dernier édicte des directives définissant les exigences auxquelles il convient de répondre dans les domaines suivants : assurance qualité, personnel, locaux et équipement, contrôle, documentation, renvoi ou élimination des médicaments, contestations, auto-inspection et gestion des substances soumises à contrôle (stupéfiants).

Article 42 (Gestion des médicaments destinés aux pensionnaires)

Alinéa 1

Les foyers qui ne sont pas autorisés à tenir une pharmacie privée confèrent explicitement à une personne formée à cet effet la responsabilité de gérer sur place les médicaments destinés à des pensionnaires spécifiques.

Alinéa 2

Ces foyers confient en outre par contrat la surveillance et le contrôle de l'approvisionnement pharmaceutique de l'établissement à un pharmacien ou une pharmacienne ou à une ou une médecin, qui doit disposer d'une autorisation d'exercer la profession en question dans le canton de Berne.

Alinéa 3

La DSSI demande d'ores et déjà à certains foyers (EMS) qui ne disposent pas d'une autorisation pour la tenue d'une pharmacie privée de remplir chaque année une *Liste de contrôle concernant la gestion des médicaments*. Dans ce document, les foyers confirment qu'ils respectent les exigences requises (assurance qualité, personnel, locaux et équipement, contrôle, documentation, renvoi ou élimination des médicaments, contestations et auto-inspection).

3.4.2 Infrastructure répondant aux besoins

Article 43 (Généralités)

Alinéa 1

Un emplacement, des locaux, des installations et une affectation appropriés au groupe cible, au but du programme et à la stratégie de soutien de l'institution sont des conditions préalables à l'obtention d'une autorisation. Aussi un plan des espaces intérieurs et des environs ainsi qu'un plan d'affectation doivent-ils être disponibles.

Un système d'appel d'urgence fonctionnant 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 est installé selon les groupes cibles.

Alinéa 2

Concernant les ménages privés, l'octroi d'une autorisation par la commune présuppose que les locaux et installations ainsi que leur affectation correspondent aux besoins des pensionnaires et permettent la mise en œuvre de la stratégie de soutien. Là aussi, un plan des espaces intérieurs et des environs est requis.

Etant donné qu'aucune autre exigence n'est édictée par voie d'ordonnance de Direction pour les ménages privés, il est nécessaire de vérifier sur les lieux que chaque pensionnaire dispose d'une chambre individuelle de 10m² au minimum correspondant aux normes d'aménagement du reste du bâtiment. Cette surface est reconnue comme la taille minimale requise pour une chambre d'adulte. De plus, la sphère privée des pensionnaires doit être respectée s'agissant notamment des installations sanitaires.

Alinéa 3

Les services de maintien à domicile s'assurent que les dispositions légales sur la gestion des données de la patientèle sont respectées et que ces données sont protégées en tout temps contre des accès non autorisés, y compris lors d'interventions à domicile.

Si un tel service conserve et gère des médicaments dans ses locaux, il veille à ce que les pièces en question, les équipements, les processus de gestion et l'utilisation des médicaments soient conformes aux bases légales et aux règles de bonnes pratiques de remise de médicaments. Les structures, responsabilités et processus correspondants doivent être définis dans une stratégie.

Alinéa 4

Lorsqu'un service de maintien à domicile fournit des prestations dans ses locaux (p. ex. traitement des plaies, entretiens avec la clientèle, etc.), les pièces et installations en question doivent satisfaire aux exigences en termes d'hygiène et de critères techniques afin de garantir soins professionnels et confidentialité.

Article 44 (Espace personnel et locaux collectifs dans les foyers et les ménages privés)

Les foyers et les ménages privés sont tenus de garantir le respect de la sphère privée. En règle générale, les pensionnaires disposent d'une chambre individuelle correspondant à leurs besoins et à l'orientation stratégique de l'institution. Les établissements de soins pour personnes âgées peuvent proposer des unités pour couples. Les foyers pour personnes présentant un handicap ou une addiction peuvent placer deux pensionnaires dans la même chambre, à condition toutefois de mettre une seconde chambre à leur disposition afin que chacun et chacune ait la possibilité de s'isoler et que la cohabitation puisse être suspendue en tout temps.

Outre un espace habitable personnel et des installations sanitaires, les pensionnaires doivent avoir accès à suffisamment de locaux collectifs conformes à leurs besoins et à la stratégie de l'institution, notamment un salon-salle à manger et des lieux de loisirs. La cuisine constitue également un lieu de

séjour et de rencontre important dans les foyers où elle n'est pas réservée aux professionnels et professionnelles.

Les directives concernant la taille des pièces font partie du programme des locaux visé à l'article 45.

Article 45 (Programme des locaux applicable aux foyers)

L'inscription dans une ordonnance de Direction des normes relatives à l'infrastructure des foyers pour adultes laisse suffisamment de latitude pour l'adaptation des prescriptions à l'évolution du domaine et à la politique de prise en charge. La généralisation de la surface minimale de 10m² par personne s'est révélée peu praticable, raison pour laquelle il est renoncé à définir un espace personnel minimal valable tous secteurs confondus. Les consignes correspondantes seront intégrées dans un programme des locaux propre au domaine de prise en charge, qui peut en outre contenir d'autres spécifications (p. ex. respect de la norme SIA 500). L'autorité compétente peut éventuellement accorder des dérogations, qui peuvent être assorties de charges, pour les bâtiments existants accueillant déjà un foyer autorisé et pour les locations, selon le groupe cible et le programme. Tel peut notamment être le cas lorsque l'infrastructure répond aux besoins du groupe cible et que les adaptations généreraient des coûts inutiles. Aucune dérogation n'est toutefois envisageable si un fournisseur de prestations acquiert un bâtiment dans le but d'y établir une institution soumise à autorisation.

Réduites au minimum, les conditions d'octroi de l'autorisation applicables aux différents domaines sont nettement moins détaillées que les programmes-cadres des locaux antérieurs, notamment les directives de l'assurance-invalidité relatives à la construction de foyers mentionnées dans l'OFoy.

Article 46 (Exigences en matière de sécurité)

Un rapport technique est demandé pour s'assurer du respect des exigences les plus récentes en matière de protection incendie. Les responsabilités sont réglées à l'article 4 de l'ordonnance du 11 mai 1994 sur la protection contre le feu et sur les sapeurs-pompiers (OPFSP)²³ : l'Assurance immobilière est compétente pour l'expertise des bâtiments affectés à l'hébergement ou au soin de 20 personnes ou plus, alors que les communes contrôlent ceux accueillant jusqu'à 19 personnes. Le rapport technique est à la charge de l'institution qui demande une autorisation d'exploiter.

3.4.3 Exigences relatives à la direction et aux ressources en personnel

Article 47 (Direction de l'institution)

Alinéa 1

La direction d'un foyer ou d'un service de maintien à domicile peut également assumer la direction de la prise en charge ou des soins indépendamment de la taille de l'institution ou du service. La fonction peut être exercée en codirection.

Lettre a

La personne responsable de la direction de l'institution doit au moins avoir achevé une formation professionnelle initiale. Un diplôme spécifique au groupe cible est uniquement nécessaire si elle assume également la direction de la prise en charge ou des soins. Si tel n'est pas le cas et qu'elle ne possède donc pas la formation spécialisée appropriée, elle doit disposer des connaissances de base requises pour le groupe cible et les prestations à fournir ou les acquérir après son entrée en fonction.

²³ RSB 871.111

Lettre b

Vu ses responsabilités, la personne dirigeant l'institution doit bénéficier de l'expérience de gestion voulue ou avoir suivi une formation ou une formation complémentaire dans ce domaine. Si elle ne possède pas une telle formation lors de son engagement, elle doit la commencer dans les deux ans qui suivent.

Alinéa 2

La DSSI a la compétence d'édicter des prescriptions sur les formations et formations complémentaires requises ainsi que sur l'étendue de l'expérience professionnelle et de l'expérience de gestion nécessaires. Sont dispensées de la formation les personnes justifiant d'une expérience de gestion suffisante, qui sera sans doute fixée à au moins dix ans.

Article 48 (Direction spécialisée)

Pour pouvoir assumer sa tâche, la personne responsable de la direction de la prise en charge ou des soins doit disposer d'une formation de degré tertiaire adaptée au groupe cible ainsi que d'une expérience professionnelle spécifique. En règle générale, les formations reconnues sont définies dans la LAMal ou dans des concordats intercantonaux. Dans les foyers pour personnes présentant un handicap ou une addiction, la personne chargée de la direction spécialisée ne doit pas nécessairement bénéficier d'une formation ou d'une formation complémentaire en économie d'entreprise et en gestion ou d'une expérience professionnelle dans ces domaines, à moins qu'elle n'assure également la direction de l'institution. On considère qu'elle possède une expérience suffisante lorsqu'elle a travaillé durant deux ans à temps plein après sa formation (pour les temps partiels, durée prolongée au prorata du taux d'occupation). La fonction peut être exercée en codirection.

Article 49 (Exigences spécifiques aux EMS et aux services de maintien à domicile)

Alinéa 1

Lettre a

La personne responsable de la direction des soins dans un EMS ou un service de maintien à domicile doit disposer d'une autorisation d'exercer la profession d'infirmier ou d'infirmière, et ce pour deux raisons : d'une part, elle est appelée à exercer sous sa propre responsabilité, ce qui nécessite une autorisation selon la loi fédérale du 30 septembre 2016 sur les professions de la santé (LPSan)²⁴. D'autre part, dès lors que ces institutions facturent des prestations aux caisses-maladie, elles sont tenues de respecter les dispositions de la législation sur l'assurance-maladie, qui impose une autorisation d'exercer à la direction des soins infirmiers.

Lettre b

Dans un EMS ou un service de maintien à domicile, il incombe à la direction des soins de veiller à ce que les prestations de soutien soient fournies dans les règles de l'art, en fonction du groupe cible. Cette responsabilité professionnelle, généralement alliée à la gestion de personnel, implique des qualifications. La direction spécialisée doit ainsi avoir achevé une formation ou une formation complémentaire en gestion et en organisation ou, à défaut, l'entamer dans les deux ans qui suivent son entrée en fonction.

Alinéa 2

La DSSI dispose ici d'une compétence analogue à celle prévue à l'article 47, alinéa 2.

Article 50 (Personnel)

Les foyers et les services de maintien à domicile doivent disposer de suffisamment d'effectifs et de personnel qualifié doté des compétences professionnelles requises pour répondre de manière adéquate

²⁴ RS 811.21

aux besoins de soutien des pensionnaires ou de la clientèle en termes de soins, de prise en charge et de traitements.

Les collaborateurs et collaboratrices qui ne font pas partie des équipes de soins et de prise en charge mais qui sont régulièrement ou occasionnellement en contact avec les pensionnaires ou les bénéficiaires (p. ex. personnel ménager, hôtelier ou administratif) doivent également entretenir des relations professionnelles adéquates avec ces derniers et ces dernières. Il convient donc de les sensibiliser aux besoins spécifiques du groupe cible (p. ex. personnes en situation de handicap ou atteintes de démence) en leur proposant des formations complémentaires.

Article 51 (Directives concernant le plan des postes des foyers et des services de maintien à domicile)

Alinéa 1

Afin d'assurer le respect des prescriptions de l'article 50, la DSSI peut éditer des directives sur la dotation minimale en personnel soignant titulaire d'un diplôme ou d'un certificat fédéral de capacité. Sont ainsi définies les exigences quantitatives (pour cent de postes) et qualitatives (compétences professionnelles) requises pour fournir une prise en charge et des soins dans les règles de l'art, ce qui est primordial pour garantir la santé physique et psychique des pensionnaires et des bénéficiaires, en particulier en période de crise (p. ex. pandémie).

Alinéa 2

Dans les foyers pour adultes présentant un handicap ou une addiction, peuvent aussi compter comme qualifiées les personnes considérées comme telles par la direction de la prise en charge ou des soins malgré le fait qu'elles ne disposent pas encore d'un titre spécialisé reconnu qui se sont engagées par convention à suivre la formation requise. Dûment documentée, cette appréciation doit notamment spécifier que la personne concernée a donné son accord.

Article 52 (Personnel digne de confiance)

Les personnes dirigeant une institution (foyer ou service de maintien à domicile) ou titulaires de l'autorisation d'exploiter un ménage privé ainsi que les collaborateurs et collaboratrices d'institutions pour personnes présentant un handicap ou une addiction sont soumis à des exigences élevées en termes d'honorabilité. Cette qualité ne se mesure pas uniquement aux infractions commises, mais d'une manière générale au comportement envers les personnes prises en charge et les autorités.

Les foyers, les ménages privés et les services de maintien à domicile doivent vérifier et documenter l'honorabilité de toutes les personnes qu'ils souhaitent engager (civilistes inclus) ainsi que celle de l'ensemble de leur personnel au moins tous les cinq ans.

A cet effet, un extrait du casier judiciaire destiné à des particuliers et un extrait spécial du casier judiciaire destiné à des particuliers, tous deux récents, doivent être exigés de l'ensemble du personnel par les foyers pour personnes présentant un handicap ou une addiction d'une part, des personnes responsables de la direction de l'institution et de la direction spécialisée par les ménages privés et les services de maintien à domicile d'autre part, et ce lors de l'engagement puis tous les cinq ans.

Il incombe aux personnes et services mentionnés à l'alinéa 3 de vérifier que le personnel est digne de confiance. C'est à l'organisme responsable qu'il revient d'évaluer les informations figurant dans les extraits du casier judiciaire (ou à l'autorité délivrant l'autorisation pour les ménages privés, comme le prévoit l'al. 3, lit. b). Le personnel étranger doit présenter un justificatif de valeur équivalente.

3.4.4 Programme d'exploitation

Article 53 (Généralités)

Alinéa 1

Lettre a

Les foyers décrivent dans leur programme d'exploitation les personnes accueillies et les prestations qui leur sont proposées en termes de soins, de prise en charge et de traitements. L'offre et l'orientation de l'institution doivent être adaptées aux pensionnaires et permettre de garantir des prestations professionnelles et conformes aux besoins. Il convient de tenir compte de l'infrastructure et des installations ainsi que des ressources en personnel et des compétences spécialisées à disposition. Le programme d'exploitation et la stratégie de soutien doivent être harmonisés.

Il y a lieu d'aborder au minimum les points suivants : groupe cible, modalités du séjour (durée, taille et composition des groupes de vie, mobilité, etc.), organisation des repas, aménagement du séjour (p. ex. activités, activation, loisirs, vacances, formation) et, le cas échéant, mesures d'orientation professionnelle.

Lettre b

Le programme expose la manière dont l'institution est gérée aux différents échelons hiérarchiques afin de garantir la réalisation des objectifs d'exploitation. Les principes de direction décrivent notamment les modalités de gestion du personnel, des pensionnaires et des partenaires externes. Le programme d'exploitation identifie également les différents niveaux de direction ainsi que les tâches, responsabilités et compétences qui incombent à chaque fonction. Il permet ainsi de mettre en lumière, d'une part, le rôle des personnes dirigeantes et du personnel dans les processus centraux de soins, de prise en charge et de traitement et, d'autre part, l'organisation de ces processus. Les tâches stratégiques et opérationnelles de la direction sont décrites dans le détail, ce qui permet de les délimiter de manière claire. Sont également définies par écrit les responsabilités, compétences et attributions décisionnelles de façon à pouvoir déterminer sans équivoque quelle tâche est du ressort de qui.

Lettre c

Le programme doit comporter au moins les éléments suivants : critères d'admission (avec mention des groupes de personnes qui ne peuvent pas être accueillis), procédure d'admission, critères et procédure de sortie, solutions de suivi; au besoin, le foyer est tenu de contribuer à la recherche d'une nouvelle option pour les pensionnaires qui en requièrent une et de faciliter leur transfert.

Lettre d

En ce qui concerne la gestion des urgences et des crises, sont à exposer au minimum les aspects suivants : mesures de prévention, dispositif et communication d'urgence.

Lettre e

La description de la communication interne et externe porte au moins sur les canaux d'information avec les pensionnaires et leurs proches ou leur représentation légale, les personnes de référence et le personnel ainsi que sur les relations publiques.

Lettre f

Afin que les pensionnaires, leurs proches et le personnel puissent, en cas de besoin, faire appel à un service de médiation indépendant de l'institution, chaque foyer est tenu de désigner dans son programme d'exploitation un organe externe qui n'entretient aucun lien avec les titulaires de l'autorisation d'exploiter ou le personnel dirigeant. Les coordonnées de cet organe sont à communiquer de manière adaptée au groupe cible. Si les foyers sont libres d'opter pour la personne, le service ou l'institution de leur choix, il leur est vivement recommandé de renvoyer au moins à l'Office bernois de médiation pour les questions du troisième âge, de l'encadrement et des homes. Il convient en outre de mentionner l'autorité de surveillance à laquelle les dénonciations peuvent être adressées.

Lettre g

Le programme d'exploitation définit les bases conceptuelles nécessaires pour évaluer, assurer et développer la qualité des prestations dans l'ensemble de l'exploitation. Il décrit les structures (personnes responsables et tâches qui leur sont dévolues), les processus (contrôles de qualité et améliorations) et les résultats visés (p. ex. concernant la qualité de vie des pensionnaires ou la satisfaction du personnel et des partenaires externes).

Lettre h

La description de la collaboration institutionnelle avec les parties prenantes et les partenaires couvre notamment les rapports avec les proches, les institutions, les cliniques, les associations, les autorités de placement et les services spécialisés.

Lettre i

Le foyer présente les mesures mises en place pour permettre aux pensionnaires de mener leur vie comme ils l'entendent au sein de l'institution. Les personnes prises en charge sont non seulement libres d'organiser elles-mêmes leur quotidien mais disposent également d'un droit à l'autodétermination s'agissant des soins, de la prise en charge ou des questions d'ordre médical ou thérapeutique. Le foyer explique par quels moyens l'autodétermination des pensionnaires est garantie dans la mesure de leur capacité de décision et quelles en sont les limites. Il indique également les démarches privilégiées pour inclure les personnes de référence, les proches ainsi que les représentations légales. Le personnel de l'institution respecte la dignité des pensionnaires indépendamment de leur état physique, psychique, social et cognitif. Il leur prodigue la prise en charge, les soins et l'assistance médicale requises en tenant compte de leur personnalité, de leurs caractéristiques et de leur volonté. Il agit selon leurs désirs et leurs besoins et se conforme à leurs décisions. Les personnes accueillies (ou leurs représentants ou représentantes) reçoivent les informations nécessaires pour déterminer elles-mêmes les soins, la prise en charge et l'assistance médicale qu'elles souhaitent se voir dispenser.

Lettre k

Les familles et leurs représentations doivent être informées régulièrement des circonstances, de l'organisation et du déroulement du séjour des pensionnaires et être impliquées dans les processus de décision les concernant. Elles participent en particulier à la préparation de l'admission et des premiers mois du séjour. Par la suite, elles doivent être informées à temps et de manière proactive des changements de statut des pensionnaires ainsi que des adaptations qui en découlent au niveau des soins, de la prise en charge et des traitements. Elles sont en outre mises au courant de tout changement opérationnel ayant des répercussions sur l'offre de prestations ou l'organisation du quotidien.

Lettre l

Afin de protéger les pensionnaires et le personnel, il est impératif de respecter non seulement les prescriptions légales relatives à l'infrastructure et aux installations mais également les mesures d'hygiène (prévention des maladies infectieuses et de la transmission de germes), les règles de protection contre les accidents au sein de l'établissement ou dans ses environs et les mesures de prévention des actes de violence (commis par les pensionnaires, le personnel ou une personne externe).

Alinéa 2

Les ménages privés doivent eux aussi assurer la gestion des urgences et des crises ainsi que l'accès à un organe indépendant externe d'examen des plaintes (cf. al. 1, lit. d et f).

Lettre a

Le programme d'exploitation des ménages privés indique quelles prestations de soins, de prise en charge ou de traitement sont fournies directement par les titulaires de l'autorisation d'exploiter ou, le cas échéant, par leur personnel ou des externes. Seules les prestations pour lesquelles l'institution dispose de qualifications professionnelles suffisantes peuvent être proposées. Il convient également de spécifier qui est chargé de procéder en cas de besoin à des examens ou à des traitements (titulaires de l'autorisation, personnel ou services de maintien à domicile).

Lettre b

La DSSI est l'autorité compétente pour délivrer des autorisations aux ménages privés accueillant des personnes présentant une addiction. Pour l'heure, ces ménages doivent collaborer avec une organisation de placement familial. Cette règle est maintenue étant donné qu'elle favorise l'assurance qualité et la professionnalisation.

Les ménages approuvés par les communes ne sont pas tenus de coopérer avec une telle organisation. En cas de collaboration de ce type, les prestations à fournir par l'organisation (p. ex. facturation, supervisions, entretiens périodiques ou formations complémentaires) sont définies par voie contractuelle.

Alinéa 3

Les éléments mentionnés à l'alinéa 3 sont exigés des services de maintien à domicile sous une forme analogue, dès lors que ces derniers n'accueillent pas de pensionnaires

Article 54 (Contrat de prise en charge)

Alinéa 1

Le séjour en foyer doit faire l'objet d'un contrat entre les parties, qui en définit les modalités ainsi que les droits et devoirs réciproques. Le contrat de prise en charge est signé par le ou la pensionnaire ou, si sa capacité civile est restreinte, par la personne habilitée à le ou la représenter. Il précise les éléments suivants :

Lettre a (prestations) : prise en charge, soins et, le cas échéant, traitements, mais aussi pension (nourriture), logement (chambres), conditions de visite et, d'une manière générale, services proposés.

Lettre b (tarifs et facturation) : obligations financières des pensionnaires ainsi que modalités et périodicité de la facturation.

Lettre c (durée) : durée de validité, délais et motifs de résiliation.

Lettre d (procédure en cas de plainte) : voies de recours internes et compétences.

Lettre e (assistance médicale et pharmaceutique) : gestion des médicaments (comme indiqué précédemment, les pensionnaires sont libres de choisir leur fournisseur, mais en cas d'acquisition et de gestion centralisées, il est nettement plus simple que la personne s'engage par contrat à faire commander l'ensemble de ses médicaments par le foyer).

Lettre f (documents déterminants) : fondements conceptuels et organisationnels (à remettre avec le contrat, systématiquement ou sur demande).

Lettre g (organe d'examen des plaintes) : nom, adresse et numéro de téléphone de l'organe externe (service de médiation) auquel les pensionnaires ou leur représentation légale peuvent s'adresser en cas de besoin (cf. art. 53, al. 1, lit. f).

Lettre h (autres) : autres droits et obligations des parties, tels que les modalités d'accès aux chambres et les règles concernant le prélèvement d'échantillons d'urine définies dans les stratégies des structures d'aide en cas d'addiction.

Alinéa 2

Le séjour dans un ménage privé doit lui aussi faire l'objet d'un contrat. Les points à régler au minimum sont toutefois moins nombreux, vu la différence de contexte. Il convient de se référer au commentaire de l'alinéa 1 pour les détails relatifs à chaque élément.

3.4.5 Couverture des risques d'exploitation

Article 55

Les risques d'exploitation sont couverts de manière appropriée par un contrat d'assurance responsabilité civile d'entreprise. Les dommages corporels doivent être inclus. Le montant assuré découle de la situation spécifique et ne peut pas être défini de manière générale.

3.5 Procédure d'autorisation

Article 56 (Demande)

La demande d'autorisation d'exploiter doit être déposée au moyen du formulaire mis à disposition par la DSSI. Pour les foyers, ce document comprend les dispositions d'exécution édictées par cette dernière, ce qui facilite la vérification du respect des conditions d'octroi, tant pour l'institution qui dépose la demande que pour l'autorité compétente.

Article 57 (Documents requis)

Sont à joindre au formulaire dûment rempli toutes les informations et la documentation demandées.

Article 58 (Vérification sur les lieux)

Avant d'octroyer la première autorisation, l'autorité compétente s'assure sur place que les exigences en matière d'infrastructure sont remplies. Elle peut ainsi vérifier les plans et les documents qui lui ont été remis. Une visite des lieux n'est pas indispensable lorsqu'une autorisation existante doit être adaptée ou renouvelée (en cas de changement de l'organisme responsable, p. ex.) ; l'opportunité d'un contrôle sur les lieux est alors laissée à l'appréciation de l'autorité.

Article 59 (Recours à des tiers)

Si l'évaluation de la demande l'exige, l'autorité compétente peut faire appel à des tiers (organisations spécialisées du secteur du handicap, p. ex.) pour vérifier le respect des conditions d'autorisation.

Article 60 (Octroi de l'autorisation)

Alinéa 1

Dans certaines circonstances, il peut être judicieux d'accorder une autorisation partielle plutôt que de refuser l'octroi. Il convient alors de l'assortir de charges définissant les mesures à prendre pour que les conditions soient remplies.

Alinéa 2

Lorsque les services de maintien à domicile exploitent plusieurs sites, tous doivent satisfaire aux conditions d'autorisation. En effet, les exigences en matière de police sanitaire qui sont vérifiées pour l'octroi ont partout la même importance. L'Office de la santé contrôle l'ensemble des sites et établit une autorisation globale. Si un site ne remplit plus les conditions, il n'est plus admis ; l'autorisation ne porte alors plus que sur ceux qui satisfont toujours aux prescriptions. Lorsque des restrictions sont requises pour un site (durée limitée, conditions), l'Office de la santé l'indique de manière détaillée dans l'autorisation d'exploiter.

Alinéa 3

Les ménages privés constituant des communautés de type familial, l'autorisation d'exploiter est toujours octroyée à une ou deux personnes physiques cohabitant avec les pensionnaires ayant besoin de soutien.

3.6 Obligations liées à l'exploitation

3.6.1 Foyers

Article 61 (Tâches des titulaires d'une autorisation d'exploiter)

Lettre a

Des instruments de mesure adaptés à l'offre et au groupe cible doivent être mis en place pour pouvoir contrôler régulièrement le bien-être physique et psychique des pensionnaires, à assurer en tout temps. Il y a également lieu de vérifier périodiquement au moyen d'outils appropriés que la dignité des pensionnaires est respectée quel que soit leur état physique, psychique, social ou cognitif. A cet égard, le mode de communication doit être adapté aux différents groupes cibles, par exemple aux personnes présentant de graves déficiences cognitives ou atteintes de démence. Les résultats de ces contrôles sont consignés en bonne et due forme dans les dossiers des pensionnaires, de sorte qu'ils soient accessibles aux personnes chargées de planifier la prise en charge et les soins. S'il y a des raisons de penser que le bien-être ou la dignité pourrait être compromis, l'institution doit prendre immédiatement les mesures qui s'imposent aux niveaux stratégique et opérationnel.

Lettre b

Des suppléances adéquates doivent être définies à tous les échelons de la hiérarchie pour que les prestations de soutien soient garanties en permanence. De plus, il est essentiel de demander aux pensionnaires les informations détaillées requises pour adapter les prestations à leurs besoins et à leur état, à consigner dans leur historique (cf. art. 39, al. 1, lit. f). Lorsque les personnes prises en charge ne sont pas en mesure de fournir ces indications directement, il faut chercher à les obtenir autrement, par exemple auprès de leurs proches.

Les titulaires de l'autorisation d'exploiter doivent aussi se tenir au courant des dispositions légales en vigueur et vérifier régulièrement si les prescriptions ont été modifiées et impliquent des changements au sein de l'exploitation.

Lettre c

Les personnes titulaires de l'autorisation d'exploiter tiennent une planification de l'entretien pour les bâtiments de l'institution. Elles se rendent régulièrement sur les lieux pour évaluer l'état des bâtiments et, si nécessaire, engagent le plus rapidement possible des travaux de maintenance ou des rénovations. Lorsque les locaux sont loués, il est également primordial d'en contrôler l'état périodiquement, de signaler sans tarder d'éventuels défauts aux bailleurs et de vérifier qu'il s'ensuit une réparation ou une amélioration.

Lettre d

Il incombe aux personnes investies de la responsabilité stratégique de surveiller et superviser la direction de l'institution. Les titulaires de l'autorisation d'exploiter garantissent par des contrôles réguliers que la stratégie de soutien et le programme d'exploitation sont respectés.

Lettre e

Les titulaires de l'autorisation d'exploiter s'informent des exigences applicables aux fonctions dirigeantes en termes de formation et d'expérience de gestion. Il y a lieu de s'assurer que les personnes susceptibles de se voir confier un tel rôle remplissent les conditions définies. Les exigences correspondantes sont inscrites aux articles 48 et 49.

Lettre f

Les titulaires de l'autorisation d'exploiter répondent de ce que les tâches et les fonctions sont assumées conformément à l'organisation structurelle et fonctionnelle décrite dans le programme d'exploitation (cf. art. 53, al. 1, lit. b).

Lettre g

Les titulaires de l'autorisation d'exploiter mettent en place un système d'assurance qualité approprié. La qualité des soins et de la prise en charge fait l'objet de contrôles réguliers. L'institution prend des

mesures attestées afin d'assurer la qualité des prestations, en dégageant les ressources en personnel et les compétences spécialisées nécessaires. En outre, des dispositions sont prises et consignées pour éviter des événements indésirables et critiques. Il est remédié le plus rapidement possible à d'éventuels manquements.

Lettre h

Les ressources humaines et financières disponibles sont utilisées de manière ciblée afin de prévenir tant des lacunes dans la prise en charge que des surcapacités et d'assurer le fonctionnement de l'exploitation à long terme.

Lettre i

La DSSI publie sur son site internet les consignes financières applicables aux EMS et aux foyers pour personnes présentant une addiction. Les institutions concernées sont tenues d'observer directives et délais. La gestion financière des foyers pour personnes en situation de handicap sera réglementée dans la future LPHand.

Lettre k

Les titulaires de l'autorisation d'exploiter répondent de ce que les fondements conceptuels sont contrôlés et actualisés régulièrement (au minimum tous les cinq ans) et de ce qu'ils sont approuvés par l'organe stratégique. Il s'agit aussi d'adapter les programmes à l'évolution des exigences ainsi qu'aux nouvelles bases juridiques et révisions législatives. La date du dernier contrôle doit figurer dans les documents correspondants.

Article 62 (Tâches de la direction du foyer)

Garante du respect de la législation, la direction s'assure en particulier que les exigences énoncées à l'article 50 concernant le personnel (qualifié) soient remplies.

Lettre a

La direction gère le foyer conformément au mandat qui lui est confié par les titulaires de l'autorisation d'exploiter et aux directives figurant dans le programme d'exploitation. Elle est responsable du bon déroulement des processus d'assurance qualité : elle veille à ce que les objectifs qualitatifs et quantitatifs soient atteints, à ce qu'ils fassent l'objet de contrôles à la fréquence définie et à ce que les mesures nécessaires soient engagées pour remédier aux manquements.

Lettre b

La direction du foyer garantit qu'en cas d'urgence, un membre de l'équipe de prise en charge puisse être sur place dans les plus brefs délais à toute heure du jour ou de la nuit et qu'une personne habilitée à prendre des décisions soit joignable en tout temps.

Lettre c

La direction du foyer est responsable de l'affectation conforme du personnel. Les collaborateurs et collaboratrices peuvent uniquement accomplir les tâches pour lesquelles ils ou elles disposent des aptitudes et compétences professionnelles requises.

Article 63 (Tâches de la direction de la prise en charge ou des soins)

Alinéa 1

La direction spécialisée veille à ce que les besoins de chaque pensionnaire soient évalués régulièrement et à ce qu'il soit procédé aux adaptations requises. Il lui revient également de s'assurer que les prestations de soutien sont fournies conformément aux besoins, par du personnel qualifié.

Alinéa 2

Lettre a

La direction spécialisée fait en sorte qu'une évaluation individuelle des besoins soit réalisée pour tous les pensionnaires au moment de leur admission puis à intervalles réguliers. Cet inventaire doit être

documenté en bonne et due forme et mis à la disposition des collaborateurs et collaboratrices qui doivent avoir accès à ces informations pour leur travail. Tous les processus de soins, de prise en charge et de traitement déterminants sont intégrés dans l'évaluation individuelle.

Lettre b

La direction spécialisée veille à ce qu'il soit tenu compte de la volonté propre des pensionnaires s'agissant des soins, de la prise en charge et des traitements, dans la limite des possibilités de l'exploitation. Un inventaire des souhaits et des besoins des pensionnaires est établi à intervalles réguliers et doit, dans la mesure du possible, être pris en considération dans l'élaboration des processus.

Lettre c

Il revient à la direction spécialisée de faire en sorte que les prestations de soins et de prise en charge requises par le groupe cible soient assurées en tout temps.

Lettre d

Les activités et mesures mises en place dans le domaine des soins, de la prise en charge et des traitements doivent être axées sur les besoins. Il convient de contrôler régulièrement l'adéquation et l'effectivité des mesures et, le cas échéant, de procéder aux adaptations nécessaires. Cette tâche est également du ressort de la direction spécialisée.

3.6.2 Ménages privés

Article 64

Lettre a

Le bien-être des pensionnaires doit être évalué régulièrement au moyen d'une méthode adaptée au groupe cible (entretien ou enquête, p. ex.). Il y a également lieu de vérifier que leur dignité est respectée quel que soit leur état physique, psychique, social ou cognitif. A cet égard, le mode de communication doit être adapté aux différents groupes cibles, par exemple aux personnes présentant de graves déficiences cognitives. Si l'autorité de surveillance (la commune) a des raisons de penser que le bien-être ou la dignité pourraient être compromis, le ménage privé doit prendre immédiatement les mesures qui s'imposent pour remédier à la situation.

Lettre b

Des suppléances adéquates doivent être définies pour que les prestations de soutien soient garanties en permanence. De plus, il est essentiel de demander aux pensionnaires les informations détaillées requises pour adapter les prestations à leurs besoins et à leur état. Lorsque les personnes prises en charge ne sont pas en mesure de fournir ces indications directement, il faut chercher à les obtenir autrement, par exemple auprès de leurs proches.

Lettre c

Les personnes titulaires de l'autorisation d'exploiter veillent à ce que les locaux accueillant les pensionnaires soient en bon état, chauffés et opérationnels. Elles procèdent sans tarder à d'éventuelles réparations.

Lettre d

La stratégie de soutien et le programme d'exploitation doivent être conformes aux besoins des personnes prises en charge. Leur efficacité et leur mise en œuvre font l'objet de contrôles périodiques.

Lettre e

Les personnes titulaires de l'autorisation d'exploiter vérifient régulièrement la qualité des soins et de la prise en charge. Elles prennent des mesures attestées afin d'assurer la qualité des prestations, en dégageant les ressources en personnel et les compétences spécialisées nécessaires. En outre, des dispositions sont prises et consignées pour éviter des événements indésirables et critiques. Il est remédié le plus rapidement possible à d'éventuels manquements.

Lettre f

Les ressources humaines et financières disponibles sont utilisées de manière ciblée afin de prévenir tant des lacunes dans la prise en charge qu'une surcapacité et d'assurer le fonctionnement de l'exploitation à long terme. Les prestations de soins et de prise en charge fournies doivent pouvoir être attestées de manière transparente et plausible à la demande des autorités (p. ex. DSSI ou caisse de compensation), de même que les tarifs, qui doivent être en concordance avec les prestations.

Lettre g

Les titulaires de l'autorisation d'exploiter veillent à ce que les fondements conceptuels soient contrôlés et actualisés régulièrement (au minimum tous les cinq ans). Il s'agit aussi d'adapter les programmes à l'évolution des exigences ainsi qu'aux nouvelles bases légales et révisions législatives. La date du dernier contrôle doit figurer dans les documents correspondants.

3.6.3 Services de maintien à domicile

Article 65 (Tâches des titulaires d'une autorisation d'exploiter)

Lettre a

Il revient aux services de maintien à domicile de surveiller leur personnel et de s'assurer que les prestations sont fournies de manière respectueuse et bienveillante. A cet effet, ils évaluent régulièrement la satisfaction de la patientèle (p. ex. au moyen de questionnaires anonymes **au moment de la prestation ou à son terme**). Les bénéficiaires, leurs personnes de référence, leurs proches et leur représentants ou représentantes doivent avoir la possibilité d'adresser des plaintes de manière informelle s'ils ou elles estiment avoir subi un traitement inapproprié ou reçu une prise en charge ou des soins inadaptés. Les structures et processus requis sont intégrés au travail quotidien, ce qui est à attester.

Les personnes bénéficiant des prestations (ou leur représentation) déterminent elles-mêmes la prise en charge, les soins et l'assistance médicale qu'elles souhaitent se voir dispenser et reçoivent à cet effet les informations nécessaires (documentation).

Lettre b

Le personnel prodigue aux bénéficiaires la prise en charge, les soins et l'assistance médicale dont ces personnes ont besoin en tenant compte de leur personnalité, de leurs caractéristiques et de leur volonté. Il se conforme à leurs souhaits, à leurs besoins et à leurs décisions pour autant que cela soit réalisable dans le contexte donné. Les prestations de soutien se fondent sur une évaluation des besoins individuelle et documentée et sont adaptées à l'état des bénéficiaires.

Lettre c

Lorsque des prestations sont fournies dans les locaux des services de maintien à domicile, les installations et pièces utilisées doivent en tout temps satisfaire aux exigences sanitaires et professionnelles requises pour garantir la sécurité des prestations et le respect de la sphère privée. Les personnes titulaires de l'autorisation d'exploiter tiennent une planification de l'entretien pour les bâtiments de l'institution. Elles se rendent régulièrement sur les lieux pour évaluer l'état des bâtiments et, si nécessaire, engagent le plus rapidement possible des travaux de maintenance ou des rénovations. Lorsque les locaux sont loués, il est également primordial d'en contrôler l'état périodiquement, de signaler sans tarder d'éventuels défauts aux bailleurs et de vérifier qu'il s'ensuit une réparation ou une amélioration.

Lettre d

Il incombe aux personnes investies de la responsabilité stratégique de surveiller et de superviser la direction du service. Les titulaires de l'autorisation d'exploiter garantissent par des contrôles réguliers que la stratégie de soutien et le programme d'exploitation sont respectés.

Lettre e

Les personnes exerçant une fonction dirigeante assument, d'une part, les tâches spécifiques qui leur sont dévolues de par le programme d'exploitation et leur descriptif de poste et, d'autre part, la

responsabilité de leur domaine de compétences. La responsabilité professionnelle revient à un infirmier ou à une infirmière titulaire d'une autorisation d'exercer et n'est pas déléguée.

Lettre f

Les services de maintien à domicile mettent en place un système d'assurance qualité approprié. La qualité des soins et de la prise en charge fait l'objet de contrôles réguliers. Les services prennent des mesures attestées afin d'assurer la qualité des prestations, en dégageant les ressources en personnel et les compétences spécialisées nécessaires. En outre, des dispositions sont prises pour éviter des événements indésirables et critiques. Il est remédié le plus rapidement possible à d'éventuels manquements.

Lettre g

Les ressources humaines et financières disponibles sont utilisées de manière ciblée afin de prévenir tant des lacunes dans la prise en charge que des surcapacités et d'assurer le fonctionnement de l'exploitation à long terme.

Lettre h

Les consignes financières de la DSSI et les délais impartis en la matière doivent être respectés.

Lettre i

Les titulaires de l'autorisation d'exploiter veillent à ce que les fondements conceptuels soient contrôlés et actualisés régulièrement (au minimum tous les cinq ans) et à ce qu'ils soient approuvés par l'organe stratégique. Il s'agit aussi d'adapter les programmes à l'évolution des exigences ainsi qu'aux nouvelles bases juridiques et révisions législatives. La date du dernier contrôle doit figurer dans les documents correspondants.

Article 66 (Tâches de la direction du service)

Alinéa 1

La direction respecte les prescriptions légales ainsi que les dispositions des contrats de prestations et s'assure que le service de maintien à domicile dispose des ressources en personnel et des compétences spécialisées requises pour les prestations à fournir.

Alinéa 2

Lettre a

La direction gère le service conformément au mandat qui lui est confié par les titulaires de l'autorisation d'exploiter et aux directives figurant dans le programme d'exploitation. Elle est responsable du bon déroulement des processus d'assurance qualité : elle veille à ce que les objectifs qualitatifs et quantitatifs soient atteints, à ce qu'ils fassent l'objet de contrôles à la fréquence définie et à ce que les mesures nécessaires soient engagées pour remédier aux manquements.

Lettre b

La direction veille à assurer une prise en charge aussi en dehors de l'horaire usuel, la nuit, le week-end et les jours fériés, si le service est mandaté pour la garantie de la couverture des besoins.

Lettre c

La direction est responsable de l'affectation conforme du personnel. Les collaborateurs et collaboratrices peuvent uniquement accomplir les tâches pour lesquelles ils ou elles disposent des aptitudes et compétences professionnelles requises.

Article 67 (Tâches de la direction des soins)

Alinéa 1

La direction des soins veille à ce que les besoins des bénéficiaires soient évalués régulièrement et à ce qu'il soit procédé aux adaptations requises. Elle donne en outre au personnel qualifié les instructions nécessaires pour que les prestations soient fournies conformément aux besoins.

Alinéa 2

Lettre a

La direction spécialisée s'assure qu'une évaluation individuelle des besoins est réalisée par une personne qualifiée avant le début de la fourniture de prestations. Cet inventaire doit être documenté et mis à la disposition des collaborateurs et collaboratrices qui doivent avoir accès à ces informations pour leur travail.

Lettre b

La direction spécialisée veille à ce qu'il soit tenu compte de la volonté propre des bénéficiaires s'agissant de l'organisation des soins et de la prise en charge, dans la limite des possibilités de l'exploitation. Un inventaire des souhaits et des besoins des bénéficiaires est établi à intervalles réguliers et doit, dans la mesure du possible, être pris en considération dans l'élaboration des processus.

Lettre c

Si le service est mandaté pour la garantie de la couverture des besoins, la direction des soins fait en sorte que les bénéficiaires de prestations puissent recevoir l'assistance requise au moment convenu ainsi que des soins en cas d'urgence (changement des pansements, gestion des symptômes, etc.) 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Lettre d

Les mesures mises en place sont ciblées et correspondent aux besoins identifiés. Il convient de contrôler régulièrement l'adéquation et l'effectivité des mesures et, le cas échéant, de procéder aux adaptations nécessaires. Cette tâche est également du ressort de la direction des soins.

3.6.4 Obligations liées à la comptabilité

Article 68 (Foyers)

Alinéa 1

Les foyers présentent leurs comptes selon les normes Swiss GAAP RPC en vigueur, à moins que le contrat de prestations n'en dispose autrement dans des cas dûment justifiés (p. ex. MCH2 pour les communes).

Alinéas 2 et 3

Conformément à l'ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP)²⁵, les EMS sont d'ores et déjà dans l'obligation de tenir entre autres une comptabilité des coûts et des prestations (cf. art. 11 OCP). L'évaluation du financement des soins résidentiels par la DSSI montre qu'un certain nombre d'EMS, dont des institutions importantes, ne se plient pas à cette consigne, ce qui nuit considérablement à la transparence et à la comparabilité des coûts. Le canton imposera donc à l'avenir les normes CURAVIVA, qui ont été validées au niveau suisse. Outre ses instruments de gestion, l'association propose également une assistance et des formations continues.

Alinéa 4

Les foyers pour personnes présentant un handicap ou une addiction tiennent une comptabilité analytique selon les directives de CURAVIVA Suisse. Sont notamment considérées comme des offres au sens de cet alinéa les ateliers et les prestations non financées par la DSSI (exploitation agricole ou horticole). La comptabilité analytique des EMS est soumise aux exigences spécifiques énoncées aux alinéas 2 et 3.

²⁵ RS 832.104

Article 69 (Services de maintien à domicile)

Alinéas 1 et 2

Les services de maintien à domicile présentent leurs comptes selon les normes Swiss GAAP RPC et tiennent une comptabilité analytique conformément aux exigences de l'association faîtière Aide et soins à domicile Suisse, en se référant aux versions en vigueur. Dans certains cas dûment justifiés, des exceptions aux normes Swiss GAAP RPC peuvent là aussi être convenues par voie contractuelle (p. ex. normes *International Financial Reporting Standards IFRS* au lieu de Swiss GAAP RPC).

Alinéa 3

Lorsqu'un EMS gère un service de maintien à domicile pour fournir des prestations de soins ambulatoires dans le cadre de ses appartements protégés, cette exploitation annexe est soumise aux directives de CURAVIVA applicables à la comptabilité analytique pour maisons de retraite et EMS. Une unité d'imputation séparée doit donc être constituée pour les appartements protégés.

3.6.5 Obligation d'informer

Article 70 (Changements à annoncer au préalable)

Une institution en exploitation qui envisage des adaptations impliquant une modification importante d'une ou de plusieurs conditions d'octroi de l'autorisation doit soumettre son projet au service compétent de la DSSI avant de le réaliser. Il s'agit d'éviter que ce dernier doive ordonner un retour en arrière s'il aboutissait à la conclusion que les changements effectués ne sont pas conformes aux conditions d'octroi. Cette obligation s'applique aussi aux ménages privés, envers la commune.

Lettre a

Les titulaires de l'autorisation d'exploiter annoncent à l'autorité de surveillance toute modification du programme d'exploitation ou de la stratégie de soutien engendrant une réorientation décisive dans la gestion ou dans la fourniture des prestations susceptible de nécessiter une adaptation de l'autorisation.

Lettre b

Les rénovations et les transformations doivent être annoncées lorsque les locaux après travaux ne correspondent plus aux plans remis lors de la demande d'octroi de l'autorisation. En procédant à un examen préalable des modifications envisagées, la DSSI peut informer l'institution concernée des répercussions que le projet aurait sur l'autorisation d'exploiter.

Lettre c

Il est important que la DSSI dispose des données de contact actuelles de la présidence de l'organe stratégique, étant donné que celui-ci est titulaire de l'autorisation d'exploiter. La gestion de l'exploitation relevant de la direction du foyer ou du service de maintien à domicile et de la direction spécialisée, la DSSI doit également connaître les coordonnées des personnes assumant ces fonctions dirigeantes afin de pouvoir les joindre immédiatement si la situation le requiert.

Article 71 (Autres changements et événements à communiquer)

Lettre a

En sa qualité de titulaire de l'autorisation d'exploiter, l'organisme responsable est le premier interlocuteur de l'autorité compétente pour l'octroi des autorisations et pour la surveillance. Tout changement le concernant doit donc être annoncé à l'autorité de surveillance.

Lettre b

La garantie de la protection et de la sécurité des pensionnaires représente l'une des missions les plus importantes de la DSSI, de l'organisme responsable et de la direction d'un foyer. Une sous-dotation en personnel affecte donc un critère de qualité primordial. Lorsqu'un tel problème est porté à sa connaissance, la DSSI procède à une évaluation au cas par cas et lance d'éventuelles mesures (brève

interruption des admissions ou collaboration avec une agence de recrutement, p. ex.) pour écarter toute mise en danger.

Lettre c

Le plan des postes doit être adapté à toute modification du nombre de places dans les institutions pour personnes présentant un handicap ou une addiction. Du fait que la protection des pensionnaires repose dans une large mesure sur le maintien d'effectifs suffisants, le nombre de places est soumis à une obligation d'annoncer.

Lettre d

L'assistance médicale et pharmaceutique doit être assurée en tout temps. Les responsabilités doivent être définies de manière claire afin d'écarter toute mise en danger de la santé, aspect qui revêt un caractère extrêmement sensible.

Lettre e

Par événement extraordinaire, on entend aussi bien un vif intérêt de la presse pour une personne ou une institution donnée qu'un grave accident, un dommage à un bâtiment ou encore une catastrophe naturelle. La DSSI ne vise pas à connaître les noms de personnes données, mais à assurer le bien-être général des pensionnaires et des membres du personnel de l'institution et à prendre les mesures requises pour leur sécurité.

Lettre f

Lorsqu'une procédure relevant du droit pénal est engagée contre une institution, il est impératif d'identifier les mesures préventives à prendre pour protéger les pensionnaires ou les bénéficiaires de prestations tout en assurant la protection de leur personnalité.

Lettre g

L'annonce d'un événement particulier peut révéler un manquement dans la gestion ou dans la fourniture de prestations et revêt donc une importance essentielle en termes de surveillance. Tout décès extraordinaire survenu au sein d'un foyer doit ainsi être signalé à la DSSI. Une annonce de ce type peut également s'avérer utile pour l'identification des cas extrêmement rares d'homicides commis par le personnel sur la patientèle. Cette obligation s'applique aussi aux ménages privés, envers la commune.

3.7 Surveillance

Article 72 (Autorités de surveillance)

L'autorité compétente pour l'octroi et le retrait des autorisations est également l'autorité de surveillance. Il lui revient de prendre les mesures requises, le cas échéant (cf. art. 70, al. 2 et 71, al. 2).

Article 73 (Contrôle, en fonction des risques, du respect des obligations liées à l'exploitation)

Alinéa 1

Les activités de surveillance visent à contrôler le respect des dispositions légales par les titulaires de l'autorisation. Elles servent à protéger les personnes concernées, à identifier et prévenir les irrégularités, à optimiser l'emploi des moyens et à établir ou maintenir un état qui soit conforme au droit. La surveillance étatique intervient à des fins préventives, sur la base des risques constatés, ou à des fins correctives. Elle porte sur les aspects aussi bien professionnels que financiers.

La *surveillance ordinaire* consiste en une évaluation périodique fondée sur des indicateurs qui donne une vue d'ensemble du domaine considéré (p. ex. les foyers), permet d'apprécier les conditions de fourniture des prestations et la qualité de ces dernières, et de procéder à des analyses comparatives. Des contrôles périodiques peuvent également être menés dans les locaux des institutions de manière à vérifier le respect des exigences légales dans leur globalité. A ces deux éléments peuvent s'ajouter, dans le cadre de la *surveillance extraordinaire*, des évaluations et des contrôles au cas par cas menés suite à des dénonciations à l'autorité de surveillance, conformément à ce que prévoit l'article 101 de la

loi du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives (LPJA)²⁶. Les résultats des opérations réalisées sont à leur tour intégrés à l'appréciation des risques effectuée dans le cadre de la surveillance ordinaire.

Les critères de réalisation et d'évaluation des contrôles doivent être déterminés de façon à permettre à l'autorité de surveillance de tirer des conclusions sur l'exploitation de l'institution et la fourniture des prestations. Concrètement, les contrôles périodiques servent à examiner de manière indépendante si l'institution satisfait aux prescriptions légales en termes de ressources, notamment en personnel qualifié, de locaux, d'équipements et de procédures. Si l'objectif premier de ces contrôles est d'apprécier la situation dans une perspective globale, ils peuvent également inclure l'examen détaillé d'une thématique donnée (p. ex. la gestion des mesures limitatives de liberté en foyer). Celle-ci peut être choisie sur la base des antécédents (résultat de l'évaluation fondée sur des indicateurs, dénonciation, collaboration antérieure, etc.).

Le cas échéant, l'institution doit mettre en place des mesures correctives afin d'éliminer les manquements constatés et de satisfaire aux exigences. Les conclusions des contrôles ne constituant qu'un instantané, il se peut que les manquements listés ne soient pas exhaustifs et que d'autres prescriptions ne soient pas respectées dans les faits. Il incombe à l'institution de veiller à l'application du système d'assurance qualité.

Alinéa 2

L'étendue du risque constaté (facteur de risque) détermine la date du prochain contrôle. L'autorité de surveillance fixe la fréquence en tenant compte du nombre de fournisseurs de prestations, de la vulnérabilité des personnes accueillies, des ressources en personnel disponibles pour les tâches de surveillance et des critères de vérification (étendue ou degré du contrôle).

Article 74 (Information)

Alinéa 1

L'autorité de surveillance compétente de la DSSI garantit l'information des personnes directement touchées lorsqu'une autorisation d'exploiter doit être retirée. Elle est également tenue de s'assurer que les autres autorités ou personnes concernées par ce retrait en soient avisées (p. ex. autorité de protection de l'enfant et de l'adulte).

Alinéa 2

Si l'autorité compétente de la commune octroie, modifie ou retire une autorisation d'exploiter un ménage privé accueillant des personnes ayant besoin d'une prise en charge, elle en informe les personnes visées à l'alinéa 1 ainsi que les autorités compétentes de la DSSI.

4. Formation et perfectionnement

Articles 75 à 82

Ces dispositions reprennent, sans changement de fond, les articles 31a à 31h OASoc, qui vont être abrogés. Elles précisent cependant les fournisseurs de prestations qui doivent participer à la formation et au perfectionnement, à savoir les EMS et les services de maintien à domicile (cf. aussi art. 1, al. 1, lit. c OPASoc). Seul le contenu des annexes 2 à 5 de l'OASoc (2 : professions de la santé non universitaires concernées ; 3 : normes applicables ; 4 : pondération des formations et perfectionnements ; 5 : indemnisation) n'est pas repris dans l'OPASoc et sera intégré à l'ordonnance de Direction correspondante (comme c'est aussi le cas pour l'OSH, également en cours de révision).

²⁶ RSB 155.21

Article 83 (Versement compensatoire)

Alinéa 1

Cette disposition correspond à l'actuel article 31i OASoc.

Alinéa 2

Une fois que l'Office de la santé a constaté qu'il devait réclamer le paiement d'une compensation, il doit encore en déterminer le montant. Il s'agit d'abord de calculer la différence entre l'indemnisation due (pour la formation et le perfectionnement réellement fournis) et celle qui a été versée. Le montant de la compensation correspond à trois fois cette différence. Il s'ajoute au remboursement prévu à l'article 82, alinéa 2.

Le mode de calcul du versement compensatoire a été revu en accord avec la branche. Pour tenir compte du fait que les indemnités varient selon le type de formation et de perfectionnement, le montant compensatoire ne se calcule plus à partir de la différence entre l'indemnisation en francs indiquée dans le contrat de prestations et celle obtenue pour la prestation de formation effective. Désormais, il se fonde sur la différence en points, convertie en pour cent, entre la prestation convenue dans le contrat et celle effectivement fournie durant l'exercice. Pour calculer le versement compensatoire dont doit s'acquitter un fournisseur de prestations ayant dépassé la marge de tolérance fixée par le Conseil-exécutif, le pourcentage obtenu est multiplié par l'indemnité prévue en francs, le résultat étant lui-même multiplié par trois.

Cette disposition établit désormais un lien direct entre la prestation de formation fournie et le calcul du versement compensatoire, l'écart en pour cent devenant le facteur déterminant. Le fait que l'indemnité varie selon les prestations de formation et de perfectionnement n'a ainsi plus d'incidence sur le calcul du versement compensatoire. Le mode de calcul de la prestation de formation par semaine de stage reste en revanche inchangé.

Le cas décrit à l'article 31i, alinéa 3 OASoc concernant le calcul du montant du versement compensatoire peut être supprimé, les précisions apportées au nouvel alinéa 2 couvrant également l'exception qu'il contenait.

Le tableau ci-après fournit un exemple :

Prestation de formation et de perfectionnement fixée par décision	210 points
Marge de tolérance arrêtée par le Conseil-exécutif	10%
Prestation à atteindre	189 points
Prestation de formation effectivement fournie	173 points (82,38%)
Différence en pour cent entre la prestation fixée par décision et la prestation effective	17,62%
Dépassement de la marge de tolérance (oui / non)	oui
Versement compensatoire (oui / non)	oui
Indemnité fixée par décision pour la prestation de formation et de perfectionnement	CHF 22 500
Conversion en francs de la différence de 17,62%	CHF 3 964,50
Versement compensatoire = différence en francs multipliée par trois	CHF 11 893,50

Alinéa 3

La compensation est fixée par décision de l'Office de la santé, de même que le délai de versement.

5. Compensation des charges

Article 84 (Charges du canton)

Cette disposition correspond à l'article 32 OASoc. Celui-ci ne peut cependant pas être abrogé tant que les articles 25 et 26 à 31 OASoc restent valables, soit jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPHand. D'ici là, le financement des prestations de soutien aux personnes en situation de handicap doit continuer de s'effectuer sur la base de la LASoc et de l'OASoc.

Article 85 (Charges des communes)

Il s'agit ici d'une reprise de l'article 41 OASoc, qui va par conséquent être abrogé.

Article 86 (Décompte avec le service compétent)

Le décompte s'effectue soit avec l'Office de l'intégration et de l'action sociale, soit avec l'Office de la santé. Au surplus, les dispositions contenues dans les articles 42 à 44 OASoc s'appliquent par analogie.

6. Remise des données : nature, volume et délais

Article 87

Les fournisseurs de prestations et les communes remettent au service compétent de la DSSI les données requises à l'article 114 LPASoc. Une réglementation différente peut être convenue dans les contrats de prestations, en ce qui concerne en particulier les délais.

7. Dispositions finales

Article 88 (Modification d'actes législatifs)

Chiffre 1

Ordonnance du 24 octobre 2001 sur les activités professionnelles dans le secteur sanitaire (ordonnance sur la santé publique, OSP ; RSB 811.111)

Article 5, alinéa 1, lettre d, article 6a et article 14, alinéa 2, lettre c

Les dispositions concernant le régime de l'autorisation applicable aux services de maintien à domicile ayant été transférées de la LSP vers la LPASoc, c'est l'OPASoc et non plus l'OSP qui doit désormais préciser leur application. Les articles mentionnés doivent dès lors être abrogés.

Chiffre 2

Ordonnance du 16 septembre 2009 portant introduction de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (Oî LPC ; RSB 841.311)

Article 1

Alinéa 1

Le renvoi à l'OFoy est remplacé par un renvoi à l'OPASoc.

Article 15

Alinéa 2, lettre a

L'article 25d OASoc est remplacé par l'article 31 OPASoc.

Chiffre 3

Ordonnance du 24 octobre 2001 sur l'aide sociale (OASoc ; RSB 860.111)

Article 8h (Assurance obligatoire des soins)

Alinéa 2a

L'article 8h définit les prestations que les bénéficiaires de l'aide sociale perçoivent en sus de la réduction ordinaire des primes régie par l'ordonnance cantonale du 25 octobre 2000 sur l'assurance-maladie (OCAMal)²⁷. L'alinéa 1 concerne les personnes qui vivaient déjà dans le canton de Berne avant de percevoir l'aide sociale. Le nouvel alinéa 2a vise quant à lui les personnes qui y ont déménagé alors qu'elles bénéficiaient d'une telle aide dans un autre canton. En vertu de l'article 8, alinéa 1 de l'ordonnance fédérale du 7 novembre 2007 sur les subsides fédéraux destinés à la réduction des primes dans l'assurance-maladie (ORPM)²⁸, le droit à la réduction des primes existe pour toute la durée de l'année civile selon le droit du canton dans lequel la personne assurée avait son domicile au 1^{er} janvier. C'est donc le canton de provenance qui doit s'acquitter de la réduction des primes pour le reste de l'année civile. En d'autres termes, l'Office des assurances sociales bernois n'est compétent pour l'octroi de la réduction des primes qu'à compter du 1^{er} janvier de l'année qui suit l'établissement dans le canton de la personne dans le besoin. Il est ainsi possible que des bénéficiaires de l'aide sociale provenant d'autres cantons se voient appliquer, jusqu'à la fin de l'année civile suivant leur emménagement, une réduction des primes plus faible que celle à laquelle ils auraient pu prétendre dans le canton de Berne, le niveau de la réduction étant fixé sur la base des dispositions en vigueur dans leur canton de provenance. En pratique, il arrive malheureusement aussi que le canton de provenance ne s'acquitte plus de la réduction des primes après le déménagement alors qu'il y serait normalement tenu jusqu'à la fin de l'année civile en vertu de l'article 8, alinéa 1 ORPM déjà cité. L'alinéa 2a prévoit désormais que, dans ces deux cas, le service social bernois verse aux bénéficiaires de l'aide sociale nouvellement arrivés dans le canton de Berne la différence par rapport au montant de la réduction ordinaire, en plus de la somme octroyée conformément à l'article 8h, alinéa 1 OASoc. En contrepartie, il réclame au canton de provenance la réduction des primes dont ce dernier est tenu de s'acquitter jusqu'à la fin de l'année civile conformément à l'ORPM ou soutient les bénéficiaires de l'aide sociale dans cette démarche. A cette fin, ces derniers cèdent au service social bernois leur prétention à l'égard de leur canton de provenance. Le service social fait alors valoir vis-à-vis du canton de provenance le principe de subsidiarité énoncé à l'article 9, alinéa 2 LASoc.

Article 8h1 (Soins médicaux d'urgence ; 1. Cas extraordinaire)

Alinéa 1

En cas d'urgence médicale, les personnes dans le besoin non domiciliées en Suisse peuvent prétendre à une aide immédiate²⁹. Souvent, il n'est alors pas facile de savoir si elles bénéficient d'une couverture d'assurance suffisante ou si elles sont en mesure de régler les coûts par leurs propres moyens. De plus, on ne peut attendre d'elles qu'elles aient déposé au préalable une demande d'aide sociale auprès de la commune de séjour compétente. Pour répondre à ces situations, une nouvelle base légale a été créée en l'article 57I LASoc autorisant, à certaines conditions, les hôpitaux et maisons de naissance répertoriés situés dans le canton de Berne à déposer une demande de garantie de participation aux frais auprès du service social compétent. Les coûts correspondants aux cas extraordinaires peuvent être portés à la compensation des charges de l'aide sociale. En vertu de l'alinéa 1, est réputé cas extraordinaire une

²⁷ RSB 842.111.1

²⁸ RS 832.112.4

²⁹ Cf. articles 13 et 21 de la loi fédérale du 24 juin 1977 sur la compétence en matière d'assistance des personnes dans le besoin (loi fédérale en matière d'assistance, LAS ; RS 851.1). Il en va de même pour les Suisses et Suissesses de l'étranger qui séjournent temporairement dans leur pays d'origine. Un éventuel soutien de la Confédération en vertu de la loi fédérale du 26 septembre 2014 sur les personnes et les institutions suisses à l'étranger (loi sur les Suisses de l'étranger, LSEtr ; RS 195.1) est toutefois réservé.

urgence médicale nécessitant un traitement immédiat dans le cadre d'un séjour hospitalier au sens de l'article 3 OCP.

Alinéa 2

Un traitement immédiat est requis si, dans une situation où le pronostic vital est engagé, il y a lieu de prodiguer les premiers soins pour que la personne concernée soit apte à être transférée ensuite dans son pays de domicile ou d'origine. Compte tenu de l'état très précaire de la personne concernée, il n'est évidemment pas possible de déterminer avant la prise en charge qui en supportera les frais. L'objectif du traitement est ainsi de permettre un transfert aussi rapide que possible vers le pays de domicile ou d'origine : il s'agit de sauver la vie de la personne puis, au plus vite, de la rendre apte au transport, le traitement ou la thérapie à proprement parler ne relevant pas des soins médicaux d'urgence tels que décrits à l'article 8h1. Il revient au médecin de décider en dernier ressort si le traitement requis doit être qualifié d'immédiat au sens de l'alinéa 2. Les traitements dépassant le cadre visé à l'alinéa 2 ne sont plus considérés comme immédiats.

Article 8h2 (2. Demande de garantie de participation aux frais)

Alinéa 1

La procédure de décompte des coûts liés à des soins médicaux d'urgence entre les fournisseurs de prestations et les services sociaux est réglée dans l'information systématique des communes bernoises (ISCB) 8/860.1/8.1³⁰. Elle requiert l'emploi des formulaires officiels mis à disposition par l'Office de l'intégration et de l'action sociale.

Alinéa 2

Lettre a

Afin que le service social puisse déterminer si les frais présentés concernent des soins médicaux d'urgence, l'hôpital répertorié ou la maison de naissance répertoriée doit fournir l'ensemble des documents nécessaires à l'examen de la demande (cf. obligation de collaborer inscrite à l'art. 20 LPJA), parmi lesquels figurent les données personnelles du patient ou de la patiente dans le besoin ainsi qu'un rapport médical attestant l'urgence du traitement.

Lettre b

Le fait que la personne concernée soit considérée comme étant dans le besoin constitue un préalable à la prise en charge des coûts par l'aide sociale également pour les demandes de garantie subsidiaire de participation aux frais. Les fournisseurs de prestations (c'est-à-dire les hôpitaux et les maisons de naissance répertoriés dans le canton de Berne selon l'art. 57I LASoc) doivent facturer les coûts induits directement à la personne concernée, en vérifiant auparavant si celle-ci est en mesure de verser un acompte ou de régler immédiatement la totalité des frais. Ils doivent ensuite déterminer si les coûts peuvent être portés à la charge de tiers, en particulier de sociétés d'assurance maladie, voyage ou accidents ou de parents. Il est à souligner que les ressortissants et ressortissantes de l'UE/AELE disposent généralement d'une couverture maladie et accidents. Dans ces cas, les fournisseurs de prestations doivent par conséquent envoyer leurs décomptes en premier lieu à l'Institution commune LAMal à Soleure³¹.

Lettre c

Par ailleurs, les fournisseurs de prestations doivent avoir effectué les démarches internationales de recouvrement afin de prouver au service social bernois l'irrecouvrabilité des créances. Ils doivent présenter des justificatifs probants, attestant qu'ils ont entrepris toutes les démarches de recouvrement requises auprès de la personne concernée ou de tiers (p. ex. caisse-maladie) sans succès, faute de quoi ils assument les frais.

³⁰ www.bsiq.igk.be.ch > Critère de recherche > 8/860.1/8.1

³¹ www.kvg.org/fr

Article 8I (Aide matérielle restreinte)

Alinéa 1

L'article 30 LASoc régit l'aide matérielle ainsi que les restrictions frappant, en vertu de l'alinéa 2 de ce même article, les personnes qui ne peuvent pas prétendre à l'aide sociale en vertu de réglementations internationales, qui sont de passage en Suisse ou qui y séjournent illégalement. Bien que cette disposition ne le précise pas compte tenu de la primauté du droit fédéral, des restrictions existent également pour les personnes auxquelles la législation fédérale refuse tout droit à l'aide sociale.

Depuis l'entrée en vigueur de l'article 8I OASoc, le droit fédéral a justement évolué. Il dispose, à l'alinéa 3 du nouvel article 61a de la loi fédérale du 16 décembre 2005 sur les étrangers et l'intégration (LEI)³², que certaines personnes ne peuvent pas prétendre à l'aide sociale et, dès lors, ne bénéficient plus que de l'aide en situation de détresse prévue à l'article 12 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst.)³³. Les nouvelles lettres *b*, *d* et *e* de l'article 8I OASoc intègrent cette modification de la LEI. Les personnes sans droit de séjour visées à la lettre *d* sont les personnes sans domicile en Suisse, les personnes dont la demande d'autorisation de séjour est pendante et qui ne sont pas autorisées à attendre l'issue de la procédure en Suisse, les personnes dont l'autorisation de séjour est échue, les personnes frappées d'une décision de renvoi exécutoire ainsi que les personnes dont le délai de départ est échu (révocation ou non-reconduction de l'autorisation ou expulsion).

Alinéa 2

Les personnes ne pouvant prétendre à l'aide matérielle ordinaire visée à l'article 30, alinéa 1 LASoc peuvent bénéficier de l'aide en situation de détresse prévue à l'article 12 Cst. si elles sont dans le besoin. Cette aide d'urgence comprend « les moyens indispensables pour mener une existence conforme à la dignité humaine ». Sa mise en œuvre concrète incombe aux cantons en vertu de l'article 115 Cst. ainsi que de la doctrine et de la jurisprudence³⁴. Le nouvel article 8I, alinéa 2 OASoc en définit l'étendue. A noter que ce n'est pas le service social, mais l'autorité de migration qui décide du statut des personnes concernées.

La lettre *a* de cet alinéa couvre aussi bien les cas où la personne étrangère suit les instructions de l'autorité de migration que ceux où elle s'y oppose. L'aide d'urgence comprend un forfait pour la nourriture et l'habillement, les soins médicaux de base et la couverture des frais pour un hébergement approprié. Le caractère approprié d'un logement dépend de la situation de la personne dans le besoin. Il peut s'agir d'un hébergement d'urgence si la personne vit seule ou d'un loyer ordinaire selon le droit de l'aide sociale pour une famille avec des enfants. Les soins médicaux de base (terme déjà employé dans l'art. 8I, al. 2 OASoc) incluent les primes d'assurance-maladie, pour autant que la LAMal prévoit une obligation de s'assurer pour la personne concernée (primauté du droit fédéral).

L'étendue de l'aide change uniquement le jour du départ. Elle comprend alors les frais de rapatriement et de repas (lit. *b*).

Alinéa 3

A plusieurs reprises, le Tribunal fédéral a analysé la signification de l'article 12 Cst. qui garantit l'aide d'urgence et examiné ses dispositions d'exécution, précisant qu'il faut prendre en considération de façon proportionnée les besoins de l'individu. En d'autres termes, il faut faire preuve de bon sens pour évaluer les situations particulières, en faisant appel, si besoin est, à des spécialistes ou en demandant des certificats médicaux, etc. Un jeune homme en bonne santé n'aura par exemple pas les mêmes besoins qu'une femme enceinte ou qu'un homme malvoyant âgé de plus de 70 ans. Il y a également lieu, dans la mesure du possible, de tenir compte de façon proportionnée de la situation des enfants. Il ne faut jamais perdre de vue le but de l'aide d'urgence lorsqu'on applique ce principe d'individualisation. Celle-ci se limite

³² RS 142.20

³³ RS 101

³⁴ Ehrenzeller, *St. Galler Kommentar*, n° 25 ad art. 12 Cst.

en effet au strict minimum et vise uniquement à pallier la situation de dénuement concrète. Elle est conçue comme une aide temporaire qui prend fin au moment où les bénéficiaires quittent la Suisse.

Alinéa 4

Cette disposition est abrogée, étant donné que la matière est désormais réglée dans le nouvel alinéa 2.

Article 8o (Taux hypothécaire de référence en cas de location)

Alinéa 1

La motion 027-2014 Müller *Aide sociale matérielle et prestations complémentaires : adaptation des loyers au taux de référence*, adoptée sous forme de postulat, demandait que les loyers financés par le canton par le biais de l'aide sociale matérielle ou des prestations complémentaires soient adaptés au taux de référence et que les économies ainsi réalisées soient déduites des coupes exigées par la motion 260-2012 Studer *Réduction des coûts de l'aide sociale*. A l'issue des débats sur la motion le 3 septembre 2014, le Grand Conseil a adopté les trois points sous forme de postulat. L'importance d'une mise en œuvre simple et pragmatique a été unanimement soulignée.

En vertu du nouvel article 8o, alinéa 1, les services sociaux sont désormais tenus de vérifier régulièrement le loyer des personnes dans le besoin.

Alinéa 2

Si le service social parvient à la conclusion que le taux hypothécaire de référence est trop élevé, il aide si nécessaire la personne dans le besoin signataire du contrat de bail à faire valoir un taux inférieur et lui fournit les conseils requis. Toutefois, pour tenir compte du principe d'individualisation, le service social a toujours la possibilité, au vu de l'ensemble des circonstances, de ne pas enjoindre aux bénéficiaires de réclamer une baisse de loyer ou de les soutenir dans cette volonté. Si les taux hypothécaires de référence augmentent, il se garde bien sûr d'entreprendre des démarches.

Article 10a (Renonciation à la constitution d'un gage immobilier)

L'article 34, alinéa 1a LASoc précise désormais ce qui suit : « Si la personne dans le besoin possède un bien immobilier, il convient en principe de conclure avec elle un contrat prévoyant la constitution d'un gage immobilier. » Il s'agit bel et bien d'un changement de système : le contrat en question remplacera dorénavant l'hypothèque légale, d'où la nécessité de modifier l'article 10a OASoc.

La présence de l'expression « en principe » signifie que des exceptions à cette règle peuvent être admises. Ainsi, dans certains cas, il est possible de renoncer à un tel contrat car il n'est pas toujours nécessaire ni utile de procéder à une inscription payante du contrat au registre foncier. L'article 10a OASoc reprend les dérogations actuelles à l'obligation d'inscrire une hypothèque légale, qui permettent de prendre en compte la situation personnelle et économique. Il se peut qu'au moment où le dénuement survient, on puisse tableer sur une amélioration dans un avenir proche (p. ex. dans les six mois) grâce à la perception de prestations d'assurances sociales qui permettront à la personne de vivre de manière indépendante et de conserver son bien immobilier (lit. a). Il peut aussi arriver que la vente du bien ait déjà été décidée (lit. b) ou que sa valeur officielle soit inférieure à 50 000 francs (lit. c). Selon leur appréciation de la situation, les services sociaux peuvent donc renoncer à la conclusion d'un contrat de gage dans les cas mentionnés à l'article 10a.

Article 10b (Dettes alimentaires en cas de dessaisissement de fortune ; 1. Principe)

Alinéa 1

La motion 236-2015 Müller *Pour une réglementation du dessaisissement de fortune*, adoptée par le Grand Conseil, demandait d'abaisser les limites de revenus et de fortune à prendre en compte en cas d'avance sur héritage, de donation ou de transfert de propriétés.

Il arrive souvent que des personnes fassent bénéficier leur descendance de libéralités à un moment où elles n'ont pas de problème financier. Ces personnes n'ont ensuite pas droit aux prestations complémentaires, ou seulement un droit limité, car les parts de fortune dont elles se sont dessaisies entrent dans le calcul du revenu déterminant (art. 11a LPC). Si elles se retrouvent ultérieurement dans une situation de dénuement leur ouvrant droit à une aide matérielle, le service social doit examiner si les proches ne sont pas tenus de prêter assistance à hauteur du montant reçu. Sont considérés comme tels les parents en ligne directe ascendante et descendante pour autant qu'ils vivent dans l'aisance (art. 328, al. 1 du Code civil suisse du 10 décembre 1907, CC³⁵). Actuellement, les limites de revenus et de fortune applicables au calcul de la contribution d'entretien selon les normes CSIAS³⁶ sont relativement élevées. Du fait de l'adoption de la motion précitée, ces limites doivent être abaissées de manière que les proches aisés soient davantage astreints à verser des contributions d'entretien. Le Conseil-exécutif entend s'acquitter de ce mandat en édictant les nouveaux articles 10b à 10d. Il est néanmoins conscient que le devoir d'assistance vis-à-vis des proches de même que l'ampleur de cette obligation relèvent du droit fédéral (art. 328 et 329 CC) et qu'en cas de litige, les contributions d'entretien ne peuvent être exigées par décision des organismes d'aide sociale³⁷. Si le service social ne parvient pas à s'entendre avec les proches, une action civile doit être engagée pour faire valoir la prétention. Au préalable, il est important d'examiner en détail la situation des proches. Il est possible, dans certains cas, que les dernières données fiscales disponibles ne reflètent pas leur condition financière actuelle réelle. Il est alors indiqué de se fonder sur les revenus et la fortune effectifs pour calculer la contribution d'entretien à verser.

Dès que les parents qui ont bénéficié des libéralités se sont acquittés de leur devoir d'assistance à hauteur du montant reçu en application des articles 10b à 10d, le service social vérifie s'ils sont encore tenus à une obligation d'entretien selon les dispositions du CC et la jurisprudence sur les conditions financières (cf. normes CSIAS dans la version du 1^{er} janvier 2021, chapitre D.4.3).

Alinéa 2

Pour déterminer si des proches ayant bénéficié de libéralités vivent dans l'aisance, il convient d'appliquer les seuils de revenus et de fortune définis aux articles 10c et 10d.

Alinéa 3

Lorsque les proches ayant bénéficié de libéralités et le service social ne réussissent pas à s'accorder à propos de la contribution d'entretien à verser, ce dernier doit engager une action au civil pour faire valoir le devoir d'assistance constaté (cf. commentaire de l'al. 1).

Article 10c (2. Calcul du revenu déterminant)

Alinéa 1

Le revenu déterminant se compose du revenu imposable calculé selon la loi fédérale du 14 décembre 1990 sur l'impôt fédéral direct (LIFD)³⁸ ainsi que d'une part convertible de la fortune.

Alinéa 2

La part convertible de la fortune est constituée de la fortune imposable déduction faite de la franchise selon l'alinéa 3, le solde étant converti en un montant annuel selon le taux fixé à l'alinéa 4.

Alinéa 3

Doivent être déduits de la fortune imposable selon la LIFD des proches visés à l'article 10b, alinéa 1 les montants suivants à titre de franchise : 125 000 francs pour les personnes seules et 250 000 francs pour les couples mariés ou vivant en partenariat enregistré et 20 000 francs par enfant (mineur ou en formation). Le Conseil-exécutif a fixé ces montants eu égard au fait que les seuils de revenus et de fortune applicables

³⁵ RS 210

³⁶ Chapitre D.4.3 des normes CSIAS dans leur 5^e édition du 1^{er} janvier 2021

³⁷ Cf. réponse du Conseil-exécutif à la motion 236-2015 Müller

³⁸ RS 642.11

au calcul de la contribution d'entretien selon les normes CSIAS³⁹ sont relativement élevés (cf. commentaire de l'art. 10b, al. 1) et que la motion 236-2015 susmentionnée exige de recourir davantage au devoir d'assistance des proches aisés.

Alinéa 4

Les taux de conversion appliqués à la fortune après déduction d'un montant librement disponible (franchise) sont indiqués à l'alinéa 4. Ils se fondent sur les normes CSIAS⁴⁰.

Article 10d (3. Devoir d'assistance)

Les revenus déterminants par année à partir desquels les proches sont tenus de prêter assistance sont les suivants : 60 000 francs pour une personne seule, 90 000 francs pour un couple marié ou vivant en partenariat enregistré, à quoi s'ajoute un montant de 10 000 francs par enfant (mineur ou en formation).

Article 11c1 (2.1a Sûretés en cas de location)

Alinéa 1

Les normes CSIAS 2021⁴¹ prévoient que des sûretés peuvent être émises sous formes de cautions et de garanties de loyer et que les dépenses en question sont à considérer comme des prestations d'aide matérielle (frais de logement). Conformément à l'article 8, alinéa 1 OASoc, les normes CSIAS ont force obligatoire pour l'exécution de l'aide sociale individuelle pour autant que la LASoc et l'OASoc n'en disposent pas autrement. Or, selon la pratique constante du canton de Berne, les cautions et garanties de loyer ne relèvent pas de l'aide matérielle et sont à la charge des bénéficiaires. Pour autant que cela soit nécessaire, le service social octroie des avances, qui sont déduites par tranches de l'aide matérielle. Cette pratique étant appelée à se poursuivre, elle doit être inscrite dans l'ordonnance à titre de dérogation à l'article 8, alinéa 1 OASoc.

Conformément au nouvel article 11c1, alinéa 1 OASoc, les services sociaux sont désormais habilités à avancer un montant approprié à des personnes dans le besoin contraintes de fournir une sûreté de loyer, par exemple lorsqu'un bailleur refuse une simple déclaration de garantie. Le caractère approprié ou non d'un montant est évalué sur la base de l'article 257e, alinéa 2 du Code des obligations (CO)⁴², qui dispose qu'un bailleur ne peut exiger des sûretés dont le montant dépasse trois mois de loyer.

Alinéa 2

Comme indiqué ci-dessus, les cautions et garanties de loyer ne constituent pas des prestations de l'aide matérielle dans la pratique bernoise. Elles sont donc à la charge des bénéficiaires. Lorsqu'un service social accorde une avance, il convient avec la personne dans le besoin des tranches de remboursement qu'il déduit de l'aide matérielle versée. Il fixe leur montant en veillant à ce que la personne concernée soit toujours en mesure de couvrir ses besoins avec l'aide matérielle restante.

Dans la pratique suisse de l'aide sociale, une créance en restitution peut être compensée avec des prestations en cours versées par la même collectivité créancière, et cela de manière échelonnée. Le remboursement est admis non seulement après l'extinction des droits à l'aide sociale mais aussi alors même que la personne perçoit encore des prestations, pour autant que le principe de la couverture des besoins soit respecté ; tel n'est pas le cas s'il y a manquement au principe de proportionnalité⁴³.

Le fait qu'une caution de loyer ne constitue pas une créance en restitution mais une avance ne fait pas de différence d'un point de vue juridique car l'élément déterminant en l'espèce n'est pas le motif de la créance. C'est l'existence d'une situation pouvant donner lieu à une compensation qui est décisive : la

³⁹ Cf. note 36

⁴⁰ Idem

⁴¹ Normes CSIAS dans leur 5^e édition du 1^{er} janvier 2021

⁴² Loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le Code civil suisse (livre cinquième : droit des obligations ; RS 220)

⁴³ Guido Wizent, *Sozialhilferecht*, DIKE Verlag 2020, n° 818 concernant le recouvrement de créances par voie de compensation

personne dans le besoin possède une créance envers le service social (aide matérielle), qui détient lui-même une créance envers elle (remboursement de l'avance). Cette situation, analogue à celle décrite et explicitée dans l'ouvrage cité (note 818), autorise la compensation par tranches tant que le service social obéit au principe de la couverture des besoins.

Par ailleurs, les compensations sont généralement admises en droit public sans qu'elles doivent être expressément prévues dans la législation⁴⁴.

Alinéa 3

Si la personne dans le besoin est en mesure de s'affranchir de l'aide sociale ou que la compétence du service social n'est plus donnée, la personne concernée doit, selon ses possibilités, restituer le solde de sa dette en une fois au service social (lit. a) ou continuer de verser les tranches conformément à la convention visée à l'alinéa 2 jusqu'au remboursement complet de l'avance (lit. b).

Articles 11d (Domicile d'assistance) et 12 (Commune de séjour)

Conformément à la modification indirecte de l'article 46 LASoc arrêtée par le Grand Conseil, la compétence en matière d'aide sociale dans le canton de Berne n'est plus fonction du domicile civil au sens du CC, mais du domicile d'assistance, déterminé par la LAS. Les articles 11d et 12 OASoc doivent également être adaptés à cette nouvelle donne et reprendre la terminologie de la LAS. La structure des deux articles est harmonisée à cette occasion.

Article 14 (2. Avis d'assistance)

La LAS ayant supprimé l'obligation de remboursement imposée au canton d'origine, il y a lieu de modifier la présente disposition : lorsqu'un service social bernois a versé une aide matérielle et constate que sa compétence selon la LAS n'est pas établie (p. ex. conflit de compétences lors du placement d'enfants mineurs) ou qu'il est intervenu dans un cas d'urgence impliquant des personnes non domiciliées dans le canton de Berne, il est tenu de le signaler au plus vite à l'Office de l'intégration et de l'action sociale au moyen des formulaires officiels prévus à cet effet.

Article 23d (Rapport)

L'OASoc prévoit à l'alinéa 1 de cet article que les services sociaux rendent compte à la fin de chaque année civile à l'Office de l'intégration et de l'action sociale des inspections sociales effectuées. Or, selon l'article 50g, alinéa 4 révisé LASoc, cette tâche revient désormais aux organismes responsables des services sociaux. C'est pourquoi l'article 23d, alinéa 1 OASoc doit lui aussi être précisé en ce sens.

Article 24

Cette disposition est supprimée, car elle renvoie à l'OFOy, laquelle est abrogée par la législation sur les programmes d'action sociale (LPASoc et OPASoc).

Articles 25a à 25d

Les prestations de l'aide sociale institutionnelle sont désormais régies par la législation sur les programmes d'action sociale (LPASoc et OPASoc) hormis celles qui entreront dans le champ d'application de la LPHand. Les articles concernés étant supprimés dans la LASoc, il convient d'abroger les dispositions d'exécution de l'OASoc. Comme l'entrée en vigueur de la LPHand est postérieure à celle des actes cités, les articles 25 ainsi que 26 à 31 restent valables.

⁴⁴ Häfelin/Haller/Müller, *Allgemeines Verwaltungsrecht*, 8^e édition, DIKE Verlag 2020, n° 160, 787 et 791

Articles 31a à 31i

Les articles de la LASoc qui régissent la formation et le perfectionnement théoriques et pratiques du personnel, et en particulier la participation des fournisseurs de prestations, sont transférés dans la LPASoc dans une teneur légèrement modifiée et supprimés dans la LASoc. Il convient dès lors d'abroger les dispositions d'exécution correspondantes dans l'OASoc.

Article 41

Cette disposition est abrogée car son contenu est transféré dans l'OPASoc.

Article 89 (Abrogation d'un acte législatif)

Les domaines régis par l'OFOy sont désormais couverts par l'OPASoc. L'OFOy doit par conséquent être abrogée.

Article 90 (Entrée en vigueur)

L'entrée en vigueur de l'OPASoc est prévue le 1^{er} janvier 2022.

6. Place du projet dans le programme gouvernemental de législature (programme législatif) et dans d'autres planifications importantes

Comme la LPASoc, l'OPASoc va contribuer à concrétiser les objectifs formulés dans le programme gouvernemental de législature, et notamment l'objectif 3 : « Le canton de Berne est attractif pour sa population. Il favorise la cohésion sociale en renforçant une intégration ciblée pour les personnes socialement défavorisées. » Dans ce contexte, le projet 3.4 consiste à développer la gestion axée sur les résultats et la sensibilité aux coûts dans le secteur de l'aide sociale institutionnelle (désormais programmes d'action sociale), conformément au principe « Encourager et exiger ». Le projet de révision législative proposé crée en outre de la transparence sur l'utilisation des fonds publics et favorise un pilotage ciblé des ressources. Il concourt ainsi à des finances durables, considérées par le Conseil-exécutif comme la condition indispensable à la réalisation des objectifs de la législature⁴⁵.

7. Répercussions financières

Aujourd'hui, les coûts des soins tant résidentiels qu'ambulatoires se situent nettement au-dessus de la moyenne suisse dans le canton de Berne. Il est pour l'heure très difficile d'en analyser les raisons et de corriger le tir, faute de transparence. En outre, diverses données ne peuvent être recueillies par le canton, les bases juridiques requises faisant défaut. C'est pourquoi la présente ordonnance introduit divers mécanismes de pilotage, précise les données à livrer et contient des consignes sur le modèle de présentation des comptes et la comptabilité analytique. Ce n'est qu'une fois ces instruments mis en œuvre qu'il sera possible de procéder à des évaluations statistiques et à des analyses des coûts concluantes, qui constitueront le fondement des futurs coûts normatifs. Il s'agit de rémunérer les frais effectifs de prestations fournies de manière économique.

Le nouveau système permettra de maîtriser les coûts à long terme. La DSSI a renoncé à viser des économies immédiates, l'absence actuelle de transparence multipliant les risques que les mesures correctives introduites manquent leur cible, ce qui serait susceptible de compromettre non seulement la réforme du système, mais aussi la couverture des besoins. Dès lors, les nouveautés proposées dans le

⁴⁵ Programme gouvernemental de législature, p. 7 (environnement financier)

financement des soins n'entraîneront pas de changement du cadre financier à l'entrée en vigueur de l'ordonnance.

Toutefois, les analyses de la DSSI ont mis en lumière un manque de productivité dans les soins ambulatoires. Ainsi, il arrive trop souvent que du personnel diplômé soit affecté à des soins de base qui devraient être confiés, d'après les tarifs applicables, à du personnel non qualifié ou semi-qualifié. Cela étant, la DSSI exige des prestataires une hausse annuelle de la productivité de un pour cent, jusqu'à atteindre un niveau de 70 pour cent. Cette consigne se traduit par une baisse annuelle des tarifs, effective à partir du 1^{er} janvier 2023, qui aboutira à une diminution des coûts à moyen terme. Etroitement liée à la dotation en personnel, cette mesure sera mise en œuvre progressivement, sur plusieurs années, pour éviter des changements abrupts dans les effectifs.

Les modifications indirectes de l'OASoc en lien avec les soins médicaux d'urgence pourront conduire à un surcroît de dépenses pour l'aide sociale. Les articles 13 et 21 LAS offrent aujourd'hui déjà la base légale nécessaire à la prise en charge, via l'aide sociale matérielle, des coûts liés à de tels soins pour les personnes domiciliées hors de Suisse. Ces dernières années, cette réglementation a toutefois soulevé de nombreuses questions de la part des hôpitaux répertoriés. L'ensemble des parties prenantes considéraient que la mise en œuvre était confuse et fastidieuse, ce qui a amené la DSSI, en 2019, à préciser les processus et à fournir des modèles de documents aux intéressés par voie d'ISCB. Ce sont en particulier les hôpitaux répertoriés qui font usage de ces aides et qui font valoir les prestations fournies auprès des services sociaux. La DSSI part du principe que les fournisseurs de prestations demanderont à l'avenir systématiquement la prise en charge des frais. Sur la base des chiffres relevés jusqu'à présent, il devrait en découler des surplus de dépenses annuels de l'ordre de deux millions de francs pour l'ensemble des hôpitaux du canton de Berne (avant compensation des charges). Le volume de la compensation des charges du secteur social devrait dès lors s'accroître dans la même proportion, les coûts étant assumés pour moitié par l'ensemble des communes et pour moitié par le canton. Les frais incombant au canton sont intégrés dans le budget et le plan financier depuis 2020. Comme indiqué dans l'ISCB, un nouveau poste a été constitué dans le décompte de l'aide sociale pour que les communes saisissent séparément les frais correspondant aux soins médicaux d'urgence.

Les dispositions relatives à la vérification des loyers en vue de faire valoir le taux hypothécaire de référence le plus bas (art. 8o) ainsi qu'à l'abaissement des seuils de revenus et de fortune à partir desquels les proches ayant bénéficié de libéralités doivent prêter assistance (art. 10b à 10d) devraient quant à elles entraîner des économies pour le canton, économies qui devraient toutefois rester modestes même s'il n'est pas encore possible de les chiffrer avec précision. Le taux hypothécaire de référence a reculé pour la dernière fois en mars 2020. Les économies envisageables dépendent du nombre de contrats de bail concernant des bénéficiaires de l'aide sociale conclus sur la base de taux plus élevés. S'agissant du devoir d'assistance à l'égard de proches, on sait également d'expérience que les recettes dégagées sont assez faibles.

8. Répercussions sur le personnel et l'organisation

Les nouvelles réglementations contenues dans l'OPASoc n'auront aucune incidence sur le personnel et l'organisation.

Celles de l'OASoc se répercuteront en premier lieu sur les tâches des services sociaux. Il est difficile de savoir dans quelle mesure elles auront aussi une influence sur le travail des autorités cantonales. La nécessité de renforcer les effectifs en raison de ces changements apparaît néanmoins peu probable.

9. Répercussions sur les communes

S'agissant des soins médicaux d'urgence (art. 8h1 et 8h2 OASoc), il faut partir du principe que toutes les communes n'y sont pas confrontées dans une même mesure. Les hôpitaux répertoriés font de plus en

plus souvent valoir de tels coûts, ce qui amène un certain surcroît de travail pour les communes. Cet effet est déjà sensible aujourd'hui du fait des dispositions de la LAS, qui autorisent la prise en charge des coûts, et de l'ISCB de 2019, qui précise les procédures en la matière. L'ajout de dispositions dans la législation cantonale ainsi que les aides pratiques fournies ont vocation à faciliter les démarches, ce qui devrait permettre d'employer les ressources limitées disponibles de la manière la plus efficace possible.

S'il faut vérifier le taux hypothécaire de référence de tous les contrats de bail existants (art. 8o OASoc), cette opération générera un surcroît de travail pour les services sociaux des communes pendant un certain temps. Ceux qui n'ont pas encore mis en place de processus standardisés en la matière seront contraints d'adapter leurs procédures. Comme le taux de référence a été réduit pour la dernière fois en mars 2020, la charge supplémentaire devrait dans l'ensemble rester limitée et découler surtout des démarches nécessaires pour faire valoir une baisse.

La diminution des seuils de revenus et de fortune applicables aux parents ayant bénéficié de libéralités (art. 10b à 10d OASoc) devrait surtout donner une plus grande marge de manœuvre aux services sociaux pour faire valoir le devoir d'assistance vis-à-vis de proches dans le besoin ayant renoncé, à leur profit, à des parts de fortune. Mais ce changement n'aura pas d'influence sur leur charge de travail.

10. Répercussions sur l'économie

Rien ne laisse penser que les nouvelles réglementations auront des incidences sur l'économie.

11. Résultat de la consultation

Procédure et participation

La DSSI a mené une consultation entre le 30 avril et le 30 juin 2021 (23 juillet 2021 pour les destinataires francophones, qui avaient reçu les documents plus tardivement). Ce sont en tout quelque 82 avis externes qui ont été recueillis. Les principales critiques et leur appréciation sont exposées ci-après, par thème.

Généralités

De nombreuses parties à la consultation ont salué l'intention du canton de réglementer les différents programmes d'action sociale de manière exhaustive dans une même ordonnance. D'autres, à l'inverse, ont remis en question leur regroupement dans un seul acte législatif. Certaines ont déploré l'absence de vision et de stratégie de développement à long terme. En outre, quelques-unes se sont dites préoccupées par le fait que la réglementation allait trop loin à plusieurs égards, ce qui risquait d'entraver une évolution nécessaire et positive, tout en générant une charge supplémentaire considérable tant pour les institutions que pour le canton.

Pour tenir compte de ces revendications, l'ordonnance et le rapport mettent désormais encore mieux en lumière le traitement différencié des exigences posées aux divers fournisseurs de prestations dans chacun des domaines. Il n'a pas été possible de prendre en compte les requêtes qui auraient impliqué une extension du champ d'application de l'OPASoc, ordonnance d'exécution de la LPASoc, ou engendré une interférence avec les domaines qui seront régis par la LPHand, en cours d'élaboration. De plus, la nécessité des dispositions d'exécution a été réexaminée lors de l'évaluation des nombreuses requêtes individuelles. S'agissant en particulier de la surveillance et du financement, il faut toutefois noter que la transparence des coûts n'était pas assurée jusqu'ici. Il convient par conséquent de prendre des mesures en ce qui concerne aussi bien les instruments financiers à utiliser que le relevé et la lisibilité des coûts. Le rapport exprime désormais plus clairement le fait que le droit matériel reste inchangé sur bien des points. Il est par ailleurs important de souligner que la mise en œuvre de l'OPASoc ne doit pas générer de surcroît de travail inutile : au contraire, la transparence accrue et les consignes standardisées doivent induire globalement une hausse de l'efficacité.

Subsidiarité et prise en compte des fonds propres

Certains avis prônaient un assouplissement de la réglementation y relative. Cette requête n'a pas pu être satisfaite. Conformément à l'article 8, alinéa 2 LPASoc, le calcul de la contribution aux fournisseurs de prestations tient compte de manière appropriée de toutes les recettes provenant de l'activité. En outre, le principe de subsidiarité est déjà en usage dans l'aide sociale tant individuelle qu'institutionnelle (cf. art. 28, al. 1 OASoc). Un assouplissement général n'est d'ailleurs pas nécessaire : puisque la prise en compte appropriée des fonds propres doit être réglée dans le contrat de prestations ou dans la décision de subventionnement, il est possible d'adapter la réglementation aux différents contextes, le cas échéant, en se fondant sur les principes de l'article 5 OPASoc.

Subventions d'exploitation (coûts normatifs et comptabilité selon des consignes uniformes)

Une partie des destinataires de la consultation ont critiqué la détermination des contributions sur la base de coûts normatifs et la nécessité, pour les fournisseurs de prestations, de tenir une comptabilité standardisée. L'absence de délai transitoire en la matière a également été déplorée.

Il convient de signaler ici que les coûts normatifs se fondent sur les coûts économiques effectifs, ce qui est indispensable pour faire un usage ciblé des subventions cantonales. La présentation des comptes doit respecter les normes Swiss GAAP RPC, notamment à des fins d'harmonisation interdirectionnelle, dès lors que les fournisseurs concluent des contrats de prestations avec différentes Directions, selon l'autorité délivrant l'autorisation (législations sur les prestations particulières d'encouragement et de protection destinées aux enfants et sur l'école obligatoire). Les normes Swiss GAAP RPC distinguent par ailleurs les organisations selon leur taille. Une phase transitoire pour leur introduction n'est pas nécessaire, étant donné que les institutions (foyers et services de maintien à domicile) doivent, aujourd'hui déjà, présenter leurs comptes de façon standardisée et tenir également une comptabilité analytique. Les exigences ne sont pas démesurées et, comme indiqué, elles sont adaptées aux diverses structures. Enfin, dans des cas exceptionnels justifiés, le contrat de prestations peut prévoir d'autres dispositions, comme le mentionnent expressément les articles 68 et 69.

Remise des données

Evoquées dans différentes dispositions, les données à remettre ont parfois fait l'objet de critiques. Des voix se sont élevées pour réclamer l'abandon de certaines d'entre elles ou un traitement plus différencié.

Pour les autorités compétentes, les données énumérées sont toutefois indispensables au pilotage et à la transparence des coûts puisqu'elles servent à vérifier le caractère économique du financement des soins selon la LAMal. Les principes relatifs à l'obligation de remettre les données, valable pour tous les fournisseurs de prestations, sont d'ailleurs déjà énoncés à l'article 114 LPASoc. Les informations demandées sont la norme et servent au pilotage que requiert également la législation transversale (LCSu). L'article 87, alinéa 2 a cependant été complété par une remarque explicite afin de mieux signaler les exceptions possibles à cet égard également. Par rapport au projet mis en consultation, il est également renoncé à certaines données.

Planification des soins, détermination des périmètres et évaluation de la situation en matière de soins

La DSSI a opté sciemment pour un système d'évaluation qui soit à la fois simple et compréhensible. Diverses propositions émanant de la consultation n'ont pas été prises en compte parce qu'elles seraient trop compliquées à mettre en œuvre et ne seraient donc pas judicieuses. Les requêtes qui remettraient en question le passage de l'obligation de prise en charge à la garantie de la couverture des besoins en soins ont également été écartées. Le rapport précise néanmoins que les critères inscrits à l'article 25, alinéa 3 ne sont ni exhaustifs ni exclusifs. Il convient de prendre une décision globale tenant compte de l'ensemble des éléments à considérer, en les pondérant. L'article 27, l'article 66, alinéa 2, lettre *b* et l'article 67, alinéa 2, lettre *c* ont été précisés afin de rendre compte de l'objection légitime soulevée quant à l'obligation de prise en charge de la patientèle des services de maintien à domicile en dehors de l'horaire usuel, la nuit, le week-end et les jours fériés : cette obligation ne s'applique que dans le cadre des contrats de prestations avec des fournisseurs déterminants mandatés pour ce faire.

Financement des coûts résiduels

Les différentes propositions portant sur l'adaptation du modèle, fondé sur le calcul des coûts normatifs, n'ont pas pu être prises en compte. La réglementation doit corriger les incitations négatives existantes et vise à maîtriser les coûts à long terme. L'objectif est de mettre en place un modèle simple, correct et durable. Conformément à l'article 13a LCSu, seuls les coûts supportés pour la fourniture économe et efficace de prestations de bonne qualité sont indemnisés. L'OPASoc concrétise le cadre fixé par la LPASoc afin de réaliser ces objectifs. Il est cependant renoncé à la délégation de compétences législatives à la DSSI que le projet mis en consultation prévoyait dans le domaine des soins tant résidentiels qu'ambulatoires.

Conditions et procédure d'autorisation

Diverses parties craignaient que la reformulation des définitions figurant à l'article 34 entraîne une limitation ou une extension dans l'octroi des autorisations. Tel n'est pas le cas : la pratique actuelle est maintenue. Le rapport a été complété sur ce point afin d'être plus explicite.

Certaines dispositions ont en outre été précisées sur la base des observations recueillies (infrastructure conforme aux besoins et personnel digne de confiance, en particulier). Les exigences fondamentales relatives à la stratégie de soutien et au programme d'exploitation sont conservées. Les conditions à remplir par les ménages privés ayant suscité la controverse, la DSSI a opté pour un traitement différencié : ces ménages doivent aussi disposer d'une stratégie de soutien, mais moins exhaustive. Une nouvelle disposition a cependant été introduite concernant les contrats de prise en charge, prévus sous une forme adaptée également pour les ménages privés. L'article 57, qui spécifie les documents à joindre à la demande d'octroi d'une autorisation, a par ailleurs été remanié.

En ce qui concerne la phase transitoire souhaitée dans quelques avis, il convient de souligner que, conformément à l'article 137 LPASoc, les autorisations d'exploiter délivrées selon l'ancien droit restent valables.

Modifications indirectes de l'OASoc

Certains avis émis dans le cadre de la consultation portaient sur les modifications indirectes de l'OASoc. Les principales pierres d'achoppement étaient les suivantes :

- Soins médicaux d'urgence
Les communes relèvent que les services sociaux ne fournissent aucune garantie de déficit et qu'il convient de refuser la prise en charge des coûts si le prestataire n'a pas fait valoir la couverture des frais auprès de tous les contributeurs subsidiaires.
Cet aspect n'est pas contesté, ce qui ressort tant de la disposition elle-même que du rapport. Ce dernier a cependant été complété, précisant que les fournisseurs de prestations doivent présenter des justificatifs probants, attestant qu'ils ont entrepris toutes les démarches de recouvrement requises auprès de la personne concernée ou de tiers (p. ex. caisse-maladie) sans succès, faute de quoi ils assument les frais.
- Taux hypothécaire de référence
Les communes critiquent l'absence d'indemnisation du travail supplémentaire induit par la vérification du taux hypothécaire de référence et réclament une hausse du forfait par cas.
Il convient de noter que le surcroît de travail devrait être limité à long terme si les contrats de bail sont contrôlés sur ce point au moment de l'ouverture du dossier. En outre, il est à signaler que, compte tenu de l'insuffisance des données observée dans le cadre de l'étude portant sur l'évaluation des frais de traitement du personnel des services sociaux, il n'est pas possible, à l'heure actuelle, de formuler des déclarations fiables au sujet de la couverture éventuellement insuffisante ou excédentaire des frais de personnel.

- Dette alimentaire en cas de dessaisissement de fortune
Les communes essentiellement dénoncent le fait que le canton n'est pas compétent pour édicter une telle réglementation étant donné que l'obligation de la dette alimentaire est régie par le CC. Elles craignent des procédures civiles compliquées et coûteuses.
Le commentaire de l'article 10b, alinéa 1 précise déjà que le Conseil-exécutif met ici en œuvre une motion adoptée par le Grand Conseil et qu'il est conscient que le devoir d'assistance vis-à-vis des proches de même que l'ampleur de cette obligation relèvent du droit fédéral. Concernant la dette alimentaire en cas de dessaisissement de fortune, l'article 10b, alinéa 1 est complété par « à hauteur du montant reçu ». Les limites de revenus et de fortune usuelles de l'obligation d'entretien selon le CC s'appliquent dès lors que ce montant est atteint.

Annexe 1 : tarifs déterminants pour le financement résiduel des soins ambulatoires (2022)

Feuille tarifaire									
Tarifs horaires déterminants pour le financement résiduel 2022 des soins ambulatoires selon la LAMal dans le canton de Berne (art. 25a et 32 LAMal, art. 29 OPASoc)									
Fondement: coûts normatifs définis sur la base de données effectives									
	Base pour services ASAD et indépendants	Base pour appartements protégés	Moyenne en CHF	Prestations OPAS a	Prestations OPAS b	Prestations OPAS c	Productivité	Objectif ² (annuel, à concurrence de 70%)	
Moyenne pondérée des coûts reconnus des soins 2017			109.95	129.77	114.34	104.15	60.7%		
Moyenne pondérée des coûts reconnus des soins 2018			113.46	131.32	116.63	108.48	61.5%		
Moyenne pondérée des coûts reconnus des soins 2019			112.26	132.14	115.53	106.49	61.2%		
Moyenne simple des coûts reconnus des soins des 3 dernières années validées (4 à l'avenir)			111.90	131.10	115.50	106.40	61.1%		
Coûts reconnus des services ASAD mandatés pour la garantie de la couverture des besoins (= valeur de référence)	100%		111.90	131.10	115.50	106.40	61.1%	+1%	
Déduction des frais de déplacement pour les partenaires contractuels (plafond: 15 min./5 km)	CHF 14.40		-14.40	-14.40	-14.40	-14.40			
Tarifs ¹ selon LAMal pour services ASAD avec contrat de prestations (frais de déplacement en sus)		100%	97.50	116.70	101.10	92.00			
Tarifs ¹ selon LAMal pour services ASAD sans contrat de prestations (frais de déplacement inclus)	85%		95.10	111.40	98.20	90.40			
Tarifs ¹ selon LAMal pour infirmières et infirmiers indépendants (frais de déplacement inclus)	80%		89.50	104.90	92.40	85.10			
Tarifs ¹ selon LAMal pour appartements protégés (pas de frais de déplacement)		85%	82.90	99.20	85.90	78.20			
¹ Les tarifs déterminants pour le financement résiduel selon la LAMal sont calculés sur la base des coûts reconnus, différenciés selon le type d'organisation. La contribution du canton s'obtient en en déduisant la contribution de l'assurance-maladie et la participation maximale des bénéficiaires.									
² L'augmentation annuelle de la productivité prescrite comme objectif se traduit par une adaptation automatique des tarifs au 1 ^{er} janvier, à partir de 2023.									
ASAD: aide et soins à domicile									
LAMal: loi fédérale sur l'assurance-maladie									
OPASoc: ordonnance sur les programmes d'action sociale									
OPAS: ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins									

Annexe 2 : indemnisation de la garantie de la couverture des besoins en soins par périmètre (2022)

Mètres de routes communales et cantonales	Nombre d'habitants	Unité du coefficient GEO	Périmètres de soins	N°	Coefficient GEO (prise en compte de la situation géographique : 8148 CHF par unité)	Forfait par habitant (5 CHF)	Indemnisation totale 2022 (en CHF)
269'508	13'374	20.152	Région de Tavannes	1	164'195.50	66'870.00	231'065.50
210'394	25'893	8.126	Region Nidau Ipsach	2	66'206.70	129'465.00	195'671.70
341'323	39866	8.562	Region Aare Gürbetal	3	69'761.20	199'330.00	269'091.20
410'143	30918	13.266	Region Aemme	4	108'087.40	154'590.00	262'677.40
119'875	4109	29.174	Région du Bas-Vallon	5	237'707.80	20'545.00	258'252.80
479'577	138922	3.452	Region Bern	6	28'128.00	694'610.00	722'738.00
295'627	68187	4.336	Région Biel-Bienne	7	35'325.90	340'935.00	376'260.90
46'994	6286	7.476	Region Bolligen	8	60'914.30	31'430.00	92'344.30
138'174	19557	7.065	Region Burgdorf	9	57'567.20	97'785.00	155'352.20
112'739	13989	8.059	Region Studen	10	65'665.70	69'945.00	135'610.70
728'146	24334	29.923	Region Emmental	11	243'812.50	121'670.00	365'482.50
225'224	9523	23.651	Region Gantrisch	12	192'704.50	47'615.00	240'319.50
310'662	34753	8.939	Region Grauholz	13	72'836.10	173'765.00	246'601.10
117'419	4036	29.093	Region Grindelwald	14	237'049.10	20'180.00	257'229.10
359'651	28432	12.650	Region Interlaken	15	103'068.20	142'160.00	245'228.20
42'837	11306	3.789	Region Ittigen	16	30'871.70	56'530.00	87'401.70
378'446	26513	14.274	Region Konolfingen	17	116'304.40	132'565.00	248'869.40
313'976	48499	6.474	Region Köniz	18	52'749.10	242'495.00	295'244.10
185'556	9723	19.084	Region Laupen	19	155'498.30	48'615.00	204'113.30
58'583	2279	25.706	Region Lauterbrunnen	20	209'449.00	11'395.00	220'844.00
120'489	7604	15.845	Region Lotzwil	21	129'108.90	38'020.00	167'128.90
576'244	23236	24.800	Region Lueg	22	202'067.30	116'180.00	318'247.30
160'887	9867	16.306	Région de Moutier	23	132'857.70	49'335.00	182'192.70
60'185	13023	4.621	Region Muri	24	37'655.50	65'115.00	102'770.50
132'652	6553	20.243	Région de La Neuveville	25	164'939.50	32'765.00	197'704.50
448'281	21952	20.421	Region Niesen	26	166'390.00	109'760.00	276'150.00
331'710	28353	11.699	Region Langenthal	27	95'325.80	141'765.00	237'090.80

448'619	28215	15.900	Region Herzogenbuchsee	28	129'553.30	141'075.00	270'628.30
230'958	11632	19.855	Region Langetental	29	161'781.80	58'160.00	219'941.80
148'266	10108	14.668	Region oberes Gürbetal	30	119'516.40	50'540.00	170'056.40
47'406	17772	2.667	Region Ostermundigen	31	21'734.40	88'860.00	110'594.40
155'500	19961	7.790	Region Worblental	32	63'474.50	99'805.00	163'279.50
400'760	12853	31.180	Region Brienzensee	33	254'056.80	64'265.00	318'321.80
236'107	29793	7.925	Region Zollikofen	34	64'572.20	148'965.00	213'537.20
63'813	5716	11.164	Region Roggwil	35	90'963.70	28'580.00	119'543.70
54'183	7189	7.537	Region Thunersee	36	61'410.90	35'945.00	97'355.90
572'486	16556	34.579	Region Simme-Saane	37	281'747.80	82'780.00	364'527.80
1'088'648	69422	15.682	Region Seeland	38	127'773.70	347'110.00	474'883.70
296'639	5636	52.633	Region Erlenbach	39	428'852.80	28'180.00	457'032.80
276'341	9943	27.793	Region Schwarzenburg	40	226'453.40	49'715.00	276'168.40
171'002	13579	12.593	Region Stockhorn	41	102'608.80	67'895.00	170'503.80
320'995	15080	21.286	Région de St-Imier	42	173'439.50	75'400.00	248'839.50
426'374	68258	6.247	Region Thun	43	50'896.50	341'290.00	392'186.50
68'091	4689	14.521	Région de Tramelan	44	118'320.60	23'445.00	141'765.60
252'418	21364	11.815	Region Steffisburg	45	96'269.50	106'820.00	203'089.50
8'246	35	0.100	Schelten	46	814.80	175.00	989.80
11'155	586	1.000	Münchenwiler	47	8'148.00	2'930.00	11'078.00