



Commission
européenne



Examen par les pairs
en matière de
protection sociale
et d'inclusion sociale

Dignité d'abord – Les priorités de la réforme des services de soins

RAPPORT DE SYNTHÈSE

Suède, 25-27 septembre 2013

La présente publication a été soutenue financièrement dans le cadre du programme de l'UE pour l'emploi et la solidarité sociale PROGRESS (2007-2013).

Ce programme est mis en œuvre par la Commission européenne. Il a été établi pour appuyer financièrement la poursuite des objectifs de l'Union européenne dans les domaines de l'emploi, des affaires sociales et de l'égalité des chances , et contribuer ainsi à la réalisation des objectifs de la stratégie Europe 2020 dans ces domaines.

Le programme, qui s'étale sur sept ans, s'adresse à toutes les parties prenantes susceptibles de contribuer à façonner l'évolution d'une législation et de politiques sociales et de l'emploi appropriées et efficaces dans l'ensemble de l'UE-27, des pays de l'AELE-EEE ainsi que des pays candidats et pré-candidats à l'adhésion à l'UE.

Pour de plus amples informations, veuillez consulter : <http://ec.europa.eu/progress>

Dignité d'abord – Les priorités de la réforme des services de soins

MONIKA RIEDEL
INSTITUT D'ÉTUDES AVANCÉES DE VIENNE

RAPPORT DE SYNTHÈSE

Commission européenne

Direction générale de l'emploi, des affaires sociales et de l'inclusion
Manuscrit terminé en décembre 2013

Le présent rapport a été élaboré pour la Commission européenne par :



© Illustration en couverture: Union européenne

Ni la Commission européenne ni aucune personne agissant au nom de la Commission ne sont responsables de l'usage qui pourrait être fait des informations contenues dans cette publication.

Pour de plus amples informations sur les examens par les pairs, veuillez consulter :
<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1024&langId=fr>.

*Europe Direct est un service destiné à vous aider à trouver des réponses
aux questions que vous vous posez sur l'Union européenne.*

Un numéro unique gratuit (*):
00 800 6 7 8 9 10 11

(* Les informations sont fournies à titre gracieux et les appels sont généralement gratuits
(sauf certains opérateurs, hôtels ou cabines téléphoniques).

De nombreuses autres informations sur l'Union européenne sont disponibles sur l'internet via le serveur Europa(<http://europa.eu>).

Une fiche catalographique figure à la fin de l'ouvrage.

Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne, 2014

ISBN 978-92-79-35331-4

ISSN 1977-8015

doi: 10.2767/58179

© Union européenne, 2014

Reproduction autorisée, moyennant mention de la source.

Table des matières

Résumé	5
A. Le contexte européen	7
B. Les bonnes pratiques du pays hôte examinées	10
C. Politiques et expériences des pays pairs et contributions des parties prenantes	12
D. Principales questions examinées pendant la réunion	25
E. Conclusions et enseignements	29
F. Contribution de l'examen par les pairs à la stratégie Europe 2020	31
Références	34





Résumé

L'examen par les pairs a porté sur l'approche suédoise de la réforme des services de soins aux aînés, laquelle est prioritairement axée sur la dignité et la personnalisation tout en veillant à l'efficacité. En préalable à la réunion, des visites ont permis de découvrir sur place la robotique et la conception du «logement inclusif», deux développements qui devraient permettre aux personnes âgées de vivre plus longtemps chez elles. Tenu à Stockholm les 26 et 27 septembre 2013, l'examen par les pairs était organisé par le ministère suédois de la Santé et des affaires sociales. Il a rassemblé, aux côtés de représentants de départements ministériels, instituts et organisations du pays hôte, des représentants de dix pays pairs: l'Allemagne, la Belgique, la Bulgarie, la Croatie, Chypre, la Lituanie, les Pays-Bas, la République tchèque, la Roumanie et la Slovénie. Ils ont été rejoints par des représentants des parties prenantes AGE Platform Europe et ESN (European Social Network), par l'experte thématique Monika Riedel de l'Institut d'études avancées de Vienne et par des représentants de la Commission européenne (DG Emploi, affaires sociales et inclusion). Le thème du présent examen par les pairs se rapproche fortement de celui d'un précédent exercice organisé à Stockholm en 2011 et consacré aux moyens de combler l'écart en termes de soins aux aînés.¹

La stratégie suédoise examinée ici conjugue divers éléments et les priorités politiques qui la sous-tendent peuvent être regroupées autour de quatre grands axes:

- une approche basée sur l'autonomisation et la personnalisation;
- l'intégration des soins;
- une information publique;
- une évaluation de la performance du système.

L'approche axée sur la personne repose sur un élargissement du choix au niveau des prestataires publics et privés de soins, et sur un accroissement des soins dispensés par des aidants proches grâce à la technologie d'assistance. La création de bases de données en vue d'améliorer les soins et d'en rendre la prestation plus efficace et plus transparente est un autre élément important. La qualité et la coordination des soins bénéficient de beaucoup d'attention, de même que la prévention et la réadaptation.

Les différents documents élaborés en vue du présent examen par les pairs et les présentations faites durant la réunion ont donné lieu à de vastes débats.

De l'avis général des participants, une place plus large devrait être réservée à la **prévention** de la hausse des besoins de soins. Une démarche dans ce sens requiert toutefois la contribution de l'ensemble de la société et ne peut émaner du seul secteur de la santé et des soins. Inscrire les soins dans une philosophie de prévention, d'activation et de réadaptation est un processus qui va exiger une formation et une éducation complémentaires. Plusieurs pays ont éprouvé de vives difficultés à transférer certaines tâches et responsabilités en leur faisant traverser la «frontière» entre le secteur de la santé et celui de l'aide sociale –

¹ «Comblent l'écart ou comment concilier l'accroissement des besoins de soins et le manque de moyens», examen par les pairs organisé à Stockholm (Suède) les 20 et 21 octobre 2011. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1024&langId=fr&newsId=1423&furtherNews=yes>



difficultés découlant partiellement de la différence de philosophie et de culture entre ces deux secteurs, mais aussi de leurs cadres réglementaires et financiers distincts.

Le retour de la prestation de soins au sein des foyers va requérir pour sa part le soutien des familles et des réseaux sociaux autour des personnes appelées à en bénéficier. Il convient dès lors de renforcer les mécanismes de soutien des **soignants informels**. Les décideurs devraient également s'intéresser au rôle que peuvent remplir les aînés en qualité de soignants potentiels, et non seulement en tant que personnes nécessitant des soins.

Plusieurs participants à l'examen ont soulevé la question de la **protection des données**. L'édification d'une base solide d'informations relatives aux patients, et la mise en corrélation de diverses sources de données et leur conservation à long terme en particulier, ne manquera pas de susciter certaines préoccupations, voire un débat public. L'expérience suédoise montre que les registres de qualité sont plus performants en termes de participation et d'acceptation lorsqu'ils offrent des avantages visibles à la fois pour le personnel de santé et pour les patients, en plus de leurs avantages en matière de gestion. La Suède a souvent placé l'objectif de l'amélioration de la qualité devant celui de la compression des coûts.

La discussion autour de la **technologie** d'assistance s'est fondée sur le point de vue selon lequel bon nombre des inventions nécessaires existent déjà, même si elles étaient initialement destinées à d'autres fins que les soins de longue durée (SLD). Il convient maintenant de recenser les technologies utiles dans le contexte des SLD, de les adapter à ce type d'application, et de les rendre à la fois plus simples et plus économiques. Il est impératif d'associer à ce processus de recensement et d'adaptation les personnes censées utiliser les technologies en question (patients, familles, soignants formels mais également associations de patients) et de favoriser la coopération entre ces acteurs et les concepteurs des services (logement, TIC, etc.).



A. Le contexte européen

Europe 2020, la stratégie de croissance de l'UE pour la décennie en cours, vise à l'édification d'une **économie intelligente, durable et inclusive** dans l'ensemble de l'Union. Le présent examen par les pairs s'inscrit dans cette stratégie en visant plus spécifiquement à personnaliser davantage les services de santé et de SLD pour les aînés, et à favoriser l'innovation sociale dans ce domaine ainsi que l'inclusion sociale des personnes âgées. Les mesures axées sur cet objectif étayeront des systèmes de santé et de SLD efficaces en termes de coûts et contribueront dès lors à maîtriser les dépenses publiques dans ce secteur.

La Commission est habilitée, dans le cadre de la stratégie Europe 2020, à faire part aux États membres de recommandations par pays. Des recommandations de ce type, fondées sur les conclusions et projections du Rapport sur le vieillissement² régulièrement et conjointement produit par la direction générale Affaires économiques et financières (DG ECFIN) et le groupe de travail sur le vieillissement du comité de politique économique (Commission européenne, 2012a), ont été récemment adressées à un petit nombre d'États membres concernant la viabilité financière de leur système de SLD.

Le **Comité de la protection sociale (CPS)** a mis en place un groupe de travail consacré aux questions de vieillissement (SPC-WG-AGE), qui s'intéresse depuis plusieurs années à la dimension SLD (depuis leur accès et leur qualité jusqu'à leur accessibilité) – autrement dit à une offre de SLD de qualité et abordables dans le cadre de systèmes financièrement viables. La première étape s'est concrétisée par la rédaction d'un document interne des services de la Commission européenne sur les SLD faisant un état des lieux de référence en termes de recherches et connaissances existantes (Commission européenne, 2013b). Un nouveau rapport fondé sur les conclusions de ce document et conçu dans le droit fil du «paquet investissements sociaux», publié en 2013, sera présenté au CPS début 2014.

La direction générale Santé et consommateurs (DG SANCO) travaille également sur des problématiques liées aux effectifs du secteur de la santé en poursuivant simultanément deux objectifs: contribuer à l'objectif en matière d'emploi en augmentant le nombre de travailleurs dans ce secteur en croissance, et assurer le capital humain nécessaire à fournir des services de qualité dans un contexte démographique en mutation (Commission européenne, 2012b). On peut s'attendre à ce que **le personnel du secteur des soins de longue durée** bénéficie sous peu d'une attention prioritaire.

En février 2013, la Commission a adopté un «**paquet investissements sociaux**» comprenant une Communication et une série de documents de travail, y compris un document sur les SLD (Commission européenne, 2013a, 2013b) qui fait un bilan des défis et des disparités entre les systèmes de SLD des États membres, et propose un aperçu des politiques de l'UE dans ce domaine. Tout en reconnaissant la nécessité de ressources supplémentaires pour répondre à une demande grandissante, le document insiste sur l'importance de la réadaptation, de la prévention, de l'instauration de conditions plus propices à une vie autonome, et d'une prestation plus efficace des soins.

² http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/2012-ageing-report_en.htm

Le «paquet investissements sociaux» s'attache à veiller à ce que **les systèmes de protection sociale répondent aux besoins des citoyens** à des moments clés de leur vie, et à élaborer des **politiques sociales simplifiées et mieux ciblées**. Mais il donne aussi aux États membres des orientations en vue de politiques sociales plus efficaces et plus efficaces en réponse aux défis majeurs auxquels ils sont actuellement confrontés. C'est ainsi qu'un soutien sera notamment fourni au niveau européen pour le développement et la mise en œuvre des bases de données et techniques nécessaires à l'identification et à la promotion de bonnes pratiques. La Commission a coopéré ici avec d'autres organisations, parmi lesquelles l'OCDE. Un projet conjoint prévoit par exemple la mise au point d'une méthodologie permettant de dresser une cartographie de la mesure dans laquelle une protection contre les risques liés aux SLD existe et revêt un caractère adéquat, et d'en faire une comparaison internationale. Les résultats ne sont cependant pas attendus avant fin 2015.

Les États membres sont instamment invités, dans le cadre du «paquet investissements sociaux», à tester de nouvelles approches, y compris les technologies de l'information et de la communication (TIC), afin d'être mieux préparés aux nouveaux défis – les approches prometteuses pouvant être ensuite développées à plus grande échelle. Cette démarche prolonge de précédentes initiatives européennes visant à faire meilleur usage des nouvelles technologies pour répondre aux besoins spécifiques d'une population vieillissante. L'Union européenne a lancé une série d'initiatives telles que le Partenariat européen d'innovation pour un vieillissement actif et en bonne santé (EIP AHA)³ et le Programme commun AAL (Ambient Assisted Living), qui a récemment été prolongé pour la période 2014-2020⁴.

La Commission a financé en outre plusieurs projets de recherche couvrant les SLD, parmi lesquels deux projets de grande envergure, ANCIEN⁵ et INTERLINKS⁶, qui se sont respectivement achevés en 2012 et 2011 après avoir produit des données comparatives concernant les systèmes de SLD en place dans les États membres. Comme déjà indiqué, la Commission coopère également avec l'OCDE à une meilleure systématisation des connaissances concernant les SLD (OCDE, 2011, 2013).

Dans le courant de l'Année européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle (2012), le Comité de la protection sociale et le Comité de l'emploi ont conjointement approuvé des «Principes directeurs en matière de vieillissement actif et de solidarité intergénérationnelle» qui prônent les actions suivantes en tant que pistes privilégiées vers une vie autonome des personnes âgées: promotion de la santé et prévention des maladies; logements et services adaptés; transports accessibles et abordables; environnements, biens et services adaptés aux personnes âgées; accroître au maximum l'autonomie dans le cadre des soins de longue durée (Conseil de l'Union européenne, 2012).

Les politiques analysées par les participants à l'examen par les pairs de Stockholm s'inscrivaient dans le droit fil de ces principes et des objectifs de la stratégie Europe 2020. La Suède a pris des dispositions visant à maintenir des services de soins de haute qualité tout en assurant la viabilité financière du système. Cet objectif a été partiellement atteint

³ <https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/>

⁴ <http://www.aal-europe.eu/>

⁵ <http://www.ancien-longtermcare.eu/>. Pour un aperçu, voir également Mot, Willemé (2012).

⁶ <http://interlinks.euro.centre.org/>



grâce à des mesures destinées à promouvoir un niveau d'emploi élevé dans tous les groupes d'âge. Parallèlement, la réadaptation, la technologie d'assistance et une approche axée sur le bénéficiaire, de même qu'un accent plus marqué sur les soins dispensés par des aidants proches et une société davantage adaptée aux aînés, sont autant d'éléments qui favorisent l'autonomie des citoyens suédois âgés. Cette stratégie a pu compter sur une volonté permanente de créer les bases de données et infrastructures indispensables à l'amélioration de la qualité des soins, au développement d'une mesure de leur qualité et à une information publique. Une approche d'une telle envergure peut conduire à la fois à une vie plus satisfaisante pour les personnes âgées elles-mêmes et à une meilleure maîtrise des dépenses sociales.



B. Les bonnes pratiques du pays hôte examinées

La politique suédoise soumise à l'examen combine plusieurs éléments et les priorités politiques qui sous-tendent son approche peuvent être regroupées autour de quatre grands axes: l'autonomisation et la personnalisation; l'intégration des soins; une information publique; et une évaluation de la performance du système.

La loi sur le libre choix est un élément important de l'autonomisation des patients et de l'**approche centrée sur la personne**. Elle vise à donner une valeur ajoutée en conférant au patient le droit de choisir entre des solutions alternatives en termes de prestataire et de traitement, de telle sorte que les ressources sont allouées en fonction du choix du patient. Il appartient aux municipalités de décider si elles adoptent le système de libre choix – une option déjà prise par 179 d'entre elles sur 274. Parallèlement à l'élargissement du choix, la Suède a également encouragé l'offre privée de services, afin d'étendre la concurrence et de proposer un ensemble de services présentant des différences perceptibles entre prestataires. On a ainsi assisté à une forte progression du nombre de centres de soins primaires. Étant donné que la plupart des patients préfèrent recevoir des soins, et si possible un traitement, à domicile plutôt qu'à l'hôpital, la Suède favorise la désinstitutionnalisation des soins et affiche le nombre de lits d'hôpitaux par habitant le plus faible de toute l'Union européenne. Les municipalités sont dès lors tenues désormais d'adapter le domicile si nécessaire afin que des soins de qualité puissent y être dispensés. Des abattements fiscaux pour services aux ménages visent à limiter les obstacles financiers à la fourniture d'aide à domicile. Un autre aspect de l'approche centrée sur la personne est l'implication croissante des patients dans des projets de recherche en vue de mieux cerner ce que souhaite réellement le groupe cible et ce qui lui est vraiment utile.

10

Il a été constaté que les patients suédois sont moins enclins que ceux d'autres pays à considérer que les médecins sont bien informés de leurs antécédents médicaux, et qu'ils bénéficient de moins d'aide pour l'organisation de leurs soins. C'est la raison pour laquelle une nouvelle législation vient renforcer la responsabilité partagée de la planification des soins de santé et de l'aide sociale pour le patient individuel, et prévoit la désignation d'un médecin particulier pour l'aider à coordonner ses soins. De nouvelles mesures destinées à promouvoir l'**intégration des soins** et la coordination des traitements médicamenteux sont actuellement déployées; elles appliquent le principe du paiement après fourniture et de la récompense pour bon résultat, plutôt qu'une sanction dans le cas inverse.

L'approche suédoise bénéficie du soutien de plusieurs initiatives auxquelles elle se rattache et qui portent sur la collecte et la diffusion d'informations. Ainsi par exemple, des directives cliniques ont été élaborées, qui intègrent soins de santé et aide sociale et couvrent ainsi la totalité de la chaîne des prestations. Des documents nationaux sur les patients sont en cours d'introduction dans un certain nombre de régions en vue de jeter les bases de **dossiers médicaux intégrés**. Un nombre croissant de registres de qualité sont instaurés et conçus autant que possible de façon à bénéficier aux autorités, de même qu'aux prestataires de soins, en plus des patients, lesquels peuvent recevoir de meilleurs soins et traitements. Le registre «Alerte Senior», qui couvre l'intégralité du processus de soins de santé, offre un bon exemple à cet égard.



L'approche suédoise repose sur la conviction selon laquelle des **innovations sociales** sont indispensables parallèlement aux avancées technologiques pour concilier besoins futurs de soins et dignité de vie. Il apparaît qu'un changement de philosophie donnant, dans la mesure du possible, la préférence à la prévention et la réadaptation plutôt qu'aux soins constitue un élément important de ces innovations sociales. Le modèle danois de réadaptation au quotidien est une bonne illustration à cet égard. Ce changement de philosophie est étayé par des programmes axés sur un approfondissement supplémentaire de la formation du personnel.

Même si elles visent essentiellement à l'amélioration de la **qualité** des soins, on peut supposer que ces innovations auront également une incidence positive sur les dépenses. Les études d'évaluation de l'impact à ce niveau restent toutefois peu nombreuses, mais les premiers résultats des approches sélectionnées sont encourageants.

C. Politiques et expériences des pays pairs et contributions des parties prenantes

Cette section du rapport de synthèse décrit les politiques et expériences des pays pairs ainsi que les commentaires de deux organisations concernées qui ont rassemblé des avis, auprès d'autres pays également, à propos du thème du présent examen.⁷

Allemagne

La réforme entrant en vigueur en janvier 2013 vise à améliorer le choix de soins et leur individualisation, ainsi qu'à élargir les droits des personnes à capacités réduites de mener une vie autonome (patients atteints de démence principalement). L'amélioration du choix de soins se traduit par l'ajout d'un nouveau type de service de soins médicaux à domicile, en l'occurrence des prestations en nature et des allocations de temps pour les aidants proches en complément des ensembles traditionnels de services basés sur des activités. L'assurance SLD soutient en outre depuis peu de nouveaux habitats groupés (appartements spéciaux) pour personnes âgées: 3 000 habitats de ce type seront créés d'ici décembre 2015 et bénéficieront d'un montant maximum de 2 500 EUR par personne avec un plafond budgétaire de 30 millions d'euros.

Dans le but de favoriser le recours à la **technologie** dans le cadre des SLD, les caisses d'assurance couvrant ces soins peuvent accorder des subsides pour l'adaptation du domicile à hauteur de 2 557 EUR par mesure. Si le développement et l'usage des TIC ou de systèmes AAL (Ambient Assistive Living) n'ont pas été jusqu'ici une préoccupation prioritaire de la politique allemande dans le domaine des SLD, ils n'en mobilisent pas moins une attention croissante, laquelle s'est concrétisée par toute une série de projets pilotes. Le gouvernement fédéral finance des recherches spécifiquement axées sur le maintien de la mobilité et de la participation à la vie sociale, et commençant par un recensement des préférences et des schémas de mobilité des personnes âgées. Il existe par ailleurs plusieurs projets pilotes en matière de conseils en ligne, de plateformes Internet et de possibilités d'apprentissage électronique (*e-learning*).

Les prestataires agréés de SLD sont tenus de mettre en place un **système d'assurance-qualité et de gestion de la qualité**, et de respecter des normes professionnelles de haut niveau. Des commissions d'expertise médicale relevant des régimes légaux et privés d'assurance-maladie procèdent à l'audit des services de soins à domicile. Des inspections-types ont lieu au moins une fois par an et portent sur la qualité des résultats; des inspections peuvent faire suite aussi à des plaintes et être répétées si nécessaire. Depuis 2008, les conclusions des inspections doivent être publiées – ce qui suscite un vif débat quant aux critères de transparence. Une mesure de la qualité des résultats fondée sur des indicateurs est en cours d'élaboration au niveau fédéral, mais elle couvrira uniquement, dans un premier temps, les structures de SLD. Des procédures pour la tâche plus complexe que représentent les soins à domicile seront développées ultérieurement.

⁷ Les sections consacrées aux pays et parties prenantes se basent exclusivement sur les informations fournies dans les documents qu'ils ont communiqués en vue du présent examen par les pairs.



Les aidants proches peuvent bénéficier de différentes formes d'assistance, y compris des crédits de pension et le versement des cotisations à la pension à condition de remplir un certain nombre de critères. Depuis 2012, une réponse à une demande de conseils doit être donnée dans un délai de deux semaines et les personnes affiliées reçoivent une recommandation en matière de réadaptation ainsi qu'une évaluation de leurs besoins en termes de soins. La réadaptation est désormais plus facile à obtenir pour les aidants proches.

Un pacte fédéral relatif à la **formation en gériatrie** a été signé fin 2012 dans le but de faire augmenter de 10 % par an le nombre de stagiaires dans cette spécialité et d'encourager le recyclage des infirmières gériatriques.

Afin de garantir la **viabilité** financière à long terme, les taux de cotisation à l'assurance SLD ont été augmentés avec effet au 1^{er} janvier 2013 (de 1,95 à 2,05 % ou de 2,2 à 2,3 % pour les personnes sans enfants). Un programme contribuant au versement des primes à hauteur de 5 euros par mois a été introduit en 2013 en vue de promouvoir la souscription à une assurance privée complémentaire pour les SLD; cette subvention est accordée sous réserve de certaines conditions.

Belgique

Partant d'une situation caractérisée par une proportion relativement importante de personnes recevant des soins en institutions, la Belgique a récemment développé une **stratégie nationale** visant à faciliter une réorientation vers les soins à domicile. Plusieurs projets destinés à mettre en place des formes alternatives de soins/d'aide ont été initiés à cette fin depuis 2010: ils concernent des types de services qui n'étaient pas financés jusqu'ici par le système fédéral (gestion des dossiers, ergothérapie, soins infirmiers de nuit, accueil de jour). Le rapport coût-efficacité et d'autres aspects de la stratégie nationale sont en cours d'évaluation.

Une **réforme** récemment approuvée va transférer certaines compétences en matière de santé du niveau fédéral à des autorités d'un échelon inférieur. Le nouveau système prévoit que seul le financement des soins de santé restera une compétence fédérale (via l'assurance-maladie), tandis que les autorités au niveau des régions et des communautés seront en charge des maisons de soins, de l'aide sociale à domicile et de la coordination des soins.

Par suite de **pénuries dans certaines professions**, la Belgique s'attend à – et connaît déjà dans une certaine mesure – un transfert progressif des tâches des médecins généralistes vers des infirmiers/infirmières ainsi que des infirmiers/infirmières vers des aides-soignants.

Les réformes font l'objet en Belgique de vastes négociations et le système des soins est segmenté selon des critères géographiques et professionnels. Pour remédier aux problèmes que cette situation engendre, le pays vise à simplifier et à normaliser les structures de négociation, à préciser et à mieux mettre en œuvre le rôle des gestionnaires de cas, et à créer des synergies entre les soins infirmiers et l'aide sociale.

Il n'existe pas de politique nationale pour ce qui concerne la plupart des **technologies** appliquées dans le cadre des soins de longue durée, étant donné qu'il s'agit d'une compétence régionale. Plusieurs projets pilotes bénéficiant d'un financement public sont en revanche en cours au niveau des régions. Deux exceptions notoires méritent cependant d'être signalées: il s'agit du plan d'action BelRAI 2013-2018 pour une évaluation gériatrique globale basée sur l'instrument RAI (Resident Assessment Instrument); et du développement de la santé en ligne (e-santé) en tant que moyen de faire circuler les informations entre toutes les parties prenantes en matière de soins.

La responsabilité de la gestion de la **qualité** dans le domaine des SLD est conjointement assurée par les autorités fédérales et régionales. L'évaluation de la performance du système actuel de santé porte sur l'ensemble du système, en ce compris certains indicateurs relatifs aux SLD. Le projet BelRAI pourra vraisemblablement contribuer à des avancées dans ce domaine. En sus des données générées dans le cadre de ce projet, les principales sources disponibles sont la base de données IMA (consommation de soins de santé dans le cadre des prestations remboursées par l'INAMI (Institut national d'assurance maladie-invalidité)) et l'enquête nationale de santé.

Bulgarie

La responsabilité des services sociaux incombe, en Bulgarie, aux municipalités. Les récentes réformes, axées sur une désinstitutionnalisation et sur la fourniture de services à domicile et de services locaux, sont à l'origine d'une progression de 90 % de ces derniers au cours de la période 2008-2012.

La Bulgarie a adopté en 2013 une «Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et de promotion de l'inclusion sociale 2020», dont l'un des sous-objectifs vise spécifiquement à réduire de 52 000 à l'horizon 2020 le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus qui vivent dans la pauvreté. La Bulgarie a entamé en 2012 l'élaboration d'une **Stratégie nationale en matière de soins de longue durée**, que le conseil des ministres devrait avoir approuvé fin 2013. Le projet de stratégie comprend des mesures visant à une désinstitutionnalisation et à l'élargissement de l'accès aux services des personnes âgées et handicapées par la création d'un réseau adéquat de services locaux et à domicile répondant aux besoins individuels et spécifiques des groupes cibles; par l'amélioration de la qualité des services de SLD; par le développement de mesures spéciales à l'intention des personnes assurant les soins de proches à charge; par la mise en place d'un mécanisme opérationnel de financement des SLD et une augmentation durable des ressources financières allouées aux services locaux et à domicile; et par l'amélioration du dispositif de coordination entre le système de l'aide sociale et celui des soins de santé.

Les services non institutionnels de soins à domicile – assistants personnels, assistants sociaux et aidants à domicile notamment – se sont avérés particulièrement efficaces et populaires. Ils «emploient» souvent un membre de la famille qui ne peut avoir d'autre activité professionnelle en raison de ses responsabilités de garde et de soins à plein temps. Le programme national «Assistants de personnes handicapées», qui a démarré en 2003, n'occupait en 2012 pas moins de 4 325 personnes sans emploi en qualité d'assistants personnels, auprès de personnes âgées le plus souvent. Un «budget personnel d'assistance



personnelle» est prévu à l'échelle nationale pour favoriser davantage encore les **soins dispensés en milieu familial**.

Une **planification** des services sociaux basée sur les besoins a été mise en place en 2010 au niveau régional et municipal; elle a donné lieu à 28 stratégies régionales et 264 stratégies municipales.

L'État fournit (au travers de l'Agence d'assistance sociale) un appui méthodologique (orientations méthodologiques, formations et supervisions, stimulation du développement professionnel dans les services sociaux) aux municipalités et aux prestataires sociaux. Le contrôle et le suivi sont assurés par un service d'inspection de l'Agence d'assistance sociale. Cette dernière tient également un **registre** des prestataires de services sociaux, tandis que l'Agence pour les personnes handicapées tient pour sa part un registre des entités juridiques établies dans son domaine.

De nombreux changements ont été apportés aux mécanismes de **financement** des services sociaux et des SLD. Parmi les plus importants, dans le contexte de la décentralisation financière de ces services, figure l'introduction de normes unifiées pour les dépenses de subsistance de l'allocataire – ce changement étant destiné à inciter les municipalités à négocier la fourniture de services sociaux auprès de prestataires extérieurs. La stratégie nationale en matière de soins de longue durée s'attache à assurer une viabilité financière à longue échéance en encourageant notamment les municipalités et les prestataires privés à créer des services au moyen de leurs fonds propres et en appliquant le principe selon lequel «l'argent suit la personne».

Croatie

Si les soins de longue durée ont été traditionnellement dispensés en Croatie dans le cadre résidentiel d'institutions publiques, diverses formes «alternatives» de soins, principalement proposées par des organisations à vocation lucrative ou non, se sont développées ces dernières années. En 2011, 40 % de la capacité totale relevait des soins résidentiels et 60 % de formes alternatives de soins telles que des foyers pour adultes ou des centres d'accueil de type familial, des services de soins à domicile, etc. Il existe également deux vastes programmes qui, basés sur des contrats, s'adressent à la population âgée et couvrent plus particulièrement les régions en retard de développement. La responsabilité principale des SLD est par ailleurs traditionnellement assumée en Croatie par la famille. Le principe de la condition de revenu et de la participation financière du bénéficiaire des soins a été instauré.

Bien que les programmes de soins à domicile basés sur des contrats s'adressent à une population démunie ayant des besoins importants en termes de soins mais ne disposant d'aucun soutien familial, aucun critère d'éligibilité n'a été défini et cette situation a donné lieu à des inégalités au niveau des soins reçus. En vertu de la loi relative à la protection sociale, l'offre de services doit respecter la **liberté de choix** et les usagers doivent participer activement à l'évaluation des besoins et aux décisions concernant les prestations. L'application de ces principes se trouve toutefois souvent entravée par un manque d'informations et de capacités, ainsi que par certains déséquilibres régionaux. Il arrive également que des personnes préférant des soins à domicile introduisent une demande de soins résidentiels en raison de la pénurie de services à domicile. En dépit de certaines

évolutions dans ce sens, des améliorations supplémentaires s'imposent en ce qui concerne l'individualisation des services et une approche **centrée sur la personne**.

L'aide à domicile recourt très peu à la **technologie**. Trois établissements résidentiels et une organisation de la société civile proposent un service de téléassistance.

Seule l'approche traditionnelle du contrôle de la **qualité** a été appliquée jusqu'ici – autrement dit, un certain nombre de normes minimales sont exigées au niveau des intrants pour obtenir une licence. Un récent projet mené en coopération avec la Banque mondiale a développé des «normes de qualité des services sociaux dans le cadre du système de protection sociale», lesquelles ont une portée très large mais n'ont pas encore été appliquées aux soins des aînés. Des modifications devront leur être apportées avant qu'elles entrent en vigueur, afin de mieux tenir compte des besoins particuliers des personnes âgées en termes de SLD (pour cause de démence, par exemple), de la mesure des résultats et des exigences spécifiques des soins à domicile par rapport aux soins résidentiels.

Les évaluations disponibles montrent que la création d'un secteur des soins à domicile a eu une **incidence positive sur plusieurs groupes**: la démarche contribue à améliorer la qualité de vie des personnes requérant des soins et réduit le risque de leur exclusion sociale; elle ouvre des possibilités d'emploi, en particulier pour les personnes à faible capacité d'insertion professionnelle (jeunes sans grande expérience de travail, chômeurs âgés et de longue durée). Tout en constatant le **bon rapport coût-efficacité** des soins à domicile, les évaluations laissent entendre que ce type de service devrait être mieux intégré dans le secteur de la santé.

Chypre

Le gouvernement de la République de Chypre s'est engagé, dans le cadre du programme conclu avec la Troïka (UE, FMI et BCE), à maîtriser les dépenses sociales et à les faire diminuer à court terme. Le pays va donc devoir repenser son système de protection sociale et instituer un régime général de santé. Les soins de santé et l'aide sociale relèvent actuellement de deux ministères différents.

Seules les personnes ayant droit à l'assistance publique peuvent bénéficier de la gratuité des services SLD. Les autres doivent prendre en charge le prix des soins et peuvent librement choisir le service qu'ils souhaitent recevoir. Les bénéficiaires peuvent percevoir des prestations en espèces couvrant les honoraires mensuels versés pour les soins résidentiels/ de jour, la rémunération d'un soignant à domicile (jusqu'à 393,58 EUR pour des soins à temps complet) et les cotisations sociales, et l'argent de poche des personnes qui vivent dans des résidences publiques ou des foyers communautaires. Les allocations en espèces varient selon les besoins et le type de soins à recevoir (240 EUR maximum).

L'État peut (co-)financer un soignant privé à domicile, tel qu'un membre de la famille ou une personne travaillant pour une ONG. **Les proches aidants** sont tenus dans ce cas de cesser leur activité professionnelle, ou d'avoir un faible statut socioéconomique, pour bénéficier de cette aide financière. Des soins à domicile sont également assurés par des personnes employées par l'État. La garde et les soins 24 heures sur 24 par une personne interne, le plus souvent des soignants immigrés vivant dans les ménages privés, sont une



autre forme importante de prestations. Un nouveau projet intitulé «Subvention des services d'aide sociale dans le cadre de la conciliation entre famille et emploi», cofinancé par le Fonds social européen, vise à soutenir les femmes sans emploi qui s'occupent de membres de leur famille.

L'approche chypriote est **centrée sur le patient** dans la mesure où la fréquence des soins à domicile ou d'un accueil de jour, ou la nécessité de soins résidentiels, se base sur les besoins individuels conjointement définis par le demandeur et un responsable des services sociaux. Les personnes nécessitant des soins ont la possibilité de choisir le type et le prestataire de ces soins.

Le recours à la **technologie** dans le cadre des soins à domicile en est encore à ses balbutiements à Chypre.

L'aide sociale de longue durée devrait prendre une forme différente à la suite de l'actuelle réforme du système de protection sociale car elle serait dissociée de l'assistance publique. Les plans présentés en vue de l'organisation future des soins résidentiels proposent, entre autres, la mise en place d'un **mécanisme de contrôle de la qualité**. Aucune législation ne réglemente encore la fourniture de soins à domicile, mais une loi est en cours d'élaboration à cette fin; elle fixera également des normes de qualité minimales et définira les exigences en matière de qualification des soignants. À l'heure actuelle, le contrôle de qualité des centres de soins résidentiels et d'accueil de jour se base sur les normes minimales fixées par la loi ainsi que sur une inspection régulière sur place. En ce qui concerne les soins à domicile, le contrôle se fait au travers de visites régulières de responsables des services sociaux et en coopération avec les ONG et les autorités locales mettant en œuvre des programmes de soins de ce type.

Lituanie

Le système lituanien de SLD reste influencé par la période qui a suivi la Deuxième guerre mondiale – période durant laquelle seuls les services publics d'aide sociale et de soins étaient autorisés avec un accent très marqué sur des services prestés en institutions plutôt qu'au domicile du patient. Le développement de services sociaux mobiles a débuté en 1996, sans couvrir toutefois les services médicaux. La loi actuelle en matière de services sociaux, adoptée en 2006, dispose que les services sociaux doivent créer des conditions permettant à la personne concernée de vivre chez elle et de se débrouiller de façon autonome, et assurer une coordination avec les mesures relatives à l'emploi, aux soins de santé personnels et à la fourniture d'une assistance spéciale.

Les besoins de services sociaux sont évalués par les municipalités sur la base du degré d'autonomie physique et sociale de l'intéressé. Toutes les municipalités proposent des services sociaux à domicile, mais l'intégration de l'aide sociale et des soins infirmiers est peu poussée, en particulier pour ce qui concerne les soins à domicile. Le personnel infirmier des cliniques et polycliniques ambulatoires est censé assurer des soins à domicile après leur travail à la clinique, mais ce système n'est guère efficace et de nombreuses personnes ne reçoivent pas à domicile les soins dont elles ont besoin.

Le Programme de développement d'une aide intégrée à domicile a été lancé en 2012 en vue de garantir l'accessibilité, de promouvoir un esprit d'équipe entre les différents professionnels et de créer divers services d'aide intégrée à domicile à l'intention de groupes cibles tels que les jeunes ou adultes handicapés et les membres de leur famille. Un vaste projet pilote inauguré en septembre 2013 met en place des équipes mobiles de spécialistes assurant une aide intégrée.

Les personnes nécessitant une aide ou des soins ont le droit de **choisir** un prestataire et la municipalité doit organiser le financement du prestataire sélectionné. Il est possible d'opter pour de l'argent comptant, plutôt que pour des services en nature, et d'utiliser celui-ci pour payer l'aide reçue.

De récents programmes portent notamment sur l'adoption de la **technologie**, dans le but par exemple d'améliorer la communication entre les groupes de prestataires et les municipalités. Un portail spécial a été créé sur Internet pour informer les citoyens âgés, qui sont incités à faire usage des ordinateurs publics mis à disposition (neuf bibliothèques publiques sur dix offrent gratuitement ce service) et du réseau Internet pour les questions de santé, d'emploi et d'administration en ligne.

Les institutions d'aide sociale sont responsables de la **qualité** des services, leur évaluation, contrôle et supervision relevant de la compétence du département de surveillance des services sociaux, qui fait partie du ministère de la Sécurité sociale et du travail. Des normes en matière d'aide sociale sont adoptées pour des groupes spécifiques, de même que pour les institutions. Ces dernières font l'objet d'une évaluation et d'une inspection au minimum tous les cinq ans. Le département susmentionné rassemble les données communiquées par les institutions d'aide sociale et les enregistre dans une base de données.

Pays-Bas

Les Pays-Bas préparent actuellement une **réforme** majeure de leur système de soins de longue durée. La plupart de ces derniers sont couverts aujourd'hui par l'assurance sociale, mais la réforme en fera porter la responsabilité (y compris les soins à domicile à partir de 2015) aux autorités locales. Certaines tâches, y compris les soins infirmiers, seront transférées vers l'assurance-maladie et seuls les soins en institutions pour les personnes âgées et les personnes handicapées continueront de relever de l'assurance sociale. De récentes réformes ont instauré un financement basé sur l'intensité des soins, et les prestataires sont tenus d'appliquer un programme de soins tenant compte des préférences du patient. Par suite de l'abolition de la planification centralisée des capacités en maisons de soins, les prestataires ne doivent plus obtenir d'autorisation pour augmenter ces capacités. Les budgets personnels proposés en alternative aux services en nature ont rencontré un tel succès que les coûts ont grimpé et que des restrictions sont désormais appliquées (l'ancienne allocation en espèces étant convertie en droit de tirage, par exemple).

Les Pays-Bas et la Suède consacrent actuellement aux SLD une part plus importante de leur PIB que la plupart des autres pays de l'UE. La réforme vise (entre autres) à une désinstitutionnalisation: autrement dit, les municipalités devraient permettre aux personnes âgées de rester plus longtemps chez elles en conférant un rôle plus important aux



soignants informels et en limitant celui des soins formels, surtout lorsqu'ils sont dispensés en institutions.

Les Pays-Bas ont connu des expériences mitigées en termes **d'adaptation des technologies** à domicile, la propension à innover dans le domaine des soins de santé prenant le pas sur l'innovation en matière de SLD, laquelle semble relever davantage d'un changement culturel.

Le programme «soins visibles» (Zichtbare zorg) a stimulé la transparence et l'évaluation de la qualité. Il a démarré en 2004/2005 pour ce qui concerne les soins aux aînés. Après des années de développement, d'ajustement et d'évaluation, un accord a été trouvé sur une liste d'indicateurs fortement réduite basés sur des éléments en rapport avec les soins et sur les expériences des clients; ils sont regroupés en sept rubriques: bien-être physique, environnement domestique et conditions de vie, participation, bien-être mental, suffisance et compétence du personnel, qualité de l'organisation des soins, qualité des soins et sécurité. Les résultats obtenus par toutes les institutions et autres informations utiles pour éclairer le choix des clients sont désormais publiés chaque année.⁸ Un institut pour la qualité (Het Kwaliteitinstituut) a été créé début 2013 dans le but d'encourager et de faciliter l'évaluation de la qualité, de définir des orientations, d'élaborer des normes professionnelles de santé, etc.

République tchèque

Un acte législatif définissant les SLD en englobant le secteur de la santé et celui de l'aide sociale est toujours en préparation avec pour conséquence que des réglementations distinctes s'appliquent encore au financement, à l'accessibilité et à la mesure de la qualité dans ces deux domaines.

Les prestataires d'aide sociale à domicile sont financés par deux sources principales, à savoir le paiement des usagers et les subventions de l'État, ainsi que, dans une moindre mesure, par les apports du fondateur, des dons, des activités commerciales, etc. Les usagers des services paient l'aide sociale au moyen de leur revenu (pension de retraite principalement) ou de l'allocation de garde et de soins qui peut leur être versée à quatre niveaux allant, dans le cas de bénéficiaires adultes, de 800 CZK (31 EUR environ) à 12 000 CZK (460 EUR environ) par mois.

En vertu de la loi sur les services sociaux, les citoyens bénéficient gratuitement de conseils sociaux et sont libres de **choisir** dans un large éventail de services sociaux. La loi permet également aux citoyens de participer aux processus décisionnels concernant l'ampleur, le type et l'accessibilité des services sociaux organisés dans leur municipalité ou leur région.

Les soins médicaux à domicile sont intégralement couverts par le régime d'assurance-maladie pour les personnes affiliées pour autant qu'ils aient été prescrits par le médecin de famille ou un généraliste. Outre les soins infirmiers, ces services couvrent la réadaptation (kinésithérapie ou ergothérapie) et les prestations spécialisées pertinentes.

⁸ Voir www.kiesbeter.nl.



Peu d'applications **technologiques** sont largement utilisées en République tchèque dans le domaine des soins à domicile. Il s'agit principalement de systèmes d'aide d'urgence, parmi lesquels le système AREION est le plus important. Il offre une aide d'urgence ou intervient pour son obtention dans différents contextes médicaux et sociaux. Une nouvelle alliance (OAAT – Open Alliance of Assistive Technologies) a été récemment constituée entre entreprises et organisations opérant dans le domaine des technologies d'assistance et des universités telles que l'Université technique tchèque. L'OAAT ambitionne la mise au point de stratégies claires et cohérentes pour répondre aux besoins des personnes handicapées ou atteintes d'une maladie chronique, afin de leur permettre de rester le plus longtemps possible dans leur propre environnement.

La qualité est assurée, dans le domaine de l'aide sociale à domicile, par les **normes de qualité** des services sociaux, définies et contrôlées par l'État. Les prestataires doivent être agréés par l'autorité régionale pour fournir certains types de services. Les normes de qualité portent sur les procédures, sur le personnel et sur des aspects techniques. Elles sont considérées comme ayant amélioré l'approche centrée sur le patient en ce qui concerne les soins à domicile.

Le principal **problème** semble être l'absence de stratégie nationale intégrée en matière de SLD et de définition commune de ceux-ci. L'organisation de la structure institutionnelle manque de transparence dans la mesure où certaines institutions relèvent du système des soins de santé et d'autres des services sociaux.

La crise économique actuelle et les restrictions budgétaires qui en découlent ont mis la fourniture des SLD sous pression. Bien que le montant de l'ensemble des subventions de l'État ait diminué entre 2009 et 2012, celles qui sont allouées à l'aide sociale à domicile ont affiché une légère progression. Les soins infirmiers à domicile sont intégralement couverts par le régime de l'assurance-maladie. La première compagnie publique d'assurance-maladie du pays étant en déficit, aucun contrat pour de nouvelles capacités n'a été établi depuis 2010. Autrement dit, la capacité des établissements de soins reste stable en dépit de la légère croissance du nombre de personnes qui en ont besoin. Il convient de préciser cependant que tous les résidents de ces établissements ne doivent pas être définis, loin s'en faut, comme des personnes requérant des SLD.

Roumanie

La Roumanie s'attend à ce que l'évolution démographique engendrée par l'allongement de l'espérance de vie et le faible taux de fécondité se trouve aggravée encore par la décision de beaucoup de jeunes d'émigrer. La forte pauvreté relative des aînés observée ces dernières années pourrait être ramenée à un niveau proche de la moyenne de l'ensemble de la population, mais sa prévalence parmi les femmes âgées restera sans doute un défi de taille. La Roumanie fait partie des pays où la cohabitation intergénérationnelle est la plus fréquente, ce qui accroît la probabilité de soutien à l'intérieur même du ménage lorsqu'une aide ou des soins sont nécessaires.

Les services d'aide à domicile sont considérés comme des services sociaux et peuvent être dispensés de façon intégrée avec des services médicaux. Les services d'aide à domicile sont organisés, développés et gérés, et souvent dispensés, par les collectivités locales. Avec 123



des 167 centres de services sociaux en place, et généralement les plus grands, les ONG sont des prestataires plus importants encore que les collectivités locales, même si leurs centres ne dispensent pas toujours une aide à domicile. De nombreuses ONG opèrent sur la base d'un contrat avec les autorités locales. Elles peuvent recevoir des subventions au titre du budget national ou local.

Les autorités locales peuvent employer des assistants personnels pour les personnes les moins valides. Si l'aide à domicile peut être accordée sur une base illimitée, le coût des services médicaux prestés par des ONG et des médecins de famille sont couverts par la Caisse nationale d'assurance-maladie pendant une période maximale de 90 jours par an. On observe d'importantes disparités régionales en termes de disponibilité de services d'aide à domicile, et il arrive fréquemment que les besoins de soins ne soient pas pleinement couverts. Les prestataires publics et privés s'aperçoivent que leur demande de personnel soignant est supérieure à l'offre, même si l'emploi dans le secteur des soins est en hausse. L'aide à domicile attire une proportion exceptionnellement élevée de travailleurs volontaires, et 80 % environ d'entre eux sont titulaires d'un diplôme obtenu à l'issue de cours de professionnalisation.

Les personnes dont les besoins de soins ont été certifiés peuvent, en théorie, choisir un prestataire, mais cette possibilité n'existe que dans les régions où les capacités sont suffisantes pour permettre un **choix**. Le financement est centré sur les services eux-mêmes, et non sur les patients, mais on observe des **soins centrés sur les patients** au niveau des prestataires de services dans la mesure où il existe un registre dédié à chaque cas.

Le matériel médico-**technologique** des prestataires d'aide à domicile est très élémentaire et aurait besoin d'être amélioré.

Les prestataires d'aide à domicile doivent être titulaires d'une accréditation pour pouvoir fournir des services sociaux et des services médicaux. L'accréditation, accordée selon des normes reposant principalement sur les intrants et les procédures, doit être renouvelée tous les trois ans. Si ces données administratives sont utilisées pour l'évaluation régulière de la **qualité**, on trouve peu de trace d'analyses plus approfondies se basant sur des enquêtes, par exemple. Les bénéficiaires de services sociaux se déclarent, de façon générale, très satisfaits – ce qui pourrait toutefois traduire non seulement la qualité réelle, mais également une composante culturelle.

Slovénie

Des raisons historiques font que les soins de longue durée sont dispensés de manière prédominante dans un cadre résidentiel. Les soins à domicile n'ont été introduits qu'à la fin des années 1980 et n'ont connu de réel développement qu'à la fin des années 1990. Leur gestion est fragmentée: d'une part, les soins infirmiers communautaires relèvent de la compétence du ministère de la Santé et, dispensés par du personnel infirmier local, sont intégralement financés par l'assurance-maladie; la demande croissante de soins curatifs fait que ce personnel communautaire dispose de moins en moins de temps pour des tâches préventives – une situation qui appelle le changement. D'autre part, l'aide à domicile est gérée par les 211 municipalités qui sont tenues d'organiser, de fournir et de financer les services (à hauteur de 50 % au moins de leur coût). L'aide à domicile est principalement

prestée par des organismes publics. C'est 1,7 % environ de la population de 65 ans et plus qui reçoit une aide formelle, un chiffre largement inférieur à l'objectif national de 3 % et plus éloigné encore de l'objectif de 3,5 % qui vient d'être fixé pour la période 2013-2020. La gamme des services et leur tarification varient d'une municipalité à l'autre, et il n'est guère fréquent d'avoir le choix du prestataire.

Les personnes ayant droit à des soins en institution peuvent opter plutôt pour un **aidant à domicile**. Il s'agit généralement d'un membre de la famille vivant sous le même toit, qui les aide au quotidien et qui est rémunéré par des sources publiques et privées. Ce droit doit être envisagé dans le contexte spécifique de la Slovénie, où la proportion de la population préférant les maisons de repos à d'autres solutions pour les personnes âgées est plus importante que dans d'autres États membres de l'Union (Commission européenne, 2007). Une **allocation en espèces** y est en outre spécialement prévue pour les soins: les bénéficiaires peuvent l'utiliser librement et elle sert le plus souvent à couvrir leurs frais de soins formels et informels.

Le type de **technologie** d'assistance le plus avancé en Slovénie est la téléassistance, qui a été introduite dans la capitale, Ljubljana, dès 1992 mais dont la couverture nationale est récente. Le nouveau système de téléassistance fonctionne au départ d'un centre d'appel unique et coûte beaucoup moins cher que l'exploitation de systèmes multiples comme c'était le cas auparavant. Une nouvelle législation devrait intégrer ce type de service dans les services sociaux publics. En ce qui concerne les services de télésanté à domicile, quelques projets pilotes existent mais n'ont pas encore été incorporés au système public de soins à domicile. Le service le plus développé est apparemment le système des téléconsultations du département slovène de transfusions sanguines, qui permet aux établissements de tout le pays assurant ce service de pouvoir entrer immédiatement en contact avec des spécialistes. Un «domicile intelligent», baptisé IRIS et abrité par l'Institut universitaire de réadaptation, remplit une double fonction: outre celle de laboratoire de recherche, il permet aux utilisateurs potentiels de tester concrètement les solutions. Plusieurs documents gouvernementaux ont proposé la poursuite du développement d'applications technologiques dans le domaine des SLD en Slovénie, mais les progrès et résultats de ce processus n'apparaissent pas encore de manière évidente.

Comme beaucoup d'autres pays, la Slovénie s'est dotée d'une stratégie nationale de mesure de la **qualité** en matière de soins de santé, mais aucune stratégie nationale n'est en place pour la gestion de la qualité des SLD. La nouvelle Résolution relative au programme national d'aide sociale 2013-2020 exige toutefois que tous les prestataires de services sociaux occupant au moins dix personnes se fassent agréer par un système certifié de gestion de la qualité. Les prestataires d'aide à domicile sont professionnellement et administrativement contrôlés par une commission/inspection spéciale (tous les trois ans au minimum). De surcroît, les membres de la famille de personnes éligibles peuvent également demander une évaluation qualitative. Les aidants familiaux sont tenus de faire rapport annuellement aux centres de travail social, lesquels doivent eux aussi communiquer chaque année les informations/commentaires émanant des personnes nécessitant leurs services. Les données de suivi collectées par l'Institut national de santé publique à propos des soins infirmiers communautaires sont davantage utilisées à des fins administratives qu'en vue d'une amélioration de la qualité des soins primaires. Ces données, rassemblées au moyen d'un questionnaire harmonisé complété par les municipalités, sont davantage axées sur les intrants que sur les résultats. L'évaluation de la satisfaction du client n'est pas



obligatoire; il est dès lors malaisé pour les prestataires qui y procèdent de comparer leurs résultats avec ceux de leurs homologues, étant donné que la démarche est facultative et qu'elle n'est pas standardisée.

La législation slovène ne définit pas d'approche systématique de la qualité des soins, mais diverses actions sont menées dans différents domaines et leur intégration dans un système uniforme d'assurance-qualité est prévue. De nombreuses initiatives, tant privées que publiques, garantissent et mesurent la qualité des processus et des résultats en matière de soins.

La nouvelle législation attendue devrait assurer une meilleure intégration des services, une accessibilité accrue (mise en place par exemple de coordonnateurs de SLD en vue de soins davantage centrés sur le patient), un soutien systématique à l'intention des aidants non professionnels, et davantage de prévention et de réadaptation.

AGE Platform Europe

Selon plusieurs membres d'AGE Platform Europe, la crise économique actuelle a déjà eu un impact sur **l'accès** des personnes âgées aux services d'aide et de soins en dressant certains obstacles et en faisant souvent peser à nouveau une part croissante de la prise en charge sur les familles. La plupart des personnes âgées préfèrent des soins à domicile, de sorte que certaines autorités locales et régionales ont développé des initiatives visant à promouvoir un environnement propice à cette forme de soins. Beaucoup de pays de l'UE ne se sont néanmoins pas encore dotés d'une approche holistique des services d'aide et de soins, ce qui limite l'impact de certaines actions ciblées et locales sur l'ensemble du système.

La **technologie** et les TIC en particulier peuvent aider à mener une vie plus autonome. Il est démontré que les aînés doivent expérimenter concrètement les technologies pour mesurer à quel point elles peuvent les aider au quotidien. L'accessibilité financière fait souvent obstacle à l'utilisation généralisée de certaines solutions technologiques, de même que leur acceptation par les personnes âgées et leurs familles. Le faible taux d'acceptation peut s'expliquer notamment par le fait que les TIC sont actuellement focalisés sur l'aide d'urgence, ce qui leur donne invariablement une connotation négative.

La **transparence** et l'information publique en matière de qualité des soins, en termes de résultats surtout, font encore défaut dans bon nombre de pays. AGE Platform Europe réclame par ailleurs des mesures pour lutter contre les **mauvais traitements envers les aînés**.

ESN (European Social Network)

Reconnaissant la complexité structurelle des systèmes nationaux de soins, le réseau ESN attire l'attention dans ses observations sur le rôle des pouvoirs publics en tant que commanditaires et planificateurs des services sociaux. C'est ainsi par exemple que le gouvernement écossais prépare une législation favorisant une programmation conjointe

entre secteur de la santé et secteur social dans le but d'améliorer la planification locale par l'instauration de budgets intégrés.

La **gestion intégrée des cas** peut permettre de surmonter la problématique de l'information concernant les différentes options de soins. Il est important que la gestion des cas soit assurée par des professionnels ayant la capacité de regrouper différentes ressources. Le réseau ESN insiste sur l'aspect médical aussi bien que social de la prévention; une étroite collaboration entre services sociaux et de santé, organismes de logement et organisations de la société civile peut prévenir l'exclusion sociale et la solitude.

Certains membres du réseau ESN ont attiré l'attention sur la pénurie de données et d'éléments attestant des résultats de l'utilisation de la **technologie** dans le cadre des soins à domicile. Les évaluations des services de santé en ligne en Angleterre et en Écosse présentent cependant des résultats prometteurs (Scottish Government, 2012). En dépit de leur potentiel, les technologies restent peu répandues dans de nombreux pays. Plusieurs obstacles ont été recensés, parmi lesquels l'insuffisance du (co)financement public et le manque de compatibilité lorsque différents échelons administratifs coopèrent (services sociaux municipaux et services nationaux de santé notamment) en matière de systèmes de téléassistance, par exemple.

Les informations rassemblées par le réseau ESN confirment que le recours aux mesures plus traditionnelles de suivi de la qualité reste prédominant (normes minimales pour l'accréditation des prestataires et qualifications professionnelles exigées surtout) et que des registres sont rarement disponibles. En ce qui concerne les soins à domicile, il est fréquent que seule l'organisation prestant les soins soit contrôlée, mais pas le service proprement dit. Certains pays font un outil de la transparence et de l'implication des usagers dans la mesure où les résultats des inspections et les commentaires ou l'opinion des usagers sont publiés. Bien qu'il n'existe pas encore beaucoup de systèmes d'évaluation permettant d'apprécier la qualité, l'efficacité et l'efficacité des mesures mises en œuvre, le réseau ESN présente dans ses observations en vue du présent examen par les pairs une sélection d'initiatives qui, menées dans différents pays ou municipalités d'Europe, permettraient de trouver un juste équilibre entre qualité et accessibilité des services de soins, d'une part, et viabilité de leur financement, d'autre part.



D. Principales questions examinées pendant la réunion

Approche suédoise en général

Leur nouveauté suscite un vif intérêt de la part des pays pairs à l'égard des **lignes directrices intégrées** couvrant à la fois les services de santé et les services de soins de longue durée. Il a été précisé que ces lignes directrices avaient été développées pour une série d'affections seulement en raison notamment du manque de pratique fondée des données probantes quant à ce qu'il convient de faire (et de ne pas faire).

Plusieurs pays ont manifesté de l'intérêt à l'égard de l'application par la Suède d'une **plus grande flexibilité dans la délimitation entre les professions**. La Suède n'a été épargnée ni par les débats ni par une réticence de la part de certains groupes professionnels, mais des réponses ont été trouvées. Ainsi par exemple, le transfert à des infirmières qualifiées de certaines tâches et compétences effectuées par des docteurs en médecine a dû s'accompagner d'un véritable travail explicatif; l'assouplissement des frontières entre professions, de même que l'introduction d'une innovation sociale, ont requis pour leur part un complément d'éducation et/ou de formation, durant les phases initiales du moins.

L'édification d'une base solide d'informations relatives aux patients, surtout si elle implique une mise en corrélation entre diverses sources de données et une conservation de longue durée de ces dernières, ne manque pas de susciter des préoccupations en matière de **protection des données**. L'approche suédoise fait du patient, et non de l'État, le propriétaire des données – le patient ayant par exemple la possibilité de refuser l'inclusion de ses données dans un registre. L'expérience suédoise montre que les registres sont les plus performants (en termes de participation) lorsqu'ils comportent des avantages visibles à la fois pour le personnel de santé et pour les patients, en plus de leurs avantages en termes de gestion.

Les participants ont rejoint lors de la discussion le point de vue suédois selon lequel un accent plus marqué devrait être mis sur la **prévention**. Ceci dit, il n'est pas toujours facile de déterminer et de mesurer où s'arrête la prévention et où commencent les soins aigus. La prévention est en outre pertinente à la fois avant l'apparition de besoins de soins (majeurs) mais aussi pour les personnes ayant déjà des besoins de soins importants mais pouvant tirer profit de mesures préventives.

Partenariat entre soins familiaux et soins formels

Une discussion animée a porté sur les **préférences propres à chaque pays** en matière de cadres de soins: ainsi par exemple, la part importante de soins dispensés en milieu familial dans des pays tels que la Roumanie est étroitement liée à la forte fréquence de la cohabitation intergénérationnelle et à un soutien intrafamilial accru en période de chômage important en raison du coût des soins formels. Ce qui peut sembler une préférence nationale s'explique parfois par un manque de disponibilité ou un manque de ressources. Même dans un pays «riche» comme l'Allemagne, le plafonnement des prestations oblige certaines familles à se tourner vers des soins familiaux. De surcroît, plusieurs États membres de l'UE (parmi

les nouveaux en particulier) constatent une réorientation de la répartition traditionnelle des responsabilités: tel est notamment le cas en Slovénie et en Croatie, où l'essentiel des soins de longue durée étaient traditionnellement dispensés en maisons de repos.

La Croatie évoque des éléments conduisant à penser que les soins aux personnes âgées entravent davantage la carrière des femmes que l'éducation des enfants, et insiste dès lors sur la nécessité d'un **soutien particulier à l'intention des soignants informels**. En Écosse, un certain pourcentage des fonds municipaux sont censés être affectés à des mécanismes de ce type, et les besoins des soignants informels en termes de soutien sont systématiquement évalués. Plusieurs pays ont instauré des mesures destinées à faciliter la conciliation entre emploi et soins: elles autorisent par exemple un horaire de travail plus flexible ou l'octroi de prestations en espèces pour payer plus aisément de l'aide. Le bien-fondé de ce type d'action est étayé par des éléments factuels établissant en République tchèque qu'une sortie du marché du travail pour prester des soins informels est la forme la plus onéreuse de SLD. Certaines préoccupations s'expriment néanmoins quant au risque de voir ces prestations en espèces conduire à une exploitation financière de membres de la famille ou peser trop lourdement sur le budget de l'État si elles ne sont pas rigoureusement conçues et mises en œuvre.

Le rôle de la famille dans le processus de soins pourrait évoluer si les réseaux sociaux assument progressivement des fonctions relevant traditionnellement de la famille. Étant donné que certains membres seulement de la population âgée ont besoin de soins, bon nombre d'aînés sont en mesure d'agir eux-mêmes en qualité d'aidants et constituent ainsi une ressource supplémentaire importante. En Écosse, l'évaluation systématique des aptitudes, par opposition à une évaluation des besoins, au moment d'accéder à la retraite s'est avérée une expérience positive.⁹

Innovation sociale

Les participants s'accordent à considérer que la substitution éventuelle d'une philosophie de soins par une philosophie d'activation et de réadaptation va imposer un complément d'éducation. Plusieurs pays ont éprouvé de vives difficultés à transférer certaines tâches et responsabilités en leur faisant traverser **la «frontière» entre le secteur de la santé et celui de l'aide sociale**. Sans compter que les familles doivent être impliquées dans la réadaptation. En Roumanie, où les ONG jouent un rôle important en termes de prestations de soins, ce sont elles qui tendent à se montrer les plus innovantes du fait que les organismes publics reportent souvent l'innovation pour répondre aux besoins de soins aigus.

L'existence de mécanismes de financement distincts contribue à rendre la frontière entre soins de santé et soins sociaux plus visible encore. Les bases de données, gérées séparément aujourd'hui, devraient elles aussi être harmonisées pour en exploiter pleinement le potentiel. La Suède offre de bons exemples à cet égard, tant en ce qui concerne la collecte de données que la définition de lignes directrices globales.

⁹ Voir le document présenté par le réseau ESN (European Social Network) dans le cadre du présent examen par les pairs sur <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1024&langId=en&newsId=1903&moreDocuments=yes&tableName=news>



Les participants ont insisté sur le rôle critique de la gestion des sorties. La Belgique a mis au point un outil destiné à faciliter l'évaluation des besoins de réadaptation: il s'agit du système BelRAI (Belgium Resident Assessment Instrument). D'autres exemples de bonnes pratiques en vigueur en Europe peuvent être consultés via WeDO (Wellbeing and Dignity of Older people), réseau informel ayant pour objectif de promouvoir la qualité des SLD en Europe¹⁰.

Technologie

Il est clairement ressorti de la discussion que de nombreuses technologies utiles ont déjà été développées. Étant donné cependant que beaucoup d'entre elles étaient initialement destinées à d'autres fins que les soins de longue durée, il convient de les recenser, de les adapter aux SLD (certaines technologies sont, par exemple, utilisées dans des hôpitaux où la formation et la sécurité sont déjà organisées, ce qui n'est pas le cas dans des ménages privés) et de les rendre financièrement abordables. Des aspects juridiques doivent également être rigoureusement réglés: ainsi par exemple, à qui incombe la responsabilité lorsqu'un service de téléassistance s'arrête par suite d'une panne de courant?

Il est essentiel d'associer à ce processus de recensement les personnes auxquelles les technologies en question sont destinées (patients, familles, soignants formels, mais également associations de patients). Une facilitation de la coopération entre ces différents acteurs est impérative. Les Pays-Bas ont ainsi réalisé une expérience positive dans le cadre de laquelle le personnel de soins à domicile s'est servi de tablettes électroniques selon ses propres besoins – autrement dit, les infirmiers/infirmières ont décidé personnellement de la manière d'utiliser ces tablettes pour améliorer la qualité et/ou l'efficacité de la prestation des services, au lieu de faire appel à des experts extérieurs pour concevoir des outils de soutien à leur intention.

27

Assurance et mesure de la qualité

La présentation des registres suédois de qualité, et du registre BPSD en particulier (Behavioural and Psychological Symptoms in Dementia)¹¹, a intéressé de nombreux pays. Les experts suédois ont précisé un certain nombre de points au cours de la discussion:

- la participation d'experts médicaux spécialisés dans les maladies couvertes par les registres est déterminante pour le bon développement de ceux-ci;
- les registres sont principalement utilisés au niveau agrégé, afin d'obtenir des indicateurs de qualité et d'établir une comparaison entre institutions ou au fil du temps. Des rapports comparatifs sont accessibles au grand public. Des registres pouvant être utilisés par des prestataires de soins ou patients individuels sont particulièrement bien accueillis;
- Le registre BPSD utilise les lignes directrices; le développement de voies cliniques est en cours mais n'est pas encore inclus;

¹⁰ Voir <http://www.wedo-partnership.eu/>

¹¹ Voir <http://www.bpsd.se/in-english/>



- un personnel supplémentaire est requis durant la phase de mise en œuvre du registre BPSD, mais l'état des patients s'est amélioré au point que le personnel a constaté un allègement de sa charge globale de travail;
- des médecins généralistes sont invités à travailler avec une série de registres de qualité. Le personnel infirmier travaille uniquement avec le registre BPSD, considéré comme un outil à l'appui de la professionnalisation de son travail et d'une plus grande visibilité des résultats. Dans cette perspective, il est bien accueilli par les infirmiers/ infirmières;
- le registre BPSD contribue à améliorer la qualité de vie des patients tout en réduisant considérablement les médicaments;
- des méthodes différentes de mesure des résultats sont utilisées selon les registres: elles vont de questionnaires internationaux (EQ-5D ou SF-36, par exemple) à l'appréciation des résultats relatifs à des maladies particulières. La plupart des indicateurs utilisés par les registres sont des indicateurs quantitatifs de processus;
- la Suède se montre actuellement très prudente quant à une mise en relation des allocations budgétaires ou des incitations économiques avec les registres par crainte de compromettre leur fonction d'outils d'évaluation et d'amélioration de la qualité. Lorsque des éléments de rémunération au rendement sont prévus, ils ont été introduits au niveau local plutôt qu'au niveau national, et les versements vont aux municipalités ou aux conseils locaux, et non aux soignants ou aux médecins.

L'OCDE a récemment produit, en collaboration avec la Commission européenne, un rapport complet concernant les différentes méthodes et pratiques en matière d'assurance-qualité (OCDE, 2013). L'OCDE poursuivra sa collaboration avec la Commission européenne pour l'étude d'une **mesure comparable** de la qualité dans le domaine des SLD; les résultats du projet en cours sont attendus en 2015.

Tous les pays pairs ont fait état de difficultés pour définir et mettre en œuvre des instruments et processus adéquats d'assurance-qualité. Il a dès lors été suggéré de créer un **réseau** européen d'agences nationales en vue d'évaluer les avantages des innovations sociales ou technologiques et de faciliter ainsi l'apprentissage mutuel et le transfert de connaissances.



E. Conclusions et enseignements

La Suède jouit par rapport à d'autres pays d'une situation relativement confortable en termes de **disponibilité de données**, laquelle est abondante même si la coordination n'est pas encore tout à fait au point. Les raisons suivantes ont été avancées pour expliquer ce constat positif:

- l'existence d'une législation solide en matière de collecte de données;
- la forte participation des patients ainsi que d'autres parties prenantes et professionnels;
- le fait que la propriété des données relatives à un patient appartienne à ce dernier, et non à l'État, et qu'il puisse en refuser l'accès;
- la volonté de rendre les données immédiatement utiles et utilisables pour différentes parties prenantes, y compris occasionnellement le patient.

Cette approche globale a contribué à vaincre la réticence à l'égard d'un processus intensif de collecte et de conservation des données, en ce compris le supplément d'administration qu'il impose aux médecins et autres membres du personnel de santé.

Bien que l'on ne dispose encore d'aucune évaluation, les patients semblent apprécier la **liberté de choix**. Ceci dit, la mise en place d'une série d'options peut être une démarche onéreuse et tous les pays n'ont pas actuellement les moyens d'offrir ce choix multiple.

Un meilleur **alignement des soins informels et formels** exige une redéfinition du «réservoir» dans lequel puiser les prestataires de soins informels. Le soutien intergénérationnel des aînés pourrait notamment se développer et s'amplifier, surtout si les nouveaux réseaux sociaux peuvent être exploités à cette fin. Il n'en reste pas moins que les soins informels vont devoir bénéficier d'un soutien grandissant et que des évaluations peuvent servir dans ce contexte à en déterminer les modalités les plus efficaces. Une attention particulière doit être accordée aux répercussions sur l'équilibre/égalité entre les hommes et les femmes, étant donné que les secondes sont plus nombreuses à requérir et à dispenser des soins de longue durée.

Il convient d'évaluer plus systématiquement ce qui fonctionne dans différentes situations pour mieux exploiter le potentiel de **la prévention et la réadaptation**. Plusieurs États membres se heurtent aux mêmes difficultés. Ainsi par exemple, on observe dans beaucoup d'entre eux la persistance d'une ségrégation des responsabilités du financement et de la prestation entre soins de santé et aide sociale, mais également l'existence de philosophies ou cultures propres à chaque secteur. Cette situation pourrait poser problème s'il est décidé de passer d'une culture de soins à une culture de réadaptation et d'autonomisation dans le but de permettre une vie plus indépendante, même après l'apparition des «besoins de soins».

Plusieurs experts suédois ont souligné que toute une série de **technologies** utiles existent déjà, mais qu'elles doivent être (1) rendues plus simples, plus conviviales et parfois plus sûres, (2) rendues commercialisables grâce à un abaissement de leur coût de production et, en définitive, de leur prix de vente, et (3) adaptées dans certains cas au contexte

spécifique des SLD. Peut-être vaudrait-il dès lors la peine de mettre davantage l'accent sur le développement que sur la recherche fondamentale.

En ce qui concerne la **mesure de la qualité**, les systèmes de la plupart des pays sont encore largement perfectibles et se heurtent de manière générale aux mêmes difficultés. Des mécanismes de coopération et d'apprentissage mutuel s'avèrent donc indispensables à l'intérieur de chaque pays, mais également à l'échelon international. L'expérience de la Suède conduit notamment aux conclusions suivantes:

- il faut repenser les schémas «classiques» de la prestation de soins en s'interrogeant sur leur pertinence et leur validité dans le monde d'aujourd'hui, en ce qui concerne les médicaments notamment;
- des soins de qualité centrés sur la personne ne coûtent pas nécessairement plus cher que des options moins qualitatives;
- il est impératif d'associer des spécialistes à l'étude de la mesure de la qualité en rapport avec des maladies particulières, mais également d'autres membres du personnel de santé pour bénéficier de leur expérience.



F. Contribution de l'examen par les pairs à la stratégie Europe 2020

Les mesures combinées décrites dans le rapport de la Suède en sa qualité de pays-hôte pourraient contribuer positivement aux cinq grands objectifs de la stratégie Europe 2020.

Emploi

Les mesures destinées à concilier plus aisément la prestation de soins informels avec un emploi formel offrent une possibilité directe et diversifiée d'augmenter le nombre total d'heures ouvrées en supprimant les obstacles à l'occupation d'un emploi ou en permettant aux aidants d'étendre leur horaire de travail (en passant d'un temps partiel à un temps plein, par exemple). Les délégués croates signalent à cet égard que la prise en charge de personnes âgées pèse encore plus lourdement aujourd'hui sur l'emploi des femmes que l'éducation des enfants. On peut citer, parmi les mesures de soutien possibles, la création d'emplois à tous les niveaux de qualification: un abattement fiscal pour l'aide domestique peut multiplier les possibilités d'emploi pour des personnes peu instruites et des dispositions visant à renforcer la qualification du personnel soignant permet de relever son niveau de compétence tout en faisant appel à des enseignants supplémentaires pour la formation en soins infirmiers et dans des domaines connexes. L'application plus systématique des technologies et le perfectionnement des processus de traitement peuvent ouvrir des emplois de type nouveau dans des domaines touchant au secteur de base de la santé et des soins (TIC et recherche sociale notamment), ce qui élargit également les perspectives des personnes tentées par une réorientation professionnelle.

31

R&D/innovation

Les experts suédois insistent sur la nécessité d'étudier la manière de rendre les solutions existantes plus économiques, plus simples et plus sûres, au lieu de concentrer les efforts sur le développement de nouvelles solutions. La focalisation de la recherche sur le développement de produits utiles et commercialisables, et une étroite collaboration entre tous les types de parties prenantes (utilisateurs et experts compris) sont autant de démarches indispensables de la R&D dans le secteur des soins.

Changement climatique/énergie

Bien que ces aspects aient été à peine effleurés lors de l'examen par les pairs, ils pourraient être affectés par un changement à grande échelle des régimes de soins. Tout transfert de la prestation des soins vers un cadre différent s'accompagnerait de changements nécessaires en termes de transport et de déplacement, et modifierait ainsi la consommation énergétique. Ainsi par exemple, la désinstitutionnalisation fera probablement augmenter les déplacements du personnel soignant qui se rendra à domicile. Le fait qu'ils pourront assumer désormais eux-mêmes certains de leurs soins, grâce notamment à des aides et équipements techniques plus performants, fera probablement baisser en revanche le temps



de déplacement et la consommation énergétique du côté des patients. Mais l'utilisation plus intensive de matériel électronique (et sa production) consomme, elle aussi, de l'énergie.

Éducation

Le secteur de la santé et des soins est l'un des rares à offrir un potentiel de croissance. L'expérience suédoise montre que la transition vers un régime de soins axé sur l'individu et la promotion de son autonomie, plutôt que sur les organisations qui fournissent les soins, exige un personnel extrêmement bien formé. Une formation plus poussée, se traduisant notamment par une proportion accrue de personnel infirmier universitaire, contribue donc à l'objectif de la stratégie Europe 2020 en matière d'enseignement.

Pauvreté/exclusion sociale

Le présent examen par les pairs soulève la question de la dignité dans le contexte des services de soins, et en particulier des services prestés au domicile de la personne requérant une assistance. Il s'agit d'une question extrêmement importante dans la mesure où de nombreux anciens États membres de l'UE tentent actuellement de remplacer les soins résidentiels (onéreux) par des soins à domicile (moins onéreux). Ces derniers se traduisent néanmoins souvent par une demande accrue de soins informels dispensés par des membres de la famille avec le risque actuel et futur de pauvreté que cela peut comporter pour ces proches aidants (féminins surtout). Les délégués tchèques déclarent que leur propre expérience a montré que les régimes de soins faisant appel à des soignants informels coûtent très cher lorsqu'ils obligent ces soignants à renoncer à leur emploi. Il est donc fait appel à un personnel professionnel spécialisé en soins à domicile pour venir en aide aux familles dans leur situation particulière; cette approche peut toutefois requérir une formation supplémentaire pour acquérir les compétences spécifiquement requises, en termes de coopération et de communication multi-professionnelles notamment.

Des raisons historiques font cependant que les services de soins à domicile ne sont pas encore très développés dans certains nouveaux États membres de l'UE. Il s'avère donc très important pour ces pays en particulier de veiller à une mise en commun des connaissances et d'expériences quant aux différents moyens d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins à domicile (sans entraver les possibilités d'emploi des familles concernées). Une culture de transparence et d'apprentissage mutuel s'impose donc, laquelle doit reposer elle aussi sur une base d'informations à la fois accessibles et de bonne qualité.

Il existe plusieurs autres pistes permettant d'éviter ou d'atténuer la dépendance des personnes âgées. On peut citer à cet égard:

- la promotion d'un habitat intergénérationnel construit de façon à en faciliter l'occupation autonome par des personnes âgées et fragiles;
- la familiarisation de ces personnes avec les TIC afin de leur permettre de mieux rester en contact et de réduire ainsi leur risque d'exclusion sociale;
- l'amélioration des possibilités pour elles de tirer parti des équipements existants basés sur les TI;
- la mise à disposition éventuelle à cette fin, pour certains groupes de la population, de services TIC plus économiques.



La société doit, de manière générale, être davantage sensibilisée et avoir l'esprit plus ouvert aux problèmes liés au grand âge et aux solutions (parfois simples) qui permettent d'y faire face. Les avancées dans ce domaine ne doivent pas se limiter aux services de santé et aux services sociaux, mais englober l'ensemble de la société.



Références

Commission européenne (2007), *Health and long-term care in the European Union* [Santé et soins de longue durée dans l'Union européenne], Eurobaromètre spécial 283, vague 67/3, Commission européenne, Bruxelles.

Commission européenne (2012a), *The 2012 Ageing Report, Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060)* [Rapport 2012 sur le vieillissement: projections économiques et financières pour les 27 États membres de l'UE (2010-2060)], *European Economy* 2/2012.

Commission européenne (2012b), *Staff Working Document on an Action Plan for the EU Health Workforce* [Document de travail des services de la Commission sur un Plan d'action pour le personnel du secteur de santé au sein de l'UE], SWD(2012) 93 final, Commission européenne, Bruxelles.

Commission européenne (2013), «L'Europe sociale: les défis actuels et les solutions», Rapport annuel du Comité de la protection sociale (2012). Commission européenne, Bruxelles.

Commission européenne (2013a), «Investir dans le domaine social en faveur de la croissance et de la cohésion, notamment par l'intermédiaire du Fonds social européen, au cours de la période 2014-2020», Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions, COM(2013) 83 final, Commission européenne, Bruxelles.

Commission européenne (2013b), *Long-term care in ageing societies – Challenges and policy options* [Les soins de longue durée dans les sociétés vieillissantes – Défis et options politiques], Document de travail des services de la Commission, SWD(2013) 41 final, Commission européenne, Bruxelles.

Conseil de l'Union européenne (2012), Déclaration du Conseil relative à l'Année européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle (2012): La voir à suivre, SOC 992, SAN 322.

Mot E., Willemé P. (2012), *Assessing Needs of Care in European Nations*, ENEPRI Policy Brief 14, CEPS, Bruxelles.

OCDE (2011), «Besoin d'aide? Les prestations de services et le financement de la dépendance», Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>.

OCDE/Commission européenne (2013), *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264194564-en>.

Scottish Government (2012), *A National Telehealth and Telecare Delivery Plan for Scotland to 2015. Driving Improvement, Integration and Innovation*.



Commission européenne

Dignité d'abord – les priorités de la réforme des services de soins

Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne
2014 — 34 pp. — 17,6×25 cm

ISBN 978-92-79-35331-4

ISSN 1977-8015

doi: 10.2767/58179

Cette publication est disponible en format électronique en anglais, en français, en allemand et en suédois.

COMMENT VOUS PROCURER LES PUBLICATIONS DE L'UNION EUROPÉENNE?

Publications gratuites:

- un seul exemplaire:
sur le site EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- exemplaires multiples/posters/cartes:
auprès des représentations de l'Union européenne (http://ec.europa.eu/represent_fr.htm),
des délégations dans les pays hors UE (http://eeas.europa.eu/delegations/index_fr.htm),
en contactant le réseau Europe Direct (http://europa.eu/europedirect/index_fr.htm) ou le
numéro 00 800 6 7 8 9 10 11 (gratuit dans toute l'UE) (*).

(* Les informations sont fournies à titre gracieux et les appels sont généralement gratuits (sauf certains opérateurs, hôtels ou cabines téléphoniques).

Publications payantes:

- sur le site EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

Abonnements:

- auprès des bureaux de vente de l'Office des publications de l'Union européenne
(http://publications.europa.eu/others/agents/index_fr.htm).

Dignité d'abord – les priorités de la réforme des services de soins

Pays hôte : **Suède**

Date : **25-27 septembre 2013**

Pays pairs : **Allemagne - Belgique - Bulgarie - Chypre - Croatie - Lituanie - Pays-Bas - République tchèque - Roumanie - Slovénie**

Parties prenantes : **AGE, ESN**

Les pays de l'UE se trouvent tous confrontés au même défi: maintenir et améliorer la qualité des soins aux personnes âgées tout en veillant à ce qu'ils soient à la fois accessibles et financièrement viables. Un examen par les pairs organisé à Stockholm (septembre 2013) dernier s'est penché sur l'approche suédoise de la réforme des soins et a offert l'occasion de débattre de cette problématique avec les pays pairs.

La Suède est parvenue à maintenir des normes particulièrement élevées en matière de soins aux aînés. Des experts venant de Suède et de dix autres pays de l'UE, ainsi que des représentants de la Commission et des parties prenantes, se sont réunis à Stockholm pour analyser les efforts déployés par le pays hôte pour personnaliser davantage les soins sans compromettre leur viabilité financière à long terme.

