

OBSAN RAPPORT
03/2024

Réorganisation des régions de planification des soins à domicile dans le canton de Berne

Laure Dutoit, Olivier Pahud, Sonia Pellegrini



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution mandatée par la Confédération et les cantons. L'Obsan analyse les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions du secteur de la santé publique dans leur planification, leur prise de décisions et leur action. Pour plus d'informations, veuillez consulter www.obsan.ch

Éditeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Mandant

Office de la santé, Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration du canton de Berne

Auteurs

- Laure Dutoit, Obsan
- Olivier Pahud, Obsan
- Sonia Pellegrini, Obsan

Remerciements

- Gabriele Marty, canton de Bâle-Campagne
- Rudolf Leuthold, canton des Grisons
- Ingrid Hosch, canton de Schaffhouse
- Christian Bachmann, canton de Soleure
- Chiara Gulfi, canton du Tessin
- Patrick Beetschen, canton de Vaud
- Yves Martignoni, canton du Valais
- Roger Guggisberg, Association d'aide et soins à domicile du canton de Berne

Direction du projet à l'Obsan

Laure Dutoit

Série et numéro

Obsan Rapport 03/2024

Référence bibliographique

Dutoit, L., Pahud, O. & Pellegrini, S. (2024). *Réorganisation des régions de planification des soins à domicile dans le canton de Berne* (Obsan Rapport 03/2024). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Renseignements/informations

www.obsan.ch

Observatoire suisse de la santé, CH-2010 Neuchâtel
obsan@bfs.admin.ch, Tél. +41 58 463 60 45

Langue du texte original

Allemand, cette publication est également disponible en allemand (Numéro OFS: 873-2403).

Traduction

La traduction n'ayant pas été effectuée par l'Obsan, elle est de la responsabilité du mandant.

Mise en page

Obsan

Graphiques

Obsan

Cartes

Obsan

Image page de titre

iStock.com / Matjaz Slanic

Page de couverture

Office fédéral de la statistique (OFS), Publishing et diffusion PUB

En ligne

www.obsan.ch → Publications

Impression

www.obsan.ch → Publications

Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel

order@bfs.admin.ch, tél. +41 58 463 60 60

Impression réalisée en Suisse

Copyright

Obsan, Neuchâtel 2024

La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales, si la source est mentionnée.

Numéro OFS

874-2403

ISBN

978-2-940670-61-1



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Réorganisation des régions de planification des soins à domicile dans le canton de Berne

Auteurs Laure Dutoit, Olivier Pahud, Sonia Pellegrini
Éditeur Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Neuchâtel 2023

Table des matières

Remerciements	3	4.2 Comparaison avec l'enquête de l'Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile	31
Résumé	4	5 Conclusion	34
1 Introduction	5	6 Bibliographie	35
2 Méthodologie	6	7 Annexe	36
2.1 Identification des critères	6	7.1 Guide d'entretien semi-standardisé	36
2.1.1 Recherche secondaire	6	7.2 Description des régions de soins cantonales et identification des critères pertinents	37
2.1.2 Entretiens avec des experts	6	7.2.1 Régions de soins de Bâle-Campagne (BL)	37
2.1.3 Analyse qualitative de la liste de critères	7	7.2.2 Régions de soins des Grisons (GR)	38
2.2 Préparation des critères identifiés	7	7.2.3 Régions de soins de Schaffhouse (SH)	39
2.2.1 Critères identifiés	8	7.2.4 Régions de soins de Soleure (SO)	40
2.2.2 Sélection des critères à utiliser	8	7.2.5 Régions de soins du Tessin (TI)	42
2.2.3 Opérationnalisation	12	7.2.6 Régions de soins dans le canton de Vaud (VD)	42
2.3 Procédure pour la réorganisation (QGIS)	13	7.2.7 Régions de soins du Valais (VS)	44
3 Résultats	15	7.2.8 Régions de soins du canton de Berne selon l'Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile	45
3.1 Mise en œuvre des prérequis	15	7.2.9 Recommandations générales des experts et défis identifiés	46
3.1.1 Modèle régional 4+ et continuité territoriale	15	7.3 Liste des critères identifiés sur la base des entretiens avec les experts	47
3.1.2 Fusions de communes et analyse des frontières linguistiques	17	7.4 Description détaillée de la réorganisation	48
3.2 Réduction moyenne (solutions I et II)	19	7.4.1 Réduction moyenne (solution I)	48
3.2.1 Critères liés à l'orientation vers l'espace de vie (solution intermédiaire)	19	7.4.2 Réduction moyenne (solution II)	50
3.2.2 Taille minimale de la population (solution I)	19	7.4.3 Forte réduction (solution III)	51
3.2.3 Possibilités de regroupements supplémentaires (solution II)	20	7.4.4 Marge de manœuvre dans la région de Berne-Mittelland	51
3.2.4 Marge de manœuvre supplémentaire	23		
3.3 Forte réduction (solution III)	25		
3.3.1 Marge de manœuvre supplémentaire	25		
3.4 Agglomération de la ville de Berne	27		
4 Discussion	29		
4.1 Portée et limites des solutions I, II et III	29		

Remerciements

L'Observatoire suisse de la santé et la Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration du canton de Berne remercient chaleureusement les expertes et experts cantonaux suivants pour les entretiens :

Gabriele Marty (BL)
Rudolf Leuthold (GR)
Ingrid Hosch (SH)
Christian Bachmann (SO)
Chiara Gulfi (TI)
Patrick Beetschen (VD)
Yves Martignoni (VS)

Ils adressent également leurs remerciements à Monsieur Roger Guggisberg (directeur de l'Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile) pour l'entretien d'expert supplémentaire.

Résumé

Le canton de Berne a chargé l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) de réorganiser les 47 périmètres de soins à domicile¹ et de les regrouper en régions de soins plus grandes sur la base de critères scientifiques. L'objectif est d'accroître l'efficacité du système de santé en renforçant les soins intégrés et en réseau. Cela doit permettre de réduire le nombre d'interlocutrices et interlocuteurs pour le canton de Berne, d'améliorer la collaboration entre les organisations d'aide et de soins à domicile et de mieux exploiter les synergies existantes.

La réorganisation s'est déroulée en deux étapes. Dans un premier temps, une recherche secondaire et des entretiens d'experts ont permis d'identifier un ensemble de critères susceptibles de servir à la création de régions de soins ambulatoires. En collaboration avec la Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration (DSSI) du canton de Berne, ces critères ont été examinés et discutés et une liste de critères a été retenue. Pour être retenus, les critères devaient d'une part être opérationnalisables considérant les données et informations existantes et d'autre part faire sens dans le contexte du canton de Berne.

Dans un deuxième temps, les huit critères suivants ont été appliqués : alignement sur les cinq futures régions de soins (Berne Mittelland, Bienne-Seeland, Jura bernois, Oberland bernois, Emmental-Haute-Argovie) du modèle régional 4+ (PWC, 2020), continuité territoriale, respect du tracé des frontières des périmètres existants, frontières linguistiques, fusions imminentes de communes, mobilité de proximité, zones de desserte des EMS et taille de la population. Les périmètres existants ont été regroupés en régions de soins plus grandes au moyen d'une inspection visuelle dans QGIS² sur la base des critères opérationnalisés. Dans ce cadre, les critères suivants devaient impérativement être respectés : modèle régional 4+, continuité territoriale, fusions de communes et frontières linguistiques. Ces critères ont donc été appliqués en premier lieu, avant les critères de l'orientation vers l'espace de vie (c.-à-d. la mobilité de proximité et les zones de desserte des EMS) et de la taille de la population.

Pour la réorganisation, trois solutions ont été élaborées. Elles s'appuient successivement les unes sur les autres et se différencient par l'ampleur de la réduction du nombre de périmètres. Les solutions I et II « réduction moyenne », regroupent les 47 périmètres initiaux en respectivement 20 et 18 nouvelles régions de soins et sont axées en premier lieu sur l'orientation vers l'espace de vie, tout en garantissant une taille minimale de la population

de 20 000 personnes par nouvelle région de soins. Dans la solution III « forte réduction », la taille de la population a un poids plus important, car le nombre de périmètres a été encore plus fortement réduit que dans les deux solutions précédentes. Ainsi, avec une taille minimale de la population de 40 000 personnes, les 18 régions de soins de la solution II sont réduites à 12 dans la solution III. Celle-ci est toutefois moins pertinente que les solutions I et II car les critères liés à l'orientation vers l'espace de vie ne peuvent pas être respectés à certains endroits. Elle tient donc moins compte de la perspective de la population. Lors de l'élaboration des trois solutions, la marge de manœuvre (c.-à-d. les autres regroupements possibles des régions de soins) a également été examinée et, à la demande de la DSSI, des variantes supplémentaires de ceinture urbaine ont été étudiées pour l'agglomération de la ville de Berne.

En résumé, la solution II répond le mieux à l'objectif cantonal de réduction tout en tenant compte de l'orientation vers l'espace de vie, c'est-à-dire de la perspective de la population. Dans les régions de soins de Bienne-Seeland et de Berne-Mittelland du futur modèle régional 4+ (PWC, 2020), la DSSI dispose encore d'une marge de manœuvre pour d'autres regroupements de périmètres.

¹ Etat à l'année 2021.

² Logiciel d'information géographique libre d'accès.

1 Introduction

En 2021, l'aide et les soins et à domicile dans le canton de Berne (BE) étaient organisés en 47 périmètres. Afin d'améliorer l'efficacité du système de santé à travers un renforcement des soins intégrés et en réseau, la Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration (DSSI) du canton de Berne souhaite réorganiser les 47 périmètres de soins et en réduire le nombre. Cela permet de diminuer le nombre d'interlocutrices et interlocuteurs pour le canton et d'optimiser la collaboration entre les organisations d'aide et de soins à domicile en exploitant les synergies. À cette fin, l'Obsan a été mandaté par la DSSI pour former de nouvelles régions de soins en 2023. Afin de garantir la sécurité de l'approvisionnement en soins dans le cadre de la réorganisation, les nouvelles régions de soins doivent être formées en tenant compte de la planification des soins et en mettant l'accent sur la perspective de la population.

Pour mener à bien cette réorganisation, l'Obsan a adopté une approche scientifique, objective et indépendante, qui s'appuie autant que possible sur les données et informations statistiques existantes. Il s'agit d'une démarche pragmatique basée sur les réflexions menées par l'Obsan pour définir le mandat. En général, la méthode de création de régions de soins repose sur les zones de desserte des structures de soins (p. ex. hôpitaux, EMS, cabinets médicaux, etc.) et sur les flux de patientes et patients se déplaçant vers celles-ci (p. ex. méthodes des *health service areas* ou *small area analysis*). Ces méthodes présentent l'avantage de ne nécessiter que peu d'indicateurs et d'être facilement reproductibles. Toutefois, elles ne conviennent pas au domaine de l'aide et des soins à domicile. En effet, dans ce cas, ce ne sont pas les patientes et patients qui se dirigent vers les structures de soins mais les organisations de soins qui leur rendent visite à domicile. Ces dernières s'organisent donc sur plusieurs sites et essaient de minimiser ou d'optimiser les trajets à effectuer. Par conséquent, il n'est pas possible de se fonder sur de telles méthodes pour la réorganisation.

Face à cette problématique, l'Obsan propose une approche qualitative et scientifique. L'objectif est de regrouper les périmètres existants en régions de soins plus grandes sur la base de critères qualitatifs et quantitatifs. Des critères connus et pertinents sont par exemple le recoupement avec d'autres régions de soins existantes ou futures (p. ex. modèle régional 4+, PWC 2020) ou la langue parlée. La procédure se divise donc en deux étapes de travail : l'identification de critères possibles pour une réorganisation des régions de soins à domicile, puis la réorganisation sur la base des critères définis. Pour la première étape de travail, des recherches secondaires ont été effectuées et des entretiens semi-standardisés avec des expertes et experts (c.-à-d. des experts dans les cantons disposant de régions de soins) ont été menés afin de trouver un nombre de critères aussi large que possible. Dans un deuxième temps, les critères définis par l'Obsan et la DSSI ont été opérationnalisés et, sur cette base, la réorganisation a été réalisée.

Le chapitre 2 décrit les aspects méthodologiques de la réorganisation, qui se rapportent en premier lieu à l'identification (chapitre 2.1) ainsi qu'à la préparation et à l'opérationnalisation des critères (chapitre 2.2). Le chapitre 3 présente les résultats et les solutions possibles pour une éventuelle réorganisation. Les solutions élaborées par l'Obsan sont ensuite discutées et comparées à une solution basée sur une enquête menée par l'Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile auprès de ses membres (chapitre 4)³. Le rapport se termine par une conclusion (chapitre 5) et une bibliographie (chapitre 6). En annexe (chapitre 7) figurent des résumés succincts des entretiens avec les experts, qui ont servi à identifier les critères potentiels, et des informations détaillées sur les différents regroupements des périmètres.

³ Pour la DSSI, il était important que la réorganisation soit fortement axée sur la perspective de la population. Par conséquent, la comparaison avec les documents de l'enquête menée par l'Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile auprès de ses membres n'a été effectuée qu'après la réorganisation.

2 Méthodologie

Pour ce mandat, l'Obsan a adopté une approche pragmatique qui repose sur une méthodologie qualitative et scientifique. Cette approche se fonde sur les périmètres de soins existant en 2021 et les regroupe en régions de soins plus grandes sur la base de critères quantitatifs et qualitatifs.

2.1 Identification des critères

Une méthode fréquemment utilisée pour la création de régions de soins repose sur les zones de desserte des structures de soins (p. ex. hôpitaux, cabinets de médecins de famille ou EMS) et les flux de patientes et patients se déplaçant vers ces structures de soins (p. ex. *small area analysis* ou *health service areas*). Ces méthodes ont l'avantage de ne nécessiter que peu d'indicateurs et d'être facilement reproductibles, mais elles ne sont pas adaptées aux soins à domicile. En effet, ce ne sont pas les patientes et patients qui se dirigent vers les structures de soins, mais les organisations de soins qui se rendent au domicile de ces personnes. Pour ce faire, les organisations ambulatoires s'organisent sur plusieurs sites et essaient de réduire ou d'optimiser le nombre et la durée des trajets à effectuer. Pour le présent mandat, cette méthodologie n'est donc pas appropriée.

Le processus de définition des critères à utiliser s'est déroulé en trois étapes méthodologiques consécutives. Lors de la première étape, la documentation existante a été examinée et les propres expériences de l'Obsan concernant la création de régions de soins prises en compte pour l'établissement d'une première liste de critères (cf. chapitre 2.1.1). Au cours de la deuxième étape, des experts ayant de l'expérience dans l'organisation et l'utilisation de régions de soins ont été interrogés afin d'identifier d'autres critères et de connaître la pertinence de ceux-ci dans la pratique (chapitre 2.1.2). La troisième étape a consisté à analyser les critères identifiés lors des première et deuxième étapes en les regroupant puis en déterminant des priorités. Sur la base de cette analyse qualitative, une proposition de critères à utiliser a été élaborée (cf. chapitre 2.1.3).

2.1.1 Recherche secondaire

Deux approches ont été utilisées pour la recherche secondaire : le regroupement des connaissances existantes au sein de l'Obsan et une recherche en ligne sur les régions de soins des cantons, notamment pour les services ambulatoires. Dans un premier temps, les connaissances existantes au sein de l'Obsan ont été rassemblées afin de définir une première liste de critères. Pour ce faire, une table ronde a été organisée avec les collaboratrices et collaborateurs sur les méthodes existantes et les critères potentiels. L'étape suivante a consisté à consulter les sites Internet et documents des cantons afin de recueillir des informations sur 1) l'existence de régions de soins qui incluent les services d'aide et de soins à domicile dans le canton étudié et 2) les processus, réflexions et critères qui ont servi à créer des régions de soins dans le canton en question.

2.1.2 Entretiens avec des experts

Afin de compléter et d'affiner la liste initiale résultant de la recherche secondaire, des entretiens ont été menés avec des experts ayant de l'expérience dans la création ou la réorganisation de régions de soins. Il s'agit en premier lieu d'experts d'autres cantons qui utilisent ou ont envisagé des régions de soins pour leur canton pour les soins aux personnes âgées et de longue durée. En outre, un entretien a été mené avec l'Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile au sujet des périmètres de soins existants, car elle a participé de manière déterminante à leur création.

Au total, sept cantons ont été interviewés : BL, GR, SH, SO, VD, VS et TI⁴. Sur la base des résultats de la recherche secondaire, un guide d'entretien semi-standardisé, identique pour chaque canton, a été élaboré (cf. annexe 7.1). Ce même guide a également servi de base pour l'entretien avec l'Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile.

Pour garantir l'intersubjectivité⁵, les entretiens avec les experts ont été menés par deux personnes lorsque le calendrier le permettait. De plus, ils ont été enregistrés et les réponses consi-

⁴ Cette sélection diffère de celle initialement prévue car il a été constaté au cours des recherches qu'elle permettait d'obtenir plus d'informations. Dans le canton de Fribourg, par exemple, les régions de soins

correspondent parfaitement aux districts, raison pour laquelle nous avons renoncé à une interview et choisi un autre canton.

⁵ Perception commune « objective » et compréhension de faits complexes. (Dorsch, *Lexikon der Psychologie*, 2023).

gnées sous forme de mots-clés. Dans l'ensemble, ils ont été conçus pour durer une heure au maximum. Les résumés transcrits se trouvent en annexe (cf. chapitre 7.2). À la fin de chaque résumé figure la liste des critères effectivement utilisés, de ceux recommandés et de ceux envisagés mais non utilisés pour chaque canton.

Parallèlement aux entretiens avec les experts cantonaux, l'Obsan a participé à une réunion entre la DSSI et l'Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile, au cours de laquelle cette dernière a présenté ses réflexions et sa proposition de réorganisation (sur la base d'un sondage réalisé auprès des membres de toutes les organisations publiques d'aide et de soins à domicile du canton de Berne).

2.1.3 Analyse qualitative de la liste de critères

La liste de critères établie à partir de la recherche secondaire et des entretiens avec les experts a été préparée de manière à pouvoir définir des critères utiles pour la réorganisation. Il s'agissait d'abord de structurer la simple énumération de critères en créant des catégories. Les critères ont ensuite été classés par ordre de priorité et leur applicabilité évaluée. Enfin, une proposition a été élaborée quant aux critères qui devraient effectivement être utilisés pour la réorganisation⁶. Le choix définitif des critères à utiliser a été effectué avec le mandant dans le cadre d'une réunion (et est expliqué dans le chapitre 2.2.2).

Catégorisation des critères

Cette étape de travail a consisté à identifier les thèmes récurrents (p. ex. l'orientation vers l'espace de vie) pour déterminer des catégories, auxquelles les différents critères ont ensuite été attribués. La compréhension intersubjective (ou, le cas échéant, les catégories possibles mentionnées lors des entretiens) a servi de base à cette étape de travail. Après la détermination des catégories, les critères identifiés ont été attribués à celles-ci. Les critères issus de la recherche secondaire ont également été intégrés. Il est à noter qu'en fonction de l'interprétation, un critère pourrait entrer dans l'une ou l'autre catégorie. En fin de compte, l'attribution à une catégorie est secondaire car elle sert en premier lieu à des fins de clarté. Ce sont surtout la hiérarchisation et l'applicabilité des critères qui sont importantes pour la réorganisation.

Hiérarchisation des critères

La hiérarchisation a été effectuée en fonction de trois éléments : le nombre de fois où le critère a été mentionné par les experts, l'évaluation du critère par rapport à la perspective de la population et de celle des entreprises et le niveau de priorité du critère selon

l'évaluation par l'Obsan sur la base des entretiens et des exigences discutées dans le cadre du mandat. Concrètement, cela signifie que trois personnes de l'Obsan ont défini la priorité de chaque critère dans le cadre d'un processus de réflexion en se fondant sur les informations disponibles et sans tenir compte de l'applicabilité ou de l'opérationnalisation des critères restant à effectuer. Une priorité élevée a par exemple été accordée aux critères considérés comme essentiels selon la recherche secondaire, les experts et la DSSI. Dans certains cas, il a fallu évaluer si un critère rarement cité devait néanmoins être considéré comme une priorité élevée en raison de sa grande importance pour le canton de Berne. Par exemple, seul un des cantons interviewés, le Valais, est bilingue, et tous les cantons interrogés (p. ex. SH ou BL) ne disposent pas de la même topographie hétérogène que le canton de Berne.

Applicabilité des critères

L'applicabilité des critères consiste en premier lieu à déterminer dans quelle mesure le critère est opérationnalisable qualitativement ou sur la base de données et à quel point cela est fastidieux (c'est-à-dire complexe et chronophage). Étant donné que la DSSI souhaitait avant tout fonder la réorganisation sur des critères quantifiables, la possibilité d'une opérationnalisation basée sur des données a eu une influence déterminante lors de la sélection des critères. L'étape suivante a consisté à vérifier dans quelle mesure l'opérationnalisation était effectivement faisable. Dans le cas où les informations nécessaires étaient facilement accessibles ou disponibles, l'opérationnalisation n'était pas considérée comme fastidieuse. C'est par exemple le cas du critère des limites administratives, pour lequel les informations sont disponibles en ligne, à la DSSI ou à l'OFS. En revanche, s'il fallait recourir à des analyses statistiques complexes ou à d'autres experts pour obtenir les informations nécessaires, l'opérationnalisation était considérée comme fastidieuse. Cela s'applique par exemple aux particularités géographiques du canton de Berne ou à la quantification d'aspects tels que la mobilité ou les déplacements pendulaires.

2.2 Préparation des critères identifiés

La préparation des critères identifiés constitue à la fois un résultat intermédiaire et une nécessité méthodologique pour la réorganisation. La documentation des critères identifiés (chapitre 2.2.1), la sélection des critères à utiliser (chapitre 2.2.2) et l'opérationnalisation de ces derniers (chapitre 2.2.3) sont décrits ci-après.

⁶ Il n'est ni nécessaire ni souhaitable d'utiliser tous les critères identifiés (p. ex. parce qu'ils ne correspondent pas au mandat, qu'ils sont difficiles à opérationnaliser, etc.).

2.2.1 Critères identifiés

Le tableau 7.1 de l'annexe 7.3 énumère les critères cités explicitement et implicitement lors des entretiens d'experts. Il s'agit d'une vue d'ensemble des critères qui se trouvent dans les encadrés bleus à la fin de chaque résumé d'en entretien (cf. annexe 7.2). Les critères sont classés par ordre alphabétique et les colonnes indiquent quel canton (ou, le cas échéant, l'Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile) a cité le critère. Les critères utilisés pour la création de régions de soins sont en noir, les critères recommandés au canton de Berne en bleu et, en orange, les critères qui ont été discutés dans le cadre des entretiens avec les experts ou lors de la création de régions de soins mais qui n'ont finalement pas été utilisés. La dernière colonne indique le nombre total de fois où le critère a été mentionné.

Dans le même tableau figurent ensuite les critères issus de la recherche secondaire : continuité territoriale, taille des régions (définition des tailles minimale et maximale de la population), prise en compte d'autres régions de soins existantes, prise en compte de la langue parlée et proportion de la population âgée au sein d'une région de soins. Enfin, ce tableau énumère également les critères cités par la DSSI qui doivent être pris en compte dans la réorganisation : alignement sur les futures régions de soins du modèle régional 4+ (PWC, 2020), prise en compte des zones de desserte des EMS et respect du tracé des frontières des périmètres de soins actuels.

Les entretiens semi-standardisés étaient riches en informations complémentaires concernant l'ensemble du processus de création de régions de soins. Les expériences et les facteurs de réussite mentionnés pour l'introduction de régions de soins ainsi que les défis et risques potentiels sont notamment considérés par l'Obsan comme d'importants enseignements, documentés au chapitre 7.2.9 de l'annexe. Ces informations n'ont pas été incluses dans l'analyse qualitative.

2.2.2 Sélection des critères à utiliser

Avant la sélection, les conditions et réflexions, puis la catégorisation et la hiérarchisation des critères identifiés sont d'abord présentés. Enfin, la proposition initiale de l'Obsan concernant les critères à utiliser et la définition de ceux finalement utilisés sont exposées.

Conditions et réflexions

Premièrement, la **sécurité de l'approvisionnement en soins** constitue l'idée de base de la réorganisation. L'objectif est d'assurer à l'ensemble de la population une égalité d'accès aux prestations d'aide et de soins à domicile. À l'avenir, les mandats de prestations continueront à faire l'objet d'appels d'offres, dont l'attribution lie les prestataires (potentiels) à une obligation de fournir des soins. C'est pourquoi les régions de soins doivent être créées en tenant compte de la planification des soins et en mettant l'accent sur la perspective de la population.

Deuxièmement, la réorganisation doit être subordonnée à l'**objectif politique** du canton de Berne, soit de promouvoir l'amélioration de l'efficacité du système de santé en renforçant les soins intégrés et en réseau ainsi que de l'offre de soins entre les différents prestataires. Pour ce faire, les 47 périmètres de 2021 doivent être regroupés, ce qui diminue notamment le nombre d'interlocutrices et interlocuteurs cantonaux. De plus, les nouvelles régions de soins doivent être alignées sur celles du futur modèle régional 4+ (PWC, 2020). Enfin, il faut également tenir compte des soins dispensés par les EMS bernois.

Catégorisation

Les catégories suivantes ont pu être établies en se fondant sur les thèmes récurrents évoqués dans les entretiens (cf. tableau T 7.1 en annexe) :

- **Orientation vers l'espace de vie** : cette catégorie se rapporte le plus au véritable point de vue de la population et englobe l'espace de vie quotidien des individus ainsi que leur orientation ou identité régionale. L'orientation vers l'espace de vie a été citée par l'ensemble des experts interviewés en tant que critère concret (p. ex. identification régionale fondée sur la langue), voire, dans de nombreux entretiens, en tant que catégorie (p. ex. habitat, lieu de vie, etc.).
- **Point de vue de la planification des soins** : cette catégorie comprend les éléments relatifs à la planification des soins pour lesquels d'autres prestataires et réseaux de soins existants jouent un rôle important. En effet, les prestations d'aide et de soins à domicile sont souvent fournies en coopération avec les médecins de famille, les hôpitaux ou d'autres prestataires.
- **Sécurité de l'approvisionnement en soins** : dans cette catégorie, la garantie des soins ambulatoires pour la population est la priorité absolue. La question de la taille optimale d'une région de soins figure au premier plan : quelle doit être la densité de la population pour que les soins puissent être assurés ? C'est dans cette catégorie que la perspective de la population et celle des entreprises se rejoignent le plus.
- **Point de vue des entreprises** : cette catégorie représente le point de vue des organisations d'aide et de soins à domicile et englobe des critères tels que le mélange de compétences (*skill mix*) ou le siège principal d'une organisation. Contrairement à la catégorie de la sécurité de l'approvisionnement en soins, elle ne comprend pas de chevauchement entre les deux perspectives mais met fortement l'accent sur les entreprises.

T 2.1 Catégorisation des critères identifiés avec analyse du nombre de fois où le critère a été mentionné, évaluation de la perspective de la population ou des entreprises, hiérarchisation, estimation de l'applicabilité et proposition provisoire des critères à utiliser

Critères	Nombre de mentions par les experts	Perspective		Priorité selon l'Obsan (1 à 3)	Applicabilité du critère			Proposition	
		Popula-tion	Entre-prises		Basée sur des don-nées	Opérationnalisation (1 = peu fastidieuse, 3 = très fastidieuse)	Accès aux informations (qui ?)	Critères à utili-ser	Priorité d'appli-cation
Orientation vers l'espace de vie¹	8								
Alignement sur les limites administratives (p. ex. communes, districts, zones scolaires, police, etc.)	7	x		1		1	Obsan	x	1
Continuité territoriale	1	x		1		1	Obsan	x	1
Particularités géographiques	4	x		1		2	Canton	x	2
Frontières/barrières linguistiques	1	x		1		1	Obsan	x	1
Mobilité de proximité (p. ex. courses, travail, médecin de famille)	7	x		1	x	3	Obsan/canton/ex-perts	x	2
Zones de desserte des EMS	2	x		1	x	3	Obsan	x	2
Focalisation sur les agglomérations	1	x		3					
Point de vue de la planification des soins									
Alignement sur les futures régions de soins des hôpitaux (modèle régional 4+)	2	x		1		1	Obsan	x	1
Alignement sur les régions de soins existantes des EMS	2	x		2		1	Obsan	x	
Alignement sur d'autres régions de soins existantes	2	x		3		1	Obsan		
Nombre minimum d'hôpitaux	4	x		3	x	1	Obsan		
Nombre minimum d'EMS	3	x		3	x	1	Obsan		
Nombre minimum de communes	1	x		3	x	1	Obsan		
Sécurité de l'approvisionnement en soins									
Taille de la population (min. et max.)	7	x	x	1	x	2	Obsan	x	2
Densité de la population	1	x	x	1	x	2	Obsan	x	2
Structure socio-démographique (pyramide des âges, structure des ménages, revenus, niveau de formation, population issue de la migration)	1	x	x	3	x	1	Obsan		
Temps de trajet au sein d'une région	2	x	x	2	x	3			
Existence de prestations spécialisées	2	x		3		2	Obsan		
Collaborations/coopérations existantes entre les prestataires (organisations d'aide et soins à domicile, EMS, hôpitaux, etc.)	8	x	x	1		3	Obsan/canton/ex-perts	x	2
Point de vue des entreprises									
Zones de desserte actuelles des services d'aide et de soins à domicile	1		x	3		1	Obsan		
Siège principal des organisations d'aide et de soins à domicile	1		x	3		1	Obsan		
Nombre d'heures de prestations d'aide et de soins à domicile fournies	1		x	3	x	1	Obsan		
Mélange de compétences	1		x	3	x	3	Obsan ?		

¹ La catégorie « Orientation vers l'espace de vie » a été mentionnée par l'ensemble des experts interrogés et parfois concrétisée au moyen de critères.

Hiérarchisation

La colonne « Nombre de mentions par les experts » indique à quelle fréquence un critère a été cité dans les entretiens avec les experts (cf. tableau T.2.1). Un nombre élevé correspond à une priorité élevée, la valeur maximale étant de 8. Il convient toutefois de noter que certains critères ont été rarement mentionnés, mais cela ne signifie pas qu'ils ne sont pas importants pour le présent mandat. Ainsi, par exemple, le critère « densité de population » se retrouve dans le critère « taille de la population ». En outre, si le critère « frontières/barrières linguistiques » n'a pas été mentionné dans la plupart des cantons, c'est probablement car ceux-ci ne sont pas multilingues. Enfin, la continuité territoriale a sans doute été rarement mentionnée car il s'agit d'un critère évident qui est implicitement présumé pour la création de régions de soins.

De l'avis de tous les experts, les critères suivants sont les plus importants :

- **Critères liés à l'orientation vers l'espace de vie** : selon les experts, les critères liés à l'orientation vers l'espace de vie (p. ex. alignement sur les limites administratives ou mobilité de proximité pour faire des achats ou se déplacer jusqu'aux structures de soins telles que les cabinets de médecin de famille) sont sans aucun doute les plus importants et doivent être pris en compte dans la création de régions de soins pour deux raisons principales, à savoir le dénominateur commun et la base des soins intégrés. Le dénominateur commun englobe notamment le fait que si les régions de soins correspondent à l'orientation vers l'espace de vie de la population, la clientèle et le personnel des organisations d'aide et de soins à domicile partagent la même culture ou identité régionale et la même langue ou manière de communiquer. Cela permet d'instaurer un climat de confiance et d'acceptation vis-à-vis de l'organisation qui rend visite au domicile de la clientèle et d'atténuer les réticences. En outre, cette congruence facilite la communication et la collaboration entre les différents prestataires de soins, créant ainsi la base d'une prise en charge intégrée. Tous les experts ont explicitement cité la catégorie de l'orientation vers l'espace de vie (ou des synonymes tels que « habitat ») et souligné son importance.
- **Taille de la population** : la taille de la population a été mentionnée par tous les experts, parfois avec des évaluations ou des recommandations pour des tailles minimales ou maximales. Une taille minimale permet de disposer de l'ensemble de l'offre de prestations de soins (notamment celles spécialisées telles que les soins pédiatriques ou palliatifs) d'une qualité suffisante, d'avoir suffisamment d'autres prestataires dans la région de soins et de développer des organisations et des institutions efficaces. Mais si les régions de soins sont trop grandes, un canton court le risque de ne plus pouvoir garantir l'accès aux soins (p. ex. demande supérieure à l'offre, ressources en personnel insuffisantes, problématique *too big to fail*) et que le pilotage devienne trop compliqué. Cela vaut également pour la densité de la population, qui a été jugée importante par le Valais, canton de montagne. Ce critère devrait

être appliqué dans les zones étendues mais peu peuplées. Enfin, il convient également de choisir quelle combinaison de ces deux critères appliquer dans le canton de Berne, qui est hétérogène (p. ex. différentes valeurs seuils ou pondérations en fonction des particularités topographiques).

- **Coopérations existantes et efficaces** : les experts des différents cantons considèrent ce critère comme essentiel pour plusieurs raisons, notamment afin de garantir la sécurité de l'approvisionnement en soins et d'éviter les risques tels que la non-acceptation par la population ainsi que les plaintes juridiques. Les nouveaux espaces de soins devraient donc tenir compte des coopérations existantes, sachant qu'il s'agit non seulement de la collaboration ou des synergies entre les différentes organisations d'aide et de soins à domicile, mais aussi des coopérations entre ces organisations et les autres prestataires tels que les hôpitaux, les EMS et les cabinets de médecins de famille.

La hiérarchisation faite par l'Obsan figure dans la colonne « Priorité selon l'Obsan » et le résultat de l'analyse est présenté dans les trois colonnes « Applicabilité du critère ».

Proposition des critères à utiliser pour la réorganisation

Sur la base des conditions et réflexions ainsi que de la hiérarchisation et de l'applicabilité des critères, l'Obsan a élaboré une proposition qui définit les critères à utiliser pour la réorganisation (cf. colonne « Critères à utiliser »).

L'Obsan recommande de reprendre l'ensemble de la catégorie « Orientation vers l'espace de vie », qui a été mentionnée dans chacun des huit entretiens avec les experts. Le critère « Focalisation sur les agglomérations », cité par un seul canton mais pas utilisé par celui-ci, n'a pas été retenu. Les critères de la catégorie « Orientation vers l'espace de vie » sont les suivants :

- **Alignement sur les limites administratives** : alignement sur les frontières des 47 périmètres de soins du canton de Berne, ceux-ci devant être regroupés en régions de soins plus grandes sans être « découpés » lors de la réorganisation.
- **Continuité territoriale** : ce critère a certes été rarement cité, mais il a probablement été considéré comme point de départ implicite par les cantons interrogés. Il ne faut pas créer d'enclaves à l'intérieur du canton.
- **Particularités géographiques** : dans de nombreux cantons, les particularités topographiques définissent l'orientation vers l'espace de vie de la population ancrée dans la région et devraient être prises en compte lors de la réorganisation. Par exemple, les chaînes de montagnes et de collines ou les cours d'eau peuvent séparer des régions pourtant proches les unes des autres (comme la chaîne du Jura dans le canton de Soleure).
- **Frontières/barrières linguistiques** : le canton de Berne est un canton bilingue, divisé en trois catégories (allemand, français et bilingue).

- **Mobilité de proximité** : l'orientation vers l'espace de vie définit également le comportement de mobilité de la population au sein d'une région. Par conséquent, la mobilité de la population devrait être prise en compte lors de la réorganisation.
- **Zones de desserte des EMS** : les zones de desserte des EMS évoquent d'une part l'orientation vers l'espace de vie, car les personnes bénéficiant d'une prise en charge ambulatoire emménagent de préférence dans un EMS proche de leur domicile si les soins ambulatoires ne sont plus suffisants ou si elles souhaitent y entrer pour des raisons médicales. D'autre part, elles représentent un aspect des soins intégrés, les structures ambulatoires et stationnaires étant déjà reliées par une proximité géographique et résidentielle.

La prise en compte du critère « **Alignement sur les futures régions de soins des hôpitaux (modèle régional 4+)** » est un souhait explicite de la DSSI et considérée par l'Obsan comme importante dans le cadre des soins intégrés. Par ailleurs, la **taille de la population** (ou la densité de la population) est un critère souvent cité qui devrait être pris en compte lors de la réorganisation. Les

experts recommandent d'inclure les **collaborations et coopérations existantes**.

Les autres critères identifiés n'ont pas été pris en compte dans l'élaboration de la proposition, notamment pour les raisons suivantes : rare mention par les experts, chevauchement avec un critère déjà inclus, faible alignement sur la perspective de la population, etc.

Définition des critères à utiliser

L'Obsan a présenté sa proposition de critères à utiliser pour la réorganisation à la DSSI. La DSSI et l'Obsan ont discuté des critères potentiels et établi une liste (tableau T 2.2). Dans le tableau T 2.2, l'opérationnalisation présentée ci-après est déjà documentée sous forme de mots-clés et fait l'objet de réflexions. La priorité d'application des critères est également incluse. Les critères de priorité élevée sont appelés « prérequis » dans la suite du rapport car, selon la DSSI, ils doivent impérativement être remplis.

T 2.2 Définition des critères à utiliser

Critères	Critères à utiliser (proposition de l'Obsan)	Critères repris (décision DSSI-Obsan)	Priorité d'application	Opérationnalisation
Orientation vers l'espace de vie				
Alignement sur les limites administratives (p. ex. communes, districts, zones scolaires, police ou pompiers)	x	x	1	Pas de découpage des périmètres existants
Continuité territoriale	x	x	1	Les nouvelles régions de soins sont cohérentes sur le plan géographique
Particularités géographiques	x	—	2	Abandonné en raison de la charge de travail occasionnée. Il est en outre couvert par l'orientation vers l'espace de vie.
Frontières/barrières linguistiques	x	x	1	Opérationnalisation sur la base des données de l'OFS
Fusions prévues		x	1	Opérationnalisation sur la base des données de l'Office cantonal des affaires communales
Mobilité de proximité (p. ex. courses, travail, médecin de famille)	x	x	2	Opérationnalisation via les bassins d'emploi de l'OFS
Zones de desserte des EMS	x	x	2	Opérationnalisés via HSA_P et l'indice de localisation
Point de vue de la planification des soins				
Alignement sur les futures régions de soins des hôpitaux (modèle régional 4+)	x	x	1	Les nouvelles régions de soins s'alignent sur les futures régions de soins des hôpitaux (modèle régional 4+)
Alignement sur les régions de soins existantes des EMS	x	—		Pas utilisé car les régions de soins des EMS seront redéfinies à l'avenir
Sécurité de l'approvisionnement en soins				
Taille de la population	x	x	2	Deux tailles minimales de la population
Densité de la population	x	—	2	Non opérationnalisable/absence de valeurs de référence
Collaborations/coopérations existantes entre les prestataires (organisations d'aide et soins à domicile, EMS, hôpitaux, etc.)	x	—	2	Abandonné en raison de la charge de travail occasionnée.

Source : analyse qualitative des entretiens avec les experts menés par l'Obsan ; entretiens DSSI-Obsan

© Obsan 2023

La plupart des critères proposés par l'Obsan ont été repris (cf. 3^e colonne « Critères repris » du T 2.2). L'alignement sur les régions de soins existantes des EMS n'a pas été considérée comme pertinente car celles-ci devraient être redéfinies à l'avenir ou adaptées aux futures régions de soins du modèle régional 4+ (PWC, 2020). En revanche, le critère des fusions de communes prévues a été jugé important au cours de la réorganisation et donc ajouté à la liste des critères à utiliser.

Dans le cadre des discussions, l'utilisation ou l'opérationnalisation de trois critères a été abandonnée : les particularités géographiques, la densité de la population et les collaborations existantes avec d'autres prestataires. Il n'existe pas de données empiriques permettant d'établir des valeurs de référence pour la densité de la population de chaque région et des études plus approfondies seraient nécessaires. De même, une étude supplémentaire, qui exigerait beaucoup de ressources, devrait être réalisée pour tenir compte des coopérations existantes entre tous les prestataires impliqués. Les particularités géographiques sont en partie incluses implicitement dans les critères liés à l'orientation vers l'espace de vie et sont ainsi prises en compte. L'implication d'une ou d'un géographe ayant des connaissances approfondies du canton de Berne mettrait à rude épreuve les ressources du projet.

2.2.3 Opérationnalisation

La manière dont les critères de priorité élevée (c.-à-d. les prérequis) et de priorité secondaire ont été opérationnalisés est décrite ci-dessous.

Prérequis

L'**alignement sur les cinq futures régions de soins du modèle régional 4+ (PWC, 2020)** représente un critère des trois prérequis qui déterminent l'ensemble de la réorganisation. Les regroupements des périmètres ne peuvent se faire qu'à l'intérieur de l'une de ces régions de soins et non au-delà de ses frontières. Le rapport de PWC (2020) constitue la base de la répartition des périmètres existants entre les cinq futures régions de soins 4+. En outre, les **frontières des périmètres** ont été conservées sous leur forme originale dans le cadre des regroupements. Par conséquent, aucun des 47 périmètres de 2021 n'est découpé et réparti entre les régions de soins nouvellement créées. La **continuité territoriale** doit être vérifiée avant d'appliquer les critères liés à l'orientation vers l'espace de vie afin d'éviter que des séparations territoriales subsistent ou n'apparaissent.

Par ailleurs, les (éventuelles) **fusions** imminentes de communes et la définition des **frontières linguistiques** sont également considérées comme des prérequis, car elles doivent être contrôlées avant que d'autres critères ne s'appliquent. Les fusions imminentes de communes sont déterminées sur la base des informations disponibles auprès de l'Office cantonal des affaires communales et de l'organisation du territoire ou du Service des affaires communales. Les frontières linguistiques peuvent

être analysées à l'aide du relevé structurel et de la Statistique de la population et des ménages (STATPOP) de l'OFS, car il est possible de déterminer sur cette base la proportion de francophones, de germanophones et de bilingues des 339 communes bernoises en 2021.

Les **enclaves de La Scheulte** et de **Villars-les-Moines** ne sont pas prises en compte dans les analyses de la réorganisation puisqu'elles sont desservies par des organisations d'aide et de soins à domicile extracantonales (de Delémont et de Fribourg) dans le cadre d'une convention de prestations. Elles sont encore comprises dans la situation initiale et mentionnées dans les graphiques et les tableaux. Toutefois, elles ne sont pas prises en compte dans les analyses, ce qui réduit d'emblée le nombre de périmètres à regrouper dans les nouvelles régions de soins. L'enclave de **Clavaleyres** est représentée sur les cartes mais exclue des analyses car elle a rejoint le canton de Fribourg au 1^{er} janvier 2022.

Orientation vers l'espace de vie : mobilité de proximité et zones de desserte des EMS

La mobilité de proximité et les zones de desserte des EMS représentent l'orientation vers l'espace de vie. Pour l'opérationnalisation de la **mobilité de proximité**, des clarifications approfondies ont été menées avec différents offices et institutions : l'Office cantonal de l'aménagement du territoire, la Direction des travaux publics et des transports du canton de Berne, l'Office cantonal de la statistique ainsi que l'Office fédéral du développement territorial et Pro Senectute. Dans le cadre de ce processus, il aurait fallu recourir à des matrices de mobilité, qui n'ont toutefois pas pu être utilisées en raison de leur bidirectionnalité (c.-à-d. qu'il n'est pas possible de différencier le point de départ et celui d'arrivée). En fin de compte, les bassins d'emploi (BE) de l'OFS ont constitué la meilleure approche pour refléter la mobilité de proximité. Ils représentent les régions dans lesquelles vivent, mais aussi travaillent, au moins 50 % des personnes actives. Ils sont également importants pour les personnes qui n'exercent plus d'activité lucrative (65 ans et plus) car on peut supposer qu'une forte proportion de personnes restent dans leur bassin d'emploi lorsqu'elles prennent leur retraite. Les raisons soutenant cette hypothèse sont multiples : propriété d'un logement, baux avantageux en raison de loyers de longue durée, environnement social bien établi, environnement de santé bien établi (cabinets de médecin de famille, fitness, etc.), attachement ou identification à la région, habitudes, etc.

La **zone de desserte d'un EMS (HSA_P)** est définie comme suit : région dans laquelle la majorité des résidentes et résidents vivaient avant d'entrer dans un EMS. Les HSA_P sont établies sur la base de la statistique des institutions médico-sociales (SOMED). Celle-ci permet de déterminer, pour tous les résidentes et résidents, quel était leur lieu de domicile (NPA) avant leur admission en EMS et dans quel EMS (NPA) ils habitent. Étant donné que le nombre de résidentes et résidents par NPA de domicile ou

d'EMS peut être faible dans certaines régions⁷, ces informations sur les NPA sont agrégées au niveau des régions MedStat de l'OFS.

Un algorithme développé par Haynes et al. (2020) est utilisé pour définir une HSA_P : dans le cadre d'une procédure itérative, les régions MedStat comprenant un EMS sont regroupées avec les régions MedStat voisines en fonction de la demande (c.-à-d. des flux de patientes et patients d'une région à l'autre). Pour déterminer la taille réelle d'une HSA_P, il faut disposer d'un indice de localisation (IL) correspondant à une valeur cible dans le cadre de cette procédure. Autrement dit, l'IL est défini comme la proportion de personnes qui doivent être prises en charge au sein de leur propre HSA_P. Un IL de 50 %, par exemple, signifie qu'au moins 50 % des personnes habitant dans une région résideront dans un EMS de cette même région. Tant que ces 50 % ne sont pas atteints pour une HSA_P dans le cadre de la procédure itérative, des agrégations ont lieu. Trois IL sont utilisés pour le présent projet : 50 %, 60 % et 70 %. Cette approche est étroitement liée à celle de l'Atlas des services de santé. Une description détaillée de cet algorithme est disponible sur www.versorgungsatlas.ch/fr ou dans le package R de Haynes et al. (2020).

Taille minimale de la population

Sur la base des entretiens avec les experts, il est difficile de déterminer une taille de population maximale ou une densité de population pour les régions de soins. Cette dernière dépendrait en outre des particularités topographiques d'une région et les régions urbaines, rurales ou de montagne devraient être opérationnalisées de manière spécifique en conséquence. Toutefois, les informations et les valeurs empiriques nécessaires font défaut pour mettre cela en place. En revanche, la **taille minimale de la population** peut être déduite des entretiens avec les experts. Une taille minimale de la population garantit la sécurité de l'approvisionnement en soins car elle permet de fournir des prestations (spécialisées) sur l'ensemble du territoire et de générer des avantages en termes d'efficacité et de coûts qui profitent à leur tour à la population. Sur la base des entretiens, il a été possible de déterminer deux tailles minimales, l'une s'élevant à 20 000 personnes et l'autre à 40 000. La seconde taille minimale permet de réduire davantage le nombre de régions de soins par rapport à la première. Il n'a pas été possible de déterminer clairement la taille maximale de la population, mais la plupart des experts considèrent que les régions de soins à forte densité de population sont peu pertinentes. L'objectif est donc que les nouvelles régions de soins ne soient pas plus grandes que le périmètre actuel le plus peuplé.

2.3 Procédure pour la réorganisation (QGIS)

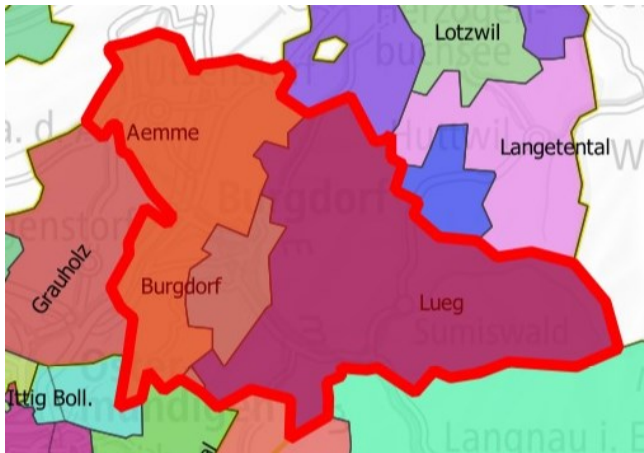
Les solutions proposées visent à réduire le nombre de périmètres existants et à créer de nouvelles régions de soins plus grandes. Trois propositions de solutions, qui se différencient par l'ampleur de la réduction, ont été élaborées. Les deux solutions de réduction moyenne proposées diminuent de plus de moitié les 47 périmètres de 2021. Deux solutions sont présentées afin de tenir compte d'éventuels autres regroupements qui ne sont pas appliqués dans l'une ou l'autre solution mais qui s'esquissent. Dans ces propositions de solutions, les critères BE et HSA_P sont appliqués en premier lieu. Dans une étape ultérieure, la taille minimale de la population est prise en compte, sachant qu'une nouvelle région de soins ne doit pas être inférieure à 20 000 personnes. La solution de forte réduction permet de diminuer davantage le nombre de périmètres à environ un tiers de la situation initiale, qui était de 47 périmètres. Cette troisième proposition se distingue des solutions de réduction moyenne uniquement par la taille minimale de la population, qui est ici de 40 000 personnes.

Toutes les solutions proposées, ainsi que la mise en œuvre des prérequis, sont réalisées à l'aide du logiciel d'information géographique libre QGIS, qui permet de visualiser et d'analyser les données géospatiales. Sur la base d'une inspection visuelle des critères BE et HSA_P, de nouvelles régions de soins ont été créées pour chaque région de soins 4+ (PWC, 2020). L'exemple des trois périmètres d'Aemme, de Berthoud et de Lueg montre bien qu'ils forment ensemble un bassin d'emploi (surface rouge transparente dans l'image du haut du graphique G 2.1). Par ailleurs, en considérant les HSA_P avec un IL de 50 %, on voit que ces trois périmètres tombent dans trois HSA_P différentes (également surface rouge transparente dans l'image du bas du graphique G 2.1). Lueg est en grande partie une HSA_P autonome, la partie nord-ouest de Lueg formant une HSA_P avec la partie nord-est d'Aemme. En outre, Berthoud et Aemme font partie d'une HSA_P qui contient une petite partie de Lueg et une grande partie de Grauholz. Sur la base de l'inspection visuelle de ces deux critères, Aemme et Berthoud sont regroupés en une nouvelle région de soins en raison de l'important chevauchement. Grauholz fait partie d'une autre région de soins 4+ (PWC, 2020), raison pour laquelle un regroupement avec Aemme et Berthoud n'est pas envisageable, malgré un fort recouvrement. Dans la première proposition, Lueg reste une région de soins autonome en raison des HSA_P (réduction moyenne – solution I) mais, sur la base de l'analyse BE, la proposition suivante suggère un regroupement avec Aemme/Berthoud (réduction moyenne – solution II).

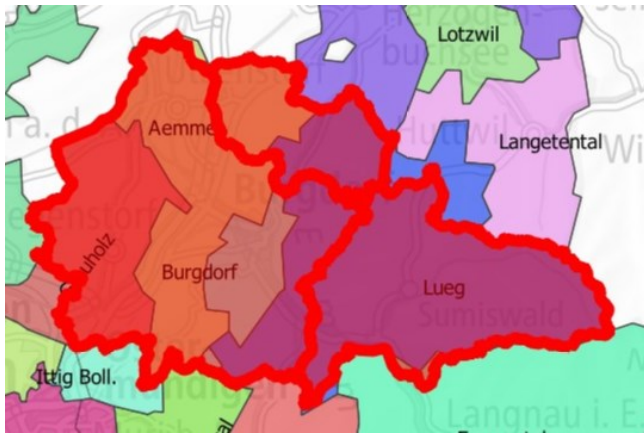
⁷ Par exemple dans les régions rurales ou de montagne.

G 2.1 Exemple d'inspection visuelle à l'aide des critères BE et HSA_P

BE



HSA_P (IL 50 %)



Source : Obsan QGIS

© Obsan 2023

3 Résultats

Dans ce chapitre, l'accent est mis sur la présentation visuelle des résultats. Le chapitre 3.1 explique la mise en œuvre des critères prérequis, qui a débouché sur une solution intermédiaire. Celle-ci a servi de point de départ pour la réorganisation à l'aide des critères (bassins d'emploi (BE), HSA_P et taille minimale de la population). Le chapitre 3.2 présente les solutions I et II « réduction moyenne », et le chapitre 3.3 la solution III « forte réduction ». Les trois solutions s'appuient successivement les unes sur les autres. La marge de manœuvre potentielle (pour d'éventuels autres regroupements de périmètres) dans le cadre de la réorganisation est aussi indiquée. Les informations détaillées concernant les différents regroupements des périmètres figurent dans l'annexe, à partir du chapitre 7.4. Enfin, le chapitre 3.4 présente, à la demande de la DSSI, deux variantes de ceinture urbaine regroupant l'agglomération autour de la ville de Berne en une seule région de soins.

3.1 Mise en œuvre des prérequis

Les critères prérequis ont été mis en œuvre sur la base des 47 périmètres de soins de 2021 (cf. graphique G 3.1). Cela inclut le respect des frontières des régions de soins du modèle régional 4+ (PWC, 2020), la continuité territoriale, la prise en compte des fusions de communes qui se dessinent et l'analyse des frontières linguistiques. La solution intermédiaire après la mise en œuvre des prérequis sert de point de départ à la réorganisation (cf. graphique G 3.2). Lors de cette étape, le nombre de périmètres est passé de 47 à 41⁸.

3.1.1 Modèle régional 4+ et continuité territoriale

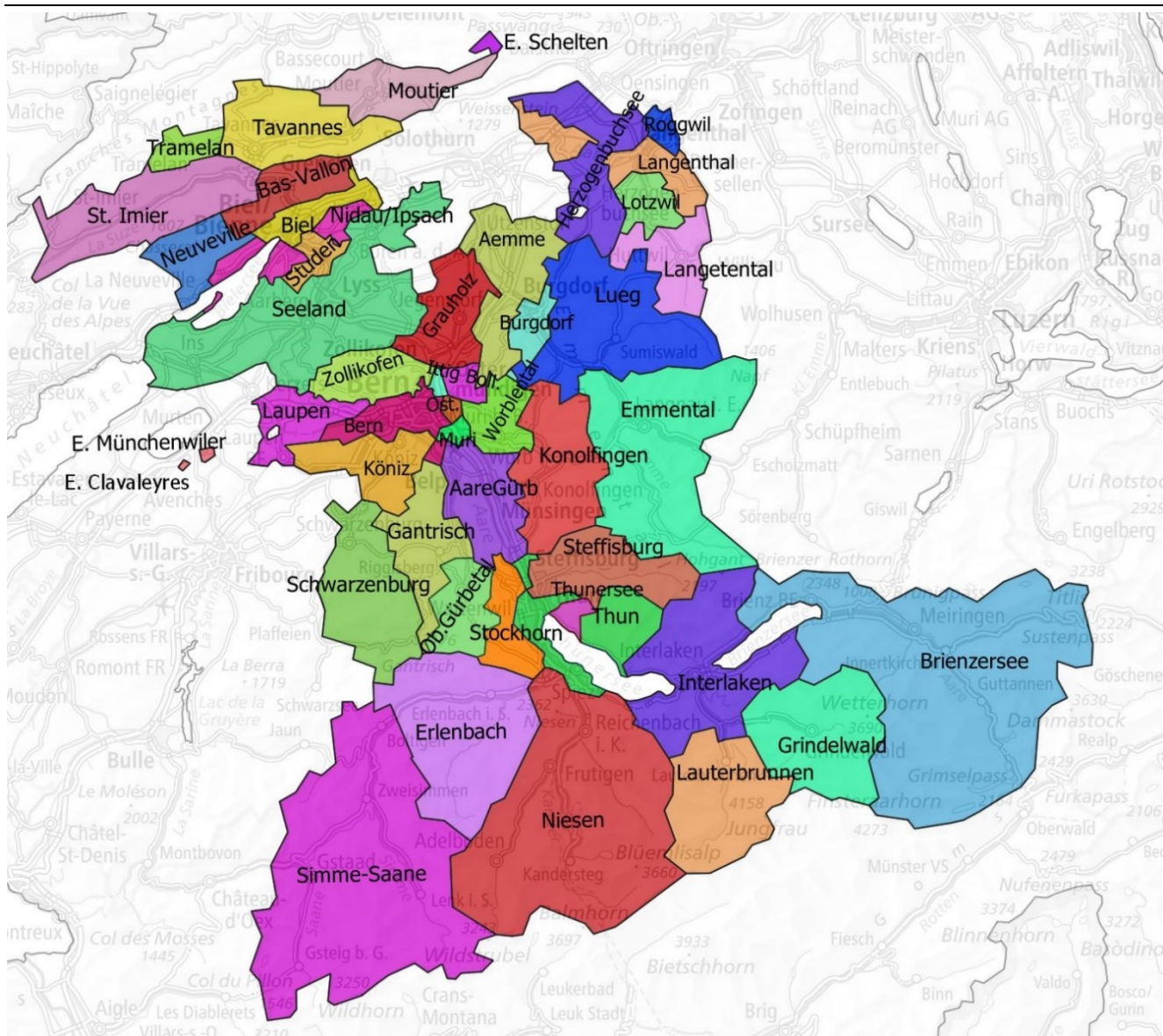
Les régions de soins du modèle régional 4+ (PWC, 2020) sont représentées dans le graphique G 3.2 sous la forme de tracés noirs en gras. Par exemple, l'ensemble du Jura bernois est entouré d'une ligne en gras, qui sépare le lac de Bière et le périmètre de Biel/Bienne le long des deux périmètres de La Neuveville et du Bas-Vallon.

L'inspection visuelle a permis d'identifier cinq périmètres ne remplissant pas le critère de continuité territoriale. Étant donné que de telles régions de soins ne doivent pas être créées, ces cinq périmètres ont été traités comme suit :

- Nidau/Ipsach se compose de quatre parties géographiquement séparées, qui sont regroupées avec Biel/Bienne en une seule région de soins. Un regroupement avec Studen, initialement considéré, a été abandonné car la partie au bord du lac de Bière serait autrement séparée des autres. Le quatrième tronçon (moitié supérieure de l'île Saint-Pierre) reste isolé géographiquement car il s'agit principalement d'une zone protégée, touristique et hôtelière peu peuplée.
- Le périmètre de Langenthal est divisé en deux par celui de Herzogenbuchsee, raison pour laquelle ils ont été regroupés.
- Thoun, divisé en deux, pourrait être regroupé avec le périmètre de Steffisburg et/ou du lac de Thoun afin de garantir la continuité territoriale. En raison de ces différentes possibilités, Thoun n'a été regroupé avec un ou les deux autres périmètres que lors de l'étape de travail suivante, en fonction des autres critères.
- Berthoud, divisé en deux, pourrait être regroupé avec Aemme et/ou Lueg. Compte tenu de ces deux possibilités, Berthoud n'a été fusionné qu'à l'étape suivante, en se fondant sur l'orientation vers l'espace de vie.
- Kehrsatz est géographiquement séparé du reste du périmètre de Berne et, du point de vue de la mobilité, n'est accessible que par le périmètre de Köniz (c.-à-d. par Wabern). En raison des voies de communication, une fusion avec Muri n'est pas envisageable. Au vu de la taille et de la densité de la population de la région de soins qui en résulterait, il n'est pas envisagé de regrouper Berne et Köniz.

⁸ Les enclaves de La Scheulte et de Villars-les-Moines ne sont plus comptées à partir de ce point-ci.

G 3.1 Situation initiale dans le canton de Berne en 2021 avec 47 périmètres



Remarque : la situation initiale comprend les enclaves de La Scheulte et de Villars-les-Moines alors que les solutions présentées ne les incluent plus. L'enclave de Clavaleyres (à gauche de Villars-les-Moines) est encore représentée dans ce graphique, mais elle n'est pas prise en compte dans les analyses et autres graphiques en raison de son intégration dans le canton de Fribourg au 1^{er} janvier 2022.

Source : Obsan QGIS

© Obsan 2023

3.1.2 Fusions de communes et analyse des frontières linguistiques

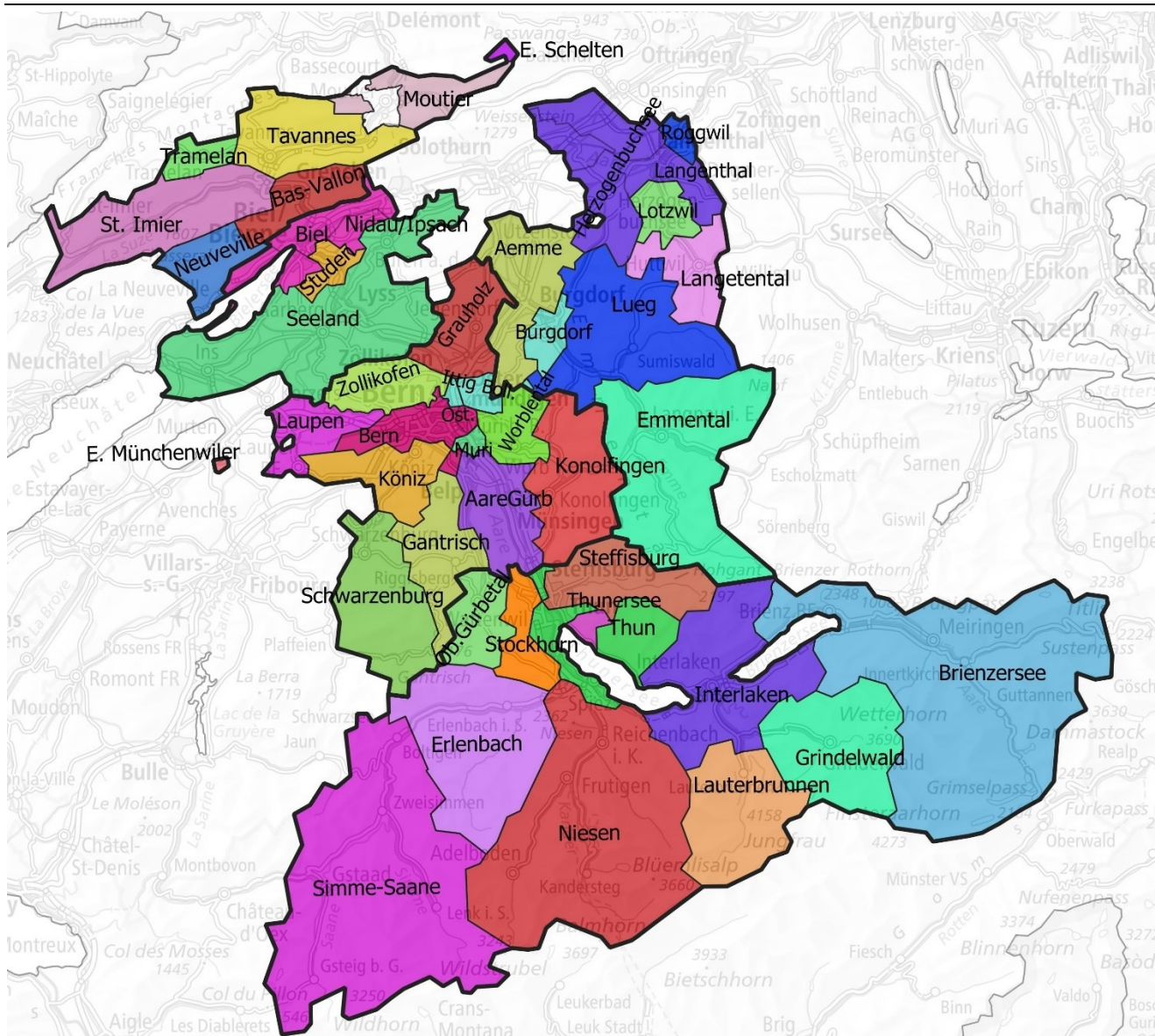
Dans le cadre des travaux, il a été noté que certaines communes du canton de Berne étaient sur le point de fusionner, raison pour laquelle les fusions de communes potentielles ont été considérées comme un prérequis. Dans le Mittelland, la votation populaire sur la fusion des communes d'Ostermundigen et de Berne, qui forment toutes deux un périmètre indépendant, a eu lieu en octobre 2023. Dans le cadre de la réorganisation, Ostermundigen et Berne ont déjà été regroupés à cette étape de travail⁹. Par ailleurs, les premières discussions de fusion ont eu lieu entre les communes de Reconvilier, Saules et Loveresse, mais cela n'affecte pas la réorganisation des régions de soins car celles-ci se situent toutes dans le périmètre de Tavannes. Selon la DSSI, les périmètres de Bolligen et d'Ittigen ont fusionné en 2022 pour former le service d'aide et de soins à domicile Bantiger, raison pour laquelle ils seront également regroupés a priori.

En janvier 2026, la commune de Moutier passera du canton de Berne au canton de Jura. En raison du changement de canton, l'hôpital de Moutier ne se trouvera plus sur le territoire du canton de Berne et le seul hôpital du Jura bernois sera à St-Imier. À partir de ce changement, la planification et la garantie des soins aux personnes âgées de la commune de Moutier seront du ressort du canton du Jura. Par conséquent, la commune de Moutier n'est pas prise en compte pour les analyses et est transparente dans le graphique G 3.2. Le périmètre de Moutier (sans la commune de Moutier) ne répond pas au prérequis de continuité territoriale puisqu'il se compose de deux parties isolées.

L'analyse des données du relevé structurel et de STATPOP (tous deux de l'OFS) dans le cadre de l'inspection visuelle des périmètres montre qu'il n'y a pas de violation de la frontière linguistique tant que les tracés des frontières des régions de soins du modèle régional 4+ (PWC, 2020) sont respectés. Au sein de chaque région de soins du modèle 4+, seules des régions de soins principalement germanophones, francophones ou bilingues sont créées.

⁹ Selon la votation du 22 octobre 2023, les communes de Berne et d'Ostermundigen ne fusionneront pas. Des analyses HSA_P et BE effectuées en aval du rapport ont montré que ce regroupement anticipé aurait de toute façon eu lieu et abouti à un résultat identique.

G 3.2 Situation initiale après application des prérequis avec 41 régions de soins



Remarque : en raison du changement de canton en 2026, la commune de Moutier est exclue des analyses et donc transparente sur la carte. Les enclaves de La Scheulte et de Villars-les-Moines ne sont pas prises en compte.

Source : Obsan QGIS

© Obsan 2023

3.2 Réduction moyenne (solutions I et II)

Les deux solutions de réduction moyenne proposées sont documentées ci-après, les détails des différents regroupements de périmètres étant décrits dans l'annexe, aux chapitres 7.4.1 et 7.4.2. Dans un premier temps, l'application des deux critères de zone de desserte d'un EMS (HSA_P) et de bassins d'emploi (BE) a conduit à une **solution intermédiaire** (graphique G 3.3) qui, après l'ajout du critère de la taille minimale de la population de 20 000 personnes, a abouti à la **solution I** (graphique G 3.4). La **solution II** repose sur la solution I, mais inclut d'autres regroupements qui se sont esquissés dans le cadre de la solution I (graphique G 3.5). La fin de ce sous-chapitre est consacrée à la **marge de manœuvre** potentielle pour d'autres regroupements (graphiques G 3.6 à G 3.8).

3.2.1 Critères liés à l'orientation vers l'espace de vie (solution intermédiaire)

L'application des critères HSA_P et BE a permis de passer de 41 périmètres à 23 régions de soins (graphique G 3.3). Dans la ré-

gion de soins 4+ du Jura bernois, les six périmètres sont regroupés en deux régions de soins. Dans celle de Bienne-Seeland, les trois périmètres fusionnent en deux régions de soins, tandis que dans celle de Berne-Mittelland, on compte huit régions de soins au lieu des douze périmètres. Dans la région de Haute-Argovie-Emmental, les huit périmètres sont regroupés en cinq régions de soins et dans celle de l'Oberland, on dénombre six régions de soins au lieu des douze périmètres.

3.2.2 Taille minimale de la population (solution I)

Une fois les critères HSA_P et BE appliqués, il a fallu vérifier que toutes les régions de soins nouvellement créées comptaient une population d'au moins 20 000 personnes. Ce n'était pas le cas pour trois d'entre elles : Schwarzenburg, Langetental et Lac de Brienz. Par conséquent, elles ont été regroupées avec la région de soins voisine (sur la base des critères HSA_P et BE). De ces regroupements résulte la **solution I, avec 20 régions de soins** (graphique G 3.4 et tableau T 3.1).

T 3.1 Réduction moyenne (solution I) : 20 régions de soins d'après les régions de soins du modèle 4+ (PWC, 2020) et la taille de la population

Modèle régional 4+ (PWC, 2020)	(Nouvelle) région de soins	(Ancien) périmètre	(Nouvelle) taille de la population
Jura bernois	BJ1	Bas-Vallon, La Neuveville et St-Imier	25 956
	BJ2	Tavannes, Tramelan, Moutier (périmètre sans la commune de Moutier)	20 441
	—	Enclave de La Scheulte*	34
Bienne-Seeland	BS1	Biel/Bienne/Nidau/Ipsach	94 935
	BS2	Studen et Seeland	85 296
Berne-Mittelland	BM1	Laupen et Köniz	58 571
	BM2	Zollikofen	30 241
	BM3	Berne/Ostermundigen	156 611
	BM4	Grauholz	34 915
	BM5	Bolligen/Ittigen, Muri et Worblental	51 538
	BM6	Schwarzenburg, Gantrisch et Aare-/Gürbetal	59 701
	BM7	Konolfingen	26 674
—	Enclave de Villars-les-Moines*	607	
Haute-Argovie-Emmental	HE1	Langenthal/Herzogenbuchsee, Roggwil, Lotzwil et Langetental	82 473
	HE2	Aemme et Berthoud	51 025
	HE3	Lueg	23 426
	HE4	Emmental	24 388
Oberland	OL1	Oberes Gürbetal et Stockhorn	23 974
	OL2	Steffisburg, Thoune et Lac de Thoune	97 282
	OL3	Simme-Saane et Erlenbach	22 220
	OL4	Niesen	22 041
	OL5	Interlaken, Lauterbrunnen, Grindelwald et Lac de Brienz	47 811

* Les enclaves ne sont pas prises en compte dans les analyses.

Source : Obsan

© Obsan 2023

3.2.3 Possibilités de regroupements supplémentaires (solution II)

La deuxième solution propose des fusions supplémentaires qui se sont esquissées lors de l'élaboration de la solution I. Pour les régions de soins 4+ (PWC, 2020) du Jura bernois, de Bienne-Seeland et de Berne-Mittelland, la solution II est identique à la solution I, tandis qu'il existe un regroupement supplémentaire dans

celles de l'Oberland et de Haute-Argovie-Emmental. Dans l'Oberland, la région de soins Oberes Gürbetal/Stockhorn est fusionnée avec celle de Steffisburg/Thoune/Lac de Thoune, tandis que dans la région de Haute-Argovie-Emmental, la région de soins de Lueg est regroupée avec celle d'Aemme/Burgdorf. Ces deux regroupements supplémentaires aboutissent à la **solution II, qui comprend 18 régions de soins** (graphique G 3.5 et tableau T 3.2).

T 3.2 Réduction moyenne (solution II) : 18 régions de soins d'après les régions de soins du modèle régional 4+ (PWC, 2020) et la taille de la population

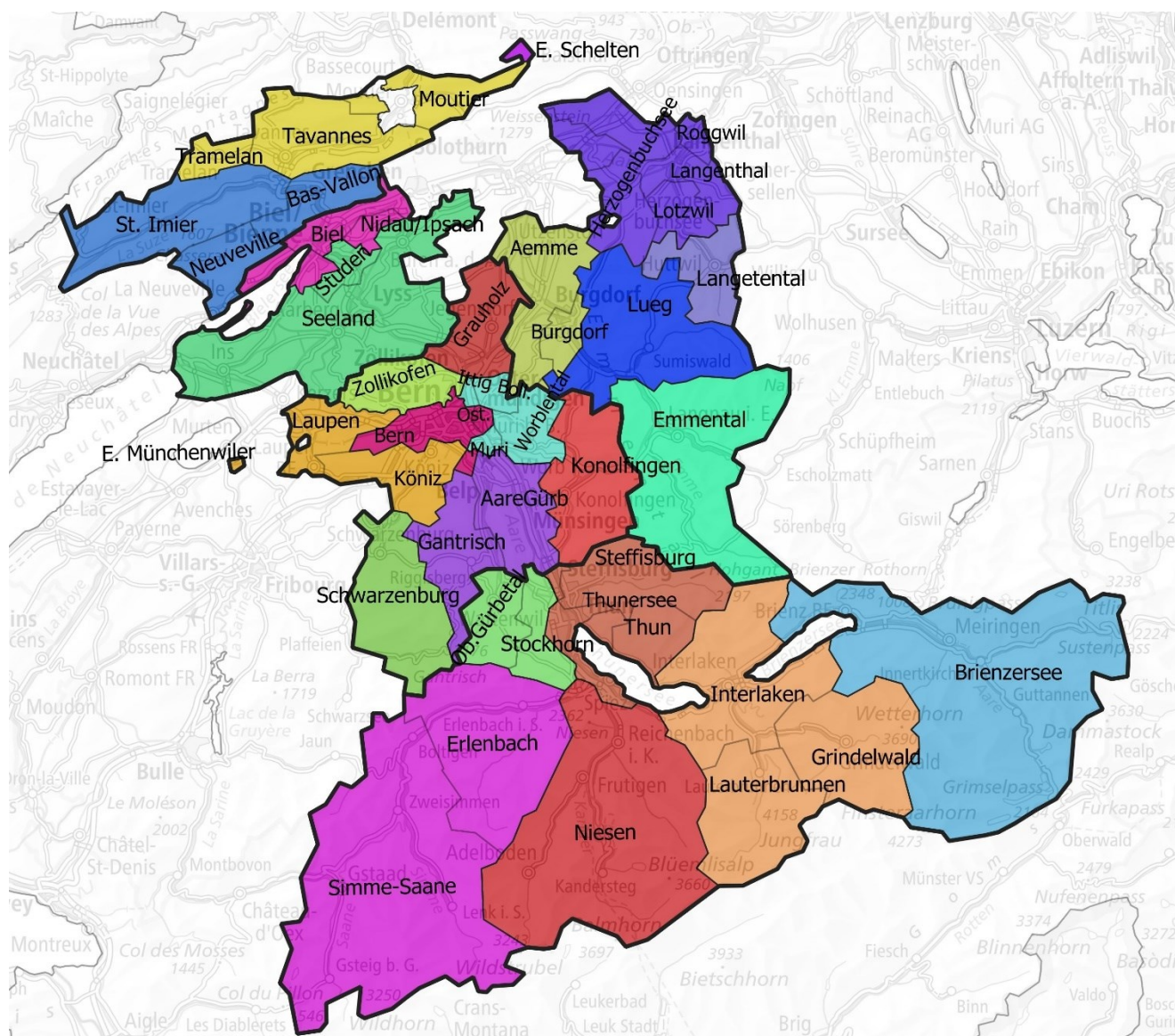
Modèle régional 4+ (PWC, 2020)	(Nouvelle) région de soins	(Ancien) périmètre	(Nouvelle) taille de la population
Jura bernois	BJ1	Bas-Vallon, La Neuveville et St-Imier	25 956
	BJ2	Tavannes, Tramelan, Moutier (périmètre sans la commune de Moutier)	20 441
	—	Enclave de La Scheulte*	34
Bienne-Seeland	BS1	Biel/Bienne/Nidau/Ipsach	94 935
	BS2	Studen et Seeland	85 296
Berne-Mittelland	BM1	Laupen et Köniz	58 571
	BM2	Zollikofen	30 241
	BM3	Berne/Ostermundigen	156 611
	BM4	Grauholz	34 915
	BM5	Bolligen/Ittigen, Muri et Worblental	51 538
	BM6	Schwarzenburg, Gantrisch et Aare-/Gürbetal	59 701
	BM7	Konolfingen	26 674
—	Enclave de Villars-les-Moines*	607	
Haute-Argovie-Emmental	HE1	Langenthal/Herzogenbuchsee, Roggwil, Lotzwil et Langetental	82 473
	HE2	Aemme, Berthoud et Lueg	74 451
	HE3	Emmental	24 388
Oberland	OL1	Oberes Gürbetal, Stockhorn, Steffisburg, Thoune et Lac de Thoune	121 256
	OL2	Simme-Saane et Erlenbach	22 220
	OL3	Niesen	22 041
	OL4	Interlaken, Lauterbrunnen, Grindelwald et Lac de Brienz	47 811

* Les enclaves ne sont pas prises en compte dans les analyses.

Source : Obsan

© Obsan 2023

G 3.3 Solution intermédiaire après l'application des critères HSA_P et BE avec 23 régions de soins

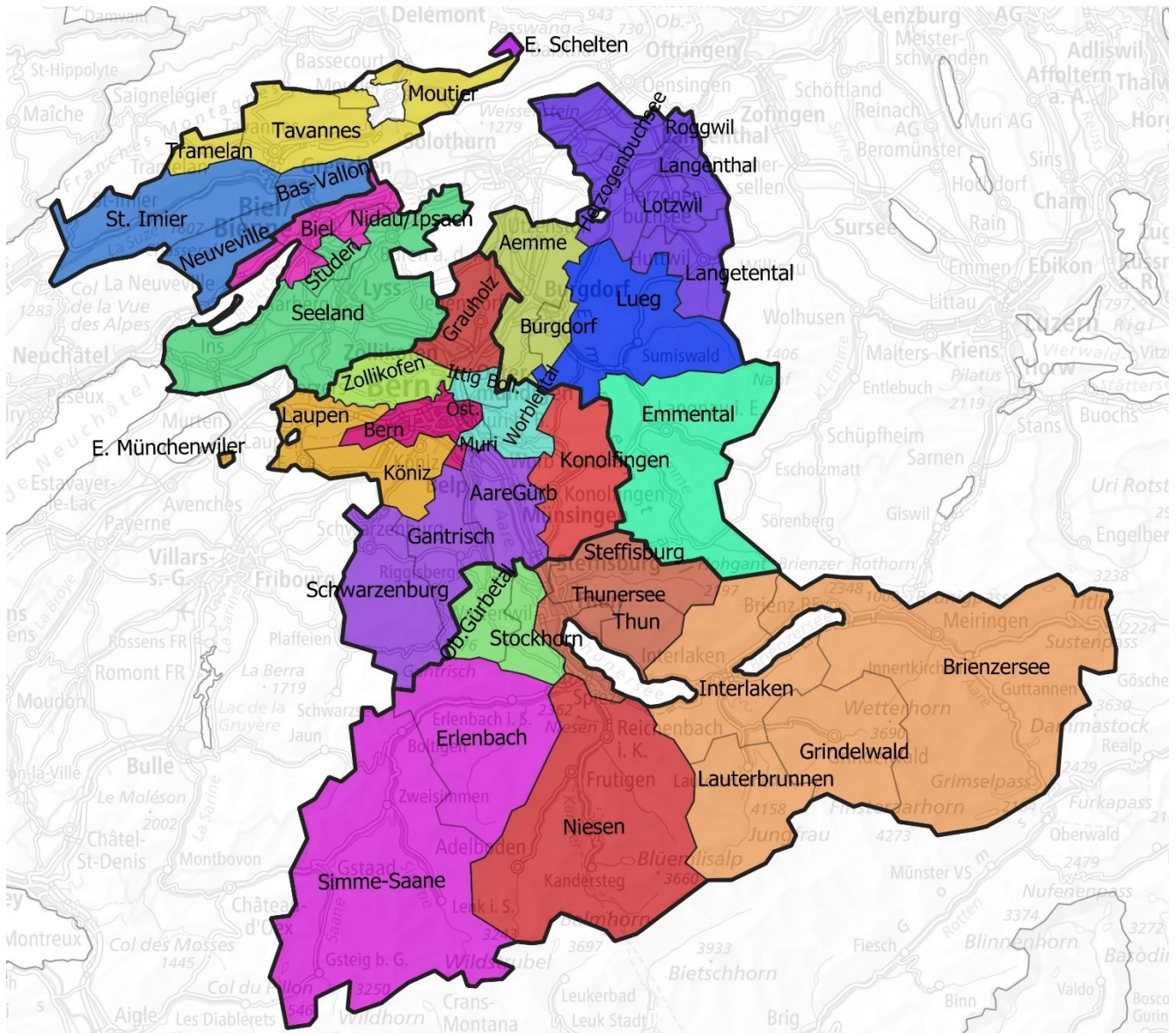


Remarque : en raison du changement de canton en 2026, la commune de Moutier est exclue des analyses et donc transparente sur la carte. Les enclaves de La Scheulte et de Villars-les-Moines ne sont pas prises en compte.

Source : Obsan QGIS

© Obsan 2023

G 3.4 Réduction moyenne (solution I) : 20 régions de soins

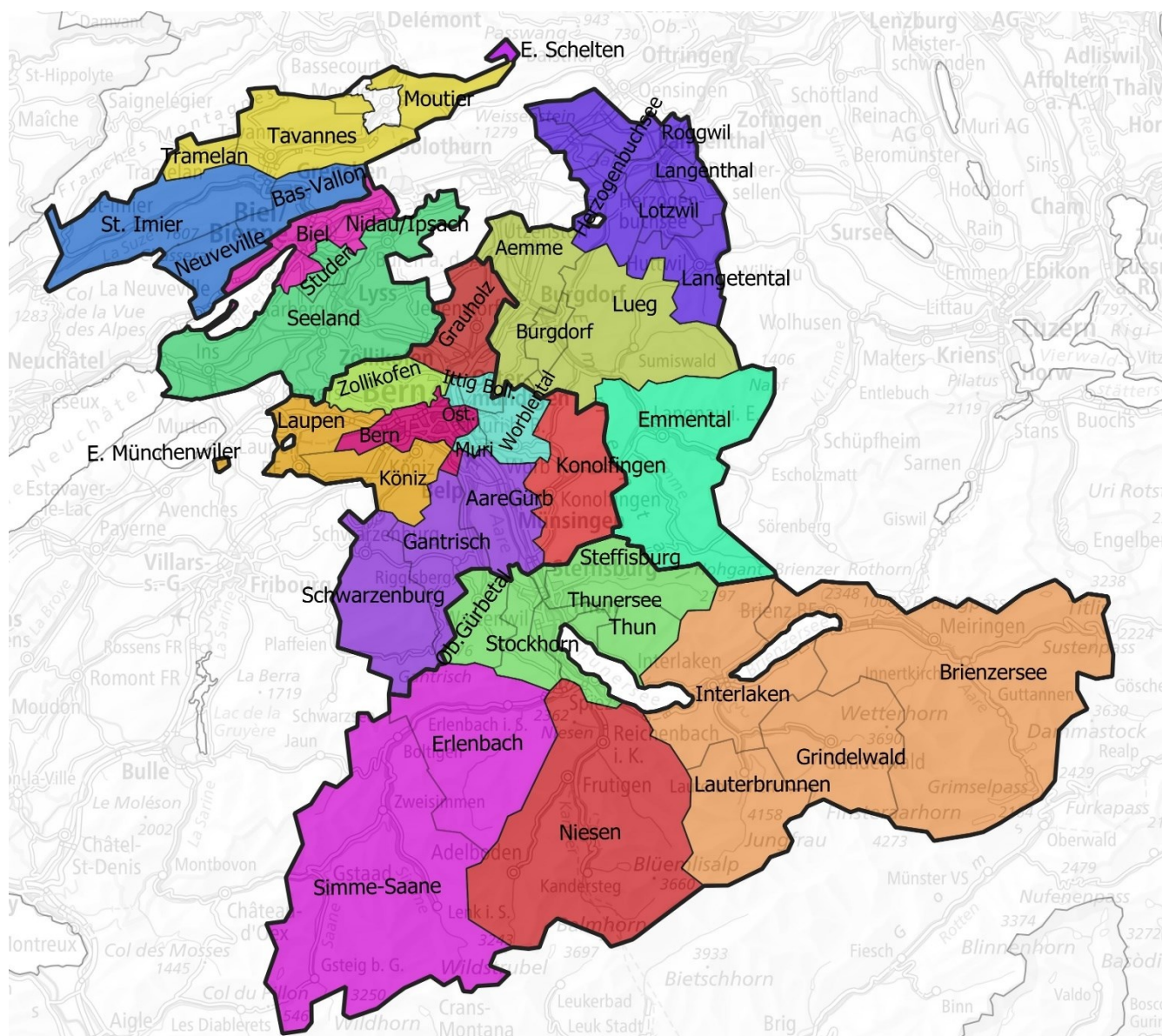


Remarque : en raison du changement de canton en 2026, la commune de Moutier est exclue des analyses et donc transparente sur la carte. Les enclaves de La Scheulte et de Villars-les-Moines ne sont pas prises en compte.

Source : Obsan QGIS

© Obsan 2023

G 3.5 Réduction moyenne (solution II) : 18 régions de soins



Remarque : en raison du changement de canton en 2026, la commune de Moutier est exclue des analyses et donc transparente sur la carte. Les enclaves de La Scheulte et de Villars-les-Moines ne sont pas prises en compte.

Source : Obsan QGIS

© Obsan 2023

3.2.4 Marge de manœuvre supplémentaire

L'élaboration des solutions I et II a révélé une marge de manœuvre supplémentaire dans la région de soins 4+ (PWC, 2020) de Bienne-Seeland avec le périmètre de Studen et dans celle de Berne-Mittelland. Cette marge de manœuvre n'a toutefois pas été prise en compte, notamment parce que la population de certaines régions de soins aurait été trop nombreuse et que les solutions I et II déjà choisies étaient plus évidentes au vu des critères définis.

Bienne-Seeland

Dans cette région de soins 4+ (PWC, 2020), il existe une marge de manœuvre supplémentaire pour le périmètre de Studen, qui a été attribué au Seeland dans les solutions I et II. Ainsi, avec Biel/Bienne/Nidau/Ipsach et Seeland/Studen, on obtient deux régions de soins de tailles à peu près équivalentes. Comme expliqué dans l'annexe, les analyses HSA_P ont indiqué que le périmètre de Studen devait fusionner avec celui du Seeland, bien que Brügg (dans le périmètre de Studen) se tourne plutôt vers la ville de

Biel/Bienne (cf. Bienne-Seeland dans l'annexe 7.4.1). En raison de l'agglomération de la ville de Biel/Bienne et du réseau de transports autour de Brügg, une attribution de Studen à la région de Biel/Bienne/Nidau/Ipsach est envisageable (cf. graphique G 3.6). Ce regroupement aboutirait, après Berne/Ostermundigen ($N = 156\,611$) à la deuxième plus grande région de soins du canton ($N = 109\,239$, contre $N = 70\,992$ pour la région de soins du Seeland).

Berne-Mittelland

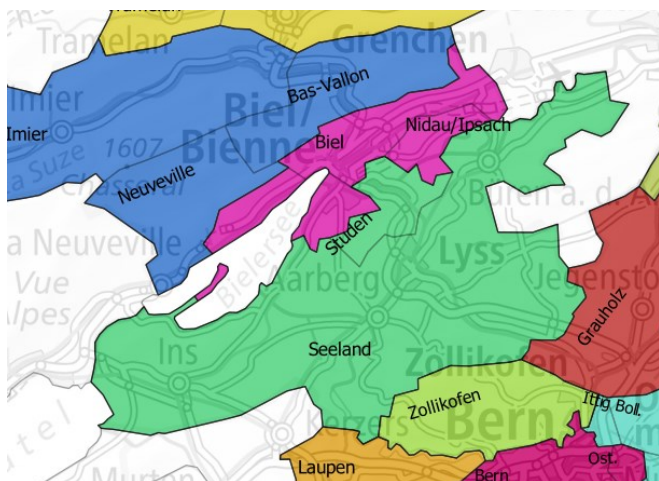
Par rapport aux quatre autres régions de soins 4+ (PWC, 2020), le regroupement des périmètres dans celle de Berne-Mittelland représente le plus grand défi, car il existe différentes possibilités de

créer des régions de soins. Bolligen/Ittigen pourrait fusionner avec Berne/Ostermundigen (variante A dans le graphique G 3.7). Toutefois, la région de soins de Berne/Ostermundigen, déjà très peuplée, s'agrandirait encore (cf. annexe 7.4.4 pour plus d'informations).

L'analyse HSA_P indique une autre fusion possible de Bolligen/Ittigen avec Zollikofen (variante B dans le graphique G 3.8 et l'annexe 7.4.4). Cette fusion n'a toutefois pas été envisagée, car Zollikofen se présente clairement comme une région de soins à part entière dans les solutions I et II de réduction moyenne.

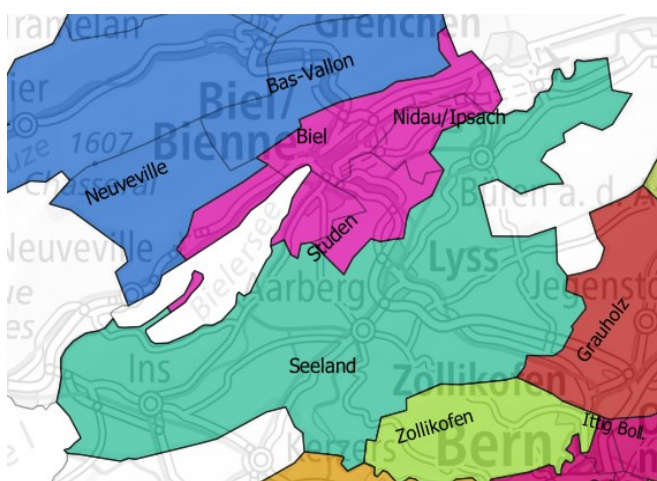
G 3.6 Autre regroupement possible dans la région de soins 4+ (PWC, 2020) Bienne-Seeland : Studen

Solutions I et II



Source : Obsan QGIS

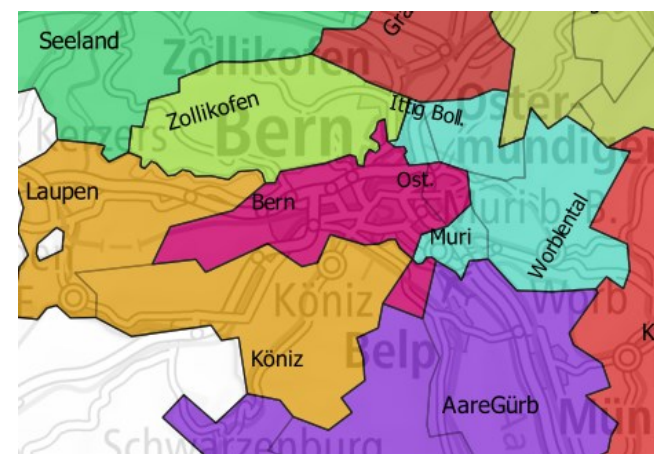
Autre regroupement possible de Studen



© Obsan 2023

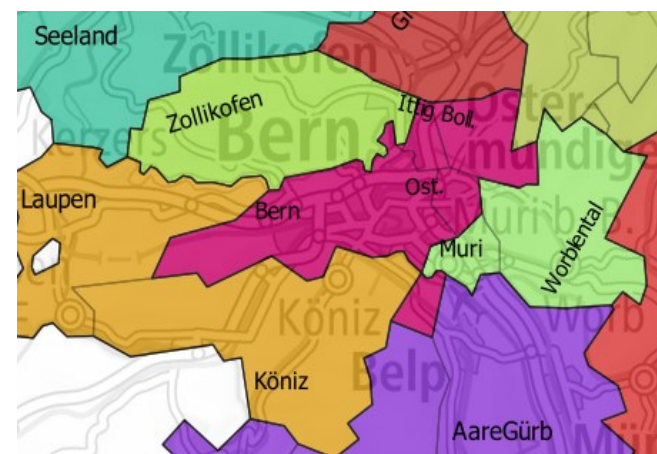
G 3.7 Variante A : autre regroupement possible dans la région de soins 4+ (PWC, 2020) Berne-Mittelland : Bolligen/Ittigen

Solutions I et II



Source : Obsan QGIS

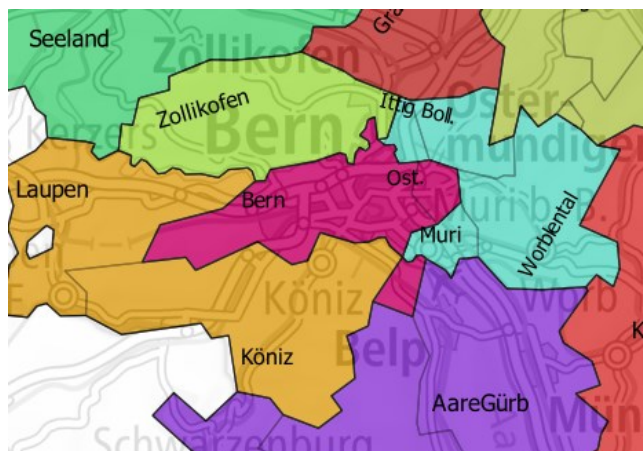
Variante A



© Obsan 2023

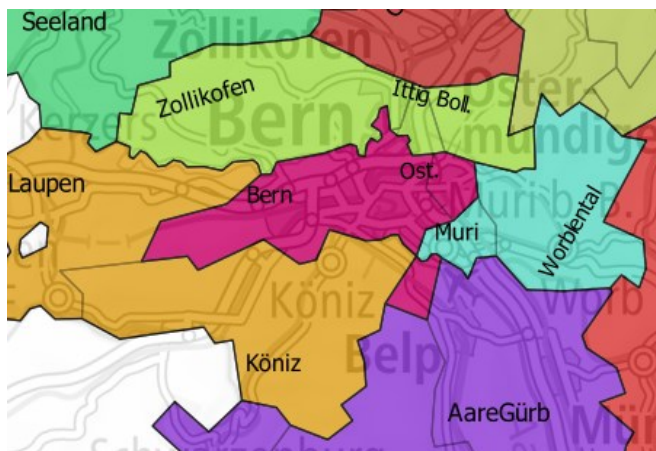
G 3.8 Variante B : autre regroupement possible dans la région de soins 4+ (PWC, 2020) Berne-Mittelland : Bolligen/Ittigen

Solutions I et II



Source : Obsan QGIS

Variante B



© Obsan 2023

3.3 Forte réduction (solution III)

Dans le cadre de l'élaboration de la solution III, de forte réduction, le critère de la taille de la population a davantage pesé que les critères liés à l'orientation vers l'espace de vie. Contrairement à la réduction moyenne, pour laquelle l'orientation vers l'espace de vie (avec les deux critères HSA_P et BE) est plus importante que la taille minimale de la population de 20 000 personnes, le seuil de 40 000 personnes a été fixé pour la solution de forte réduction et plus de poids a été accordé à ce critère afin de diminuer davantage le nombre de périmètres. La solution de forte réduction proposée, basée sur la solution II « réduction moyenne », est présentée ci-après. Les explications données sont plus faciles à comprendre à l'aide du graphique G 3.9.

Dans la région de soins 4+ (PWC, 2020) de Bienne-Seeland, la solution III est identique aux solutions I et II (cf. tableau T 3.3). La fusion des régions de soins de Biel/Bienne/Nidau/Ipsach et de Studen/Seeland a été exclue car cela créerait de loin la plus grande région de soins ($N = 180\,231$). En outre, le critère de la langue commune pourrait ne pas être respecté.

Les deux régions de soins du Jura bernois ne remplissent pas le critère de la taille minimale de la population. Par conséquent, l'ensemble du Jura bernois a été regroupé en une seule région de soins.

Dans la région de soins 4+ (PWC, 2020) de Berne-Mittelland, le nombre de régions de soins passe de sept à quatre, tandis que

celle de Haute-Argovie-Emmental compte deux régions de soins au lieu de trois (cf. annexe 7.4.3 pour plus d'informations). L'Oberland dispose de trois régions de soins suite à la fusion de celles de Niesen et de Simme-Saane/Erlenbach. En raison de ces regroupements supplémentaires, **la solution III compte 12 régions de soins** (graphique G 3.9 et tableau T 3.3).

3.3.1 Marge de manœuvre supplémentaire

Dans la région de soins 4+ (PWC, 2020) de Bienne-Seeland, la marge de manœuvre dans le cadre de la forte réduction est identique à celle des solutions I et II en ce qui concerne Studen (cf. annexe 7.4.4). Dans l'agglomération de la ville de Berne, il n'y a aucune marge de manœuvre, contrairement aux solutions I et II. Si l'on avait tenu compte de l'une des deux variantes offertes par la marge de manœuvre supplémentaire présentée au chapitre 3.2.4, la solution III entraînerait la création d'une très grande région de soins incluant Berne/Ostermundigen/Bolligen/Ittigen/Grauholz/Muri/Worblental ($N = 243\,064$), qui ne respecterait aucun des critères précédents et dont la taille ne serait absolument pas proportionnelle à celle de la région de soins de Köniz/Laupen ($N = 58\,571$).

T 3.3 Forte réduction (solution III) : 12 régions de soins d'après les régions de soins du modèle régional 4+ (PWC, 2020) et la taille de la population

Modèle régional 4+ (PWC, 2020)	(Nouvelle) région de soins	(Ancien) périmètre	(Nouvelle) taille de la population
Jura bernois	BJ1	Tavannes, Tramelan, Moutier (périmètre sans la commune de Moutier), Bas-Vallon, La Neuveville et St-Imier	46 397
	—	Enclave de La Scheulte*	34
Bienne-Seeland	BS1	Biel/Bienne/Nidau/Ipsach	94 935
	BS2	Studen et Seeland	85 296
Berne-Mittelland	BM1	Laupen, Köniz et Zollikofen	88 812
	BM2	Berne/Ostermundigen	156 611
	BM3	Grauholz, Bolligen/Ittigen, Muri et Worblental	86 453
	BM4	Schwarzenburg, Gantrisch, Aare-/Gürbetal et Konolfingen	86 375
	—	Enclave de Villars-les-Moines*	607
Haute-Argovie-Emmental	HE1	Langenthal/Herzogenbuchsee, Roggwil, Lotzwil et Langetental	82 473
	HE2	Aemme, Berthoud, Lueg et Emmental	98 839
Oberland	OL1	Oberes Gürbetal, Stockhorn, Steffisburg, Thoune et Lac de Thoune	121 256
	OL2	Simme-Saane, Erlenbach et Niesen	44 261
	OL3	Interlaken, Lauterbrunnen, Grindelwald et Lac de Brienz	47 811

* Les enclaves ne sont pas prises en compte dans les analyses.

Source : Obsan

© Obsan 2023

3.4 Agglomération de la ville de Berne

À la demande de la DSSI, il a été vérifié s'il était possible, dans le cadre des critères définis, d'examiner d'autres variantes de regroupement de périmètres dans l'agglomération de la ville de Berne. Concrètement, la DSSI a souhaité une évaluation de la formation d'une ceinture urbaine avec Laupen, Köniz, Zollikofen, Bolligen/Ittigen, Muri, le Worblental et Grauholz autour de la région de soins Berne/Ostermundigen. Ci-après, deux variantes potentielles sont présentées, ainsi que la mesure dans laquelle celles-ci remplissent les critères HSA_P et BE.

Variante de ceinture urbaine I

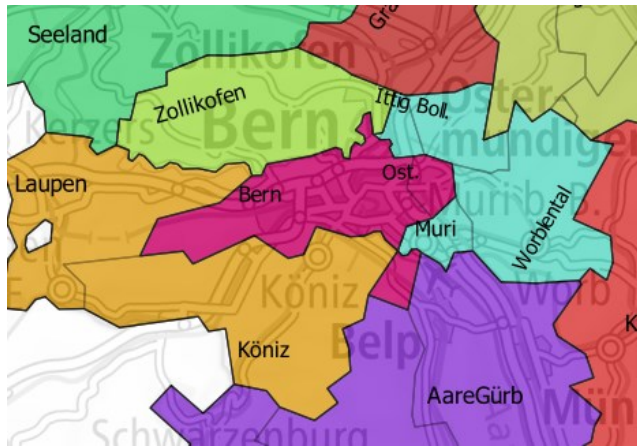
Dans cette première variante, les périmètres de Köniz, Laupen, Zollikofen, Bolligen/Ittigen et Muri forment une ceinture urbaine (graphique G 3.10). Cette variante respecte le critère BE car les périmètres mentionnés de Köniz, Zollikofen, Bolligen/Ittigen et

Muri, ainsi qu'une grande partie de celui de Laupen (avec Berne/Ostermundigen et le Worblental) relèvent d'un BE commun. Avec un indice de localisation (IL) de 50 % et 60 %, Muri ne fait toutefois plus partie de la ceinture urbaine mais se tourne vers Konolfingen et la partie sud du Worblental, qui est elle aussi plutôt attribuée au périmètre de Konolfingen et de l'Aare-/Gürbetal. Un IL de 70 % n'entraîne aucun non-respect des critères car la HSA_P est alors très importante et étendue. Avec une population de 119 819 personnes, la ceinture urbaine présentée dans le G 3.10 est relativement grande (cf. Berne/Ostermundigen : $N = 156\,611$). Par ailleurs, avec Konolfingen, le Worblental et Grauholz, trois régions de soins autonomes comprenant entre 20 500 et 35 000 personnes verraient le jour.

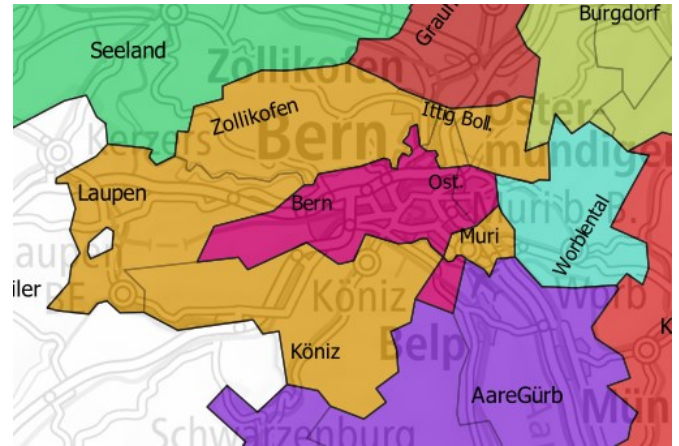
La variante de ceinture urbaine I respecte les critères liés à l'orientation vers l'espace de vie, à l'exception de la HSA_P concernant Muri. Elle entraînerait de fortes différences entre les régions de soins, avec un minimum de 20 531 personnes dans celle du Worblental et un maximum de 156 611 personnes dans celle de Berne/Ostermundigen.

G 3.10 Agglomération de la ville de Berne : variante de ceinture urbaine I

Solutions I et II



Variante de ceinture urbaine I



Source : Obsan QGIS

© Obsan 2023

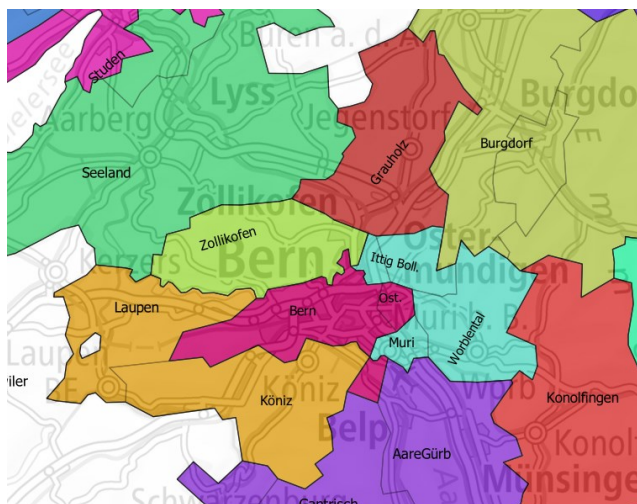
Variante de ceinture urbaine II

Cette variante de ceinture urbaine reproduit la variante I, mais inclut également Grauholz et le Worblental (graphique G 3.11). Elle remplit le critère BE, à l'exception du périmètre de Grauholz, qui devrait être autonome selon l'analyse BE. En outre, le regroupement de Grauholz avec le reste de la ceinture urbaine ne respecte pas le critère HSA_P (IL de 50 %). Avec un IL de 60 %, outre Grauholz, Muri et la partie sud du Worblental sortent de la ceinture urbaine, tandis qu'avec un IL de 70 %, seuls le périmètre de Grauholz et la partie sud du Worblental sont encore concernés. Cette variante de ceinture urbaine II (N = 175 265) est nettement plus

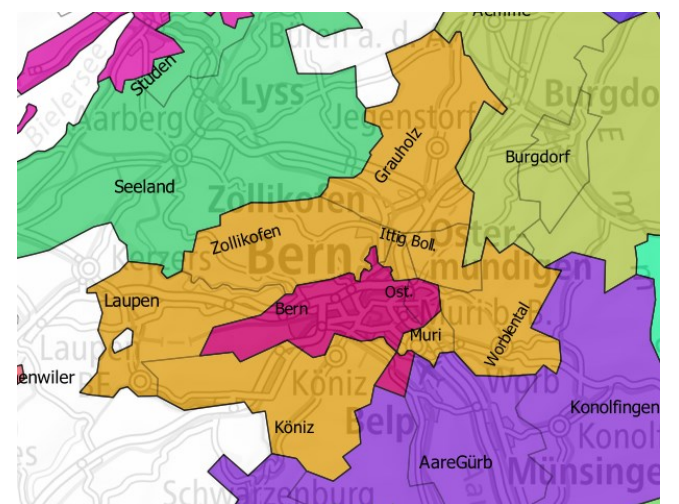
grande que la région de Berne/Ostermundigen (N = 156 611). Par ailleurs, le périmètre de Konolfingen devrait fusionner avec Schwarzenburg, l'Aare-/Gürbetal et le Gantrisch, sans quoi il ne formerait qu'une très petite région de soins (N = 26 674). Ce regroupement est toutefois assez discutabile du point de vue de l'orientation vers l'espace de vie car les personnes de Konolfingen présentent peu de recoupements avec les personnes de Schwarzenburg à cet égard. En raison du non-respect répété du critère de l'orientation vers l'espace de vie, la variante de ceinture urbaine II est peu pertinente.

G 3.11 Agglomération de la ville de Berne : variante de ceinture urbaine II

Solutions I et II



Variante de ceinture urbaine II



Source : Obsan QGIS

© Obsan 2023

4 Discussion

Une évaluation comparative des trois solutions et une description des limites des analyses (chapitre 4.1) sont présentées ci-après. Par ailleurs, les solutions élaborées par l'Obsan sont comparées aux documents de l'enquête de l'Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile (chapitre 4.2). Ces documents contiennent des réflexions et une proposition de réorganisation qui ont été présentées par l'association à la DSSI en présence de l'Obsan. Les informations tirées de ces documents n'ont pas été intégrées au processus de réorganisation jusqu'à présent et ont été consultées ici pour la première fois à des fins de comparaison.

4.1 Portée et limites des solutions I, II et III

Les solutions I et II permettent de réduire de plus de moitié les périmètres existants de manière judicieuse et pertinente : 20 ou 18 régions de soins au lieu de 47 périmètres. Les critères liés à l'orientation vers l'espace de vie sont respectés, de même que tous les prérequis (cf. T 4.1 pour une synthèse). L'approche choisie permet de réorganiser correctement les périmètres dans quatre des cinq régions de soins 4+ (PWC, 2020). En revanche, la réorganisation au sein de la région de soins 4+ de Berne-Mittelland s'est avérée difficile, d'une part en raison de sa situation topographique, entre trois autres régions de soins 4+, et de l'agglomération qui s'est développée autour de la ville de Berne et, d'autre part, en raison des différentes possibilités de regroupement.

La solution III permet de réduire les périmètres à 12 régions de soins. Elle est donc pertinente en ce qui concerne la réduction du nombre de périmètres, mais n'est pas recommandée du point de vue des critères liés à l'orientation vers l'espace de vie. Cette forte réduction va à l'encontre de l'approche axée sur l'espace de vie, car le critère de la taille minimale de la population a nettement plus de poids dans cette solution. Au lieu des 20 000 personnes par région de soins dans les solutions de réduction moyenne, la taille minimale de la population est ici de 40 000 personnes. Cette

exigence conduit donc à des regroupements qui ne sont pas fondés sur les critères liés à l'orientation vers l'espace de vie et qui les enfreignent en partie. À titre d'exemple, la région de l'Emmental, en raison de la taille minimale de sa population, est regroupée avec celle d'Aemme/Berthoud dans la solution III, même si elle devrait rester une région de soins autonome selon les critères liés à l'orientation vers l'espace de vie. Il en va de même pour le regroupement de Konolfingen avec la région de soins composée de l'Aare-/Gürbetal, du Gantrisch et de Schwarzenburg. Les périmètres suivants sont également concernés par la violation des critères : Grauholz, Niesen et, en partie, Zollikofen.

Deux autres points doivent être pris en compte lorsqu'on considère les solutions : la marge de manœuvre et les variantes de ceinture urbaine. La marge de manœuvre existante, qui laisse entrevoir d'autres regroupements possibles, pourrait être partiellement prise en compte dans la réorganisation (cf. T 4.1). Dans la région de Bienne-Seeland, une fusion de Studen avec Biel/Bienne/Nidau/Ipsach n'est possible que si l'on estime envisageable des différences significatives dans la taille de la population des régions de soins au sein d'une région de soins 4+. Dans les deux variantes de ceinture urbaine concernant Bolligen/Ittigen, il faut tenir compte du fait que la variante A donne lieu à une région de soins très peuplée, tandis que la variante B crée parfois des régions de soins violant les critères HSA_P. La variante de ceinture urbaine I dans l'agglomération de la ville de Berne représente une option envisageable pour réorganiser la région de soins 4+ de Berne-Mittelland. En revanche, dans l'optique de l'orientation vers l'espace de vie, il convient de renoncer à la variante de ceinture urbaine II.

En résumé, la solution II répond le mieux à l'objectif cantonal de réduire le nombre de périmètres tout en respectant l'orientation vers l'espace de vie, c'est-à-dire la perspective de la population. Une adaptation de la solution II par la DSSI est tout à fait envisageable dans la région de soins 4+ de Bienne-Seeland (cf. marge de manœuvre au chapitre 3.2.4) et de Berne-Mittelland (cf. marge de manœuvre au chapitre 3.2.4 ou variante de ceinture urbaine I au chapitre 3.4).

T 4.1 Synthèse des solutions avec évaluation de leur applicabilité basée sur les critères

Solutions	Description	Évaluation de l'applicabilité basée sur les critères		
		Respect des critères liés à l'orientation vers l'espace de vie	Problèmes	Applicabilité
Solution I	20 régions de soins	Oui		Oui
Solution II	18 régions de soins	Oui		Oui
Solution III	12 régions de soins	Non	Violation multiple des critères liés à l'orientation vers l'espace de vie	Non
Marge de manœuvre pour Bienne	Studen avec Biel/Bienne/Nidau/Ipsach	Oui	Grandes différences au niveau de la taille de la population des régions de soins	Envisageable
Marge de manœuvre pour Berne, variante A	Bolligen/Ittigen avec Berne/Ostermundigen	Oui	Très grande région de soins (170 000+ personnes)	Plutôt non
Marge de manœuvre pour Berne, variante B	Bolligen/Ittigen avec Zollikofen	Ne respecte pas la HSA_P de 50 %	Bolligen/Ittigen se tourne plutôt vers Berne ou le Worblental	Plutôt non
Variante de ceinture urbaine I	Bolligen/Ittigen, Zollikofen, Laupen, Köniz et Muri	Oui, sauf Muri	Deux grandes régions de soins (119 000+ personnes) vs trois régions de soins relativement petites (max. 35 000 personnes)	Envisageable
Variante de ceinture urbaine II	Bolligen/Ittigen, Zollikofen, Laupen, Köniz, Muri, Grauholz et Worblental Konolfingen, Aare-/Gürbetal, Ganttrisch et Schwarzenburg	Non	La ceinture urbaine serait très peuplée, avec plus de 175 000 personnes	Non

Source : Obsan © Obsan 2023

Limites des critères prérequis

En raison des prérequis (c'est-à-dire, le modèle régional 4+, la continuité territoriale, le respect du tracé des frontières des périmètres, les frontières linguistiques et les fusions de communes), les critères liés à l'orientation vers l'espace de vie n'ont pu être utilisés que de manière limitée dans certaines régions :

- Selon l'orientation vers l'espace de vie, il est évident que le périmètre de l'Aar-/Gürbetal devrait être divisé en deux. Le long de la frontière avec Belpberg, la population du Gürbetal se tourne vers le Ganttrisch et celle de l'Aaretal vers Konolfingen. Le prérequis du respect des frontières des périmètres existants conduit ici à un regroupement qui ne correspond pas à l'orientation vers l'espace de vie pour les personnes concernées. Cela signifie que la population de l'Aaretal se trouve dans la même région de soins que celle du périmètre de Schwarzenburg.
- Les analyses BE indiquent que les personnes des périmètres de La Neuveville et du Bas-Vallon se tournent vers Biel/Bienne ou Nidau/Ipsach. En raison des frontières du modèle régional 4+ (PWC, 2020), une fusion de ces deux périmètres du Jura bernois avec ces périmètres de la région Bienne-Seeland n'est pas possible.

Zone de tension entre la taille de la population, la topographie et l'accessibilité

Outre la taille de la population, l'accessibilité est un facteur important pour les soins ambulatoires. Elle n'a toutefois pas été définie comme un critère car les experts l'ont rarement évoquée, ou du moins pas explicitement, contrairement à la taille de la population. De plus, l'accessibilité fait partie de la perspective des entreprises, c'est-à-dire qu'il s'agit d'une question d'organisation en antennes locales et de forme de mobilité (p. ex. voiture vs vélo).

Néanmoins, l'accessibilité a une grande influence sur l'organisation et la forme de mobilité pour les soins ambulatoires. La différence entre les zones urbaines et rurales illustre l'importance et la complexité de cette organisation : on ne peut pas atteindre 20 000 personnes habitant en ville de la même manière et dans le même laps de temps qu'à la campagne ou dans une région de montagne. C'est pourquoi les différences en matière d'accessibilité devraient également être prises en compte à l'avenir, comme c'est le cas aujourd'hui avec l'utilisation du coefficient géographique¹⁰.

¹⁰ Le coefficient géographique permet de tenir compte de la situation géographique des régions et est aujourd'hui pris en compte pour l'indemnisation des prestations d'aide et de soins à domicile par le canton de Berne.

4.2 Comparaison avec l'enquête de l'Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile

L'Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile a mis à la disposition de la DSSI et de l'Obsan des documents résumant les résultats d'une enquête menée auprès de ses membres. Elle a demandé à ceux-ci quels travaux préliminaires ou réflexions conceptuels avaient déjà été effectués ainsi que les motifs d'éventuels fusions ou changements dans leur région de soins. Sur la base de ces documents, l'Obsan a établi une carte qui présente le point de vue des membres sur les nouvelles régions de soins potentielles (cf. graphique G 4.1). L'Obsan n'a délibérément effectué ces travaux qu'à la suite de l'ensemble du processus de réorganisation. Selon les directives de la DSSI, la réorganisation devait se concentrer sur la perspective de la population sous l'angle de la planification des soins, tandis que la perspective des entreprises serait à prendre en compte à la suite de ce mandat. La comparaison entre les solutions élaborées et la proposition basée sur l'enquête auprès des membres de l'Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile permet à la DSSI de comparer la perspective de la population avec celle des entreprises, qui s'appuie notamment sur des coopérations existantes ou prévues.

Les lignes en gras dans le graphique G 4.1 montrent le tracé des frontières des onze régions de soins qui en sont ressorties (à nouveau sans les enclaves de La Scheulte et de Villars-les-Moines). Les frontières remplissent le critère des futures régions de soins du modèle régional 4+ (PWC, 2020) et aucune région de soins ne chevauche plusieurs régions de soins 4+. Plus le vert est clair, plus la posture des membres envers les coopérations, fusions ou autres formes de collaboration au sein d'une région de soins est positive. Les régions en rouge se montrent nettement plus critiques et semblent rejeter le projet de réorganisation. Plus le rouge est foncé, plus l'attitude est défavorable.

Jura bernois

L'analyse graphique de l'enquête auprès des membres de l'Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile présente une seule région de soins pour le Jura bernois, ce qui coïncide avec la solution III de l'Obsan et va donc au-delà des deux solutions I et II « réduction moyenne », qui prévoient deux régions de soins. Dans le graphique G 4.1, Moutier est entièrement vert, malgré le départ de la commune de Moutier en 2026, car les six périmètres du Jura bernois ont formé un comité stratégique commun qui les assiste dans leur regroupement.

Bienne-Seeland

Comme dans les solutions I, II et III de l'Obsan, l'enquête auprès des membres a abouti, pour Bienne-Seeland, à une solution avec deux régions de soins, dont la composition est toutefois différente. Alors que dans les solutions de l'Obsan, les périmètres de

Nidau/Ipsach et de Biel/Bienne ont été a priori regroupés en raison de la continuité territoriale, l'enquête menée auprès des membres de l'Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile suggère que Nidau/Ipsach et Studen ont exprimé ou lancé des réflexions concrètes quant à une fusion. De plus, même si ces deux périmètres préfèrent une collaboration commune, ils rejettent un regroupement de l'ensemble de la région de soins 4+ ou une fusion avec les deux autres périmètres. Biel/Bienne et le Seeland se concentrent donc sur leur collaboration commune. Cela ne correspond à aucune solution de l'Obsan ni à la marge de manœuvre identifiée dans cette région de soins du modèle régional 4+ (PWC, 2020).

Haute-Argovie-Emmental

En Haute-Argovie, l'enquête auprès des membres a abouti à une proposition identique aux trois propositions de l'Obsan. Selon les documents de l'Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile, un projet de coopération en plusieurs phases est en cours d'élaboration et sera développé en vue du prochain appel d'offres.

Dans la partie sud de cette région de soins 4+, l'enquête auprès des membres a débouché sur une proposition de solution qui concorde avec la solution III, de forte réduction, de l'Obsan. Selon les documents de l'Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile, Aemme, Berthoud, Lueg et l'Emmental considéraient par le passé qu'une fusion n'était pas rentable car la réorganisation entraverait leurs différents projets dans le domaine des soins intégrés et conduirait à une surcharge administrative. Ils sont toutefois en contact actif les uns avec les autres et attendent des bases contraignantes de la part du canton.

Oberland

La représentation graphique de l'enquête menée auprès des membres diffère des propositions de l'Obsan sur plusieurs points. Il ressort de l'enquête une solution avec deux régions de soins, contre trois à cinq selon celles de l'Obsan. D'une part, une région de soins qui s'étend de l'ouest (Simme-Saane) jusqu'à Steffisburg/Thoune se dessine. Dans les solutions de l'Obsan, cette zone est divisée en deux ou trois régions de soins. D'autre part, selon l'enquête menée auprès des membres dans l'Oberland-Est, Niesen serait regroupé avec Lauterbrunnen, Grindelwald, Interlaken et le lac de Brienz. Dans les solutions de l'Obsan, Niesen doit être considéré comme une région de soins à part entière ou intégré dans la région de Simme-Saane/Erlenbach afin d'équilibrer la taille des régions de soins. Selon l'enquête menée auprès des membres, les périmètres de l'Oberland se montrent critiques à l'égard d'une réorganisation mais sont interconnectés et ouverts à des discussions supplémentaires.

Berne-Mittelland

C'est dans cette région de soins 4+ que les résultats de l'enquête auprès des membres s'écartent le plus des solutions de l'Obsan. C'est aussi la région de soins 4+ dans laquelle la réorganisation de l'Obsan s'est avérée la plus difficile en raison des possibilités de regroupement supplémentaires. Les documents de l'enquête menée auprès des membres montrent également qu'il n'est pas possible d'en déduire des régions clairement définies. Le regroupement géographique sur la base des régions de soins 4+ est ici fortement remis en question.

Une éventuelle région de soins regroupant Berne/Ostermündigen et Bolligen/Ittigen ressort de l'enquête auprès des membres. Cette région a également été identifiée par l'Obsan comme une marge de manœuvre potentielle (cf. annexe 7.4.3). Selon l'enquête menée auprès des membres, Grauholz fusionnerait plutôt avec Zollikofen, mais aucune des trois solutions de l'Obsan ne reflète cette combinaison.

En ce qui concerne les autres périmètres du Mittelland, on constate de nettes différences. L'Aaretal et le Gürbetal se tournent vers Konolfingen, Muri et le Worblental, tandis que dans les solutions de l'Obsan, Konolfingen constitue une région de soins à part entière ou est rattaché au Gantrisch et à Schwarzenburg. Par ailleurs, en ce qui concerne l'aide et les soins à domicile, Schwarzenburg et le Gantrisch se tournent vers le nord, en direction de Köniz et Laupen. Ces deux derniers forment des régions indépendantes dans les solutions de l'Obsan ou fusionneraient avec Zollikofen.

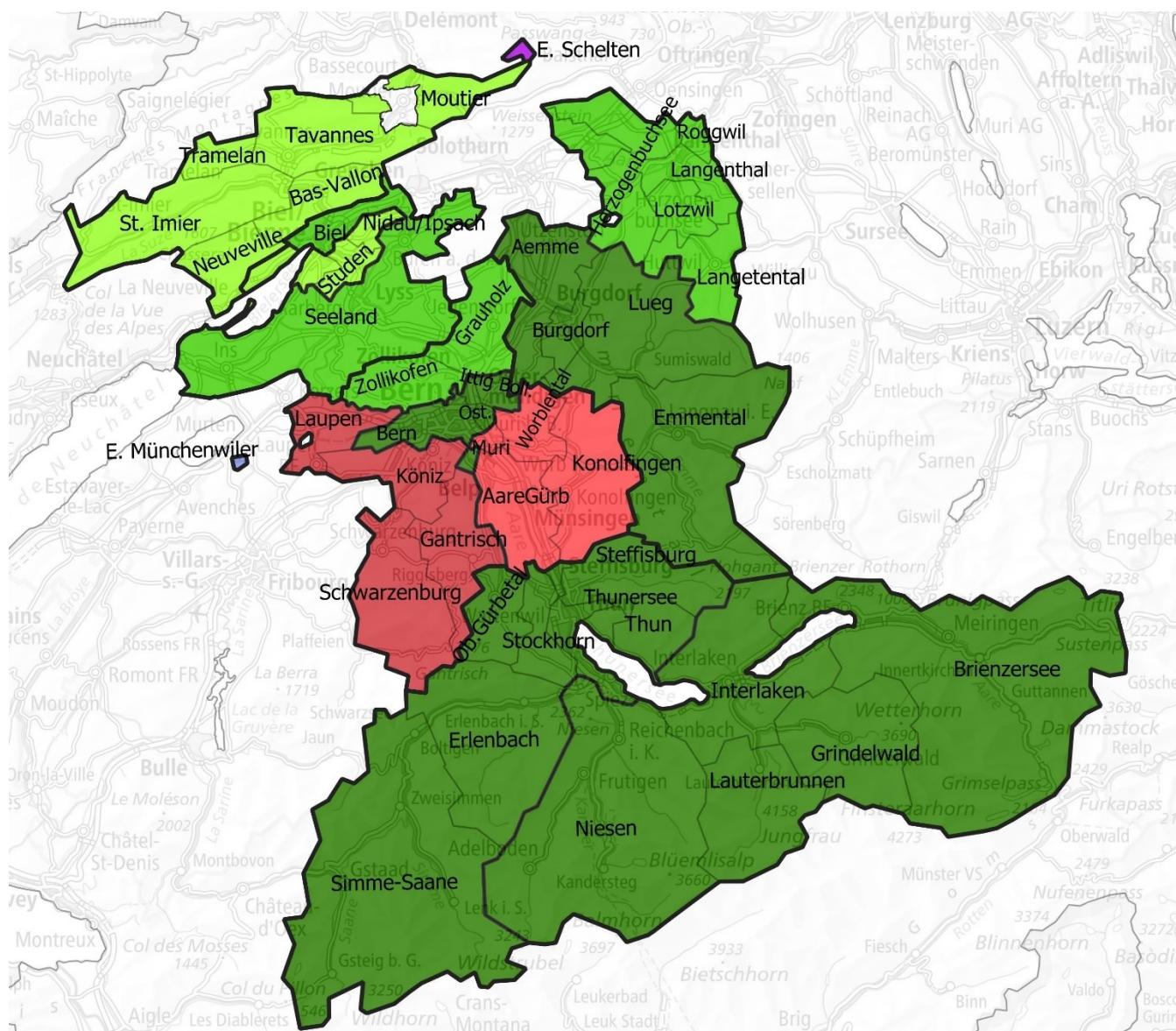
Résumé de la comparaison

La solution basée sur l'enquête menée auprès des membres de l'Association cantonale bernoise d'aide et soins à domicile se recoupe le plus avec la solution III de l'Obsan. À certains endroits, les régions de soins sont identiques, par exemple en Haute-Argovie ou dans le Jura bernois, ou relativement proches, comme dans l'Oberland. Dans l'ensemble, la solution de l'enquête auprès des membres réduit davantage le nombre de périmètres que les trois solutions de l'Obsan. Il convient toutefois de tenir compte des points présentés ci-dessous.

L'Emmental (jusqu'à Aemme) constitue une grande région de soins, mais les données de l'enquête auprès des membres soulèvent la question de savoir dans quelle mesure les idées relatives à la collaboration entre les périmètres de Lueg et de l'Emmental se recoupent et justifient un regroupement en une région de soins commune. Les analyses de l'Obsan montrent également que, selon les critères liés à l'orientation vers l'espace de vie, le périmètre de l'Emmental devrait rester autonome.

Des différences significatives entre les solutions de l'Obsan et celles de l'enquête auprès des membres apparaissent dans la région de soins 4+ de Berne-Mittelland. Selon les documents de l'Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile, il est difficile de définir de nouvelles régions de soins en raison d'un manque de clarté. La réorganisation du Mittelland a également constitué un défi pour l'Obsan car il existe plusieurs possibilités de regroupement supplémentaires et les critères relatifs à l'espace de vie supposent une violation des prérequis (c.-à-d. Aare-/Gürbetal comme décrit au chapitre 4.1).

G 4.1 Interprétation de l'enquête auprès des membres de l'Association d'aide et de soins à domicile : 11 régions de soins



Remarque : les enclaves de La Scheulte et de Villars-les-Moines ne sont pas prises en compte.

Source : enquête auprès des membres de l'Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile et Obsan QGIS

© Obsan 2023

5 Conclusion

L'approche de réorganisation décrite ci-dessus permet de réduire de plus de moitié les 47 périmètres de soins dans le canton de Berne. Dans les solutions I et II « réduction moyenne », qui placent l'orientation vers l'espace de vie (c.-à-d. les bassins d'emploi et les zones de desserte des EMS) au premier plan de l'analyse, il en résulte respectivement 20 et 18 nouvelles régions de soins. La solution III, de forte réduction, dans laquelle la taille minimale de la population d'une nouvelle région de soins joue un rôle plus important, permet de réduire les périmètres à 12 régions de soins. Cette dernière solution est toutefois moins pertinente que les deux solutions de réduction moyenne car les critères liés à l'orientation vers l'espace de vie ne peuvent parfois pas être respectés et elle s'éloigne donc de la perspective de la population. Par conséquent, l'Obsan suggère à la DSSI, sur la base de critères objectifs, de choisir la solution II comme point de départ pour la réorganisation, avec des possibilités de modification à l'aide de la marge de manœuvre décrite et de la variante de ceinture urbaine I.

L'ensemble du processus de réorganisation repose sur une méthodologie scientifique quantitative et qualitative qui s'appuie sur celle d'autres cantons, tant en ce qui concerne l'approche pragmatique que les critères utilisés. Les régions de soins proposées dépendent fortement des critères utilisés et de leur opérationnalisation. Il était donc d'autant plus important de déterminer ces critères de manière fiable sur la base de la recherche secondaire et des entretiens avec les experts cantonaux. Enfin, il convient de mentionner que les critères prérequis contraignants, tels que le respect des régions de soins 4+ ou le maintien des tracés des frontières, définissent le cadre de la réorganisation et limitent les possibilités dans certaines régions (p. ex. Aare-/Gürbetal).

En conclusion, l'approche utilisée dans ce projet pour la réorganisation des régions de soins constitue une nouveauté en Suisse et s'axe fortement sur des méthodes scientifiques. Il serait opportun d'examiner l'acceptation des solutions présentées et leurs modifications dans la pratique et en politique.

6 Bibliographie

- Association vaudoise d'aide et de soins à domicile : <https://www.cms-vaud.ch/organisation-du-dispositif/>
- Canton du Valais (2015). Loi sur les soins de longue durée (LSLD).
- Canton du Valais (2015). Planification des soins de longue durée 2016-2020. Rapport final du Département de la santé, des affaires sociales et de la culture. Service de la santé publique.
- Canton du Valais (2022). Ordonnance sur la planification et le financement des soins de longue durée.
- Canton de Vaud (2014). Les réseaux de soins se présentent sur le web. Communiqué de presse. Bureau d'information et de communication de l'Etat de Vaud.
- Département de la santé et de l'action sociale (2021). Vieillir 2030. Inventaire des prestations et mesures financées par le DSAS, Lausanne.
- Ecoplan (2022). Altersstrategie für die Solothurner Einwohnergemeinden. Berne : Ecoplan.
- Grand conseil du canton de Vaud (2007). Loi sur les réseaux de soins.
- Grand Conseil Vaudois (1997). Nouvelles Orientations de Politique Sanitaire (rapport NOPS), Lausanne.
- Haynes, A.G., Wertli, M. M. & Aujesky, D. (2020). Automated delineation of hospital service areas as a new tool for health care planning. *Health Service Research*, 55, 469–475.
- Canton du Tessin (1999). Decreto esecutivo concernente la definizione dei comprensori di attività dei servizi di assistenza e cura a domicilio (SACD) del 17 novembre 1999. Il Consiglio Di Stato della Repubblica Cantone Ticino.
- Canton du Tessin (2010). Legge sull'assistenza e cura a domicilio (LACD) del 30 novembre 2010. Il Grand Consiglio della Repubblica Cantone Ticino.
- PWC (2020). Die Berner Spitallandschaft im Umbruch. Schlussbericht zur Beantwortung der Motion 192-2019 (GPK, Siegenthaler). Berne : PWC.
- Réseaux de santé VD : <https://www.reseaux-sante-vaud.ch/presentation>
- Service de la santé publique du canton du Valais (1999). Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur sa politique sanitaire et hospitalière des années 90 vers le 21e siècle.
- Spitex-Verband Kanton Bern (2021). Spitex Organisationen Kanton Bern, Stand Februar 2021. Berne : Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile
- Régions de soins BL : <https://www.baselland.ch/politik-und-behorden/direktionen/volkswirtschafts-und-gesundheitsdirektion/amt-fur-gesundheit/alter/gemeinden>
- Régions de soins GR : [201118_GB2020_Leporello_de_bunt_einzel.pdf \(fhgr.ch\)](https://www.fhgr.ch/201118_GB2020_Leporello_de_bunt_einzel.pdf)
- Régions de soins SH : <https://opendata.swiss/de/dataset/versorgungsregionen-altersbetreuung-pflege-kanton-schaffhausen>

7 Annexe

7.1 Guide d'entretien semi-standardisé

Guide d'entretien avec lettre d'accompagnement, exemple des Grisons.

Mandat « Réorganisation des régions de soins dans le canton de Berne » – entretiens avec des experts

Introduction

Dans le canton de Berne, l'aide et les soins à domicile sont actuellement organisés en 47 régions de soins. Afin de réduire le nombre d'interlocutrices et d'interlocuteurs pour le canton et d'améliorer la collaboration entre les organisations d'aide et de soins à domicile, la Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration du canton de Berne souhaite réorganiser ces 47 régions de soins et réduire leur nombre. À cette fin, l'Obsan a reçu du canton de Berne le mandat de créer de nouvelles régions de soins en adoptant une approche scientifique et objective qui s'appuie autant que possible sur les données et informations statistiques existantes.

L'approche proposée par l'Obsan se base sur les régions de soins existantes et prévoit de les regrouper en unités plus importantes sur la base de **critères quantitatifs et qualitatifs**. Ces critères sont par exemple la continuité territoriale, la taille des régions de soins actuelles, le recouvrement avec d'autres régions de soins existantes (p. ex. régions des hôpitaux), la langue parlée ou la proportion de la population âgée au sein des régions de soins potentielles. Nous souhaitons compléter et affiner la liste des critères en nous appuyant notamment sur l'expérience d'autres cantons qui ont déjà créé de telles régions de soins. Ces entretiens avec des experts nous permettent de nous renseigner sur les réflexions qui ont présidé à l'établissement des régions de soins et sur les critères qui ont été utilisés à cet effet.

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à un entretien. Vous nous permettez ainsi de profiter de l'expérience du canton des Grisons et de vos connaissances, ce que nous, à l'Obsan et au canton de Berne, considérons comme très précieux. L'entretien en ligne ne devrait pas durer plus d'une heure et, avec votre accord, sera enregistré. Dans un souci de transparence, nous souhaitons mentionner dans le rapport les experts interrogés. Vous trouverez le guide d'entretien à la page suivante.

Nous vous remercions une fois encore de votre participation !

Questions sur les régions de soins du canton des Grisons

Selon nos recherches, les services d'aide et de soins à domicile du canton des Grisons sont répartis, selon le [rapport sur les soins de santé](#), en 17 secteurs d'activité, dans lesquels 18 organisations d'aide et de soins à domicile ont un mandat de prestations communal. À l'heure actuelle, ces 17 secteurs d'activité ne nous semblent pas totalement recouverts avec les 12 régions de santé du canton, mais les rapports sur les soins de santé révèlent d'année en année divers regroupements de secteurs d'activité.

Questions générales

1. Pouvez-vous nous expliquer dans quel contexte les régions d'aide et de soins à domicile ont été formées ?
2. Quels étaient les objectifs de la création de ces régions de soins ?
3. Quelles réflexions ont constitué la base de la répartition des régions de soins dans leur forme actuelle ?
4. À quelles bases légales (p. ex. ordonnance cantonale XYZ) le regroupement de régions est-il soumis ?

Questions sur les critères (potentiels) :

5. Quels critères ont été utilisés pour la définition des régions de soins ? Lors de ce processus, a-t-on par exemple pris en compte... :
 - a. les limites administratives (p. ex. des communes, districts ou autres) ?
 - b. les caractéristiques de la population (part de personnes âgées, caractéristiques socioculturelles ou autres) ?
 - c. les aspects géographiques (p. ex. région de montagne, chemins longs et compliqués ou autres) ?
 - d. les périmètres couverts par les organisations d'aide et de soins à domicile de droit public (avec mandat de prestations) ? les périmètres couverts par d'autres prestataires (organisations d'aide et de soins à domicile privées, infirmières et infirmiers indépendants) ? Spécifique aux Grisons : dans quelle mesure les prestataires sans mandat communal, la Ligue pulmonaire et les services de soins palliatifs ont-ils été pris en compte dans

le regroupement des régions ?

- e. les autres régions de soins existantes (p. ex. dans le secteur hospitalier) ?
6. Pourquoi y a-t-il 17 régions et pas plus/moins ? Pourquoi les régions ne sont-elles pas plus grandes/petites ? Comment les frontières entre deux régions ont-elles été établies ?
7. Quelles étaient les prérequis à la création de régions de soins regroupant médecins, services d'aide et de soins à domicile, EMS, hôpitaux et autres prestataires ?
 - a. Spécifique aux Grisons : quels sont les prérequis si l'on veut transformer au fil des ans les régions de soins spécifiques à chaque prestataire en régions de soins identiques pour tous les prestataires ?
8. Comment fonctionne la collaboration au sein des régions de soins et entre celles-ci ? Cela a-t-il été pris en compte lors de la délimitation des régions de soins ?

Retour sur les expériences

9. Dans quelle mesure le canton des Grisons est-il satisfait des régions de soins créées ? Y a-t-il des problèmes ?
10. Y a-t-il **a posteriori** des critères qui n'ont pas été pris en compte lors de la définition des régions de soins mais qui auraient dû l'être ? Y a-t-il des critères qui ont été discutés mais qui n'étaient pas pertinents pour le canton et ont donc été abandonnés au cours du processus ?
11. S'il devait recommencer, le canton des Grisons utiliserait-il une approche différente pour délimiter les régions de soins ?
12. Dans quelle mesure ces régions de soins seront-elles évaluées et, le cas échéant, adaptées à l'avenir ?

Nous vous remercions de votre participation !

7.2 Description des régions de soins cantonales et identification des critères pertinents

La description ci-après des régions de soins des cantons repose sur une recherche Internet (p. ex. consultation de la documentation disponible en ligne) et des entretiens avec des experts des cantons sélectionnés (BL, GR, SH, SO, TI, VD, VS)¹¹. Les critères mentionnés dans le cadre des recherches sur les cantons figurent dans les encadrés bleus à la fin de chaque sous-chapitre.

7.2.1 Régions de soins de Bâle-Campagne (BL)

Les régions actuelles

Le canton de Bâle-Campagne est divisé en **dix régions de soins**, qui résultent de l'entrée en vigueur de la loi sur l'aide et les soins aux personnes âgées (*Altersbetreuungs- und Pflegegesetz*, APG). Les régions de soins se réfèrent exclusivement au domaine des soins aux personnes âgées et de longue durée et ne se recoupent pas avec les régions d'autres domaines de soins. Chaque région de soins se compose de plusieurs des 86 communes de Bâle-Campagne et dispose d'un service d'information et de conseil (p. ex. examens par une ou un spécialiste avant l'entrée en EMS) ainsi que d'un concept de soins et conclut des conventions de prestations avec les organisations d'aide et de soins à domicile. Actuellement, 17 organisations d'aide et de soins à domicile disposent de mandats de prestations. Ainsi, dans certaines régions de soins, plusieurs organisations ont un contrat. Auparavant, le canton de Bâle-Campagne comptait nettement plus d'organisations d'aide et de soins à domicile, mais leur nombre a diminué ces dernières années en raison des fusions.

Évolution historique

Dans le canton de Bâle-Campagne, le financement et la responsabilité de la planification dans le domaine des soins aux personnes âgées et de longue durée incombent aux communes concernées. Pour les petites communes en particulier, la planification et la garantie des soins peuvent représenter un défi majeur, raison pour laquelle les communes ont été obligées par la loi sur l'aide et les soins aux personnes âgées de se regrouper en régions de soins. Les deux principaux objectifs étaient de garantir l'accès aux soins tout en soulageant les (petites) communes. À compter de l'entrée en vigueur de la loi en 2018, les communes avaient trois ans pour se regrouper en régions de soins. Elles étaient tenues de mettre en place un service d'information et de conseil, d'établir un concept de soins, de conclure les conventions avec les prestataires et de superviser ces derniers.

¹¹ Les experts sont mentionnés dans les remerciements au début du rapport.

G 7.1 Régions de soins, canton de Bâle-Campagne, 2023



Source : <https://www.baselland.ch/politik-und-behorden/direktionen/volkswirtschafts-und-gesundheitsdirektion/amt-fur-gesundheit/alter-gerneinden>
© Obsan 2023

Critères pris en compte pour la formation des régions de soins

La répartition en dix régions de soins n'est pas basée sur une étude scientifique ou des critères prédéfinis mais résulte d'un processus ascendant des regroupements de communes autonomes, eux-mêmes déclenchés par l'entrée en vigueur de la loi cantonale sur l'aide et les soins aux personnes âgées en 2018. Dans le cadre de ce processus, le fait de ne pas vouloir mettre un terme aux collaborations et coopérations existantes entre les communes a notamment joué un rôle. En outre, les régions de soins devaient présenter une continuité territoriale (c.-à-d. être contiguës) par rapport aux communes et former un espace géographiquement fonctionnel. Le canton de Bâle-Campagne n'a pas défini de critères contraignants, mais une taille minimale de la population de 20 000 personnes a été recommandée et des régions de soins comprenant entre 30 000 et 60 000 personnes étaient considérées comme envisageables.

Valeurs empiriques et recommandations du canton de Bâle-Campagne

Accompagnement : selon le canton de Bâle-Campagne, le soutien technique aux régions de soins est un facteur important pour leur permettre de fonctionner et d'exécuter leurs tâches avec succès et efficacité. Pour ce faire, des échanges continus dans le cadre de feed-backs sont considérés judicieux et utiles. Les collaborations existantes devraient être prises en compte car elles réduisent le risque de potentielles résistances.

Présentation des avantages : le canton devrait être en mesure de montrer les avantages aux communes et aux régions de soins, comme la création de synergies de coûts, un effet de frein à la hausse des coûts, l'utilisation et l'exploitation efficaces des prestations spécialisées (p. ex. service de nuit/de piquet).

Équilibre entre autonomie et réglementation : comme ce sont finalement les communes du canton de Bâle-Campagne qui financent les soins, le regroupement prescrit par la loi en régions de

Critères découlant de l'entretien – canton BL

- Alignement sur les limites administratives (des communes)
- Continuité territoriale
- Orientation vers l'espace de vie
- Prise en compte des coopérations et collaborations existantes

Critères recommandés – canton BL

- Taille minimale de la population de 20 000 personnes. Envisageable jusqu'à 60 000 personnes.

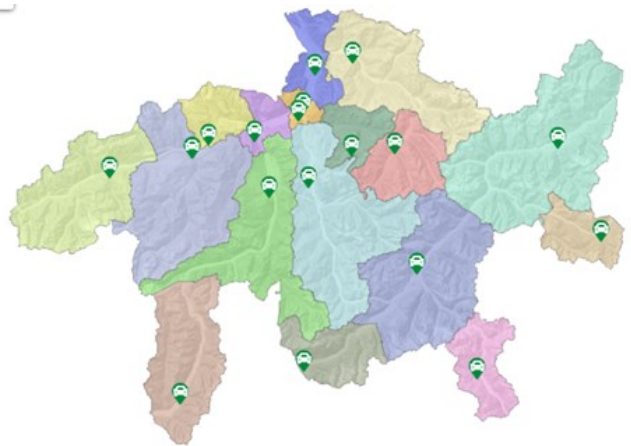
soins était empreint d'autonomie. Parallèlement, des défis et des problèmes sont apparus là où beaucoup de choses ont été laissées ouvertes.

7.2.2 Régions de soins des Grisons (GR)

Les régions actuelles

Dans le canton des Grisons, il existe **17 secteurs d'activité**, dans lesquels 18 organisations d'aide et de soins à domicile disposant d'un mandat de prestations communal se chargent des soins ambulatoires et de l'aide au ménage. Il existe d'autres régions de soins spécifiques aux prestataires (p. ex. hôpitaux, EMS, etc.), qui se distinguent légèrement des 17 secteurs d'activité par leur nombre et leur tracé. L'objectif du canton des Grisons est que les différentes régions de soins s'alignent à l'avenir et qu'elles soient par conséquent identiques.

G 7.2 Régions de soins, canton des Grisons, 2023



Source : [201118_GB2020_Leporello_de_bunt_einzel.pdf \(fhgr.ch\)](https://www.fhgr.ch/201118_GB2020_Leporello_de_bunt_einzel.pdf)
© Obsan 2023

Évolution historique

En 1990, dans le domaine des soins ambulatoires aux personnes âgées et de longue durée, plus de 100 organisations d'aide et de soins à domicile fournissaient des prestations, ce qui était inefficace. Des fusions organiques regroupant de 20 à 25 organisations d'aide et de soins à domicile se sont succédées. En 2013, une ligne directrice en matière de politique de la santé est entrée en vigueur. Elle revendiquait des régions de soins identiques et reposait sur l'idée « la santé d'un seul tenant ». Chaque commune a été affectée à une région hospitalière et a dû s'organiser elle-même en ce qui concerne les EMS et les services d'aide et de soins à domicile. Après des adaptations de la loi, il a été prévu que les régions de soins des différents prestataires soient progressivement harmonisées et, par conséquent, deviennent identiques. En principe, plusieurs organisations d'aide et de soins à domicile peuvent être actives au sein d'une région de soins. Comme pour les régions de soins, un regroupement des organisations d'aide et de soins à domicile est jugé judicieux pour des raisons liées aux ressources, mais n'est pas obligatoire.

Critères pris en compte pour la formation des régions de soins

Les limites administratives existantes (anciennement districts, aujourd'hui régions) ont servi de base, mais la répartition en régions de soins s'est également faite de manière organique¹². À cela s'est ajouté la prise en compte des particularités géographiques, qui est le critère le plus important selon le canton des Grisons : le Prättigau et Davos, par exemple, se trouvent certes au sein d'une même région, mais sont séparés par un col, raison pour laquelle il est judicieux de les diviser en différentes régions de soins. En outre, la taille de la population a également été prise en compte, car il n'a pas été jugé judicieux de créer des régions de soins trop grandes (p. ex. Churer Rheintal divisé en trois régions : Coire, Imboden et Landquart). Le fait d'avoir un seul prestataire pour une région peuplée entraîne également des risques et des problèmes (p. ex. garantie de l'accès aux soins, pilotage, etc.). Par ailleurs, l'orientation vers l'espace de vie de la population a été prise en compte lors de la création des régions de soins. Une association publique d'aide et de soins à domicile doit être active dans chaque région de soins et y avoir son siège car, contrairement aux organisations privées, elles ont une obligation légale de fournir des soins.

Valeurs empiriques et recommandations du canton des Grisons

Crédit d'engagement et experts en fusion : le canton encourage activement les regroupements par le biais d'un financement ini-

tial. À cela s'ajoutent l'expertise spécialisée et l'expérience de personnes ou d'organisations qui ont déjà effectué un processus de fusion. Ces deux ressources devraient impérativement être mises à disposition là où apparaît une volonté de fusionner.

Création d'une situation gagnant-gagnant : si une organisation refuse de coopérer ou de fusionner, le projet de création de régions de soins du canton échoue, tout simplement. Dans de nombreux cas, la fusion dépend des personnes et des organisations ou, autrement dit, de leur volonté. Dans ce contexte, le travail de persuasion du canton est de nature technique et il est nécessaire de mettre en évidence les avantages pouvant résulter d'une fusion ou d'une coopération. Il convient en particulier de souligner les avantages d'une couverture identique à celle des autres régions de soins (p. ex. éviter un flou au niveau des responsabilités en cas de sortie d'hôpital ou d'entrée en EMS).

7.2.3 Régions de soins de Schaffhouse (SH)

Critères découlant de l'entretien – canton GR

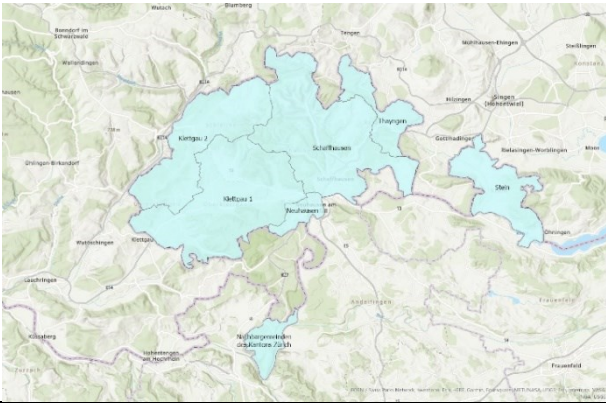
- Particularités géographiques
- Orientation vers l'espace de vie
- Alignement sur les limites administratives (districts ou régions)
- Alignement sur les régions de soins existantes
- Taille de la population
- Siège principal des organisations d'aide et de soins à domicile dans les régions de soins
- Prise en compte des coopérations et collaborations existantes

Les régions actuelles

Conformément à l'ordonnance relative à la loi sur l'aide et les soins aux personnes âgées (*Altersbetreuungs- und Pflegegesetz, AbPV*), le canton de Schaffhouse compte **sept régions de soins**. La région du Klettgau se divise en deux régions de soins et il y a deux enclaves (Stein ainsi que Buchberg et Rüdlingen). Les communes d'une région de soins sont tenues de garantir une offre de prestations d'aide et de soins à domicile adaptée aux besoins. Pour ce faire, elles doivent former des groupements ou régler la collaboration au moyen de contrats. Les soins ambulatoires sont ensuite convenus par le biais d'un contrat de prestations. Le choix de l'organisation d'aide et de soins à domicile qui fournit les prestations est laissé ouvert.

¹² Il s'agit d'un processus naturel, ascendant, qui tient compte des coopérations et collaborations existantes.

G 7.3 Régions de soins, canton de Schaffhouse, 2023



Source : <https://opendata.swiss/fr/dataset/versorgungsregionen-altersbetreuung-pflege-kanton-schaffhausen> © Obsan 2023

Évolution historique

Le canton de Schaffhouse comptait autrefois de nombreuses petites associations bénévoles et l'identification régionale était particulièrement forte dans les petites communes. De nombreuses coopérations entre communes se sont développées de manière organique et formées le long de « lignes de démarcation » géographiques. Dans le cadre du nouveau financement et du passage aux DRG, le canton de Schaffhouse voulait s'assurer que les personnes sortant de l'hôpital bénéficient d'unités de soins suffisamment grandes, gérées de manière professionnelle et viables. Cinq régions de soins étaient initialement prévues, mais au final, sept ont été inscrites dans la loi.

Critères pris en compte pour la formation des régions de soins

Un critère subjectif, les limites administratives existantes (districts, régions des sapeurs-pompiers, etc.), a constitué la base de départ. La création de régions de soins comptant moins de 5000 personnes a été évitée. L'orientation vers l'espace de vie a joué un rôle déterminant car les trajets courts et l'ancrage à proximité du domicile ont été considérés comme décisifs. Un autre objectif était d'harmoniser davantage les régions de soins avec les zones de desserte des EMS. Cela n'a toutefois pas été possible en raison des différences culturelles et de la préservation de l'autonomie et de la souveraineté. Par conséquent, la stratégie « pour des services d'aide et de soins à domicile forts » a été poursuivie en premier lieu.

Valeurs empiriques et recommandations du canton de Schaffhouse

Processus descendant vs ascendant : d'après l'expérience du canton de Schaffhouse, un processus purement descendant n'est pas bien accueilli par les communes et les groupements existants. Le regroupement de régions initialement inscrit dans la

loi a également fait l'objet de recours juridiques. Il est donc important d'inclure les responsables communaux et les organisations d'aide et de soins à domicile, de même que les coopérations existantes entre les prestataires. Avant tout, il faut aussi lutter de manière proactive contre les animosités (potentielles), par exemple en faisant appel à des experts pour fournir une aide en cas de regroupement.

Les synergies dépendent de la taille : les grandes organisations d'aide et de soins à domicile soutiennent les petites organisations dans de nombreux domaines (p. ex. informatique, spécialisation, tâches administratives), mais en fin de compte, elles ne profitent guère de celles-ci. Il faut donc veiller à ce qu'aucune organisation

Critères découlant de l'entretien – canton SH

- Particularités géographiques
- Orientation vers l'espace de vie
- Alignement sur les limites administratives
- Taille de la population d'au moins 5000 personnes

Critères recommandés – canton SH

- Prise en compte des coopérations et collaborations existantes

Critères envisagés mais non utilisés – canton SH

- Zones de desserte des EMS

d'aide et de soins à domicile trop petite ne soit active dans une zone de desserte étendue. Si c'est tout de même le cas, une antenne locale commune devrait être mise en place.

7.2.4 Régions de soins de Soleure (SO)

Les régions actuelles

Dans le canton de Soleure, il existe depuis peu **six régions de soins**. Elles ne sont toutefois pas inscrites dans la loi mais reposent sur une décision du Conseil d'État et ont été conçues en collaboration avec un groupe de travail. Leur utilisation dans le cadre de la planification intégrée se trouve actuellement dans une phase pilote et l'on a encore peu d'expérience quant à leur applicabilité. Pour l'instant, il n'est pas clair s'il y aura des adaptations et si les régions de soins seront inscrites dans la loi à l'avenir.

Évolution historique

Dans le canton de Soleure, il n'y avait auparavant pas de régions de soins dans le domaine des soins aux personnes âgées et de longue durée. Comme le canton de Soleure souhaite mettre en place des soins intégrés et impliquer, si possible, tous les prestataires dans la planification des soins, la création de régions est devenue nécessaire pour que les communes et le canton puissent mieux piloter le processus. Afin de définir des régions de

soins, un groupe de travail composé de représentantes et représentants du canton et des communes ainsi que d'experts issus de la pratique a été mis sur pied. Dans le cadre d'un processus de négociation, ils ont réfléchi ensemble à ce à quoi pourraient ressembler des régions de soins judicieuses pour le canton de Soleure, qui soient acceptées par la population et qui ne «mettent pas au rebut» ce qui existe déjà.

G 7.4 Régions de soins, canton de Soleure, 2023



Source : Ecoplan (2022)

© Obsan 2023

Le canton de Soleure s'est basé sur les limites administratives existantes (dix districts et communes). Au cours du processus, il a été rapidement remarqué que les régions de soins qui se dessinaient concordaient relativement bien avec les districts¹³. En raison de l'orientation très marquée vers l'espace de vie de la population du canton (également appelée identification régionale), ce critère difficilement objectivable a constitué la base des décisions. À titre d'exemple, l'orientation vers l'espace de vie a conduit à diviser le district de Lebern, dans lequel se trouve la ville de Granges, en « Oberer Leberberg » (orientation vers la région de Granges) et « Unterer Leberberg » (orientation vers la région de Soleure). Les particularités géographiques jouent également un rôle dans ce critère car elles déterminent naturellement l'orientation vers l'espace de vie. Par exemple, la chaîne du Jura sépare la région de soins de Dorneck-Thierstein du reste du canton, ce qui constitue une limite naturelle au regard de l'orientation vers l'espace de vie. Selon le canton de Soleure, les critères suivants ont été examinés lors de la constitution des régions de soins mais n'ont finalement pas été pris en compte :

- Zones de desserte actuelles des organisations d'aide et de soins à domicile
- Nombre minimal de communes au sein d'une zone de desserte
- Taille de la population

¹³ Au départ, il était prévu de former quatre régions de soins, ce qui n'était toutefois pas possible en raison de l'orientation vers l'espace de vie.

- Nombre minimum d'hôpitaux
- Nombre minimum d'EMS, en veillant à ce que chaque région de soins en ait au moins un
- Pas de focalisation sur les centres, car le canton compte aussi des régions structurellement faibles.

Critères pris en compte pour la formation des régions de soins

Les critères pris en compte ou non figurent tous dans le chapitre sur l'évolution historique. Il convient de souligner que le critère de l'orientation vers l'espace de vie, et donc de l'acceptation par la population, a joué un rôle décisif dans la formation des six régions de soins.

Critères découlant de l'entretien – canton SO

- Orientation vers l'espace de vie (et donc acceptation par la population)
- Alignement sur les limites administratives (districts et communes)
- Prise en compte de ce qui existe déjà
- Particularités géographiques
- Chaque région de soins devrait comprendre au moins un EMS

Critères envisagés mais non utilisés – canton SO

- Zones de desserte actuelles des organisations d'aide et de soins à domicile
- Nombre minimal de communes au sein d'une zone de desserte
- Taille de la population
- Nombre minimum d'hôpitaux

Valeurs empiriques et recommandations du canton de Soleure

Orientation vers l'espace de vie : la population doit être soignée là où elle vit et les nouvelles affectations, notamment en cas d'entrée en EMS, doivent être évitées.

Taille de l'organisation d'aide et de soins à domicile : dans le canton de Soleure, on suppose que le regroupement des communes en régions de soins pourrait éventuellement entraîner une résistance là où de nombreuses petites organisations d'aide et de soins à domicile sont actives (c.-à-d. Soleure Est).

7.2.5 Régions de soins du Tessin (TI)

Les régions actuelles

Le canton du Tessin (TI) est divisé en **six régions** (*comprensorio* en italien) pour les soins à domicile, dans chacune desquelles une organisation d'aide et de soins à domicile de droit public reçoit un mandat de prestations. Au sein de ces régions de soins, les organisations d'aide et de soins à domicile de droit public ont une obligation de fournir des soins. Les organisations privées ainsi que les infirmières et infirmiers indépendants ne sont pas liés à ces régions de soins et ne sont donc pas pris en compte dans la planification de celles-ci. Ces six régions de soins servent également de base de planification pour les EMS. Les régions de soins sont définies dans une ordonnance (canton du Tessin, 1999) qui contient la liste des communes appartenant à chaque région.

Évolution historique

Avant la création des six régions de soins, les soins à domicile étaient organisés en cinq régions appelées « consortiums » et regroupant plusieurs communes. Ces cinq consortiums se sont progressivement développés de manière organique depuis les années 1970 grâce à des accords intercommunaux. Au sein d'un consortium, les communes s'organisaient entre elles et définissaient le catalogue des prestations de soins (rémunérées). Par conséquent, la nature et la couverture des soins à domicile variaient d'un consortium à l'autre.

En 2000, la loi sur l'aide et les soins à domicile (canton du Tessin, 2010) est entrée en vigueur. Elle définit les six régions en vigueur pour les soins à domicile. L'objectif de cette réorganisation était de garantir une couverture uniforme des prestations d'aide et de soins à domicile sur l'ensemble du territoire du Tessin et d'améliorer les frais administratifs des services d'aide et de soins à domicile ainsi que les échanges entre ceux-ci, le canton et les assureurs.

Critères pris en compte pour la formation des régions de soins

La formation des régions de soins est principalement basée sur les cinq anciens consortiums, mais la zone autour de Lugano a été divisée en deux en raison de sa taille. De manière générale, les régions de soins devaient avoir une taille critique afin de réduire les frais administratifs et d'avoir suffisamment d'autres prestataires dans chaque région de soins pour développer une coordination. L'amélioration de la coordination avec les autres prestataires, en particulier les EMS, mais aussi les centres de jour et les hôpitaux, était un autre objectif du regroupement des régions. De plus, chaque région de soins devait compter une ou deux sages-femmes et au moins un hôpital. Finalement, les régions de soins ont suivi les limites administratives des districts, à quelques exceptions près, car certaines communes ont changé de districts à la suite de fusions. En revanche, il n'y a pas de recoupement avec

les régions de planification hospitalière car les hôpitaux publics se spécialisent, raison pour laquelle la collaboration avec un seul hôpital n'est pas possible.

Critères découlant de l'entretien – canton TI

- Alignement sur les limites administratives existantes (districts et consortiums)
- Prise en compte des coopérations existantes
- Grandeur critique
- Présence d'autres prestataires dans chaque région de soins
- Existence d'un hôpital dans chaque région de soins
- Prestations spécialisées au sein de chaque région de soins (p. ex. sages-femmes)

7.2.6 Régions de soins dans le canton de Vaud (VD)

Les régions actuelles

Le canton de Vaud est divisé en **quatre régions de soins** qui regroupent au niveau régional les médecins, les organisations d'aide et de soins à domicile, les EMS, les hôpitaux et d'autres prestataires. Au sein de chaque région de soins, les soins à domicile sont dispensés par les centres médico-sociaux (CMS ; organisations de droit public), des OSAD (organisations privées d'aide et de soins à domicile) ainsi que des infirmières et infirmiers indépendants. Les 49 CMS existants sont soutenus par sept associations ou fondations régionales, dont trois se trouvent dans le réseau de soins de Lausanne, deux dans celui de Nord Broye et une dans chacune des deux autres régions de soins.

G 7.5 Régions de soins, canton de Vaud, 2023



Source : <https://www.reseaux-sante-vaud.ch/>

© Obsan 2023

Les quatre régions de soins sont notamment responsables de la mise en œuvre des programmes de santé cantonaux et soutenues dans le développement de projets régionaux visant à améliorer la coordination des soins de santé. La coordination des offres médico-sociales, sous la direction des BRIO (Bureaux Régionaux d'Information et d'Orientation), fait partie des prestations principales des régions de soins. Les BRIO gèrent ainsi l'ensemble de l'offre et de la demande de places en EMS de longue comme de courte durée.

Évolution historique

Les premières régions de soins du canton de Vaud se sont formées en 1996 suite à la première planification hospitalière. À l'époque, huit régions de soins ont été créées, la présence d'un hôpital au sein d'une région de soins constituant le critère décisif. Ces régions de soins étaient des regroupements purement administratifs de prestataires et ne constituaient pas des entités fonctionnelles. Parallèlement à cette évolution, le domaine de la psychiatrie a été organisé, à partir de la fin des années 1960, en quatre zones qui correspondent pratiquement aux quatre régions de soins présentées dans le graphique G 9.5.

Suite au rapport NOPS (Nouvelles orientations de politique sanitaire) de 1997 (Grand Conseil Vaudois, 1997), les huit régions de soins ont été regroupées pour former les quatre régions de soins fonctionnelles actuelles. Le rapport NOPS proposait en effet de créer quatre régions de soins structurées sous la forme d'associations de droit public, certains prestataires étant tenus d'être des membres actifs au sein de la région de soins concernée. Ces membres doivent participer au financement et à l'organisation de la région de soins. Il s'agit par exemple des membres qui gèrent les contacts¹⁴, les listes d'attente des EMS, les soins palliatifs ainsi que la constitution et les activités d'équipes mobiles. Les régions de soins ont ainsi permis aux principaux acteurs des soins de santé de collaborer entre eux. Par conséquent, elles sont légitimes non seulement en raison de leur fonction administrative, mais aussi parce qu'elles sont régulées par les principaux acteurs.

En conclusion, l'objectif du développement de ces quatre régions de soins était d'assurer l'égalité des chances dans la prise en charge de la population, de faciliter l'accès aux soins et de favoriser la coordination entre les prestataires. Cette évolution s'explique surtout par la volonté politique de placer au centre du système de santé non plus les hôpitaux, mais la communauté de tous les prestataires dont l'approche s'axe fortement sur le système.

Critères découlant de l'entretien – canton VD

- Alignement sur les limites administratives (districts)
- Prise en compte des évolutions historiques
- Prise en compte des coopérations et collaborations existantes
- Orientation vers l'espace de vie (c.-à-d. les habitudes de la population telles que la mobilité, les déplacements pendulaires et le recours aux soins de santé)
- Grandeur critique

Critères recommandés – canton VD

- Alignement sur les périmètres existants du canton (vision large) : existe-t-il déjà des logiques de regroupements de régions, par exemple dans les domaines de l'école, de la police, etc.

Critères pris en compte pour la formation des régions de soins

La fusion des huit régions de soins en quatre a eu lieu de manière ascendante, en respectant l'évolution historique dans le canton de Vaud. Les quatre régions de soins se sont ainsi formées naturellement, en fonction des habitudes de travail et de coopération existantes. Des efforts ont également été déployés pour établir les régions de soins sur la base des districts existants, tout en tenant compte des habitudes de la population en matière de mobilité, de déplacements pendulaires et de recours aux soins de santé. Pour ces dernières raisons, une région de soins inclut parfois un village d'un autre district. Finalement, la taille critique était également un critère important, qui n'est toutefois apparu qu'avec le temps. Par exemple, les CMS de Morges et de Nyon ont été regroupés car ils étaient trop petits pour disposer d'une logistique administrative efficiente.

Valeurs empiriques et recommandations du canton de Vaud

Orientation vers l'espace de vie : lors de la création ou de la réorganisation de régions de soins, le plus important est que celles-ci correspondent au ressenti de la population et des parties prenantes. Ces deux groupes doivent pouvoir s'identifier à la région de soins. Les régions existantes du canton, par exemple dans le domaine de l'école, de la police, etc., constituent des indicateurs intéressants à cet égard.

Prise en charge de groupes de population hétérogènes : au départ, le financement des CMS dans le canton de Vaud reposait sur le nombre d'habitants et la répartition par âge de la population. Selon les experts, la création de régions de soins basée sur des

¹⁴ Réalisation de tâches de coordination relatives aux services sociaux dans un hôpital. Les tâches principales consistent à rassembler les informations socio-médicales pertinentes des patientes et patients et à organiser leur sortie.

caractéristiques socio-économiques (p. ex. structure d'âge, niveau de vie, ménages issus de la migration, etc.) risque toutefois d'aboutir à un clivage entre les régions, qu'il convient d'éviter. Cette hétérogénéité doit en revanche être prise en compte. À cette fin, les différences de besoins de la population sont régulées par le biais du financement supplémentaire des CMS et des compétences de leur personnel.


7.2.7 Régions de soins du Valais (VS)

Les régions actuelles

Dans le domaine des soins aux personnes âgées et de longue durée, le canton du Valais est divisé en **cinq régions sanitaires** définies par le Conseil d'État valaisan. Dans chaque région de soins, une organisation d'aide et de soins à domicile, appelée centre médico-social (CMS), reçoit un mandat de prestations avec obligation de fournir des soins, ce qui garantit l'accès aux prestations d'aide et de soins ambulatoires dans la région de soins concernée. Ainsi, le canton du Valais compte cinq CMS, qui forment pour chaque région de soins une organisation faîtière disposant de plusieurs antennes locales afin de raccourcir les trajets. Enfin, les cinq régions de soins s'alignent sur les régions de soins cantonales des hôpitaux.

G 7.6 Régions de soins, canton du Valais, 2023

Canton du Valais	
Régions sanitaires	Districts
Haut-Valais	Brig Goms Leuk Raron Vep
Sierre	Sierre
Sion/Hérens/Conthey	Conthey Hérens Sion
Martigny/Entremont	Entremont Martigny
Monthey/St-Maurice	Monthey Saint-Maurice



Source : canton du Valais (2015)

© Obsan 2023

Afin d'améliorer la coordination entre les différents secteurs du système de santé (hôpitaux, établissements psychiatriques, EMS, CMS, structures intermédiaires, secteur ambulatoire, prévention et promotion de la santé), le canton du Valais a créé des commissions régionales pour les soins de longue durée. Ces commissions ont pour tâche de favoriser la coordination entre les différents niveaux administratifs (canton, communes), d'assurer une offre adéquate de prestations de soins aux personnes âgées et de longue durée et de donner leur avis sur les nouveaux projets en lien avec la planification des soins aux personnes âgées et de longue durée.

Évolution historique

Les régions de soins ont été créées en 1995 à la demande des prestataires eux-mêmes (EMS, CMS et hôpitaux) afin de pouvoir mieux se coordonner. Six régions ont été créées à l'origine, mais le Haut-Valais, divisé en deux, a été fusionné pour former une seule région de soins. Par ailleurs, ces six régions de soins initiales étaient des régions sanitaires au sens large, c'est-à-dire qu'elles englobaient les différents prestataires. Ces régions sanitaires générales ont été séparées par la suite et, aujourd'hui, le Valais dispose de trois régions hospitalières et de cinq régions de soins aux personnes âgées et de longue durée.

La création des cinq régions de soins a nécessité la fusion des CMS existants. Avant 2010-2012, le canton du Valais en comptait 19 au total. Dans les années 2010-2012, le Haut-Valais a fusionné ses CMS, puis les autres régions de soins lui ont progressivement emboîté le pas, achevant les fusions dans les années 2020. La fusion des CMS a engendré des conflits et des jeux de pouvoir entre les communes auxquelles ils appartenaient. Ces derniers s'organisant en sections locales, ce sont surtout l'administration (RH, finances, direction, etc.) et l'organisation des équipes de soins qui ont été regroupées sur les sites principaux. Les fusions ont également permis le développement de prestations spécialisées (p. ex. ergothérapie, physiothérapie ou soins palliatifs) car la taille critique était respectée.

Critères pris en compte pour la formation des régions de soins

La répartition des six régions de soins initiales n'a pas été effectuée sur la base d'une étude mais repose sur les districts. Elle avait en outre une dimension historique. À l'époque, les prestataires de Sierre étaient déjà bien organisés et les trois districts de la région de Sierre/Hérens/Conthey avaient fondé l'hôpital de Sion, alors que les communes de la région de Martigny/Entremont étaient déjà implantées autour de l'hôpital de Martigny.

Un critère important pour la formation des régions de soins était la taille critique de la densité de la population, car sans une taille minimale critique, il est difficile de développer des organisations et des institutions efficaces. Par exemple, un établissement médico-social a besoin d'au moins 60 lits pour être efficace. Il a donc fallu veiller à ce que la densité de la population dans chaque région soit suffisante pour assurer le taux d'occupation de ces 60 lits.

Un autre critère était la présence d'un hôpital dans chaque région de soins. Étant donné qu'à l'époque, chaque hôpital fournissait l'ensemble des prestations (contrairement à aujourd'hui, où les hôpitaux du Valais se spécialisent), une région de soins sans hôpital n'aurait pas été pertinente, car tous les prestataires de soins devaient être coordonnés au sein d'une même région de soins.

Les particularités topographiques n'ont pas été prises en compte lors de la création des régions de soins car, historiquement, les districts (et donc les régions sanitaires) ont toujours compris une région de plaine et une région de montagne. Enfin,

les frontières linguistiques ont été respectées, à l'exception du CMS de Sierre, qui s'étend jusqu'à Salgesch.

Valeurs empiriques et recommandations du canton du Valais

Logique de proximité : il faut éviter qu'une personne soit prise en charge par une organisation de sa région de soins alors qu'une organisation d'une autre région de soins aurait un temps de trajet nettement plus court jusqu'à son domicile.

Procédure pratique et pragmatique en cas de réorganisation : durant le processus, l'experte ou l'expert de la réorganisation devrait privilégier une fois un critère et une fois l'autre. Selon le spécialiste valaisan, une consultation des parties impliquées s'impose pour le « peaufinage ».

Critères découlant de l'entretien – canton VS

- Alignement sur les régions de soins des hôpitaux
- Alignement sur les limites administratives (districts)
- Prise en compte des coopérations existantes
- Grandeur critique en termes de densité de population dans une région de soins
- Prise en compte des barrières/frontières linguistiques

Critères envisagés mais non utilisés – canton VS

- Prise en compte des particularités topographiques

Critères recommandés – canton VS

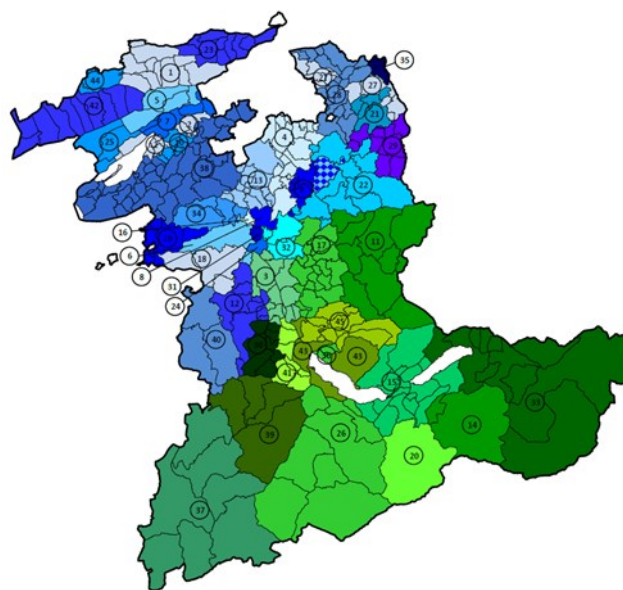
- Respecter la logique de proximité (cf. paragraphe « Recommandations du canton »).
- Tenir compte des zones de desserte des EMS et des hôpitaux
- Orientation vers l'espace de vie / mobilité de proximité

7.2.8 Régions de soins du canton de Berne selon l'Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile

Les régions actuelles

Dans le canton de Berne, il existe au total **47 périmètres de soins**, qui se composent chacun de plusieurs associations de communes. Les deux périmètres de La Scheulte et de Villars-les-Moines sont des enclaves. Le pilotage et l'attribution des conventions de prestations incombent au canton de Berne. Depuis 2022, les organisations d'aide et de soins à domicile peuvent participer aux appels d'offres OMC. De nombreux périmètres de soins ou organisations d'aide et de soins à domicile coopèrent entre eux ou exploitent des synergies (p. ex. informatique ou organisation du service de piquet).

G 7.7 Périmètres, canton de Berne, 2023



Source : Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile (2021)
© Obsan 2023

Évolution historique

Autrefois, les soins ambulatoires étaient du ressort des communes, qui avaient chacune leur association d'infirmières et leur association de services ménagers. Ces deux types d'associations ont fusionné en 1991 pour former les actuelles organisations d'aide et de soins à domicile. En 2008, une grande vague de fusion a eu lieu lorsque le canton a annoncé un objectif de taille minimale d'environ 50 000 à 60 000 personnes par organisation d'aide et de soins à domicile. Au lieu de mettre en œuvre cette exigence, le marché a été ouvert à des prestataires privés, ce qui a conduit à d'autres fusions, mais plutôt pour des raisons économiques. En raison du nouveau financement des soins introduit en 2011, les contrats de prestations ont été transférés des communes au canton, qui était dès lors responsable de garantir l'accès aux soins ambulatoires. Depuis 2022, un appel d'offres public OMC est lancé pour l'attribution des mandats de prestations, auquel chaque organisation d'aide et de soins à domicile peut participer. En 2022, la majeure partie des soins ambulatoires était assurée par des organisations publiques d'aide et de soins à domicile. Des fusions et la formation de coopérations entre les organisations d'aide et de soins à domicile ont lieu chaque année.

Critères pris en compte pour la formation des régions de soins

Une conclusion importante de l'entretien avec l'Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile, qui ressort aussi des entretiens avec les experts cantonaux, est l'interaction entre les différents critères. Par exemple, une courte distance n'est pas forcément synonyme d'un court temps de trajet. Ainsi, l'interaction

Critères découlant de l'entretien – Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile

- Remarque : interaction entre les critères
- Taille minimale de 30 000 à 40 000 personnes et taille maximale de 90 000 à 100 000 personnes
- Temps de déplacement (vers la clientèle, l'antenne locale)
- Mélange de compétences et prestations spécialisées
- Structure socio-démographique (âge, taille des ménages)
- Orientation vers l'espace de vie
- Autres prestataires dans la région de soins
- Prise en compte des coopérations et collaborations existantes

entre les critères effectivement utilisés doit toujours être vérifiée. Il faut aussi tenir compte de la mesure dans laquelle certains critères peuvent être appliqués, compte tenu de la forte hétérogénéité du canton de Berne.

Selon l'Association d'aide et de soins à domicile, une taille raisonnable de population par région de soins est d'environ 30 000 à 40 000 personnes, sachant que de plus grandes régions de soins sont également envisageables. Toutefois, pour les régions de soins très peuplées (90 000 personnes et plus), il faut veiller à ne pas créer une région de soins qui soit *too big to fail* (c.-à-d. qu'en raison d'un manque de personnel, l'accès aux soins ne peut soudain plus être garanti dans une région de plus de 100 000 personnes). En outre, l'interaction entre le temps de déplacement et le mélange de compétences au sein d'une région de soins devrait être un aspect important à prendre en compte (p. ex. trois trajets par jour pour distribuer des collyres par un infirmier de niveau tertiaire). Par ailleurs, les très petites organisations d'aide et de soins à domicile devraient profiter d'un regroupement. Au sein d'un périmètre de soins, les antennes locales jouent un rôle important, d'une part pour l'ancrage dans la région, mais aussi et surtout pour le personnel (c.-à-d. rapports, échanges sociaux pendant les pauses ou après le travail, esprit d'équipe, etc.). L'offre d'autres prestataires et la situation de concurrence au sein d'un périmètre de soins sont également déterminantes pour les organisations d'aide et de soins à domicile. La question qui se pose est de savoir combien de personnes à soigner relèvent des services d'aide et de soins à domicile ou quelle est l'ampleur des soins qui peuvent encore être dispensés à domicile. En outre, les aspects familiaux et culturels jouent souvent un rôle (p. ex. importance des soins informels, nombre de ménages d'une personne, etc.). À proximité des hôpitaux, il faut veiller à ce que les organisations d'aide et de soins à domicile puissent prendre en charge de manière appropriée les personnes ayant besoin de soins à leur sortie de l'hôpital (p. ex. ressources en personnel pour les services de piquet le week-end ou mélange de compétences adéquat pour prendre en charge les cas plus complexes).

Autres critères et interactions mentionnés :

- Nombre d'heures de prestations par nombre d'habitants

- Coopérations existantes entre les EMS et les organisations d'aide et de soins à domicile

7.2.9 Recommandations générales des experts et défis identifiés

Recommandations des experts

Processus descendant vs ascendant : plusieurs experts ont mentionné qu'un processus ascendant ou combinant les approches descendante et ascendante était un facteur de réussite important pour la création ou la réorganisation de régions de soins. Un processus purement descendant ne serait pas accepté sans difficultés et pourrait se heurter à des résistances. Selon les experts, l'idéal est d'inclure les responsables communaux, les organisations d'aide et de soins à domicile et d'autres prestataires dans le processus de réorganisation et d'entretenir ensemble des échanges permanents.

Présentation des avantages : un facteur décisif qui, selon les experts, contribue à l'acceptation du processus et de la réorganisation est le travail de persuasion effectué par le canton sur le plan technique. Il s'agit avant tout de mettre en évidence les avantages qu'apportent les nouvelles régions de soins, notamment ceux relatifs à une couverture identique (p. ex. éviter un flou au niveau des responsabilités en cas de sortie d'hôpital ou d'entrée en EMS). En outre, il est particulièrement important que les organisations d'aide et de soins à domicile concernées perçoivent les avantages des fusions.

Accompagnement : l'accompagnement que le canton offre aux organisations concernées et aux régions de soins existantes durant le processus de réorganisation constitue un autre facteur de réussite. Il peut s'agir, par exemple, d'un soutien technique aux régions de soins afin que les tâches puissent être accomplies avec efficacité et succès. Par ailleurs, les processus de fusion des organisations d'aide et de soins à domicile devraient être facilités en apportant des connaissances spécialisées et en leur faisant profiter de l'expérience de personnes ou d'organisations qui ont déjà mené à bien de tels processus.

Défis et risques identifiés

L'Obsan a constaté à plusieurs reprises (séance commune avec la DSSI et l'Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile, entretiens avec les experts cantonaux et avec l'association) de potentiels risques en lien avec la sécurité de l'approvisionnement en soins ambulatoires. Dans le canton de Berne, les organisations d'aide et de soins à domicile ne sont pas tenues de postuler pour un mandat de soins ou d'en accepter un. Elles peuvent fournir des prestations aux tarifs de base de la LAMal, indépendamment de l'endroit où vit une personne et de la manière dont les régions de soins sont organisées. Ainsi, si certaines organisations ne sont pas d'accord avec la réorganisation des régions de

soins et le processus d'appel d'offres, il se peut qu'elles ne postulent pas pour un mandat de soins, ce qui pourrait théoriquement mettre en péril la sécurité de l'approvisionnement en soins. En outre, certains cantons ont dû faire face à des oppositions ou des

recours juridiques à l'encontre des régions de soins prévues (p. ex. SH). Ceux-ci peuvent être dus au refus de mettre un terme à des coopérations transversales existantes entre prestataires ou de collaborer avec des régions structurellement plus faibles.

7.3 Liste des critères identifiés sur la base des entretiens avec les experts

T 7.1 Critères découlant de la recherche secondaire et des entretiens avec les experts

Critères mentionnés	Résultats des entretiens ¹								Association d'aide et de soins à domicile BE	Total
	Canton									
	BL	GR	SH	SO	TI	VD	VS			
Zones de desserte actuelles des services d'aide et de soins à domicile				1						1
Nombre d'heures de prestations d'aide et de soins à domicile fournies								1		1
Alignement sur les régions de soins existantes des EMS		1				1				2
Alignement sur les régions de soins existantes des hôpitaux		1						1		2
Alignement sur les limites administratives (p. ex. communes, districts, zones scolaires, police ou pompiers)	1	1	1	1	1	1	1			7
Alignement sur d'autres régions de soins existantes		1				1				2
Collaborations/coopérations existantes	1	1	1	1	1	1	1	1		8
Densité de la population								1		1
Taille de la population (minimum/maximum)	1	1	1	1	1	1		1		7
Zones de desserte des EMS			1					1		2
Focalisation sur les agglomérations				1						1
Particularités géographiques		1	1	1				1		4
Siège principal des organisations d'aide et de soins à domicile		1								1
Orientation vers l'espace de vie	1	1	1	1	1	1	1	1		8
Nombre minimum de communes				1						1
Nombre minimum d'EMS				1	1			1		3
Nombre minimum d'hôpitaux				1	1			1		4
Continuité territoriale	1									1
Mélange de compétences								1		1
Structure socio-démographique (proportion de population âgée, pyramide des âges, structure des ménages, revenus, niveau de formation, population issue de la migration)							x	1		1
Frontières/barrières linguistiques								1		1
Existence de prestations spécialisées					1			1		2
Temps de trajet au sein d'une région								1		2
Mobilité de proximité (p. ex. courses, travail, médecin de famille)	1	1	1	1		1	1	1		7
Critères issus de la recherche secondaire										
Continuité territoriale										
Taille de la population (minimum/maximum)										
Alignement sur les régions de soins existantes										
Frontières/barrières linguistiques										
Proportion de la population âgée										
Critères définis conjointement (DSSI et Obsan)										
Alignement sur le modèle régional 4+ (PWC, 2020)										
Prise en compte des zones de desserte des EMS										
Maintien du tracé des frontières des périmètres de soins actuels										

¹ Légende : critères utilisés, critères recommandés, critères envisagés mais non utilisés, x = déconseillé

7.4 Description détaillée de la réorganisation

Pour des raisons de lisibilité et de clarté, nous avons renoncé, au chapitre 5, à fournir des informations détaillées sur les différents regroupements de périmètres. Ces informations sont documentées ci-après pour chaque région de soins du modèle régional 4+ (PWC, 2020).

7.4.1 Réduction moyenne (solution I)

La première solution donne lieu à 20 nouvelles régions de soins, qui ont été définies en deux étapes de travail. Les critères HSA_P et BE ont été appliqués dans un premier temps, suivis d'une vérification de la taille minimale de la population de 20 000 personnes par région de soins. Si cette dernière exigence n'était pas remplie, une fusion de la région de soins correspondante avec une région de soins voisine a été effectuée, si possible dans le respect des critères.

Jura bernois

La région de soins 4+ du Jura bernois se compose initialement de six périmètres, la commune de Moutier étant exclue de l'analyse (en raison du changement de canton en 2026) et l'enclave de La Scheulte étant desservie par l'association d'aide et de soins à domicile du canton du Jura dans le cadre d'une convention de prestations. Les six périmètres suivants constituent la base de la réorganisation : Tavannes, Tramelan, St-Imier, Bas-Vallon, La Neuveville et Moutier (sans la commune de Moutier).

Selon les analyses HSA, avec un IL de 50 %, 60 % et 70 %, Tramelan est une région de soins à part entière. La même analyse permet de regrouper Tavannes et Moutier (sans la commune de Moutier). Le Bas-Vallon et La Neuveville font partie d'une région de soins commune avec un IL de 50 % et 60 %, tandis que St-Imier, malgré un léger chevauchement avec La Neuveville, doit être considéré comme une région de soins autonome. Si l'IL est relevé à 70 %, le Bas-Vallon, La Neuveville et St-Imier sont regroupés dans une même région de soins.

Contrairement à l'analyse HSA, dans laquelle Tramelan apparaît comme une région de soins à part entière, les analyses BE donnent lieu à une région de soins comprenant Tramelan et Tavannes. Moutier (sans la commune de Moutier) constitue en revanche une région de soins autonome. Par ailleurs, le Bas-Vallon fusionne avec certaines parties de La Neuveville, tandis que St-Imier reste une région de soins à part entière. Du point de vue des BE, on remarque que le Bas-Vallon et La Neuveville s'orientent fortement vers Biel/Bienne et, pour La Neuveville, qu'il y a parfois une dépendance extracantonale vis-à-vis du canton de Neuchâtel. Toutefois, de tels regroupements ne sont pas possibles, car le critère de l'alignement sur les régions de soins du modèle régional 4+ (PWC, 2020) ne doit pas être violé.

En considérant ensemble les analyses HSA et BE, il en résulte deux nouvelles régions de soins : St-Imier, Bas-Vallon et La

Neuveville fusionnent alors que Tavannes, Tramelan et Moutier (sans la commune de Moutier) sont regroupés dans une région de soins. Les deux régions remplissent le critère de la taille minimale de la population de 20 000 personnes. Par conséquent, les deux nouvelles régions de soins sont maintenues :

- **BJ1** : Bas-Vallon, La Neuveville et St-Imier
- **BJ2** : Tavannes, Tramelan et Moutier (sans la commune de Moutier)

Bienne-Seeland

La région de soins 4+ de Bienne-Seeland se compose initialement de quatre périmètres, Biel/Bienne et Nidau/Ipsach ayant déjà été regroupés en un seul périmètre en raison des prérequis. Les deux autres périmètres sont ceux du Seeland et de Studen.

Selon les analyses BE, le périmètre du Jura bernois du Bas-Vallon et certaines parties de celui de La Neuveville devraient être regroupés avec Biel/Bienne/Nidau/Ipsach, Studen et une grande partie du Seeland. Ces regroupements ne sont toutefois pas autorisés car ils enfreignent le critère des régions de soins 4+. Sur la base des analyses BE, tous les périmètres de la région de Bienne-Seeland devraient être fusionnés, mais il en résulterait une région de soins nettement trop grande. Par conséquent, la réorganisation de la région de Bienne-Seeland s'appuie exclusivement sur les analyses HSA.

Au regard des HSA_P, la question se pose de savoir si Studen doit faire partie de la région de soins de Biel/Bienne/Nidau/Ipsach ou du Seeland. Brugg (dans le périmètre de Studen) rejoint la ville de Biel/Bienne. L'orientation vers l'espace de vie de la population de Brugg devrait fortement se tourner dans cette direction et moins vers Lyss (dans le périmètre du Seeland). Toutefois, les IL de 50 %, 60 % et 70 % indiquent que cette zone très peuplée, avec l'axe de circulation autour de/par Brugg, pourrait également être attribuée à la région de soins du Seeland. En raison de la taille déjà élevée de la population de Biel/Bienne/Nidau/Ipsach ($N = 94\,935$), Studen est fusionné avec le Seeland ($N = 85\,296$) afin de créer deux régions de soins de taille similaire.

Aucune des deux nouvelles régions de soins ne viole le critère de la taille minimale de la population de 20 000 personnes, raison pour laquelle les régions de soins restent les suivantes :

- **BS1** : Biel/Bienne/Nidau/Ipsach
- **BS2** : Studen et Seeland

Berne-Mittelland

La région de soins 4+ de Berne-Mittelland comprend 14 périmètres, Berne et Ostermundigen ainsi que Bolligen et Ittigen ayant été regroupés dans l'étape de travail des prérequis. L'enclave de Villars-les-Moines est exclue de l'analyse en raison de la convention de prestations avec le canton de Fribourg, tandis que l'enclave de Clavaleyres ne fait plus partie du canton de Berne depuis le 1^{er} janvier 2022 et n'est donc pas non plus prise en compte. Par conséquent, les 12 périmètres suivants constituent le point de départ de la réorganisation : Berne/Ostermundigen,

Bolligen/Ittigen, Laupen, Köniz, Zollikofen, Grauholz, Worblental, Muri, Schwarzenburg, Gantrisch, Aar-/Gürbetal et Konolfingen.

À la pointe nord de la région de soins 4+ de Berne-Mittelland, Grauholz est entouré par les régions de soins 4+ de Bienne-Seealand et de Haute-Argovie-Emmental. En ce qui concerne Grauholz, l'analyse BE montre une appartenance partielle minime au Seealand, tandis que l'analyse HSA montre une tendance en direction d'Aemme et de Berthoud. Il s'agit toutefois d'autres régions de soins 4+, dont les frontières ne doivent pas être violées, raison pour laquelle Grauholz reste une région de soins autonome.

Sur la base de l'analyse BE, trois sous-régions se forment pour Konolfingen, la plus grande se trouvant dans le périmètre de Konolfingen lui-même. Les deux autres sous-régions, plus petites, font partie des régions de soins 4+ situées respectivement au sud et à l'est. La solution HSA avec un IL de 50 % coïncide presque avec la plus grande sous-région de l'analyse BE. Avec un IL de 60 %, Konolfingen inclurait des parties du Worblental et de l'Aare-/Gürbetal. Dans l'ensemble, les analyses BE et HSA indiquent que Konolfingen doit être une région de soins autonome.

Selon les analyses BE, Schwarzenburg, le Gantrisch et l'Aare-/Gürbetal forment une région de soins commune. D'après l'analyse HSA, Schwarzenburg constitue une région de soins à part entière avec un IL de 50 % et 60 %, alors qu'à 70 %, il a tendance à s'orienter davantage vers le nord, jusqu'à Zollikofen. L'analyse HSA avec un IL de 50 % de l'Aare-/Gürbetal suggérerait une division de ce périmètre en deux parties, ce qui n'est toutefois pas possible en raison des prérequis. Le Gürbetal se tourne plutôt vers le Gantrisch et l'Aaretal plutôt vers Konolfingen. En raison de l'autonomie évidente de Konolfingen (cf. ci-dessus) et de l'analyse BE, l'Aare-/Gürbetal est attribué au Gantrisch (sans Schwarzenburg).

L'analyse BE donnerait lieu à une très grande région de soins, qui pourrait englober Laupen, Köniz, Zollikofen, Bolligen/Ittigen, Worblental, Muri et Berne/Ostermundigen. Une petite partie négligeable de l'Aare-/Gürbetal ferait également partie de cette région de soins. Celle-ci serait toutefois nettement trop grande et doit être divisée en fonction des analyses HSA. Köniz se subdivise en plusieurs HSA_P et pourrait former une nouvelle région de soins avec différents périmètres, p. ex. Laupen. Ainsi, l'analyse HSA de Laupen indique également que Neuenegg (dans le périmètre de Köniz) se rapproche de Laupen. Par conséquent, Köniz et Laupen ont été regroupés. Dans l'analyse HSA avec un IL de 50 %, Zollikofen apparaît comme une HSA dominante, qui inclut également de petites parties de Laupen et de Berne. En augmentant l'IL à 60 % et 70 %, Zollikofen coïncide avec plusieurs périmètres en direction de l'est, jusqu'à Muri. En raison de sa domination et de sa taille lorsque l'IL est élevé, Zollikofen reste une région de soins autonome. Selon les analyses HSA avec un IL de 50 %, 60 % et 70 %, le Worblental est divisé en deux à plusieurs reprises, une fois en direction de Bolligen/Ittigen et une autre en direction de Muri. Par conséquent, ces périmètres sont regroupés en une région de soins.

Sur la base des analyses HSA et BE, une réduction de 12 périmètres à huit régions de soins est proposée pour Berne-Mittelland. Toutefois, la région de soins autonome de Schwarzenburg

($N = 9990$) ne remplit pas le critère de la taille minimale de la population de 20 000 personnes, raison pour laquelle, selon les analyses BE, elle est regroupée avec le Gantrisch et l'Aare-/Gürbetal. Au final, il en résulte sept nouvelles régions de soins :

- **BM1** : Laupen et Köniz
- **BM2** : Zollikofen
- **BM3** : Berne/Ostermundigen
- **BM4** : Grauholz
- **BM5** : Bolligen/Ittigen, Muri et Worblental
- **BM6** : Schwarzenburg, Gantrisch, Aare-/Gürbetal
- **BM7** : Konolfingen

Haute-Argovie-Emmental

Cette région de soins 4+ se compose initialement de neuf périmètres, sachant qu'en raison de la division géographique de Langenthal, un regroupement avec Herzogenbuchsee a déjà eu lieu. En revanche, Berthoud, divisé en deux, n'est fusionné avec un ou plusieurs autres périmètres que dans cette étape-ci de travail. Les huit périmètres suivants constituent donc le point de départ des analyses ultérieures : Aemme, Berthoud, Lueg, Emmental, Langental, Lotzwil, Roggwil et Langenthal/Herzogenbuchsee.

Sur la base des analyses BE et HSA, l'Emmental constitue une région de soins autonome. Pour cette dernière analyse, il importe peu que l'IL soit de 50 %, 60 % ou 70 %.

L'analyse BE montre qu'Aemme, Berthoud et Lueg pourraient former une région de soins. Si l'on tient aussi compte des HSA_P (IL de 50 % et 60 %), Lueg se révèle autonome, mais Aemme et Berthoud constituent toujours une région de soins. À partir d'un IL de 70 %, les trois périmètres mentionnés relèvent de la même région de soins.

Roggwil, Lotzwil, Langetental et Langenthal/Herzogenbuchsee constituent un grand BE. Dans le cadre de l'extension à l'analyse HSA, Langetental forme une région de soins autonome, indépendamment des trois IL de 50 %, 60 % et 70 %. Si l'on considère l'IL de 50 %, on remarque que Roggwil et Lotzwil coïncident avec des parties de Langenthal/Herzogenbuchsee, tout en continuant de former une ceinture urbaine autour de la ville de Langenthal. À partir d'un IL de 60 %, la ville de Langenthal en fait aussi partie et, avec un IL de 70 %, toute la région nord est regroupée, même au-delà des frontières cantonales.

Langetental ne remplit pas le critère de taille minimale de la population 20 000 personnes ($N = 11\,747$), raison pour laquelle il est regroupé avec les périmètres nord. Il en résulte une réduction de huit périmètres à quatre nouvelles régions de soins :

- **HE1** : Langenthal/Herzogenbuchsee, Roggwil, Lotzwil et Langetental
- **HE2** : Aemme et Berthoud
- **HE3** : Lueg
- **HE4** : Emmental

Oberland

L'Oberland compte initialement 12 périmètres, celui de Thoune étant constitué de deux parties séparées géographiquement. En raison du prérequis de continuité territoriale, les nouvelles régions de soins doivent être aménagées de manière à ce que le périmètre de Thoune ne soit plus divisé. En raison des différentes possibilités (p. ex. regroupement avec Thoune et/ou Steffisburg), le prérequis n'est appliqué qu'à cette étape-ci. Les périmètres suivants constituent le point de départ : Simme-Saane, Erlenbach, Niesen, Lauterbrunnen, Grindelwald, Interlaken, Lac de Brienz, Lac de Thoune, Thoune, Steffisburg, Oberes Gürbetal et Stockhorn.

Selon l'analyse BE, le lac de Thoune, Thoune et Steffisburg sont regroupés, et Stockhorn, l'Oberes Gürbetal et certaines parties d'Erlenbach pourraient s'y ajouter. Si l'on tient compte de l'IL de 50 % et 60 %, Thoune, séparée géographiquement, coïncide avec Steffisburg (partie nord de Thoune) et le lac de Thoune (partie sud de Thoune). Avec un IL de 70 %, ces trois périmètres coïncident, et d'autres parties de l'Oberes Gürbetal pourraient s'y ajouter. Une région de soins plus importante se dessine donc déjà, qui pourrait être prise en compte dans le cadre de la forte réduction. Pour la solution I « réduction moyenne », Thoune, le lac de Thoune et Steffisburg sont regroupés en une région de soins. En outre, l'Oberes Gürbetal et Stockhorn sont fusionnés. Ce dernier regroupement s'explique par le fait que l'Oberes Gürbetal se divise en deux et qu'avec un IL de 50 %, il relèverait en partie de la région de soins 4+ de Berne-Mittelland.

Interlaken, Lauterbrunnen et Grindelwald forment ensemble un grand BE, la région de soins analysée au moyen des HSA_P étant pratiquement identique. Le fait qu'Interlaken représente le nœud de communication des deux autres périmètres, ce qui permet de regrouper ces trois en une seule région de soins, vient appuyer cette solution.

En ce qui concerne le périmètre du lac de Brienz, qui inclut également toute la région de Meiringen-Hasliberg, l'analyse BE révèle qu'il devrait s'agir d'une région de soins autonome. Le même résultat est obtenu avec l'analyse HSA au moyen d'un IL de 50 %, sachant qu'à partir de 60 %, une petite partie d'Interlaken est incluse. La région de soins du lac de Brienz ainsi identifiée ne répond pas à la taille minimale de la population de 20 000 personnes ($N = 12\,968$), raison pour laquelle ce périmètre a été fusionné avec Interlaken, Lauterbrunnen et Grindelwald. Cette fusion est judicieuse dans la mesure où des parties d'Interlaken relèvent de cette région de soins autonome à partir d'un IL de 60 %.

Les analyses BE et HSA indiquent que Niesen devrait être une région de soins à part entière. Aucun chevauchement n'est à signaler avec d'autres périmètres. Celui de Simme-Saane est divisé en deux BE, certaines parties de la région de Simme s'étendant jusqu'au périmètre d'Erlenbach. Par conséquent, ces deux périmètres ont été regroupés en une seule région de soins.

Le nombre initial de 12 périmètres est ainsi réduit à cinq nouvelles régions de soins :

- **OL1** : Oberes Gürbetal et Stockhorn
- **OL2** : Steffisburg, Thoune et Lac de Thoune
- **OL3** : Simme-Saane et Erlenbach

- **OL4** : Niesen
- **OL5** : Interlaken, Lauterbrunnen, Grindelwald et Lac de Brienz

7.4.2 Réduction moyenne (solution II)

Dans le cadre de la présente proposition de solution, d'autres regroupements qui se sont esquissés dans la solution I ont été effectués. Pour les régions de soins 4+ du Jura bernois, de Bienne-Seeland et de Berne-Mittelland, la solution II est identique à la solution I, alors qu'il existe un regroupement supplémentaire dans celles de l'Oberland et de Haute-Argovie-Emmental. Ces deux changements par rapport à la solution I sont décrits ci-après pour chacune des deux régions de soins 4+. Au total, le nombre de régions de soins passe de 20 à 18.

Haute-Argovie-Emmental

La situation initiale est la solution I avec les quatre régions de soins suivantes :

- **HE1** : Langenthal/Herzogenbuchsee, Roggwil, Lotzwil et Langgetental
- **HE2** : Aemme et Berthoud
- **HE3** : Lueg
- **HE4** : Emmental

L'analyse BE montre qu'Aemme, Berthoud et Lueg pourraient former une région de soins, tandis que l'analyse HSA (IL de 50 % et 60 %) considère Lueg comme une région de soins à part entière. À partir d'un IL de 70 %, ces trois périmètres peuvent toutefois aussi être considérés comme faisant partie d'un même ensemble, raison pour laquelle ils sont regroupés en une seule région de soins. Il en résulte donc trois régions de soins pour la solution II :

- **HE1** : Langenthal/Herzogenbuchsee, Roggwil, Lotzwil et Langgetental
- **HE2** : Aemme, Berthoud et Lueg
- **HE3** : Emmental

Oberland

La situation initiale est ici aussi la solution I, avec les cinq régions de soins suivantes :

- **OL1** : Oberes Gürbetal et Stockhorn
- **OL2** : Steffisburg, Thoune et Lac de Thoune
- **OL3** : Simme-Saane et Erlenbach
- **OL4** : Niesen
- **OL5** : Interlaken, Lauterbrunnen, Grindelwald et Lac de Brienz

Selon l'analyse BE, les périmètres suivants pourraient être regroupés pour former une grande région de soins : Lac de Thoune, Thoune, Steffisburg, Stockhorn et Oberes Gürbetal. Les analyses

HSA avec un IL de 70 % indiquent également que ces périmètres coïncident. Alors que, dans la solution I, cette fusion n'a pas été retenue, notamment parce que l'Oberes Gürbetal pourrait tomber en partie dans l'autre région de soins 4+ située au nord, cette solution regroupe tous les périmètres en une grande région de soins. La solution II comprend donc quatre régions de soins :

- **OL1** : Oberes Gürbetal, Stockhorn, Steffisburg, Thoune et Lac de Thoune
- **OL2** : Simme-Saane et Erlenbach
- **OL3** : Niesen
- **OL4** : Interlaken, Lauterbrunnen, Grindelwald et Lac de Brienz

7.4.3 Forte réduction (solution III)

La solution de forte réduction n'entraîne aucun changement par rapport aux solutions I et II dans la région de soins 4+ de Bienne-Seeland. Les regroupements supplémentaires dans celles du Jura bernois, de Berne-Mittelland, de Haute-Argovie-Emmental et de l'Oberland sont présentés en détail ci-après.

Jura bernois

En raison du critère de la taille minimale de la population de 40 000 personnes, les deux régions de soins des solutions I et II doivent être regroupées car elles comptent toutes deux à peine plus de 20 000 personnes. Il n'y a donc plus qu'une seule région de soins :

- **JB1** : Tavannes, Tramelan, Moutier (sans la commune de Moutier), Bas-Vallon, La Neuveville et St-Imier

Berne-Mittelland

Compte tenu de sa taille de plus de 150 000 personnes, la région de soins de Berne/Ostermundigen reste autonome. En raison de son recoupement avec Laupen dans l'analyse HSA avec un IL de 50 %, Zollikofen est fusionné avec la région de soins de Laupen/Köniz (cf. graphique G 9.10). Avec 34 915 personnes, la région de Grauholz ne répond pas aux exigences minimales en termes de taille de la population, raison pour laquelle elle a été regroupée avec Bolligen/Ittigen/Muri/Worbental. Il convient de mentionner qu'en raison de la situation topographique de Grauholz, il n'y a pas d'autres fusions possibles. Les exigences posées par les critères HSA_P ou BE ne sont pas respectées.

Selon les analyses BE, le périmètre de l'Aare-/Gürbetal fait partie du Gantrisch, bien que les analyses HSA montrent clairement qu'il s'oriente dans deux directions différentes : l'Aaretal se tourne plutôt vers Konolfingen et le Gürbetal plutôt vers le Gantrisch. Sur la base notamment de l'analyse BE, les périmètres de Schwarzenburg, du Gantrisch, de l'Aare/Gürbetal et de Konolfingen sont regroupés en une région de soins. Konolfingen ne peut pas être fusionné avec la région de soins située au nord car celle-ci serait trop grande et cela n'aurait pas de sens au vu des analyses BE. Il

convient de mentionner que cette fusion résulte principalement de la taille minimale de la population de 40 000 personnes et ne respecte pas le critère HSA_P.

Haute-Argovie-Emmental

Contrairement à la solution II, l'Emmental est attribué à la région de soins Aemme/Berthoud. Bien que l'Emmental constitue une région de soins autonome sur la base des analyses BE et HSA, il ne remplit pas l'exigence relative à la taille minimale de la population ($N = 24\,388$) et doit donc être fusionné. Ce regroupement est réalisé en raison de la situation topographique et ne repose pas sur les deux critères.

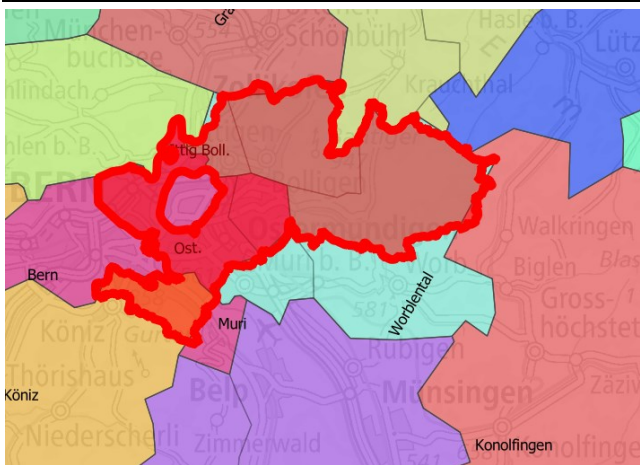
Oberland

Dans cette région de soins 4+, seul Niesen exige une nouvelle attribution, car cette région de soins ne remplit pas les exigences relatives à la taille minimale de la population de 40 000 personnes. Au vu de la taille de la population des trois autres régions de soins, mais aussi de la répartition officielle déjà connue dans l'Oberland-Est et l'Oberland-Ouest, Niesen a été regroupé avec la région de Simme-Saane/Erlenbach, ce qui donne lieu à trois régions de soins. Il convient de mentionner que, sur la base des critères HSA_P et BE, Niesen devrait être considéré comme une région de soins à part entière.

7.4.4 Marge de manœuvre dans la région de Berne-Mittelland

Selon les analyses HSA avec un IL de 50 %, Bolligen/Ittigen pourrait également être regroupé avec le périmètre de Berne/Ostermundigen au lieu de fusionner avec ceux de Muri et du Worbental (graphique G 7.8). Toutefois, cette option n'a pas été retenue lors de l'élaboration des solutions I et II car la région de soins de Berne/Ostermundigen, déjà très peuplée ($N = 156\,611$), le serait encore plus ($N = 174\,384$).

G 7.8 Variante A – autre regroupement possible dans la région de soins 4+ Berne-Mittelland : Bolligen/Ittigen



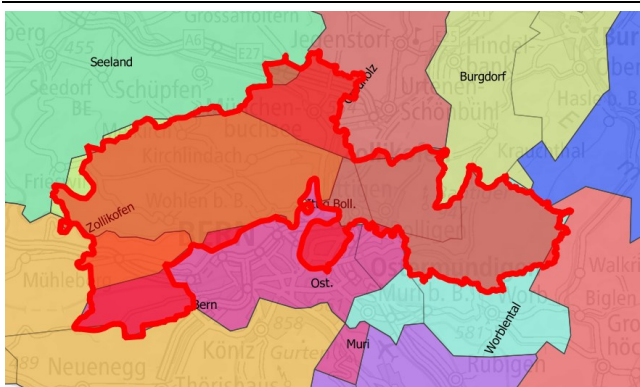
Remarque : le plan de base du graphique représente la solution I, tandis que la surface rouge transparente montre le regroupement possible sur la base d'un IL de 50 %.

Source : Obsan QGIS

© Obsan 2023

Si l'on considère l'analyse HSA avec un IL de 60 %, Bolligen/Ittigen présente également des recouvrements significatifs avec la région de soins de Zollikofen (cf. graphique G 7.9). Cette région de soins comprendrait 48 014 personnes, tandis que celle de Muri/Worblental en compterait 33 765. Sur la base des analyses HSA avec un IL de 50 % et de 60 %, ces deux périmètres vont clairement ensemble. Dans les solutions I, II et III, Bolligen/Ittigen a été fusionné avec Muri/Worblental car la solution HSA avec un IL de 50 % indique clairement que Bolligen/Ittigen coïncide avec une grande partie du Worblental (au nord) (cf. graphique G 7.8) et que Zollikofen s'oriente vers Laupen au lieu de Bolligen/Ittigen (cf. graphique G 7.10).

G 7.9 Variante B – autre regroupement possible dans la région de soins 4+ Berne-Mittelland : Bolligen/Ittigen

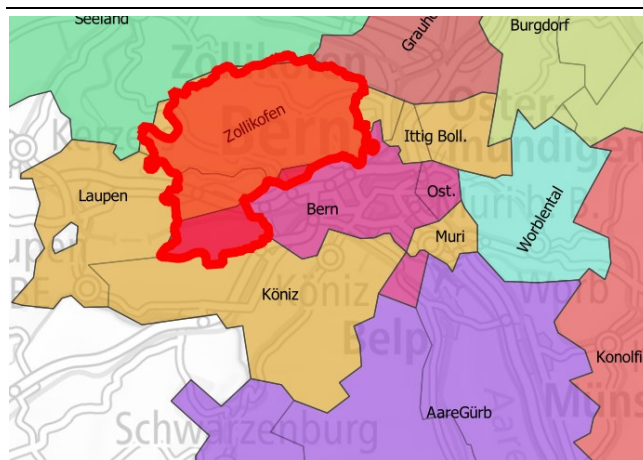


Remarque : le plan de base du graphique représente la solution I, tandis que la surface rouge transparente montre le regroupement possible sur la base d'un IL de 60 %.

Source : Obsan QGIS

© Obsan 2023

G 7.10 Variante B – autre regroupement possible dans la région de soins 4+ Berne-Mittelland : Zollikofen avec un IL de 50 %



Remarque : le plan de base du graphique représente la solution I, tandis que la surface rouge transparente montre l'IL de 50 % pour Zollikofen.

Source : Obsan QGIS

© Obsan 2023



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.