



EXAMEN PAR LES PAIRS

EN MATIÈRE DE

PROTECTION SOCIALE

ET D'INCLUSION SOCIALE

2011

COMBLER L'ÉCART OU COMMENT  
CONCILIER L'ACCROISSEMENT  
DES BESOINS DE SOINS ET LE  
MANQUE DE MOYENS

STOCKHOLM, 20-21 OCTOBRE 2011

**RAPPORT DE SYNTHÈSE**



## EXAMEN PAR LES PAIRS

EN MATIÈRE DE

PROTECTION SOCIALE  
ET D'INCLUSION SOCIALE  
2011

# COMBLER L'ÉCART OU COMMENT CONCILIER L'ACCROISSEMENT DES BESOINS DE SOINS ET LE MANQUE DE MOYENS

MONIKA RIEDEL  
INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN (IHS), VIENNE

STOCKHOLM, 20-21 OCTOBRE 2011

## RAPPORT DE SYNTHÈSE



La présente publication bénéficie du soutien du programme communautaire pour l'emploi et la solidarité sociale (2007–2013). Ce programme est géré par la Direction générale « Emploi, affaires sociales et inclusion » de la Commission européenne. Il a été établi pour appuyer financièrement la poursuite des objectifs de l'Union européenne dans les domaines de l'emploi et des affaires sociales, tels qu'ils sont énoncés dans l'agenda social, et contribuer ainsi à la réalisation des objectifs de la stratégie de Lisbonne 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 précandidats à l'adhésion à l'UE.

PROGRESS a pour mission de renforcer la contribution de l'UE et d'aider ainsi les États membres à respecter leurs engagements et mener à bien leur action en vue de créer des emplois plus nombreux et de meilleure qualité et de bâtir une société plus solidaire. Dès lors, il contribuera :

- à fournir une analyse et des conseils dans les domaines d'activité qui lui sont propres ;
- à assurer le suivi et à faire rapport sur l'application de la législation et des politiques communautaires dans ces mêmes domaines ;
- à promouvoir le transfert de politiques, l'échange de connaissances et le soutien entre les États membres concernant les objectifs et priorités de l'Union, et
- à relayer les avis des parties prenantes et de la société au sens large.

Pour de plus amples informations, veuillez consulter :  
<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=327&langId=fr>

Davantage d'informations sur l'examen par les pairs en matière de protection sociale et d'inclusion sociale et sur l'évaluation en matière d'inclusion sociale peuvent être consultés sur : <http://www.peer-review-social-inclusion.eu>.

Le contenu de cette publication ne reflète pas forcément l'opinion ou la position de la Direction Générale « Emploi, affaires sociales et inclusion » de la Commission européenne. La Commission européenne ou toute personne agissant en son nom ne sont pas responsables de l'usage qui peut être fait des informations reprises dans cette publication.

2012

PRINTED IN BELGIUM



---

## Table des matières

|   |    |
|---|----|
| Résumé  | 5  |
| A. Le contexte européen   | 6  |
| B. La situation en Suède  | 9  |
| C. Politiques et expérience des pays pairs et contributions des parties prenantes | 12 |
| D. Discussions lors de l'examen par les pairs                                     | 20 |
| E. Conclusions et principaux enseignements  | 24 |
| Références  | 31 |





## Résumé

Le présent document fait la synthèse des conclusions d'un examen par les pairs organisé par le ministère suédois de la Santé et des affaires sociales les 20 et 21 octobre 2011 à Stockholm. Outre le pays hôte, sept pays pairs y ont participé (Allemagne, Bulgarie, Chypre, Danemark, Estonie, Luxembourg et Slovénie), de même que des représentants des parties prenantes (Caritas Europa et AGE Platform Europe) et de la Commission européenne (DG Emploi, affaires sociales et inclusion).

Faute d'un réaménagement majeur des systèmes de soins, la proportion croissante de personnes âgées, conjuguée à l'évolution des modèles sociétaux et des marchés du travail, va générer un écart considérable entre la demande et l'offre de soins de santé et d'aide sociale aux seniors. Du côté de la demande, l'approche suédoise visant à combler cet écart s'appuie sur des mesures de prévention, ainsi que sur des mesures destinées à renforcer l'autonomie et à réduire la dépendance fonctionnelle. Le côté de l'offre sera étayé pour sa part par un développement et un soutien des effectifs, ainsi que par une aide aux soignants non professionnels. Une intensification des efforts en matière de collecte de données, d'évaluation et de recours plus systématique aux solutions technologiques, y compris celles qui se basent sur les TIC, devrait accroître l'efficacité et la qualité des services prestés. Les discussions lors de l'examen par les pairs ont rejoint cette approche tout en insistant sur la nécessité d'un changement de mentalité en vue de la rendre plus holistique. Les estimations relatives à la Suède conduisent à penser que la réduction de l'écart escompté en matière de financement et de prestation de soins de longue durée pourrait contribuer à la réalisation de quatre des cinq des objectifs de la stratégie « Europe 2020 » (taux d'emploi de 75%, investissement en R&D de 3%, diminution du taux d'abandon scolaire et réduction du nombre de personnes menacées de pauvreté et d'exclusion sociale).

## A. Le contexte européen

Aucun modèle européen commun ne se dégage encore en matière de fourniture et de financement des soins de longue durée (SLD). On observe au niveau national des disparités en termes d'importance et de soutien des soins informels; de répartition du financement et de la prestation des soins entre secteur public et secteur privé; de rôle des prestations en espèces par rapport aux prestations en nature; et de degrés de générosité et d'accessibilité des systèmes de soins. Les systèmes nationaux présentant des caractéristiques similaires peuvent être regroupés en fonction de leurs principales variables et de leur champ d'application (voir notamment Kraus et al. 2010, Esping-Andersen 1990). Il n'en reste pas moins que, partout en Europe, les systèmes de prise en charge des aînés sont appelés à relever un certain nombre de **défis communs** au cours des quelques prochaines dizaines d'années.

La population européenne connaît un processus de **vieillesse**, lequel ne touche cependant pas tous les États membres de manière uniforme. La Commission européenne estime que la part des dépenses publiques consacrées aux SLD va passer de 1,2% (UE-27, 2007) à 2,4% (2060, scénario de référence; voir Commission européenne, 2009) du PIB. Plusieurs changements au niveau des modèles sociétaux — diminution de la taille des familles, évolution des modes de résidence et participation accrue des femmes au marché du travail notamment — vont limiter les possibilités de prestation de soins informels tandis que les générations futures pourraient, dans le même temps, se montrer plus exigeantes à l'égard de l'offre et de la qualité des services. À l'heure actuelle, les effectifs du secteur des SLD représentent de 1 à 2% de la main-d'œuvre totale dans les pays développés. Les projections disponibles concernant les pays européens font penser que ce pourcentage va fortement augmenter au cours des cinquante prochaines années — et que cette progression sera limitée par l'offre plutôt que par la demande. Faute de contre-mesures efficaces, ces évolutions vont engendrer une pénurie au niveau de la prestation de soins. Des stratégies doivent donc être mises en place pour retarder le besoin de soins tout en renforçant les effectifs et leur productivité.

Le secteur des soins aux personnes âgées se caractérise par sa forte intensité de **main-d'œuvre** mais aussi, dans la plupart des pays, par des salaires peu élevés, un statut précaire et un travail très exigeant. On constate d'importantes disparités en termes de salaires et de conditions de travail d'un pays à l'autre, mais éga-



lement à l'intérieur des frontières nationales, entre le secteur public et le secteur privé, et entre les soins à domicile et les soins en établissement, notamment. Il en découle que le secteur des soins aux personnes âgées connaît, dans de nombreux pays, une rotation importante du personnel et/ou des problèmes de recrutement (Simonazzi 2009, Fujisawa, Colombo 2009, OCDE 2011).

Dans beaucoup de pays européens, les effectifs de ce secteur sont principalement féminins, plus âgés que la moyenne et comprennent une proportion de travailleurs peu qualifiés, d'origine étrangère et à temps partiel plus élevée que dans d'autres secteurs. De surcroît, dans de nombreux pays, des migrants aux perspectives économiques et juridiques incertaines, principalement occupés en qualité d'aide domestique, représentent un nombre non négligeable de travailleurs prestant des soins (Simonazzi 2009, Fujisawa, Colombo 2009, Geerts 2011).

Trois stratégies visant à garantir la disponibilité future de travailleurs SLD se dégagent de la littérature (OCDE 2011):

1. intensification des efforts de recrutement à partir de sources à la fois nouvelles et traditionnelles;
2. meilleure rétention des travailleurs SLD recrutés par l'amélioration du niveau des salaires et des conditions de travail dans le secteur des soins;
3. étude des moyens d'accroître la productivité des soignants.

Cinq **modèles de financement** des systèmes SLD peuvent être définis sur base de la théorie économique (Wittenberg et al. 2002, Fernandez et al 2009). Premièrement, les systèmes privés avec ou sans subventions de l'État; étant donné toutefois qu'ils font peser une charge financière considérable sur les bénéficiaires individuels des soins et leurs familles, et qu'ils semblent ne pas répondre à tous les besoins, ces systèmes sont généralement considérés comme n'atteignant pas les normes auxquelles aspire la politique sociale européenne. Parmi les autres options, la mise en place d'un simple filet de sécurité peut imposer une charge financière importante à la population et requiert des efforts administratifs majeurs pour orienter les ressources vers ceux qui en ont le plus besoin afin de limiter la pression sur le budget public. Les dépenses inhérentes à un régime de financement universel sont habituellement plus élevées que celles découlant d'un régime de type « filet de sécurité », ce qui s'explique dans une large mesure par les prestations définies. Un système de financement universel englobe l'ensemble de la population et devrait favoriser l'égalité et la cohésion sociale en

veillant à ce que toute personne remplissant les critères en termes de besoins puisse accéder aux services, quel que soit son revenu ou son état de fortune. Le financement est généralement progressif et combine cotisations spécifiques et taxes salariales. Il est fréquent, dans le cas de certains services, que les usagers participent aux frais. Dans les régimes d'assurance sociale de ce type, les dépenses totales sont habituellement dictées par les besoins plutôt que limitées par les budgets; les régimes financés par l'impôt peuvent, en revanche, fixer plus aisément des limites aux dépenses et des critères d'éligibilité. Des régimes de financement universel plus avancés tentent de conjuguer les avantages des deux systèmes. Le droit d'en bénéficier est accordé à l'ensemble de la population mais des conditions de ressources font en sorte que l'aide publique va surtout aux personnes confrontées aux plus grandes difficultés financières, ce qui réduit la pression sur les dépenses publiques. Les effets sur la cohésion sociale sont plus marqués, et les effets de stigmatisation moins marqués, que dans le cas de systèmes de type « filet de sécurité ».



## B. La situation en Suède

La Suède est aujourd'hui l'un des États membres comptant la proportion la plus importante de citoyens âgés de 80 ans et plus, et les projections montrent que c'est la population de 65 ans et plus qui y affichera le taux de croissance démographique le plus élevé au cours des 30 prochaines années. Le système suédois de SLD se caractérise, par rapport à celui d'autres pays, par une grande générosité et par une prestation exhaustive d'assistance formelle, laquelle est essentiellement financée par des fonds publics plutôt que par des fonds privés. L'assistance informelle y joue néanmoins un rôle de plus en plus important et un soutien considérable est prévu pour les aidants non professionnels.

La Suède connaît depuis une quinzaine d'années une diminution des besoins d'aide parmi les personnes âgées et, dans le même temps, une incidence grandissante des problèmes de santé: on peut donc raisonnablement conclure que le moindre besoin d'assistance ne découle pas d'une amélioration de l'état de santé. L'explication résiderait davantage dans un relèvement des normes en matière de logement et dans un accès plus aisé aux techniques d'assistance facilitant l'autonomie.

L'un des principaux moyens de réduire la demande de soins consiste en effet à développer les pistes qui permettent aux seniors de continuer à vivre chez eux: on songe notamment ici à l'introduction d'une **assistance technique intelligente et conviviale**. La Suède considère que les SLD sont un secteur très prometteur pour des technologies axées sur les gains d'efficacité et son gouvernement soutient depuis six ans le développement de produits et de services destinés à aider au quotidien les personnes âgées et celles qui s'en occupent. L'initiative, qui arrivera à échéance 2012, aura financé 130 projets depuis 2007; ceux-ci s'inscrivent dans une « perspective de 24 heures » et visent à maintenir le plus longtemps possible l'autonomie des seniors pour le plus grand nombre possible de tâches de la vie quotidienne. Un accent particulier est mis sur la conception de projets tenant compte de besoins liés à des particularités propres aux personnes âgées (baisse de la vue, par exemple).

Un **crédit d'impôt pour les services ménagers** vise également à permettre aux aînés de rester plus longtemps à domicile en abaissant jusqu'à 50% le coût de ce type de services. Ce sont le plus souvent des femmes de 85 ans et plus qui y font appel.



Des modèles démographiques et médico-économiques identifient des effets de levier, et la réduction de la morbidité devrait constituer l'un des grands objectifs des décideurs politiques (voir le projet LEV).

Le gouvernement suédois a lancé une initiative en faveur d'un **vieillessement actif et en bonne santé**, qui incite notamment les autorités locales à coopérer avec des ONG dans le cadre d'activités de promotion de la santé. Des conseillers en santé sont prévus en outre pour aider les personnes souffrant de problèmes de santé mineurs à adopter un mode de vie plus sain.

Étant donné qu'il s'agit d'un secteur à forte intensité de main-d'œuvre, les soins aux personnes âgées exigent impérativement, pour être efficaces et de qualité, un niveau élevé de compétence, une bonne organisation et de bonnes pratiques. La réorientation actuelle vers des soins davantage prestés à domicile modifie les exigences imposées au personnel et le gouvernement suédois finance dans cette perspective une **initiative de formation** de quatre ans destinée à améliorer la compétence des soignants sans éducation formelle. Des critères nationaux ont été fixés en matière de contenu, que les programmes de cours sont tenus de respecter. Un système de prime encourage les municipalités à organiser ce type de formation.

La nouvelle législation de 2011 définit les principes des soins aux personnes âgées en précisant les **valeurs nationales fondamentales** qui garantissent le respect de la dignité dans ce contexte; cette initiative s'applique à la fois aux prestataires publics et aux prestataires privés. En vertu de ces valeurs nationales fondamentales, les soins aux personnes âgées doivent promouvoir la participation, le sentiment de bien-être et le choix. La loi sur les systèmes de **libre choix**, adoptée en 2009, vise à faciliter l'entrée de prestataires privés sur le marché et, partant, à favoriser une concurrence basée sur la qualité. Il appartient aux municipalités d'introduire le choix dans le système, et un tiers des bénéficiaires d'une aide à domicile vivent déjà dans une municipalité où tel est le cas.

Le Conseil national de la santé et de la prévoyance sociale collabore avec les municipalités et les conseils de districts à l'instauration d'une **comparaison ouverte** et de rapports sur la performance publique en matière de soins de santé et de services sociaux. Conjointement aux statistiques officielles, des enquêtes réalisées auprès des prestataires et des usagers des services servent à l'élaboration d'un large éventail d'indicateurs de qualité permettant d'illustrer la performance des municipalités et des conseils de districts à différents égards. Cette approche



fournit de précieuses informations aux utilisateurs potentiels des services en question, ainsi qu'aux politiciens cherchant à améliorer la qualité des services locaux, et permet de sensibiliser le personnel vis-à-vis de la qualité des soins. Deux **registres de qualité** relatifs aux soins aux personnes âgées ont en outre été développés: s'appuyant sur des solutions informatiques de pointe, ils permettent aux prestataires participants de suivre l'évolution de leurs propres résultats au fil du temps, et de les comparer avec les résultats obtenus par d'autres. À l'heure actuelle, toutefois, ces registres se concentrent davantage sur les indicateurs de soins de santé que sur l'aide sociale. L'introduction d'un système de subvention basé sur la performance a fortement stimulé les entrées dans les registres et amélioré la couverture et la qualité des données. La prochaine étape va consister à promouvoir l'utilisation des registres en vue d'améliorer la qualité au plan local en renforçant la capacité analytique à cet échelon.

Le gouvernement suédois a mis au point, en concertation avec les parties prenantes, une **stratégie de santé en ligne** qui garantit un usage efficient et efficace des technologies de l'information et de la communication (TIC) en vue de promouvoir des services de santé et des services de soins aux personnes âgées qui soient plus sûrs, plus accessibles et plus performants. Le développement d'une approche commune et la définition de lignes directrices et de solutions au niveau national sont impératifs et réclament une collaboration entre tous les acteurs du secteur de la santé et des soins.

## C. Politiques et expérience des pays pairs et contributions des parties prenantes

Conformément à la stratégie « Europe 2020 », le gouvernement **bulgare** a adopté en 2011 un programme national de réforme (2011–2015) qui traduit les objectifs européens en objectifs nationaux adaptés aux défis à relever par la Bulgarie. Ce programme a notamment pour sous-objectif de réduire de 52 000 le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus qui sont menacées de pauvreté, en conjuguant plusieurs mesures: développement d'un concept national de vie active des personnes âgées, mise en place d'un réseau de services de SLD, et réforme en vue d'une meilleure adéquation des pensions. Les activités déployées par la Bulgarie en matière de santé publique suivent trois grands axes: l'éducation et l'information des citoyens, la lutte contre les maladies et la protection de la santé. Le programme national de prévention de l'ostéoporose (2006–2010) mérite une mention particulière. Il prévoit la modification des taux de remboursement de la caisse nationale d'assurance maladie, des formations à l'intention du personnel effectuant les densitométries parallèlement au contrôle de 2 500 femmes bulgares sélectionnées de manière aléatoire, et une enquête épidémiologique (sur 2 000 femmes) destinée à établir la prévalence de la maladie et des facteurs de risques parmi les femmes de 50 ans et plus. Un second programme national de lutte contre l'ostéoporose, de même qu'un concept national de vieillissement actif, sont en cours d'élaboration. La Croix-Rouge bulgare a entamé, en collaboration avec les ministères concernés, la mise en œuvre d'un projet intitulé « Soins à domicile pour une vie autonome et digne » (octobre 2011 — mars 2015), qui concrétise l'une des mesures destinées à développer le secteur des soins à domicile et à en améliorer la qualité.

Un programme visant à améliorer la qualité et l'efficacité du travail social est également en cours d'exécution. Il s'appuie notamment sur une coopération et une interaction renforcées entre institutions, ainsi que sur la formation professionnelle et le relèvement des qualifications et aptitudes individuelles. En ce qui concerne les soins informels, un programme récemment adopté permet au membre sans emploi d'une famille de travailler, à l'issue d'une formation, en qualité d'assistant personnel ou social auprès d'un membre invalide de la famille, moyennant une rémunération minimale (y compris une cotisation à la sécurité sociale). Un volet de ce programme prévoit également la possibilité pour des personnes sans liens familiaux avec le bénéficiaire d'assumer cette fonction



d'assistance. Le système bulgare de soins de longue durée se réoriente actuellement de soins principalement dispensés en institutions vers des services communautaires et à domicile dont l'offre tend à s'intensifier. Le nombre de prestataires privés augmente peu à peu, et le resserrement de la coopération entre les services de santé et les services sociaux a été désigné comme l'une des priorités pour les prochaines années. Une décentralisation du financement, accompagnée de l'introduction d'un certain nombre de normes uniformes, vise à augmenter l'offre de services par le secteur privé et à améliorer ainsi la qualité et le choix pour les clients.

À **Chypre**, les soins aux personnes âgées, dispensés à la fois par des institutions publiques et des institutions privées, ont une vocation thérapeutique plutôt que préventive. Le conseil des ministres a décidé en 2004 d'élaborer et de mettre en œuvre un plan d'action de dix ans en faveur de services de soins de santé pour les aînés. Cinq domaines prioritaires ont été définis, parmi lesquels la promotion de la santé et la prévention des maladies, mais le plan ne s'est que partiellement concrétisé depuis 2005. La crise économique donne actuellement lieu à des révisions, notamment en termes de sélection des priorités (recours à un système de santé en ligne et à une approche plus ciblée, entre autres), et par conséquent à une réaffectation des ressources. Dans le but d'encourager la dispense de soins à domicile, Chypre s'attache à développer et à investir dans les soins infirmiers communautaires. La formation du personnel du secteur privé n'est cependant pas organisée de manière régulière et rien n'est prévu, dans le secteur public, pour les soins de courte durée et le suivi.

Le système en place au **Danemark** présente un certain nombre de caractéristiques communes avec le système suédois, et notamment le fait qu'il s'articule autour des soins à domicile pour les personnes âgées. Les municipalités sont tenues d'offrir à ces dernières des services de soins personnels et d'assistance individualisée, mais également une aide pratique à domicile, quel que soit le type de logement. Une participation aux frais peut uniquement être demandée aux bénéficiaires de soins temporaires à domicile et le tarif horaire dépend du revenu. Il existe depuis 2003 une obligation de proposer un choix entre une prestation publique et une prestation privée de ces services de soins à domicile et, à l'inverse de la Suède, les municipalités danoises sont tenues de prendre les dispositions nécessaires pour rendre ce choix effectif.



Plusieurs projets sont axés depuis quelques années sur le renforcement du suivi de la qualité de ces services. C'est ainsi que les soins aux personnes âgées ont été le thème central d'un projet initié par le gouvernement danois et l'association des municipalités danoises en vue d'améliorer, de simplifier et rendre plus cohérentes les informations concernant les principaux domaines de l'action publique. Depuis 2008, cette collecte mensuelle de données couvre 23 indicateurs en matière de soins aux aînés, dont sept portent sur les effets et seize sur les paramètres de base. Les initiateurs de ce projet sont également chargés d'une enquête nationale annuelle de satisfaction parmi les bénéficiaires de l'aide — le degré de satisfaction portant sur la qualité des services, sur les soignants et sur la stabilité de l'assistance. Les municipalités sont tenues de tenir systématiquement compte de ces enquêtes pour la gestion et le développement de leurs services, et elles sont encouragées à en publier les résultats. Des outils ont été développés, testés et mis à la disposition des municipalités pour permettre la comparabilité des enquêtes. Un système national regroupant les moyens de contrôler la qualité des soins aux personnes âgées a par ailleurs été mis en place.

14

Des efforts de prévention des maladies et de promotion de la santé sont déployés tant au plan national que local. 90% des municipalités danoises proposent une formation axée sur la réhabilitation en alternative à des services de soins à domicile traditionnels à caractère davantage compensatoire. L'un des modèles les plus réputés à cet égard est le programme d'assistance à l'autonomie à domicile instauré par la municipalité de Fredericia: il a pour axe central la rééducation au quotidien et affiche des résultats positifs à la fois pour les participants et pour les finances publiques. Les deux initiatives principalement destinées à améliorer la productivité du personnel concerné sont l'exécution flexible des tâches et la réaffectation des tâches entre santé et soins aux aînés, et une focalisation sur les technologies du bien-être. Ce dernier volet du programme, qui couvre l'ensemble des services publics (et pas uniquement les services sociaux), a bénéficié d'un budget de 400 millions d'euros (3 milliards DKK) pour la période 2009–2015. Dix projets de démonstration en matière de soins aux personnes âgées ont été financés; les tests et évaluations, effectués en coopération avec le Conseil national des services sociaux, portent essentiellement sur l'impact sur les services et sur l'environnement de travail, mais également sur les gains de productivité et les avantages économiques.

Comme dans plusieurs autres États membres de l'UE-12, le système de soins aux personnes âgées en place en **Estonie** comprend, d'une part, une aide sociale



(maisons de soins, services de soins à domicile et centre d'accueil de jour) financée par les administrations locales et, d'autre part, des soins de santé (y compris des soins à domicile et en milieu hospitalier, et des soins gériatriques) financés par la caisse nationale d'assurance maladie. Outre le niveau généralement faible des services et des capacités, les disparités entre administrations locales en termes de ressources financières, le manque d'intégration entre les deux secteurs et l'absence de cadre normalisé en matière d'évaluation des besoins semblent poser certaines difficultés — lesquelles vont probablement s'aggraver avec l'allongement escompté de l'espérance de vie et, par conséquent, la proportion croissante de personnes âgées. Le débat actuel porte sur la question de savoir s'il convient que l'administration locale reste ou non responsable du financement, de l'organisation et de la prestation de ces services. Beaucoup de municipalités ayant une population peu importante, il arrive que les administrations locales n'offrent pas tous les services qu'elles sont, en théorie, légalement tenues de mettre en place. La principale difficulté semble résider dans la pénurie de capacités (humaines), plutôt que dans l'organisation d'une formation adéquate, même si des systèmes plus performants et davantage harmonisés pour l'évaluation des besoins et des services restent à l'ordre du jour.

Le système **allemand** d'assurance soins de santé de longue durée est un régime par répartition dont le financement est assuré de manière quasiment exclusive par le versement de cotisations et de primes. En ce qui concerne le volet public, une cotisation uniforme de 1,95% est prélevée sur le salaire (2,2% pour les salariés sans enfants) avec application d'un plafond. Le système couvre l'ensemble de la population, mais les personnes à haut revenu peuvent opter pour le système privé. Les besoins de soins sont répartis en trois niveaux qui déterminent à leur tour le niveau des prestations accordées. Ces dernières sont donc calculées indépendamment de l'âge, du revenu ou de l'état de fortune. Les prestations de l'assurance maladie sont plafonnées, leur but étant de répondre aux besoins fondamentaux de SLD, mais pas d'en couvrir toutes les dépenses. Le principe de base de l'assurance SLD, qui relève de l'approche préventive, est « la réhabilitation avant la prestation de soins, et les soins à domicile avant les soins en institution ». Étant donné qu'elle connaît depuis un certain temps une diminution de l'ensemble de sa population mais une hausse de la proportion de personnes âgées, l'Allemagne a déjà entamé la mise en œuvre de pratiques destinées à attirer et à garder du personnel dans le secteur des SLD: recrutement auprès de groupes cibles spécifiques et mesures d'amélioration de la situation professionnelle, par exemple (il s'agit notamment dans le dernier cas de mesures visant à



développer les programmes éducatifs nationaux, à créer de nouvelles catégories professionnelles et à instaurer un salaire minimum).

Les soins informels jouent un rôle important et plusieurs mesures ont été instaurées pour soutenir les soignants non professionnels; une réforme a introduit des dispositions supplémentaires en 2008, parmi lesquelles le renforcement des services de soutien et de conseil, et la possibilité de prendre un congé sans solde pendant une période allant jusqu'à six mois.

L'introduction de l'assurance SLD a donné lieu à un développement important des services professionnels de soins à domicile, et des services privés surtout, ainsi qu'à une augmentation du nombre de clients par institution. La réforme de 2008 comportait une hausse du taux de cotisation, mais elle ne parviendra sans doute pas à garantir la viabilité financière à long terme du système de SLD. Des mesures destinées à éviter une demande supplémentaire (visites préventives à domicile, comme c'est le cas au Danemark, par exemple), des mesures destinées à améliorer la coopération entre les différents types de prestataires de soins (SLD et soins de santé, soins en résidences et soins à domicile) et, surtout, la poursuite et l'intensification des efforts destinés à attirer et à garder des ressources humaines, sont dès lors jugées également nécessaires.

16

Au **Luxembourg**, l'assurance SLD fait partie de la sécurité sociale obligatoire depuis 1998. Elle est financée par des cotisations (1,4% du revenu des personnes actives comme des retraités) complétées d'un apport de l'État (30-35% des dépenses totales représentées par les SLD) et d'une participation de l'industrie de l'électricité. Un régime de soins est établi en fonction du degré de dépendance et précise les services auxquels la personne concernée a droit. L'assurance SLD couvre intégralement tous les services. Les personnes qui en ont besoin peuvent bénéficier d'une assistance pour leurs activités quotidiennes « normales » et, selon leur degré de dépendance, pour les tâches domestiques et d'autres formes d'aide, y compris par un soignant non professionnel. Lorsque les bénéficiaires vivent à domicile, l'assurance SLD couvre l'aide et les soins dispensés par un réseau spécialisé (service professionnel sous contrat avec l'assurance SLD, qui peut couvrir les soins de santé aussi bien que les SLD) ou par un centre semi-hospitalier; elle peut également servir aux cotisations à la retraite des soignants informels qui ne bénéficient pas encore d'une pension.

La réforme opérée en 2010 dans le secteur des soins de santé visait à améliorer la qualité des services de santé et de SLD et à en réduire la demande — l'un des



grands défis étant le resserrement des liens, de la communication et de la coopération entre les acteurs concernés. Un plan national de santé en ligne (eSanté) va venir étayer de multiples projets, dont les deux premiers portent respectivement sur l'imagerie radiologique et sur les analyses de laboratoire. Le Luxembourg s'efforce de relever les futurs défis en instaurant de nouveaux modes de prestation des services de santé et en se concentrant dans ce contexte sur les professionnels de la santé et sur leur formation professionnelle et continue.

En ce qui concerne les ressources humaines, le Luxembourg connaît une situation quelque peu différente de celle d'autres pays européens. Étant donné que les salaires y sont plus élevés que dans les États membres voisins, il attire aisément des travailleurs non résidents et son secteur des SLD se caractérise dès lors par une proportion importante de main-d'œuvre immigrée, ce qui pose parfois certains problèmes linguistiques. On peut espérer qu'ils seront bientôt résolus puisque plusieurs prestataires de soins, y compris le principal (SHD), travaillent à la mise au point d'un logiciel de gestion des données relatives aux soins, y compris une application multi-utilisateurs adaptable aux différents groupes d'utilisateurs et combinée à une interface multilingue. Ce logiciel devrait offrir toute une série d'avantages, mais exigera une formation complémentaire du personnel. Les apports de l'État vont être ajustés afin d'assurer la viabilité financière du système à court terme. En ce qui concerne le plus long terme, une révision de la législation est prévue en 2013.

Un système intégré de SLD fait actuellement défaut en **Slovénie**, où les mesures en la matière se dispersent entre plusieurs domaines (santé, pensions, handicap et aide sociale). Des prestations en espèces et des soins en institutions sont organisés au niveau central, tandis que certains services à domicile dépendent de l'administration locale. Une nouvelle législation est en cours d'élaboration.

Les services de soins à domicile sont peu développés et la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus recevant des SLD dans un cadre institutionnel est supérieure à la moyenne européenne. La demande de services dépasse déjà largement l'offre, en particulier pour ce qui concerne les places en maisons de soins, et les évolutions démographiques font présager de pressions supplémentaires. Le financement des SLD est assuré à la fois par des sources publiques (75%; en provenance des assurances sociales et des impôts) et des sources privées (25%). Quelque 31% des fonds publics sont versés en espèces sous la forme de prestations diverses (les municipalités peuvent accorder une indemnisation



pour la perte de revenu de soignants familiaux non professionnels, par exemple). Les prestations en nature sont soumises à des conditions de ressources.

AGE Platform Europe insiste sur la nécessité de prévoir un niveau suffisant d'investissement dans la promotion de la santé et la prévention des maladies tout au long du cycle de vie, et d'intégrer la problématique de la santé dans l'ensemble des politiques. La formation des professionnels de santé et leur bonne connaissance des questions gériatriques sont déterminantes pour l'efficacité de la prévention. L'intensification des efforts visant à créer un environnement adapté aux aînés peut avoir des effets positifs à plusieurs égards en prévenant des accidents ou un isolement social et en ayant ainsi un effet secondaire positif sur la santé mentale; en réduisant le niveau de dépendance; et en permettant peut-être de prolonger la participation active au marché du travail.

**AGE Platform Europe** confirme l'importance de mesures axées sur la formation (reconnue au niveau européen) et la certification, sur le maintien des programmes de soutien et sur le relèvement des conditions de rémunération et de travail en vue d'améliorer la situation des soignants professionnels. L'instauration d'horaires de travail plus flexibles (davantage compatibles avec la vie de famille notamment), d'une meilleure protection de la santé des soignants, et de nouveaux profils et qualifications professionnels (facilitant notamment la mobilité entre secteurs de soins) contribuerait également à accroître l'attrait des emplois dans le secteur des soins, tant aux yeux des ressortissants nationaux que des travailleurs migrants. L'instauration de TIC et de technologies d'assistance permettrait pour sa part d'attirer des effectifs plus jeunes et davantage de soignants masculins.

En ce qui concerne les soignants non professionnels, AGE est convaincu de la nécessité d'une législation européenne leur donnant droit à un congé afin qu'ils puissent mieux pondérer travail rémunéré et soins informels. Les évolutions actuelles militent dans le même sens. Le fait que les familles se fondent à un âge de plus en plus avancé implique que les futures générations de soignants informels seront mobilisées à un âge plus précoce que les soignants informels d'aujourd'hui, sans compter que la crise économique et les contraintes qui en découlent en termes de budgets publics vont faire augmenter le nombre de personnes âgées vivant à domicile avec des besoins plus importants et plus complexes. Une offre adéquate et innovatrice en matière d'accueil des enfants et des aînés apparaît comme une condition indispensable à la réalisation de l'objectif d'un taux d'emploi de 75% prévu par la stratégie « Europe 2020 ». En ce qui



concerne la qualité des soins, AGE met en évidence le Cadre européen volontaire pour la qualité des soins de longue durée (projet WeDO), qui vise à la fois à la qualité des soins et à la qualité du travail.

Caritas Europa attire l'attention sur les questions de migration. Même si la proportion de travailleurs d'origine étrangère est importante dans le secteur des SLD des différents pays européens, les possibilités d'entrer légalement dans l'UE sont limitées et/ou compliquées, et la préférence accordée aux travailleurs hautement qualifiés ne répond que partiellement aux besoins attendus dans ce secteur. Les immigrés venus de régions européennes pauvres finissent souvent par travailler dans l'illégalité, dans le cadre d'activités domestiques informelles en général, en dépit de leur droit de circuler librement et de travailler dans un autre État membre de l'UE. Ces questions devraient être réglées au travers d'une stratégie globale visant à élargir l'accès au marché du travail des travailleurs SLD, à reconnaître leurs qualifications, à les recruter et à les maintenir dans l'emploi. Caritas Europa considère que les règles récemment adoptées par la Suède constituent une avancée importante dans ce sens, et recommande une réglementation des agences transnationales de recrutement afin d'éliminer les abus et le trafic de travailleurs. Dans le même ordre d'idées, la suppression de conditions de travail précaires constitue un progrès majeur sur la voie du recrutement et de la rétention des effectifs. Cet aspect concerne tout particulièrement le secteur du travail domestique.

En ce qui concerne les soignants informels, Caritas Europa insiste également sur la nécessité d'instaurer un droit au congé afin de les protéger contre le risque de perte d'emploi et d'une baisse de leur revenu tant au cours de leur vie active qu'au moment de la retraite.

**Caritas Europa** estime en outre qu'une action favorisant les prestataires de soins sans but lucratif, plutôt que ceux qui ont une vocation lucrative, serait un moyen d'améliorer la qualité des soins, étant donné les principes régissant respectivement ces deux segments du marché. Il semblerait néanmoins que les prestataires à but non lucratif pourraient tirer avantage de l'adoption de processus plus proches de ceux des entreprises, et notamment de procédures modernes de gestion des ressources humaines et d'organisation du travail. Toute mesure destinée à consolider la viabilité financière doit soutenir les différentes catégories de revenu en fonction de leurs moyens, autrement dit le premier quintile de revenu devrait être prioritaire en termes d'attribution de transferts sociaux.



## D. Discussions lors de l'examen par les pairs

Les débats intervenus dans le cadre de l'examen par les pairs ont principalement porté sur l'amélioration de **l'efficacité** des systèmes de soins actuellement en place dans les États membres de l'UE, grâce plus particulièrement à des **stratégies de prévention**, à des **processus d'évaluation** et à des **collectes de données**, ainsi que sur **le développement et le soutien du personnel, la contribution des parties prenantes** au système de soins et **une aide technologique** aux personnes âgées. **L'approche suédoise** a bénéficié d'un large appui et d'encouragements au vu notamment de sa focalisation sur la prévention, les soins de qualité et une société adaptée aux aînés plutôt que sur le financement optimal d'un système SLD considéré isolément. La position des différents pays varie cependant en raison de la disparité de leurs situations de départ et de leurs évolutions historiques. L'intervention importante et active de l'État est une tradition profondément ancrée en Suède, mais elle pourrait rencontrer moins de succès dans des pays ayant une histoire différente et le grand public pourrait se montrer réticent à l'idée de confier aux autorités nationales la plupart, voire la totalité des réglementations, du suivi et des prestations de soins personnels. Il convient de tenir compte de l'attitude et de la confiance des citoyens à l'égard des pouvoirs publics au moment d'apprécier les enseignements que d'autres pays peuvent tirer de l'approche suédoise.

20

Les discussions à propos de **la prévention** ont été particulièrement animées. La présentation du thème a notamment mis en évidence les effets bénéfiques d'un mode de vie actif et la nécessité d'un démarrage précoce de la prévention, à savoir la fin de la quarantaine. Des programmes ou initiatives ont été présenté(e)s par les représentants de plusieurs pays pairs. Ainsi l'Allemagne a l'intention de mettre en œuvre une stratégie axée sur les lieux de travail au sein de PME; le Luxembourg envisage un programme de prévention du diabète axé sur les jeunes; et la Bulgarie a décrit un programme prioritaire instauré en 2011 à l'intention des personnes âgées de 65 ans et plus qui sont menacées de pauvreté. Les aspects suivants ont été évoqués lors de la discussion qui a suivi:

- Une réhabilitation est également possible à un âge avancé. Cette notion ne semble pas suffisamment comprise, ce qui entraîne davantage de dépendance que nécessaire.



- La prévention est souvent un processus de longue haleine, ce qui peut la rendre onéreuse. Des analyses du rapport coût-efficacité des mesures existantes s'imposent.
- Plusieurs mesures peu coûteuses sont déjà en place, notamment en vue de réduire le risque de chutes — lesquelles s'avèrent souvent l'élément déclencheur d'une dépendance ultérieure. On peut citer parmi les exemples d'expérience positive l'utilisation en France d'un éclairage automatique pour éviter les chutes durant la nuit.
- Le vieillissement actif peut être favorisé par un large éventail de mesures, parmi lesquelles des espaces réservés dans les lieux publics (voir l'attitude à l'égard de la gymnastique pratiquée en commun par les personnes âgées en Chine et des plaines de jeux pour enfants partout dans le monde); une retraite différée (le travail rémunéré est une motivation, condition préalable essentielle à toute activité); et des projets visant à créer des liens entre les aînés et les jeunes (dans le cadre d'un projet slovène, des étudiants aident les seniors à se servir de l'informatique).

La nécessité d'un **changement de mentalité** a été régulièrement évoquée au cours de la discussion. Il faut garder à l'esprit les compétences et ressources détenues par la génération des seniors et ne pas oublier qu'une petite proportion seulement de ce grand segment de la population concentre les besoins (importants) de soins et d'aide, alors que beaucoup de personnes âgées jouissent encore d'une assez bonne santé. Le nombre de personnes en relativement bonne santé va donc, lui aussi, augmenter et l'on observe aujourd'hui déjà qu'une part croissante des soins informels sont dispensés par des personnes du même âge (conjointes ou partenaires en général) plutôt que par des membres plus jeunes de la famille. Le débat sur les soins devrait faire une place plus large aux compétences — et pas uniquement aux besoins (et aux coûts qui leur sont associés) — de la génération des aînés. Les diverses formes de réseautage (depuis les cafés pour seniors jusqu'aux communautés informelles d'utilisateurs âgés de TIC) offrent un exemple de ressource sous-exploitée. Les mesures préventives citées montrent qu'une focalisation sur le secteur SLD « de base » se limite à une partie seulement des améliorations potentielles et n'ouvre pas la voie vers une société amie des aînés telle qu'elle est souhaitée. La Commission européenne a insisté sur le rôle éventuel des SLD en termes de possibilités d'emploi et d'accès



au marché du travail, en particulier pour ceux qui n'ont qu'un faible niveau d'éducation formelle.

Une autre question est souvent revenue sur le tapis: il s'agit des **effectifs** actuels et futurs du secteur des soins. La discussion a confirmé l'impression selon laquelle les soins informels resteront prédominants dans de nombreux pays, même si la diminution de la taille des familles, l'âge plus avancé auxquelles les familles se fondent et le recul de l'âge du départ à la retraite sont autant de facteurs qui compliquent la recherche d'un équilibre entre soins informels et emploi rémunéré. Plusieurs mesures de soutien, y compris l'éducation des soignants non professionnels, devraient bénéficier d'une attention accrue.

Un consensus s'est dégagé des débats quant à la nécessité d'améliorer fondamentalement, dans plusieurs pays, la qualité de l'emploi dans le secteur des soins (rémunération, valorisation, éducation et conditions de travail). L'éducation reste une problématique clé, non seulement Suède mais dans beaucoup d'autres pays également. Divers programmes éducatifs sont d'ailleurs en cours: ils visent les soignants familiaux en Bulgarie; ils couvrent une formation de trois ans en Allemagne; et ils s'adressent à différents groupes d'âge en Slovénie, par exemple. La législation peut également intervenir à cet égard. Il convient de rappeler également que les travailleurs illégaux (immigrés pour la plupart) jouent un rôle important dans certains pays, en particulier pour ce qui concerne les soins à domicile, et qu'une politique adéquate devrait être envisagée en ce qui concerne la migration de main-d'œuvre.

Le débat a été davantage ouvert à propos de deux autres thèmes. Premièrement, le rôle de l'emploi à temps partiel: faut-il l'étendre en vue d'embaucher du personnel qui ne serait pas disponible autrement, ou la formule actuelle du travail à temps partiel est-elle source d'un gaspillage que l'on pourrait éviter en faisant passer davantage de travailleurs dans un emploi à temps plein? Le second thème concernait les qualifications des travailleurs peu qualifiés du secteur des soins: combien faut-il prévoir de travailleurs qualifiés/non qualifiés et quelle formation s'avère-t-elle suffisante pour prester des soins de qualité dans le cadre des tâches les plus élémentaires?

La pénurie de **données** pertinentes a conduit à réclamer des programmes de collectes d'informations exhaustifs, plus efficaces et facilitant la comparaison, généralement mis en place dans le cadre d'une initiative de santé en ligne. L'importante pénurie de données se prêtant à des évaluations et des prévisions laisse



---

en effet une place importante — et nécessaire — à des efforts supplémentaires en vue de combler cette carence, y compris une diffusion adéquate des résultats afin de pouvoir établir ce qui fonctionne, et ce qui ne fonctionne pas, dans une situation donnée.

L'une des constantes mises en évidence lors des discussions a été le **lien étroit entre plusieurs aspects fondamentaux**, ce qui confirme le bien-fondé de l'approche holistique réclamée de plusieurs parts. Ainsi par exemple:

- une meilleure formation du personnel (infirmier) permettrait non seulement d'améliorer la qualité des soins, mais également de mieux garder le personnel — deux éléments susceptibles de contribuer à une diminution du coût des soins;
- un vieillissement actif peut réduire les besoins de soins, mais peut également habiliter les personnes âgées à dispenser elles-mêmes des soins et à contribuer ainsi à combler la pénurie de ressources humaines;
- le recours plus systématique à des supports techniques (depuis les simples aides mécaniques jusqu'aux équipements TIC) peut rendre les soins plus efficaces tout en élargissant le recrutement à des réserves non traditionnelles de main-d'œuvre potentielle (effectifs plus jeunes et masculins notamment).

## E. Conclusions et principaux enseignements

Les discussions ont permis de dégager une série d'enseignements clés:

- Des micro-simulations basées sur des données administratives — comme c'est le cas en Suède — permettent aux États membres d'évaluer l'ampleur probable du futur décalage entre offre et demande de soins et d'assistance. Le recours à ce type de scénario permettrait également aux décideurs de tester l'importance relative de stratégies alternatives destinées à réduire, voire à combler ce décalage.
- Les études réalisées en Suède concluent qu'il n'existe pas d'instrument unique capable de combler le décalage et que les perspectives offertes par une focalisation sur des formes alternatives de financement sont particulièrement limitées. Mais ces études montrent également que la combinaison de mesures plus modestes mais systématiques devrait permettre de combler l'écart en améliorant notamment la productivité (substitution du capital et meilleure organisation); l'efficience; le vieillissement en bonne santé; le recrutement, la rétention et la formation des soignants; la capacité des personnes âgées fragiles de gérer suffisamment leur invalidité pour mener une vie autonome grâce à des technologies d'assistance; etc.
- Un **ordre de préférence** doit être clairement établi au moment de choisir les pistes qui permettraient de combler l'écart entre besoins futurs de soins et ressources limitées:
  - Il conviendrait tout d'abord de chercher à **améliorer l'efficacité des systèmes existants**. Il y a encore de la marge à cet égard en raison notamment de la manière dont le travail a été organisé par le passé ou d'un recours insuffisant à des équipements techniques et aux TIC. Dans plusieurs États membres, parmi lesquels la Suède, des modèles ont montré qu'un léger accroissement de la productivité des systèmes en place permettrait à ceux-ci de répondre aux besoins de la population sans nécessité d'augmenter la part que représentent les dépenses médicales dans le PIB (voir les conclusions du projet LEV).



- Il faudrait, dans le même temps, s'efforcer de **réduire la demande de services** par une **action plus intensive de prévention et de promotion de la santé**.
  - Les **techniques modernes d'assistance** devraient être mieux exploitées afin d'accroître **l'autonomie des personnes âgées** nécessitant des soins.
  - Ce n'est qu'ensuite qu'il faudrait envisager **l'augmentation des dépenses publiques en matière de soins de longue durée**.
  - **La compression des services ou une participation plus importante des utilisateurs aux frais** doit être considérée comme le dernier recours.
- **Des mesures préventives** s'imposent d'urgence pour abaisser l'incidence des maladies, lesquelles sont annoncées comme le principal défi en termes de maîtrise des coûts de santé. Peu d'**études de mise en œuvre de la prévention** sont actuellement disponibles pour orienter la sélection des moyens les plus efficaces de limiter les facteurs de risque. La prévention doit être prévue à différentes étapes de vie en fonction des profils de santé des divers groupes d'âge de la population existante. Les priorités en termes de pathologies doivent être établies en conséquence. Il apparaît néanmoins qu'une performance optimale des programmes de prévention exige qu'ils **démarrent à l'âge moyen** s'ils veulent couvrir les principaux groupes à risque. Il est également essentiel d'agir au niveau des facteurs de risque en jeu (diabète, hypertension, obésité, etc.) pour éviter une détérioration supplémentaire de la santé et la demande accrue de soins de longue durée qui en découle. Il ne faut cependant pas oublier pour autant que la **prévention engendre également des coûts**, même si les études consacrées à cette question restent peu nombreuses.
  - Il nous reste une petite possibilité d'agir avant que les **effets démographiques** du vieillissement soient pleinement ressentis. Nous devons donc rassembler sans délai davantage d'éléments factuels et **diffuser** plus largement les résultats.
  - Les prises de décisions devraient davantage tenir compte de la **dimension coût-efficacité** des projets existants (locaux et communautaires surtout) et des **technologies capables de répondre aux besoins de soins de**



**longue durée.** Les évaluations doivent se concentrer sur des pathologies particulières en rapport avec une technique ou une stratégie spécifique. Il conviendrait, dans un contexte de crise budgétaire, de promouvoir des techniques ou stratégies peu coûteuses.

- **Ressources susceptibles d'être mieux valorisées** dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées:
  - **L'offre de soignants formels et informels** pourrait être considérablement élargie si les personnes âgées elles-mêmes étaient associées à la prise en charge: il pourrait s'agir d'une forme majeure de **vieillessement actif**.
  - Le **bénévolat** peut jouer un rôle majeur à l'heure où une proportion importante de la population âgée de 65 ans et plus est encore en bonne santé. Une aide publique et une formation éventuelle inciteraient sans doute davantage de personnes pleines de ressources appartenant à cette tranche d'âge à aider à titre bénévole des personnes plus âgées et plus fragiles.
  - Certains retraités (des femmes surtout) ne perçoivent qu'une pension très modeste et s'accommoderaient bien d'une source de revenu supplémentaire. On pourrait envisager de former un nombre important de ces personnes encore pleines de ressources et de les **intégrer dans les effectifs salariés du secteur des soins**. Il conviendrait, dans cette hypothèse, d'instaurer des **modalités plus souples en matière de cumul de la pension et d'autres revenus**, ainsi qu'en ce qui concerne le **travail à temps partiel** car il n'est guère envisageable que des personnes ayant dépassé l'âge du départ à la retraite travaillent 40 heures par semaine.
  - **Les patients-prestataires** sont une autre ressource potentielle. Il s'agirait de valoriser par la modernisation des techniques la capacité des patients eux-mêmes de répondre à leurs besoins de soins et de mener une vie autonome en dépit de leur fragilité, voire de leur invalidité. Il s'agit, en d'autres termes, d'une **habilitation aussi large que possible des patients**. Si des personnes telles que les diabétiques se font assez jeunes à l'idée d'assumer elles-mêmes une partie de leurs soins, il leur sera plus facile de continuer lorsqu'elles seront plus âgées.



- La pertinence de ces diverses approches varie, de toute évidence, d'un pays à l'autre.
- Le rôle des **soins informels** restera déterminant pour la prise en charge des personnes âgées, même si les ressources décrites ci-dessus sont mieux exploitées. Les évolutions attendues sur le marché du travail vont rendre d'autant plus nécessaire l'octroi d'une aide efficace aux soignants non professionnels, surtout lorsqu'ils occupent un emploi.
- Il faut **améliorer l'image de la profession de soignants** de manière générale, ce qui pourrait entre autres inciter davantage d'hommes à l'exercer.
- **L'éducation** est un facteur déterminant de **qualité des soins**. On observe cependant la persistance d'**incohérences entre le contenu de la formation au travail de soins et les exigences à l'égard du personnel** au quotidien. La formation continue et l'évolution de carrière peuvent favoriser la **rétenction du personnel**. Des indications sérieuses font penser en outre que l'éducation contribue à **contenir les coûts**.
- **L'instauration et le maintien d'un environnement adapté aux aînés** sont une autre démarche importante, non seulement pour limiter, voire éviter certains coûts éventuels, mais aussi pour veiller à une véritable intégration des personnes âgées dans la société. Si, dans la perspective de l'allongement de l'espérance de vie, nous définissions l'âge correspondant aux notions de « vieillesse » et d'« âge de la retraite » par rapport à la mort (espérance de vie moyenne) plutôt que par rapport à la naissance (âge chronologique), nous percevrions mieux de quelle manière la vieillesse est redéfinie par la hausse de l'âge moyen de la population d'aujourd'hui et de demain.
- Un **changement de mentalité** s'impose à l'égard des soins aux personnes âgées, de même qu'une **approche holistique**. Plutôt que d'être perçues comme une charge, les personnes âgées devraient être valorisées en raison de leur **vaste expérience et des ressources** qu'elles peuvent offrir. Il convient de mettre en évidence, dans cette perspective, les expériences et projets actuellement consacrés à la solidarité intra-générationnelle (autrement dit entre personnes âgées) et intergénérationnelle (autrement dit entre les personnes âgées et d'autres groupes d'âge) et de s'en servir

pour illustrer ce que l'apport des personnes âgées peut représenter pour la société.

- Les pays doivent trouver un juste **équilibre entre cohérence nationale et responsabilité locale des prestations**. Le niveau de gouvernement le plus indiqué pour le financement, l'organisation, la planification et la prestation des services reste une question ouverte dans plusieurs États membres.
- **Les attentes croissantes** et la demande accrue de services pourraient constituer des défis plus grands encore que ceux découlant des évolutions démographiques et des besoins en matière de santé proprement dits. Il convient que les gouvernements fassent preuve sur ce point de **transparence et d'honnêteté** vis-à-vis du public. Ils doivent clairement indiquer ce qui peut être accompli de façon réaliste, et ce qui ne peut l'être. Ils doivent également être explicites en ce qui concerne les coûts.

## Contribution de l'examen par les pairs aux objectifs de la stratégie « Europe 2020 »

28

- **La préparation au vieillissement de la population** est considérée comme l'une des problématiques les plus complexes visées par la stratégie « Europe 2020 ». L'UE risque en effet que l'impact de l'évolution des taux de dépendance démographique sur les budgets publics soit d'une ampleur telle qu'il compromette le potentiel de croissance économique. Le défi consiste donc à réformer les systèmes sociaux et les pratiques sociales, y compris les soins de longue durée, de manière à minimiser ce risque tout en maintenant, voire en améliorant les normes sociales.
- **La capacité des États membres de combler l'écart** entre l'accroissement des besoins et la limitation ou l'abaissement des ressources allouées aux soins de longue durée constitue un élément essentiel de leur capacité d'apporter une **réponse adéquate aux défis liés au vieillissement de la population**.
- La recherche de moyens de combler cet écart est un volet majeur du processus d'adaptation des sociétés européennes en vue d'optimiser les **possibilités offertes par la nouvelle démographie**, y compris l'évolution



des besoins et de la demande de biens et de services qui déterminera largement l'activité économique de demain.

- La problématique des soins de longue durée a donc des liens avec **quatre des cinq objectifs de la stratégie « Europe 2020 »** (un taux d'emploi de 75%, un investissement dans la R&D représentant 3% du PIB, la réduction du taux d'abandon scolaire et la diminution du nombre de personnes menacées de pauvreté et d'exclusion sociale) et avec **six de ses sept initiatives phares**.
- En ce qui concerne la nécessité d'une **recherche et d'un développement de produits**, cette problématique a des liens avec les initiatives « Union pour l'innovation », « Stratégie numérique pour l'Europe » et « Une politique industrielle à l'ère de la mondialisation ». En ce qui concerne **l'emploi, les compétences et l'inclusion sociale**, elle se rattache aux initiatives « Une stratégie pour les nouvelles compétences et les nouveaux emplois », « Jeunesse en mouvement » et « Plateforme européenne contre la pauvreté ».
- **Le partenariat européen d'innovation (PEI) consacré au vieillissement actif et en bonne santé** dans le cadre de l'initiative « Union pour l'innovation » revêt un intérêt tout particulier dans la perspective du renforcement de la capacité des États membres de combler les lacunes par rapport aux besoins de SLD. Conjuguant prévention et plus grande efficacité et efficience des systèmes de soins grâce à une organisation innovatrice et à des technologies d'assistance de pointe, il se situe au cœur des efforts déployés pour remédier aux carences. L'un des défis à relever par le PEI est un juste équilibre entre l'attention et les ressources respectivement accordées à la prévention et l'appui à la vie autonome, d'une part, et les soins thérapeutiques, d'autre part.
- La stratégie « Europe 2020 » pour la croissance ne contient pas de volet spécifiquement consacré à la **protection sociale**. Cette dernière est toutefois couverte de façon indirecte par l'engagement ferme de **réduire la pauvreté**, qui implique notamment que les soins aux personnes âgées ne peuvent générer la pauvreté (que ce soit du côté des bénéficiaires ou du côté des prestataires) et que la pauvreté ne peut exclure quiconque des soins.

- La réforme des soins de longue durée peut contribuer à **réduire le risque de pauvreté** — risque majeur pour ceux qui deviennent tributaires de soins de longue durée lorsque le système exige, comme c'est le cas dans de nombreux États membres, que les bénéficiaires participent aux frais. Il est possible de limiter ce piège de la pauvreté en permettant aux personnes âgées de continuer à gérer leur propre vie — une approche qui exige des **stratégies de prévention efficaces** et des **mesures de soutien adéquates**.
- Le comblement de l'écart entre besoins et offre de SLD relève également, à plusieurs égards importants, de **l'objectif en matière d'emploi**. Les femmes en particulier (et celles d'âge moyen surtout) sont en situation de sous-emploi dans bon nombre d'États membres. Les soins de longue durée peuvent être envisagés comme un **moteur d'emploi** susceptible d'assurer une part considérable des postes non qualifiés et semi-qualifiés qui seront nécessaires à l'avenir et qui pourraient convenir à des groupes vulnérables (jeunes ayant quitté prématurément l'école ou personnes ayant abandonné leur formation, par exemple). En ce qui concerne **les jeunes**, un travail dans le secteur des soins de longue durée pourrait être le moyen d'accéder au marché de l'emploi à un seuil minimal. Ce type de travail peut aussi aider **les personnes d'âge moyen et plus âgées** qui éprouvent une difficulté à trouver un emploi, surtout si leurs qualifications sont faibles ou désuètes. Ceci dit, pour que le secteur des SLD fonctionne effectivement comme moteur d'emploi, il faudra **faciliter l'accès à la formation**. Une certaine **réorganisation de la prestation des soins** va peut-être s'avérer nécessaire également en vue de son adéquation au **panachage des compétences disponibles** (soignants hautement qualifiés et soignants peu qualifiés). Outre les nouveaux emplois dans le secteur des soins proprement dit, des emplois supplémentaires peuvent être attendus dans des secteurs d'approvisionnement connexes (technologies d'assistance notamment).



## Références

Commission européenne (2009), Rapport 2009 sur le vieillissement: projections économiques et budgétaires dans les États membres de l'UE-27 (2008-2060), Économie européenne 2/2009.

Esping-Andersen Gøsta (1990), *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press.

Fernández José-Luis, Forder Julien, Trukeschitz Birgit, Rokosová Martina, McDaid David (2009), *How can European states design efficient, equitable and sustainable funding systems for long-term care for older people?* Health Systems and Policy Analysis Policy Brief 11, Organisation mondiale de la Santé.

Fujisawa R, Colombo F (2009), *The Long-Term Care Workforce: Overview and Strategies to Adapt Supply to a Growing Demand*, OECD Health Working Paper, No. 44.

Geerts Joanna (2011), *The Long-Term Care Workforce: Description and Perspectives*. ENEPRI Research Report 93.

Kraus Markus, Riedel Monika, Mot Esther, Willemé Peter, Röhring Gerald, Cypionka Thomas (2010), *A Typology of Long-term Care Systems in Europe*. ENEPRI Research Report 91.

Ministère suédois de la Santé et des affaires sociales (2010), *The future need for care. Results from the LEV project*. Regieringskansliet, Government Offices of Sweden.

OCDE (2011), *Besoin d'aide? La prestation de services et le financement de la dépendance*. Paris.

Simonazzi Annamaria (2009), *New skills for new jobs? Status Quo and perspectives for the elderly care sector in Europe*. Document thématique de l'Observatoire européen de l'emploi (OEE), Fondazione Giacomo Brodolini, Rome.

Wittenberg R, Sandhu B, Knapp M (2002), *Funding Long-term Care: Public and Private Options*. Dans: E Mossialos, A Dixon, J Figueras, J Kutzin, *Funding Health Care: Options for Europe*, Buckingham, PA, Open University Press.

Documents produits en vue de l'examen par les pairs

Le document de discussion, les commentaires des pays pairs et les contributions des parties prenantes peuvent être consultés sur:

<http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2011/closing-the-gap>





<http://www.peer-review-social-inclusion.eu>

## Comblent l'écart ou comment concilier l'accroissement des besoins de soins et le manque de moyens

Pays hôte : **Suède**

Pays pairs : **Allemagne, Bulgarie, Chypre, Danemark, Estonie, Luxembourg, Slovaquie**

Parties prenantes : **AGE, Caritas**

Comment prendre soin d'une population vieillissante avec des ressources limitées est un défi auquel sont confrontés les pays de toute l'Europe. Le défi est d'autant plus important que la rigueur budgétaire au lendemain de la crise financière et la récession qui l'a accompagnée amplifient l'impact des tendances démographiques. Même si les pays ont des systèmes de soins assez différents, ils partagent la même nécessité de trouver comment limiter la demande de soins tout en garantissant parallèlement l'accès à des soins de qualité pour toutes les personnes qui en ont besoin sans que cela mette une pression insoutenable sur les fonds publics. L'objectif de cet examen par les pairs est de stimuler le débat et la recherche d'idées pour aider à élaborer une stratégie pour soutenir ce processus.

En Suède, un rapport sur « les futurs besoins de soins » a examiné la logistique requise pour maintenir des soins de santé de qualité pour les personnes âgées dans un contexte où la demande s'accroît mais sans hausse des ressources. S'il est en principe possible de répondre à une demande accrue, l'ampleur de l'évolution démographique rend absolument cruciale une intervention immédiate dans de nombreux domaines. Les gouvernements doivent envisager de nouvelles façons de réduire la demande en augmentant les années de vie saine tout en améliorant le rapport coût-efficacité de la prestation de services. Cela requiert un bon usage des progrès techniques et médicaux, comme le fait de développer des services mobiles pour que les personnes âgées ne soient pas obligées de se déplacer pour bénéficier de soins.