



EXAMEN PAR LES PAIRS

EN MATIÈRE DE

PROTECTION SOCIALE

ET D'INCLUSION SOCIALE

2008

SOINS DE LONGUE DURÉE: LES PISTES
VERS UNE OFFRE ABORDABLE ET VIABLE
COMPTE TENU DES CONTRAINTES LIÉES AUX
DISPOSITIONS ET RESPONSABILITÉS À
LA FOIS COLLECTIVES ET INDIVIDUELLES

PAIY-BAS 11 – 12.02.09

RAPPORT DE SYNTHÈSE



Pour le compte de la
Commission européenne
DG Emploi, affaires sociales
et égalité des chances



EXAMEN PAR LES PAIRS

EN MATIÈRE DE

PROTECTION SOCIALE ET D'INCLUSION SOCIALE 2008

SOINS DE LONGUE DURÉE: LES PISTES VERS UNE OFFRE ABORDABLE ET VIABLE COMPTE TENU DES CONTRAINTES LIÉES AUX DISPOSITIONS ET RESPONSABILITÉS À LA FOIS COLLECTIVES ET INDIVIDUELLES

EN COOPÉRATION AVEC LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DU BIEN-ÊTRE SOCIAL
ET DES SPORTS

HEINZ ROTHGANG, CENTRE DE POLITIQUE SOCIALE (ZES),
UNIVERSITÉ DE BRÊME
KARSTEN ENGELKE, INSTITUT DE SANTÉ ET DE DROIT MÉDICAL (IGMR),
UNIVERSITÉ DE BRÊME

PAYS-BAS 11 – 12.02.09

RAPPORT DE SYNTHÈSE



Pour le compte de la
Commission européenne
DG Emploi, affaires sociales
et égalité des chances



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 égalité des chances » 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 égalité des chances» 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.

2009

PRINTED IN BELGIUM



Table des matières

Résumé	5
I. Introduction	8
II Contexte: le défi démographique	10
III Politique et situation dans le pays hôte: Pays-Bas	11
IV Politique et situation dans les pays pairs	13
V Enseignements	22
VI Conclusions	35





Résumé

Comme beaucoup d'autres États membres de l'UE, les Pays-Bas doivent relever le défi que constitue la maîtrise de la charge croissance imposée par les soins de longue durée (SLD) tout en veillant à ce que ce type de soins reste abordable — une démarche qui revêt une importance toute particulière en cette période de crise économique. Le gouvernement néerlandais a initié, dans ce contexte, un débat sur l'avenir de son système de soins de longue durée, ainsi qu'un examen par les pairs sur ce thème, considérant qu'il est important de partager, de comparer et d'échanger des points de vue avec d'autres États membres de l'Union.

La réunion de l'évaluation par les pairs consacrée aux politiques en matière de soins de longue durée avait pour objectif d'examiner la meilleure façon d'organiser ce type de soins pour qu'ils soient à la fois abordables et viables, compte tenu des contraintes au niveau des dispositions et responsabilités collectives, d'un côté, et des dispositions et responsabilités individuelles, de l'autre. Elle a eu lieu à La Haye (Pays-Bas) les 10 et 11 février 2009. Organisée par le ministère néerlandais de la Santé, du bien-être social et des sports, elle s'inscrivait dans le programme de la Commission européenne « Examen par les pairs en matière de protection sociale et d'inclusion sociale ».

5

Outre les participants du pays hôte, des représentants de dix pays pairs ont pris part à la réunion: Allemagne, Autriche, Belgique, Estonie, Hongrie, Pologne, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie et Suède. Les groupes de parties prenantes européennes étaient représentés par la Plateforme européenne des personnes âgées (AGE) et l'Association européenne des prestataires de services pour les personnes handicapées (EASPD). Des représentants de la Direction générale Emploi, affaires sociales et égalité des chances (Commission européenne) et un expert thématique de l'Université de Brême (Allemagne) y ont également assisté.

Les discussions par les pairs se sont articulées autour de trois grandes questions définies par le pays hôte comme déterminantes pour assurer des soins à long terme qui soient non seulement abordables, mais également accessibles, viables et de bonne qualité. Il s'agit des questions suivantes:

- 1) En ce qui concerne le financement: « Comment trouver le juste équilibre entre dispositions et responsabilités collectives et individuelles, de sorte que les citoyens aient la possibilité d'être couverts par des dispositions collectives (sous la forme de tickets modérateurs ou de budgets



personnalisés) tout en bénéficiant indépendamment de l'aide des autorités locales en matière de soins de longue durée? »

- 2) En ce qui concerne la délimitation des différents systèmes de soins: « Comment établir la délimitation entre soins de santé de longue durée et facilités annexes (subsidés au logement et aide ménagère, par exemple) de manière à ce que les citoyens aient connaissance des services auxquels ils ont droit et à ce que les décisions en matière de fourniture des prestations en question soient équitables et transparentes? »
- 3) En ce qui concerne les effectifs et la disponibilité de personnel qualifié pour les soins de longue durée: « Comment trouver le juste équilibre entre l'offre et la demande, compte tenu des facteurs démographiques et des facteurs liés au marché du travail? ». Cette question englobait la problématique de la migration des soignants professionnels au sein de l'Union européenne.

6 Outre ces questions, les participants à l'examen par les pairs sont envisagé l'impact de la crise économique et financière actuelle sur le secteur des SLD.

Les discussions ont permis de dégager un certain consensus sur les points suivants:

- En ce qui concerne le financement: les participants ont considéré que l'assurance privée basée sur des versements directs ne peut constituer la clé de voûte du système car en étant liée au risque elle ferait obstacle à la fourniture d'un service universel de soins, et en étant obligatoire pour tous elle deviendrait de facto une forme d'assurance sociale. Ils ont dès lors estimé qu'un système de SLD requiert un financement public important, que ce soit au travers d'un système d'assurance sociale ou d'un système financé par l'impôt.
- En ce qui concerne la délimitation entre les systèmes: tout en reconnaissant la nécessité de tracer des limites claires entre les systèmes afin d'en maîtriser les coûts, les participants expriment davantage de consensus encore sur le fait que ces limites pourraient entraver la fourniture de soins intégrés, alors que ces derniers sont jugés à la fois souhaitables et nécessaires.



- En ce qui concerne les effectifs: des mesures doivent être prises tant du côté de la demande que du côté de l'offre pour éviter une pénurie future de soignants professionnels. La migration de cette catégorie de travailleurs entre les États membres n'apparaît pas comme la meilleure — ou la seule — solution au niveau européen.



I. Introduction

La réunion de l'évaluation par les pairs consacrée aux politiques en matière de soins de longue durée, qui avait pour objectif d'examiner la meilleure façon d'organiser ce type de soins pour qu'ils soient à la fois abordables et viables, compte tenu des contraintes au niveau des dispositions et responsabilités collectives, d'un côté, et des dispositions et responsabilités individuelles, de l'autre, a eu lieu à La Haye (Pays-Bas) les 10 et 11 février 2009. Organisée par le ministère néerlandais de la Santé, du bien-être social et des sports, elle s'inscrivait dans le processus de l'examen par les pairs en matière de protection sociale et d'inclusion sociale, et de l'évaluation en matière d'inclusion sociale.

Outre les participants du pays hôte, des représentants de dix pays pairs ont pris part à la réunion: Allemagne, Autriche, Belgique, Estonie, Hongrie, Pologne, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie et Suède. Les groupes de parties prenantes européennes étaient représentés par la Plateforme européenne des personnes âgées (AGE) et l'Association européenne des prestataires de services pour les personnes handicapées (EASPD). Des représentants de la Direction générale Emploi, affaires sociales et égalité des chances (Commission européenne) et un expert thématique de l'Université de Brême (Allemagne) y ont également assisté.

Le présent rapport de synthèse dresse un bilan des discussions intervenues lors de la réunion. Sa structure suit celle de l'examen par les pairs et du questionnaire qui l'accompagne; et il s'appuie sur le document de réflexion qui a servi de document thématique de base au processus d'examen.

Le débat s'est articulé autour des trois sous-thèmes mis sur la table par le pays hôte:

- 1) En ce qui concerne le financement: « Comment trouver le juste équilibre entre dispositions et responsabilités collectives et individuelles, de sorte que les citoyens aient la possibilité d'être couverts par des dispositions collectives (sous la forme de tickets modérateurs ou de budgets personnalisés) tout en bénéficiant indépendamment de l'aide des autorités locales en matière de soins de longue durée? »
- 2) En ce qui concerne la délimitation des différents systèmes de soins: « Comment établir la délimitation entre soins de santé de longue durée et facilités annexes (subsidés au logement et aide ménagère,



par exemple) de manière à ce que les citoyens aient connaissance des services auxquels ils ont droit et à ce que les décisions en matière de fourniture des prestations en question soient équitables et transparentes? »

- 3) En ce qui concerne les effectifs et la disponibilité de personnel qualifié pour les soins de longue durée: « Comment trouver le juste équilibre entre l'offre et la demande, compte tenu des facteurs démographiques et des facteurs liés au marché du travail? ». Cette question englobait la problématique de la migration des soignants professionnels au sein de l'Union européenne.

Une question supplémentaire a néanmoins surgi au cours du débat, en l'occurrence la crise économique et financière actuelle: son impact à court et long termes sur les soins de longue durée dans les différents États membres a, dès lors, été également examiné.

Les quatre questions ci-dessus sont traitées de manière plus approfondie à la section V du présent rapport. Celle-ci est précédée d'informations concernant le contexte démographique (section II), ainsi que d'une description de la politique et de la situation dans le pays hôte (section III) et dans les pays pairs (section IV). Les conclusions proposées en fin de rapport résument les principaux enseignements



II Contexte: le défi démographique

La demande de soins de longue durée est, de toute évidence, liée à l'âge et le nombre de personnes réclamant ce type de soins va nécessairement augmenter avec le vieillissement de la population des États membres de l'UE. Selon l'OCDE, le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus devrait doubler entre 2005 et 2030, passant de 1,5 à 3% de la population entre ces deux dates, pour atteindre 5,2% en 2050, soit un taux trois fois supérieur à celui d'aujourd'hui. Étant donné que ces personnes présentent le risque de dépendance le plus élevé, ces chiffres donnent une idée de ce que l'avenir réserve en termes de nombre de citoyens nécessitant des soins de longue durée. Même si une diminution des taux de dépendance liée à l'âge devait quelque peu atténuer la tendance escomptée, il ne fait aucun doute que l'évolution démographique va engendrer un accroissement de la demande de ce type de soins.

Cette demande pourrait, en outre, être aisément sous-estimée si l'on se contente de considérer le taux de prévalence à un moment donné, plutôt que le risque sur l'ensemble de la durée de vie. Les données allemandes, par exemple, montrent que, même en appliquant une définition assez étroite des soins de longue durée, le risque pour quiconque de devoir y recourir est supérieur à 50%. Les données relatives aux États-Unis confirment ce chiffre.¹ Les soins de longue durée constituent donc un risque social qui concerne tous les citoyens, et la protection contre ce risque doit, dès lors, être envisagée comme une prérogative de tous les États providence de l'UE.

Le débat sur la meilleure façon d'organiser des soins de longue durée à la fois abordables et viables revêt donc une importance politique et sociale majeure, et une réponse doit être trouvée aux nombreuses questions qui en découlent: comment garantir une offre suffisante de futurs soignants? Où trouver un financement suffisant et durable? Comment les dépenses en soins de longue durée peuvent-elles être maîtrisées et rester abordables?

1 Le document de réflexion de l'examen par les pairs propose une discussion plus approfondie de cette question et des effets du changement démographique sur les SLD. Ce document peut être consulté sur: <http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2008/how-to-organise-affordable-sustainable-long-term-care-given-the-constraints-of-collective-versus-individual-arrangements-and-responsibilities/discussion-paper>



III Politique et situation dans le pays hôte: Pays-Bas

La situation dans le pays hôte a servi de point de départ à l'examen par les pairs.² Les Pays-Bas comptent 17 millions d'habitants et l'espérance de vie moyenne y est de 78 ans.

Trois instruments du cadre légal néerlandais concernent le système des soins de longue durée: la loi générale sur les soins de santé (ZVW), qui couvre les services médicaux; la loi générale sur les frais médicaux spéciaux (AWBZ), qui couvre les personnes souffrant de maladies ou troubles graves de longue durée; et la loi sur l'accompagnement social (WMO), gérée par les autorités locales.

La loi générale sur les frais médicaux spéciaux (AWBZ), entrée en vigueur en 1967, institue un régime national d'assurance dans le cadre duquel toute personne répondant aux critères définis par la législation est automatiquement assurée et tenue de verser une cotisation obligatoire, qu'elle ait ou non l'intention de faire appel aux services visés. Le régime est financé par le versement de ces primes, ainsi que par des subventions publiques et par les contributions personnelles des bénéficiaires des soins. L'assurance couvre les soins en établissement (centre médicalisé de long séjour ou maison pour personnes âgées), de même que les soins à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie, les personnes handicapées et les personnes atteintes de troubles mentaux chroniques.

À l'heure actuelle, quelque 3,6% de la population néerlandaise (soit 588 000 personnes) remplissent les critères régissant les soins de longue durée au titre de l'AWBZ. Le coût de l'assurance instituée par cette loi — et, par voie de conséquence, le montant des primes — a cependant considérablement augmenté au cours des dix dernières années. Une personne ayant un revenu moyen verse actuellement une prime de 320 € par mois à l'AWBZ.

Les évolutions démographiques et l'augmentation du nombre de personnes âgées nécessitant des soins de longue durée n'expliquent que partiellement cette hausse de coût. En effet, les dépenses liées à l'AWBZ ont, par ailleurs, augmenté beaucoup plus rapidement que les dépenses liées à la loi générale sur les

2 La politique des Pays-Bas en matière de SLD est résumée dans le document du pays hôte, disponible sur <http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2008/how-to-organise-affordable-sustainable-long-term-care-given-the-constraints-of-collective-versus-individual-arrangements-and-responsibilities/host-country-report>



soins de santé (ZVW) en termes de services médicaux. Ce constat a conduit à se demander si certains frais qui devraient être couverts par la ZVW sont, en réalité, transférés vers l'AWBZ et font ainsi augmenter de façon inéquitable la charge financière du système des SLD.

Les questions de viabilité, de solidarité et de délimitation explicite entre les systèmes sont donc au cœur du débat aux Pays-Bas. Des réformes destinées à garantir que les soins de longue durée resteront accessibles, abordables et de grande qualité sont d'ores et déjà en cours. Les mesures visent notamment à redéfinir les types de soins auxquels les assurés ont droit, et à améliorer l'efficacité du système (en instaurant un système de « budgets personnalisés » par lequel chaque personne reçoit une allocation spécifique qu'elle peut utiliser pour les services de son choix). Ces mesures devraient permettre d'économiser 800 milliards d'euros à l'horizon 2010. Malgré les efforts ainsi déployés, le pays s'attend encore à une hausse de 3% du coût de l'AWBZ en raison de l'évolution démographique, et à une augmentation probable des dépenses de 21 milliards d'euros en 2008 à 23 milliards en 2012.

IV Politique et situation dans les pays pairs³

La réponse d'un pays au défi que constitue le maintien d'un système viable de SLD dépend largement du régime d'État providence qu'il a mis en place. Cette quatrième section propose dès lors une analyse des situations et politiques des pays pairs par rapport aux questions soulevées par le pays hôte. Les pays ont été regroupés en fonction de la typologie de leurs systèmes de soins.

1. Systèmes traditionnels d'assurance sociale: Allemagne, Autriche, Belgique

Tout en ayant des régimes de sécurité sociale similaires à bien des égards, les trois pays ont opté pour des solutions différentes en ce qui concerne les soins de longue durée.

a) Financement

Les trois pays font respectivement appel à des sources de financement différentes: en Allemagne, une assurance SLD spécifique et obligatoire a été introduite au milieu des années 90, mais elle ne couvre pas tous les frais encourus et une part supplémentaire doit être financée par des versements directs ou par la fiscalité, et une aide sociale liée aux ressources. La loi autrichienne « *Pflegegeldgesetz* » est encore antérieure au régime allemand. En vertu de la législation autrichienne, les prestations en espèces financées par la fiscalité sont réservées aux soins extra-muros, le financement public des soins intra-muros reposant pour sa part sur l'aide sociale. En Belgique, les soins de santé de longue durée sont couverts par l'assurance maladie obligatoire, et la perte d'autonomie ouvre le droit à une prestation en espèces imputée au budget fédéral (allocation pour soins palliatifs, intervention pour matériel d'incontinence, allocation pour maladie chronique) ou à des soins et services sociaux imputés aux budgets des Communautés et des Régions.

Ainsi donc, aucun de ces trois pays ne dépend uniquement des cotisations à l'assurance sociale pour le financement public de son système de SLD, et tous trois ont prévu des dispositions en vue de versements directs.

3 Cet aperçu se fonde sur les rapports nationaux rédigés en réponse au questionnaire élaboré par le pays hôte (voir: <http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2008/how-to-organise-affordable-sustainable-long-term-care-given-the-constraints-of-collective-versus-individual-arrangements-and-responsibilities>).



b) Délimitation des systèmes

Les trois pays indiquent que la délimitation entre le système de soins de longue durée et les autres systèmes engendre certaines difficultés. Le rapport belge souligne la forte fragmentation du système national de SLD, à l'origine de toute une série de lacunes et d'incertitudes en termes de couverture de besoins spécifiques. La différenciation entre les prestations de l'assurance maladie est perçue comme particulièrement problématique. Le rapport autrichien souligne pour sa part que les hôpitaux sont parfois considérés *de facto* comme la solution alternative aux centres médicalisés de long séjour. En Belgique, certains types de services ont, en réalité, été délibérément incorporés au système des SLD pour éviter ce type de situation. En Allemagne, le débat sur la délimitation entre soins de santé et soins de longue durée se focalise davantage sur la question du matériel médical utilisé dans les centres médicalisés, et sur la distinction entre soins de base (financés par l'assurance SLD) et soins médicaux (financés par l'assurance maladie).

Aucun de ces trois rapports nationaux ne contient de liste explicite de règles ou de critères qui permettraient de différencier les divers types de soins. En fait, tous trois mettent l'accent sur les inconvénients engendrés par la fixation de limites nettes et précises, en particulier lorsqu'il s'agit d'intégrer les différents types de soins destinés aux personnes âgées. Il apparaît en effet que plus la différenciation entre soins de santé et soins de longue durée est clairement établie, plus il devient difficile d'offrir des soins intégrés. Aussi l'Allemagne, par exemple, s'efforce-t-elle d'offrir les deux types de services par le biais de centres de soutien SLD intégrés et de centres de conseils dont la création est obligatoire.

c) Effectifs

Les trois pays font état d'une croissance de la demande de personnel soignant tant pour les soins en établissement que pour les soins à domicile. Ils s'attendent à une pénurie d'effectifs à brève échéance si aucune mesure n'est prise pour recruter davantage de soignants professionnels. Seule la Belgique décrit la situation actuelle de façon un peu plus optimiste, tandis que l'Autriche signale qu'un nombre de plus en plus important de postes vacants dans le secteur des soins sont pris en charge par des infirmiers et infirmières formés à l'étranger.

Par ailleurs, les trois pays font remarquer que plusieurs facteurs pourraient modifier le nombre de soignants professionnels nécessaires pour assurer des soins

de qualité à tous ceux qui en ont besoin. L'Autriche souligne en effet que ce sont les évolutions futures en termes de normes de qualité, de politiques et de technologies, de même que les attentes des bénéficiaires des soins et de leurs familles, qui détermineront le niveau de travail qualifié requis dans le domaine des soins. En Allemagne, des efforts sont mis en œuvre pour élargir le secteur des soins formels de manière à réduire l'écart entre l'offre et la demande de soignants professionnels. La Belgique a introduit le concept d'aides-soignants, désignant des soignants qui assistent le personnel infirmier, en tant que profession reconnue. Le pays a particulièrement veillé en outre à améliorer l'environnement de travail, les relations avec les bénéficiaires des soins et la satisfaction au travail, en améliorant l'appui aux soins informels, en prévoyant des accords sociaux spéciaux et en offrant aux aides-soignants la possibilité de devenir infirmiers/infirmières. Le personnel infirmier bénéficie aussi désormais de meilleures perspectives professionnelles dans la mesure où les intéressés peuvent suivre des formations ou acquérir un diplôme de l'enseignement supérieur en conservant leur salaire. L'Autriche a pris, elle aussi, des mesures destinées à favoriser la mobilité professionnelle et la mobilité verticale.

2. Le modèle scandinave: Suède

a) Financement

Près de 96% des dépenses liées au SLD sont financées, en Suède, par la fiscalité au niveau municipal. La prestation des services offerts dans le cadre de ce système est la même pour tous, mais il est possible d'acheter des services complémentaires auprès des prestataires de SLD. Le rapport suédois fait toutefois remarquer qu'il ne devrait pas être nécessaire, si le système de SLD fonctionne bien, de faire appel à des prestations supplémentaires: les services municipaux devraient répondre à tous les besoins. Par ailleurs, de nombreuses municipalités pratiquent le ticket modérateur pour autant que les bénéficiaires des soins aient des moyens financiers suffisants pour participer au coût des SLD.

b) Délimitation des systèmes

Le système suédois établit la distinction entre soins de santé et soins de longue durée, et les systèmes correspondants sont gérés à des niveaux administratifs différents. Tout en se déclarant favorable à des distinctions claires et précises, la Suède reconnaît la nécessité d'une assistance pour éviter la fragmentation et



contourner les inconvénients qui découlent de cette structure. Dans le droit fil de cette réflexion, le pays a mis en place des « pilotes » qui aiguillent les bénéficiaires des soins à l'intérieur des différents systèmes.

c) Effectifs

La Suède ne signale actuellement aucun problème en termes de personnel soignant, mais elle prévoit une pénurie dans une dizaine d'années par suite des départs à la retraite et de la réduction démographique de la main-d'œuvre disponible. Une concurrence au niveau du recrutement de personnel qualifié peut donc être attendue. La Suède développe depuis peu des stratégies destinées à obtenir des professionnels compétents en nombre suffisant. Un rapport sur cette question a été publié fin 2008. Les principaux critères permettant d'attirer du personnel compétent sont la fixation d'un niveau minimum de qualification, la possibilité pour les soignants professionnels de perfectionner leurs aptitudes et l'amélioration des perspectives de carrière. La Suède a en outre l'intention d'entamer en milieu scolaire l'éducation relative aux soins de longue durée.

3. Le *National Health Service* : Royaume-Uni⁴

a) Financement

Les services de soins de longue durée sont financés, en Angleterre, par l'impôt. Les demandes sont traitées sur la base d'une évaluation des besoins de la personne concernée et prévoient un examen des ressources, ce qui limite la contribution de l'État au coût des soins en fonction du capital personnel du bénéficiaire du service, y compris ses économies, ses investissements et ses biens immobiliers.

Si le bénéficiaire des soins possède des avoirs dont l'estimation dépasse le seuil des 22 500 £ (soit 26 570 € environ), il est tenu de payer la totalité des frais engendrés par les soins et ne pourra bénéficier d'aucune aide de l'État, quel que soit son degré de besoin.

De surcroît, les décisions relatives au niveau de financement des soins sont prises à l'échelon local — ce qui signifie que deux personnes ayant des besoins identiques pourraient, selon la communauté dans laquelle elles résident, rece-

⁴ Étant donné l'existence de dispositions institutionnelles différentes selon les parties du Royaume-Uni, la description ci-après concerne plutôt l'Angleterre.



voir en définitive des niveaux différents de soins et de services. Il existe un cadre national pour la définition des niveaux de soins, afin de minimiser les différences exclusivement liées au lieu de résidence.

L'évaluation des besoins tient également compte du fait que le demandeur a la possibilité, ou non, de disposer de soins informels.

b) Délimitation des systèmes

Une distinction fondamentale est établie entre les soins de santé et l'aide sociale. Les services de soins de santé font partie du National Health Service (NHS), financé par l'impôt, tandis que l'aide sociale relève des autorités locales. Le traitement médical relevant du NHS est, de manière générale, assuré gratuitement au lieu de prestation, sans prise en compte des ressources. L'aide sociale, en revanche, est assortie d'une condition de ressources. C'est la raison pour laquelle les deux systèmes doivent rester distincts. Les soins de longue durée ne font intégralement partie ni de l'un, ni de l'autre. Une délimitation précise est à l'étude.

c) Effectifs

Le rapport national britannique signale qu'en avril 2007, le taux de renouvellement de l'ensemble des catégories du personnel relevant de la protection sociale était de 19,3%, et atteignait 25,9% en ce qui concerne les soins à domicile. Un tel niveau de rotation est révélateur d'un problème au niveau des effectifs. Des études consacrées aux ressources humaines ont en effet établi qu'un renouvellement de 15% atteste d'un problème, mais qu'un taux de rotation supérieur à 20% peut aller jusqu'à compromettre la qualité du service. La question mérite une attention particulière dans un secteur tel que les SLD, où les relations revêtent une importance vitale et où les tâches ont un caractère personnel, voire intime. Le rapport cite par ailleurs des taux de vacance de postes pouvant atteindre 5,9%.

Le Royaume-Uni s'efforce de rendre le travail dans le secteur des soins de longue durée plus attrayant en améliorant la rémunération et les contrats, mais également les conditions de travail, les possibilités de formation et les perspectives de carrière. En juin 2008, le ministère de la Santé a publié, en partenariat avec plusieurs parties prenantes, une déclaration intermédiaire concernant le développement de la stratégie britannique en matière de ressources humaines, intitulée « *Putting People First — Working to Make it Happen* ». Ce même ministère organise en outre chaque année une campagne de recrutement pour le secteur



de l'aide sociale, afin de faire mieux connaître ce type de profession et d'inciter les personnes intéressées à se renseigner sur les possibilités d'emploi au plan local.

En 2008–2009, le ministère de la Santé a consacré 290 millions £ à la formation et au développement de travailleurs adultes dans le domaine de l'aide sociale. La *National Skills Academy* va, elle aussi, mettre en place un programme de formation et de perfectionnement à l'intention des professionnels de ce secteur.

4. Nouveaux États membres de l'UE: Pologne, Slovénie, Hongrie, Estonie, Roumanie

Les systèmes de soins de santé de ces cinq pays reposent principalement, ou exclusivement, sur le principe de l'assurance. Toutefois, comme dans le cas de nombreux systèmes de ce type, des recettes fiscales servent parfois à compléter les primes, considérant que les services couverts par le système sont des services d'intérêt général. La Hongrie, par exemple, s'est dotée d'un système d'assurance mixte, conjugué à un financement fiscal complémentaire.

18

Aucun de ces pays n'a instauré de système d'assurance distinct pour ce qui concerne les soins de longue durée. Les services formels liés au SLD sont le plus souvent prestés dans le cadre d'autres systèmes de sécurité sociale. En Pologne, les responsabilités en matière de soins sont traditionnellement attribuées à des membres de la famille et des proches, l'assistance sociale étant un dernier recours.

a) Financement

Le mode de financement des prestations de SLD dépend du système auquel le service visé est affecté. Certains services sont financés par les budgets de l'État, certains par les budgets des communautés ou districts, certains par le versement d'assurances. Les services sociaux sont essentiellement financés par la fiscalité, tandis que les soins de santé sont couverts par des systèmes d'assurance. Les contributions et tickets modérateurs à charge des bénéficiaires des soins, de même que l'application d'une condition de ressources, sont fréquents dans les systèmes de chacun de ces cinq pays.



b) Délimitation des systèmes

Tous les pays rapportent que l'administration des services de SLD pose problème dans le cadre de systèmes de soins distincts. En Slovénie, une séparation rigoureuse existe entre les centres médicalisés de long séjour et les soins à domicile. Ce pays précise que, lorsque des services de soins sont prestés à domicile, les prestataires de soins de santé et d'aide sociale travaillent actuellement séparément et sans aucune forme de coopération, voire parfois en conflit les uns avec les autres. La Pologne met également en évidence les difficultés engendrées par le maintien de systèmes distincts de prestations de soins. Le pays tente aujourd'hui de resserrer les liens de coopération entre les institutions offrant des services dans différents secteurs de soins, afin d'améliorer la situation des bénéficiaires et de réduire les inefficiences. L'Estonie souligne, elle aussi, la difficulté de passer de services de soins médicalisés à d'autres types de prestations, et inversement. Soucieuse de résoudre ce problème, elle développe actuellement des concepts de soins intégrés en vue de favoriser des liens plus étroits entre les services de soins de longue durée et certains services connexes.

c) Effectifs

L'Estonie, la Roumanie et la Slovénie font toutes trois état de problèmes sérieux, voire graves, en ce qui concerne l'offre de personnel de soins qualifié. En Hongrie et en Pologne, aucune pression sur l'offre n'est ressentie pour le moment, mais elle est attendue dans un avenir proche. Comme le signalent la Pologne et la Roumanie, les raisons qui sous-tendent la montée de la pression sur l'offre sont fondamentalement les mêmes dans tous les pays: une diminution du chômage qui, conjuguée à une hausse des salaires, conduit à une demande accrue de services et de travailleurs dans le domaine des soins. La Slovénie souligne également cette augmentation de la demande de services de soins, tandis que l'Estonie insiste sur le peu de reconnaissance et de récompense sociale dont bénéficient les emplois dans ce secteur — ce que les salaires sont loin de pouvoir compenser.

Les solutions proposées par ces pays résident principalement dans une amélioration des conditions de travail et, en particulier, dans l'intensification des soins à domicile par les membres de la famille.



5. Le point de vue des parties prenantes

La Plateforme européenne des personnes âgées (AGE) et l'Association européenne des prestataires de services pour les personnes handicapées (EASPD) ont, l'une et l'autre, présenté une prise de position et participé au processus de l'examen par les pairs.

D'abord et avant tout, **AGE** rappelle l'importance d'une approche holistique des soins de longue durée, qui tienne compte des intérêts et des perspectives de toutes les générations. En ce qui concerne le financement, l'organisation insiste sur le fait que, tant du côté des bénéficiaires que du côté des prestataires des soins, la question essentielle n'est pas celle des sources, mais celle de l'impact de ces sources sur des aspects tels que l'accessibilité, le coût abordable et la qualité des soins. AGE a plus particulièrement exprimé son scepticisme à propos du déplacement de la responsabilité des SLD vers la personne individuelle, car on ne connaît pas l'incidence d'une telle réforme. Un changement dans ce sens pourrait notamment avoir des répercussions négatives au niveau des groupes vulnérables, telles les femmes âgées sans soutien familial suffisant ou les migrants ayant peu, voire pas d'antécédents professionnels. AGE recommande dès lors l'accessibilité universelle des services de SLD indépendamment de l'âge, du revenu, de l'état de santé ou des antécédents professionnels.

L'organisation critique par ailleurs les distinctions parfois établies entre système de SLD et système de soins médicaux. Tout en admettant qu'une délimitation entre systèmes est sans doute nécessaire, elle prévient que celle-ci peut également entraver la prestation des soins infirmiers et autres. Les limites entourant les systèmes de SLD risquent également de provoquer une nouvelle pondération entre responsabilités collectives et responsabilités individuelles. AGE recommande, par conséquent, que la Commission procède à une analyse d'impact des réformes destinées, dans certains États membres, à transférer une partie des risques de dépendance vers la personne individuelle.

En ce qui concerne la question du personnel qualifié, AGE fait remarquer que la plupart des travailleurs prestant dans le cadre du système de SLD ne sont pas en mesure de trouver un autre emploi, et que c'est la raison pour laquelle ils travaillent comme soignants. L'organisation invite instamment les États membres à rendre la profession plus attrayante en la dotant de meilleures conditions de travail. Les nouvelles technologies pourraient contribuer à cet objectif, tout en réduisant le nombre de travailleurs requis pour assurer des soins de qualité.

L'UE devrait utiliser à cette fin des instruments financiers communautaires tels que les Fonds structurels et le Fonds social européen.

L'EASPD rappelle à quel point il est important de maintenir une « perspective de valeur » en matière de SLD et insiste sur le concept de « soins souhaitables ». Dans ce sens, un soutien à l'activation des personnes handicapées apparaît comme une démarche plus importante que la simple offre de soins au sens strict — l'objectif primordial étant de permettre aux personnes concernées de ne plus dépendre des services de SLD. Pour y parvenir, les méthodes d'évaluation devraient, selon l'organisation, être réexaminées sur la base d'analyses de bonnes pratiques. Les réformes devraient prendre en compte les besoins analogues, de même que les facteurs culturels, religieux et ethniques. Les membres de la famille, les proches et les voisins devraient participer à l'évaluation des besoins et à la prestation des services. L'éventail des services proposés devrait être large, afin d'éviter les formules uniques qui ne donnent finalement pas de résultat. L'association attire en outre l'attention sur la grande disparité des critères d'éligibilité entre les États membres, et parfois même à l'intérieur de ceux-ci. Elle recommande la mise en place de systèmes de soins gérés de manière à minimiser les inconvénients liés à la fragmentation des régimes de sécurité sociale. Quant à la question du personnel qualifié, l'EASPD recommande l'amélioration du statut des travailleurs du secteur, d'une part, et leurs conditions de travail, d'autre part.

6. Problèmes communs; solutions communes

L'analyse des rapports des pays pairs montre qu'ils se trouvent pratiquement tous confrontés à des problèmes et des défis similaires, quel que soit le système mis en place pour assurer les soins de longue durée. Ce constat permet — et facilite — l'échange de vues à l'échelon européen, et renforce le fondement même du processus européen d'examen par les pairs.

Les rapports nationaux font néanmoins apparaître également que certains problèmes découlent d'options constitutionnelles ou législatives propres au pays concerné, ou de circonstances particulières communes à plusieurs États membres. Ainsi par exemple, l'Autriche signale des difficultés importantes liées à ses compétences fédérales et provinciales distinctes. Des problèmes analogues surviennent dans d'autres pays fortement décentralisés.



V Enseignements

1. Effectifs

Le nombre de personnes nécessitant des soins de longue durée est appelé à augmenter en raison de la conjoncture démographique. La demande de soins formels devrait augmenter plus rapidement encore, étant donné la diminution, par personne dépendante, du potentiel de soins dispensés en famille. Dans le même temps, la décroissance des cohortes plus jeunes au sein de la population va probablement se traduire par une baisse de l'offre de soignants professionnels, si l'on suppose une constante en termes de schémas de recrutement et de durée moyenne d'occupation des postes.

Bien que les échéances varient d'un pays à l'autre, cette tendance générale est observée dans tous ceux couverts par l'examen. Même si aucune pénurie de main-d'œuvre n'est actuellement constatée, la conjugaison des évolutions décrites plus haut ne manquera pas d'engendrer le phénomène à terme dans le domaine des soins de longue durée. La question de la durabilité des SLD ne porte donc pas seulement sur l'apport de ressources financières suffisantes, mais également sur l'adoption de mesures visant à lutter contre une pénurie future de soignants professionnels.

Il est possible d'agir, dans la perspective de ce dernier objectif, à la fois sur l'offre et sur la demande. Les participants à la réunion ont discuté de manière approfondie des stratégies possibles d'un côté comme de l'autre.

En ce qui concerne le *côté de la demande*:

Tout d'abord, la *prévention* pourrait ralentir la croissance du nombre de personnes nécessitant des soins de longue durée. On songe notamment à des mesures encourageant un mode de vie sain et incitant à créer un environnement sain, ainsi qu'à des mesures visant à influencer spécifiquement et directement le besoin de SLD. Les participants à la réunion se sont penchés sur le système britannique de revalidation en tant qu'exemple de mesure spécifique affichant des résultats positifs dans ce sens. Il s'agit de cours de revalidation qui aident les personnes âgées à récupérer leurs aptitudes, de même que la confiance dans leur capacité de vivre de manière autonome. Il a été constaté que ces formations, relativement courtes et assez intensives, réduisent considérablement la demande de soins de

longue durée. Il convient toutefois de préciser que les effets de la revalidation ont été mesurés après six semaines, et qu'il est encore trop tôt pour savoir combien de temps ils vont durer.

Un second facteur important du côté de la demande est l'existence de *soins informels*, parallèlement aux soins professionnels, à la disposition des personnes requérant des soins de longue durée. La pondération entre soins formels et soins informels varie fortement d'un État membre à l'autre. De manière générale, les pays nordiques dotés d'un modèle social-démocratique d'État-providence s'appuient davantage sur les soins formels, tout comme les États-providence de type libéral. Les soins informels remplissent une fonction beaucoup plus importante dans les États-providence conservateurs ayant une tradition bismarckienne, et plus importante encore dans les pays méditerranéens. Dans le premier cas, l'intensification des soins en famille et du travail bénévole pourrait donc soulager le système des soins professionnels. Les pays comptant davantage sur les soins informels devront toutefois faire face à une diminution progressive de la capacité et de la volonté des familles d'assurer les soins. Quoi qu'il en soit, il ne fait aucun doute que le soutien fourni par les soins dispensés en famille — qui reste la clé de voûte des prestations de SLD dans la plupart des pays — est un axe stratégique majeur pour compléter les prestations formelles et réduire ainsi la demande de services formels de SLD.

En ce qui concerne le *côté de l'offre*:

Deux stratégies ont été définies au cours des présentations et des discussions: premièrement, l'amélioration de la productivité et, deuxièmement, l'augmentation des effectifs dans le domaine des soins formels de longue durée.

L'idée fondamentale est le fait que les effectifs en place pourraient répondre à l'augmentation de la demande si *la productivité était améliorée*. Cette amélioration pourrait découler d'innovations au niveau des routines de travail (attribution plus efficiente des tâches ou différenciation des fonctions, par exemple). Elle pourrait également découler d'avancées au niveau des technologies de l'information et de la communication (TIC) ou de nouveaux instruments médicaux. Des inventions telle que la tenue de travail récemment mise au point par les Japonais pour permettre aux femmes de soulever des poids plus importants, ou des techniques de soins à distance, pourraient jouer, à l'avenir, un rôle déterminant.



Une distinction peut être faite au niveau des stratégies visant à *augmenter les forces de travail* actives dans le domaine des soins selon le moment où elles interviennent dans le parcours de vie des salariés. Elles peuvent en effet avoir pour objectif:

- de faire entrer davantage de personnes dans la profession;
- d'augmenter le nombre moyen d'heures de travail par semaine;
- de maintenir les travailleurs en activité jusqu'à la retraite et la pension, et
- de maintenir les travailleurs en activité au-delà de l'âge légal de la retraite.

Premièrement, en ce qui concerne l'impulsion à donner au *recrutement*, des campagnes ciblées s'adressant aux jeunes peuvent donner certains résultats, de même qu'un financement spécial pour la formation. À ce jour, en effet, la proportion d'hommes qui entreprennent des études dans le domaine des soins reste faible. Pour y remédier, les nouvelles campagnes pourraient être orientées vers d'autres groupes cibles, et notamment vers les jeunes hommes. Proposer aux étudiants des institutions de soins un apprentissage pratique et une expérience de travail contribuerait, en outre, à améliorer l'image du secteur. En résumé, certaines possibilités permettraient apparemment d'intensifier le recrutement et de valoriser la carrière dans le secteur des soins, comme cela se fait aux Pays-Bas.

Deuxièmement, *l'augmentation du nombre moyen d'heures de travail par semaine* peut aider à combler, au niveau de la main-d'œuvre, l'écart entre l'augmentation de la demande et la diminution de l'offre. Le travail à temps partiel est actuellement très répandu dans le secteur des soins et, si la promotion d'horaires plus légers s'est avérée, de façon générale, une stratégie payante pour lutter contre le chômage, il convient d'adopter la stratégie inverse et de réduire le travail à temps partiel en période de pénurie d'effectifs. Ce résultat pourrait être atteint en proposant des horaires de travail plus longs, mais plus flexibles, aux personnes ayant des enfants ou des proches âgés à charge. Il faut toutefois que les mesures visant à augmenter les heures de travail s'accompagnent de mesures axées sur l'amélioration des structures d'accueil des enfants.

Enfin, il est important de *minimiser le nombre d'abandons dans la profession*, voire même d'inciter les soignants à continuer à *travailler au-delà de l'âge légal actuel de la retraite*. Le report, dans certains États membres, de l'âge minimum ouvrant droit à la pension pourrait être utile dans ce sens.

On peut dire, de manière générale, que toutes les initiatives visant à recruter une part plus importante de l'ensemble de la main-d'œuvre, à augmenter l'horaire de travail et à réduire le nombre d'abandons ont un point commun, à savoir qu'elles dépendent d'une capacité de rendre la profession plus attrayante. L'attrait de la prestation de soins dépend à son tour très largement de la reconnaissance sociale de la profession, mais également de facteurs tels que le stress au travail, les perspectives de carrière (y compris la possibilité d'obtenir des qualifications académiques) et — bien entendu — la rémunération. Même si toute une série de mesures parvenaient à améliorer l'image de la profession, la quasi-totalité d'entre elles entraîneraient, d'une façon ou d'une autre, des dépenses supplémentaires. Les participants à l'examen par les pairs sont néanmoins d'accord sur la nécessité réelle de mesures actives en vue d'augmenter l'attrait de la prestation de soins et d'éviter ainsi des pénuries d'effectifs à terme.

Une problématique nouvelle est apparue au cours des discussions concernant les stratégies du côté de l'offre et de la demande, et a suscité un vif débat: il s'agit de la *migration des soignants* de l'Europe de l'Est vers l'Europe de l'Ouest. Ainsi par exemple, une part importante des soignants formés en Roumanie et en Hongrie émigrent, à l'issue de leurs études, vers des pays d'Europe occidentale, afin d'y trouver des emplois mieux payés — un phénomène qui aggrave encore les pénuries dans leur pays d'origine. Il a été souligné que des mesures destinées à mettre fin à ce type particulier de « fuite des cerveaux » peuvent être prises à la fois par les pays d'origine et par les pays destinataires. Les représentants du gouvernement néerlandais, par exemple, ont indiqué que les Pays-Bas veillaient à attirer moins de soignants étrangers, considérant surtout que la plupart des habitants souhaitent être soignés par des personnes qui vivent à proximité de chez eux et qui parlent leur langue. Les soignants étrangers étant particulièrement appréciés dans les pays d'accueil lorsqu'ils travaillent pour un salaire nettement inférieur, la réglementation des conditions de travail des migrants peut constituer un moyen efficace de limiter le *brain drain*. Du côté des pays de départ, l'offre de perspectives de carrière dans leur propre pays est sans doute un moyen efficace de limiter la migration des professionnels de santé, comme le montre une étude autrichienne actuellement réalisée à ce sujet. Une autre



stratégie pourrait s'avérer efficace: il s'agirait de mettre en place un système de formation prévoyant que les études sont à charge de l'étudiant et financées à l'aide d'un prêt, mais que ce dernier peut être radié lorsque le diplômé a travaillé pendant une période déterminée dans le pays où il a été formé.

À court terme, bien sûr, la crise économique et financière actuelle pourrait éclipser la question de la pénurie d'effectifs à long terme dans le secteur des soins. En effet, étant donné la montée du chômage, les problèmes de recrutement pourraient sembler s'atténuer, et le retour des émigrés dans leur pays d'origine pourrait y diminuer la pénurie de main-d'œuvre. Une telle évolution ne peut toutefois servir de prétexte pour ne plus réfléchir à la prévention d'une pénurie de soignants, étant donné que la crise économique — espérons-le — ne durera pas toujours.

2. Financement mixte public-privé des soins de longue durée

Comme cela a été indiqué, les évolutions démographiques vont probablement donner lieu à une augmentation du nombre de personnes nécessitant des soins de longue durée. De plus, la hausse du taux de dépendance va se traduire par une pression accrue sur les soins informels et, à longue échéance, les soins formels vont connaître une pénurie d'effectifs que seule l'adoption de mesures — s'accompagnant de dépenses supplémentaires — permettra de combler (voir la section V.1). Il ne fait donc aucun doute que les ressources financières destinées aux soins de longue durée vont devoir être augmentées.

Ces ressources peuvent, de manière générale, émaner de quatre sources:

- (1) les versements directs provenant de l'épargne privée;
- (2) l'assurance privée (volontaire ou obligatoire) dont les primes sont liées aux risques, avec ou sans subventions ou transferts publics;
- (3) l'assurance sociale avec cotisation liée au revenu;
- (4) les systèmes publics basés sur la fiscalité, avec ou sans condition de ressources.

Les participants conviennent, à propos de ces options, qu'il n'existe pas de solution unique. Les pays ont chacun leurs traditions et ont édifié leur État-providen-

ce de manières différentes. Tout mode de financement des SLD doit, par conséquent, tenir compte des modalités institutionnelles en place, et des contraintes qui y sont liées.

On observe néanmoins un consensus frappant sur les points suivants:

- a) la couverture universelle de la population et l'égalité d'accès aux services de soins de longue durée sont des objectifs essentiels; et
- b) ces objectifs ne peuvent être atteints par le seul système privé et requièrent une forme ou une autre de financement public — qu'il s'agisse d'un type d'assurance sociale ou d'un système basé sur la fiscalité.

Effectivement, face à des dépenses de SLD atteignant des sommes qu'aucune personne raisonnable ne mettrait jamais de côté dans ce seul but — et que la plupart des gens n'auraient pas la possibilité d'épargner durant leur vie entière — les économies personnelles sous la forme de *versements directs* ne peuvent être considérées comme la clé de voûte financière d'un système de SLD. Des tickets modérateurs pourraient également être utilisés, ne serait-ce que pour éviter le risque moral, même si les abus sont en tout état de cause peu probables lorsqu'il s'agit de prestations en nature — que peu de personnes apprécient lorsqu'elles n'en ont pas vraiment besoin.

L'assurance privée volontaire n'est généralement souscrite que par une minorité, et ne peut dès lors servir, elle non plus, de système financier de base pour les SLD. La demande est particulièrement faible lorsqu'il existe un régime de protection sociale en dernier recours — ce qui est le cas au sein de l'UE. De plus, la prime d'assurance privée liée au risque tend à être trop onéreuse pour les personnes âgées, les personnes en mauvaise santé et les personnes à faible revenu. Le problème des personnes non assurées ne peut dès lors être résolu qu'en rendant l'assurance privée *obligatoire*. Si tel devait être le cas, il faudrait étayer le système à l'aide de subventions basées sur l'impôt à l'intention de ceux qui n'ont pas les moyens de payer les primes et — très probablement — en plafonnant les primes pour certaines catégories de personnes, et pour les personnes âgées en particulier. Réglementé de cette façon, le système d'assurance privée obligatoire ne serait plus très éloigné d'un système d'assurance sociale.

Les participants à la réunion ont donc conclu que l'assurance privée ne peut constituer la clé de voûte du système. En effet, si elle est volontaire et liée au



risque, elle exclut la couverture universelle; et si elle est obligatoire, elle requiert nécessairement une certaine réglementation en matière de subventions et/ou de plafonnement des primes, ce qui l'apparente à une forme d'assurance sociale. Les régimes de financement des SLD qui combinent couverture universelle, égalité d'accès et ressources suffisantes requièrent donc un système d'assurance sociale ou un système financé par l'imposition.

Les *systèmes d'assurance sociale* avec cotisation liée au revenu, basés sur le principe du financement par répartition, ont été identifiés comme une option possible pour le financement d'un système de SLD, étant donné qu'ils répondent à la plupart des objections soulevées à l'encontre de l'assurance privée. Premièrement, en prévoyant des cotisations liées au revenu, ces systèmes garantissent un accès à un coût abordable pour tous, sans devoir recourir à la subvention des primes. Ils peuvent dès lors être étendus à l'ensemble de la population, et permettre ainsi une couverture universelle et une égalité d'accès aux prestations. Deuxièmement, les systèmes d'assurance sociale basés sur des cotisations peuvent être mis en œuvre de manière quasiment ad hoc puisque les versements effectués par la génération actuelle de cotisants financeront les prestations de la génération actuelle de bénéficiaires. Ce « contrat des générations » permet aux responsables de l'élaboration des politiques de procéder à l'entrée en vigueur immédiate des systèmes fondés sur l'assurance sociale.

Cet avantage a cependant un prix, en l'occurrence la création d'une dette implicite, générée par l'introduction du système et transférée d'une génération à l'autre. De plus, à partir du moment où les cotisations sont uniquement prélevées sur les salaires et où il est admis que les « bons risques » puissent ne pas participer au système — comme c'est actuellement le cas en Allemagne — le système pourrait être à l'origine d'autres problèmes. En effet, si le coefficient salarial — autrement dit la contribution du facteur travail au PIB global — diminue, le montant du revenu contributif augmentera plus lentement que le PIB, ce qui posera des problèmes en termes d'imposition pour l'assurance des SLD. Un tel système suscite en outre certaines questions de répartition, étant donné que le revenu provenant de sources différentes est traité de manière différente (inégalité horizontale) et que le revenu supérieur à un plafond déterminé ne fait pas augmenter les cotisations (inégalité verticale). Il conviendrait, pour éviter les problèmes de cet ordre, d'élargir le plus possible la base des cotisations en y incluant toute la population, de même que tous les types de revenu, comme c'est le cas pour l'imposition de

ce dernier. Il faudrait aussi remettre en question l'existence d'un plafond absolu de revenu pour ce qui concerne les cotisations.

En dehors des systèmes d'assurance sociale, les *impôts publics* peuvent servir de base au financement des SLD. Comme les systèmes d'assurance sociale, les systèmes financés par la fiscalité appliquent le principe de répartition, ce qui signifie que les prestations peuvent être accordées immédiatement. Ils se distinguent, en revanche, des systèmes d'assurance sociale en termes de distribution et de viabilité. Les systèmes prévoyant des prestations sous condition de ressources risquent, de façon générale, de donner lieu à une fourniture insuffisante de services de soins, et de détruire toute motivation de prestation personnelle. Les prestations sous condition de ressources devraient donc constituer le dernier recours, plutôt que le fondement du système. En ce qui concerne la viabilité, la collecte des impôts pourrait s'avérer plus difficile que celle des cotisations, étant donné qu'ils n'ouvrent pas de droit légal à prestation. De même, alors que les cotisations à un système d'assurance sociale garantissent une certaine assise financière pour les SLD, étant donné qu'elles ne peuvent être dépensées à d'autres fins, les recettes fiscales font l'objet de toute une série de considérations budgétaires différentes. Comme cela s'est déjà vu dans certains pays, il peut alors arriver que des crises budgétaires conduisent à diminuer les fonds mis à disposition jusqu'à un niveau déraisonnable. Une affectation spécifique d'impôts permettrait peut-être d'éviter cette situation et d'assurer une certaine stabilité du financement au fil du temps.

Concrètement, au moment de s'orienter vers un système public de financement des soins de longue durée, les pays déjà dotés d'un service national de santé tendent à intégrer les services SLD au système en place, tandis que les pays dotés de systèmes d'assurance tendent à créer un système neuf, car il est malaisé d'instaurer de nouvelles prestations à l'intérieur d'une assurance existante. L'approche paraît plausible sur le plan de la compatibilité avec les dispositions générales d'un État-providence — l'essentiel étant, comme le confirment les conclusions de l'examen par les pairs, qu'il y ait au moins une forme, quelle qu'elle soit, de système public.

3. Délimitation des systèmes de soins de longue durée

Les Pays-Bas ont enregistré, au cours des dix dernières années, une forte hausse des dépenses dans le cadre de la loi générale sur les frais médicaux spéciaux



(AWBZ). Il semblerait que cette progression soit partiellement causée par la définition trop floue des limites entre les systèmes, de sorte que toute une série de services supplémentaires sont pris en charge au titre de l'AWBZ. Le pays hôte soulève dès lors la question de savoir comment tracer des limites claires et précises permettant, d'une part, à tout assuré de savoir à quoi il a droit et, d'autre part, d'empêcher une explosion des coûts par suite de l'utilisation de services pour lequel le système visé n'a pas été créé.

Tout en reconnaissant la nécessité de limites précises pour mieux maîtriser les coûts, les participants s'inquiètent de ce que ces limites pourraient compromettre la fourniture de soins intégrés et provoquer certaines interruptions au niveau de la chaîne de traitement. Une récente étude consacrée par l'OCDE aux soins de longue durée pour les personnes âgées réclame ainsi l'intégration des services en vue de créer un « continuum de soins ». ⁵ Les risques inhérents au manque d'intégration ont été mis en évidence non seulement par les pays dotés de systèmes distincts et étroits de SLD (Allemagne et Autriche notamment), mais également par plusieurs pays n'appliquant pas la séparation des systèmes (Belgique et Estonie entre autres).

30

Les participants se sont donc penchés sur la question de savoir si des systèmes intégrés offrant à la fois des soins de santé et des soins de longue durée seraient une meilleure solution. ⁶ Dans cette approche, le problème de la délimitation deviendrait sans objet et celui de la fragmentation entre différents systèmes serait résolu. En revanche, une inquiétude s'exprime quant au fait qu'un système intégré risque de renforcer davantage encore la prestation médicale par rapport à la prestation de soins d'hygiène et de confort dans le cadre des soins de longue durée. La médicalisation excessive des soins de longue durée pourrait en effet conduire à négliger certains aspects essentiels pour l'offre durable de SLD, parmi lesquels les soins informels. De surcroît, face aux problèmes de financement que rencontre l'ensemble du secteur des soins de santé, des fonds pourraient être détournés vers d'autres types de soins médicaux au détriment des soins de longue durée.

5 Voir le Projet Santé de l'OCDE: « Les soins de longue durée pour les personnes âgées ». Paris: OCDE, 2005.

6 Voir également le rapport du Conseil de l'Europe « Services sociaux intégrés en Europe » (http://www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialrights/default_fr.asp et <http://www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialrights/source/IntegratedsocialservicesinEurope-Guidelines.doc>)



Le système néerlandais du « budget personnalisé », qui octroie une allocation spécifique — et individuellement évaluée — que le bénéficiaire peut utiliser pour les services de son choix, a suscité le plus vif intérêt. Des modèles analogues existent dans d'autres pays, même si les modalités précises diffèrent. Ainsi par exemple, dans une expérience allemande correspondante, les bénéficiaires ne sont pas autorisés à transmettre le budget à leurs enfants, ce qui peut se faire aux Pays-Bas. Au Royaume-Uni, un test aléatoire réalisé pour évaluer l'impact du budget personnel a révélé que le système fonctionne bien pour la population jeune, mais qu'il fonctionne moins bien dans le cas des personnes âgées. Plusieurs questions suscitées par le système font encore l'objet de vifs débats : le budget peut-il servir aux membres de la famille ? Des cours de formation spécifique sont-ils organisés pour les soignants ? Comment la qualité peut-elle être assurée ? Et, de façon générale, quel est le degré de contrôle utile et quel est le degré de confiance nécessaire ?

Revenant à la question initiale d'une meilleure maîtrise des coûts grâce à une délimitation plus précise des SLD, les participants se sont penchés sur les risques que l'exclusion d'autres services nécessaires et utiles par ailleurs pourrait engendrer. Ainsi aux Pays-Bas et en Angleterre, par exemple, la mise en place de limites plus rigoureuses a eu pour conséquence que l'aide à domicile a été exclue des dispositions collectives en matière de soins. De surcroît, alors que les SLD couvrent en principe des groupes tels que les enfants handicapés, on tend à négliger leurs besoins dans le cadre d'un agenda toujours davantage axé sur le changement démographique. En redéfinissant les besoins et en resserrant les critères, les autorités pourraient rendre l'obtention de services moins aisée, en particulier dans le cas de personnes qui s'expriment difficilement ou se heurtent à des problèmes linguistiques. Parce qu'ils permettent à une institution de transférer les coûts vers une autre, les systèmes fragmentés comportent toujours, en outre, le risque d'une fourniture de soins non optimale. Ainsi en Pologne, jusqu'en 2004, les centres médicalisés de long séjour étaient financés par l'État, tandis que les services de soins à domicile étaient financés par les autorités locales — avec pour conséquence que les autorités locales faisaient admettre les gens dans des centres médicalisés pour réduire leurs propres dépenses, même si le placement n'était souvent ni nécessaire pour la personne concernée, ni économique pour la société en général. Depuis 2004, les autorités locales sont tenues de cofinancer les soins à domicile, ce qui a fait augmenter de 10 000, entre 2004 et 2007, le nombre de personnes vivant chez elles.



Il existe d'autres options stratégiques pour parvenir à la maîtrise des coûts: instauration de seuils d'âge, délais de carence, plafonnement du montant des allocations, période minimale de résidence dans le pays avant l'ouverture du droit aux allocations de SLD, etc. La définition plus précise des limites d'un système de SLD n'est donc qu'une possibilité parmi d'autres. De ce fait, le débat s'est moins focalisé sur la manière de maîtriser les dépenses par une meilleure démarcation entre les allocations pour SLD et les allocations connexes pour se concentrer davantage sur la manière de rendre plus perméables les frontières qui font obstacle aux soins intégrés.

4. Effets de la crise économique

Il est évident que la crise économique et financière actuelle aura, elle aussi, des répercussions sur la fourniture des soins de longue durée. Personne n'étant en mesure d'en prévoir la durée, il convient d'en distinguer les effets potentiels à court, moyen et long terme.

32

En ce qui concerne le problème du recrutement de personnel soignant, plusieurs participants font remarquer qu'à court terme, la crise économique pourrait engendrer une augmentation du nombre de demandeurs d'emploi dans le secteur des soins, d'autres types d'emploi se faisant plus rares. Dans ce sens, la crise aiderait, en fait, le secteur des SLD — mais cet effet pourrait s'inverser lors de la reprise économique. Il convient donc de poursuivre les efforts visant à rendre la profession plus attrayante, même s'il semble que cela ne soit pas nécessaire à court terme.

En ce qui concerne le financement, en revanche, la crise économique va causer un grand préjudice à la fourniture de soins de longue durée, surtout si elle se prolonge. Plusieurs participants à l'examen par les pairs insistent sur les conséquences intervenues dans leur pays, et d'autres s'attendent à des effets similaires à brève échéance:

- Aux Pays-Bas, la crise financière relance le débat sur la frontière à établir entre les services relevant de l'assurance-soins et les frais de subsistance courants (logement notamment). Un groupe de travail institué au sein du ministère néerlandais des Finances a mis la question à l'ordre du jour du réexamen de la viabilité future du système de SLD. De l'avis général,



les réductions attendues au niveau des dépenses publiques auront des répercussions sur les SLD.

- En *Autriche*, les autorités locales en charge des SLD font état d'un resserrement budgétaire et réclament une aide à l'État fédéral. Le budget 2009-2010 est à l'examen et, étant donné la crise, on peut douter de la mise en application d'un nouveau plan prévoyant la subvention de certains services par l'État. Les perspectives pour cette année et la suivante ne sont guère encourageantes.
- Si la crise se prolonge, elle diminuera les possibilités d'étendre la protection sociale et, en *Belgique*, la politique sociale deviendra plus difficile. Le pays n'aura plus les moyens de subventionner les retraites anticipées, par exemple. La Belgique a récemment introduit le système des titres-services, lesquels peuvent être échangés contre une aide ménagère (couvrant 80% du coût) — et n'aura pas davantage les moyens d'en poursuivre le financement. Étant donné toutefois que le système a été adopté par quelque 600 000 personnes au cours des cinq dernières années (les titres-services ne sont en effet ni soumis à une condition de ressources ni imposables, ce qui les rend d'autant plus intéressants pour les personnes à haut revenu), les restrictions seront difficiles à faire passer.
- En *Pologne*, le gouvernement a mis 9 millions d'euros dans un « fonds de solidarité sociale » pour aider les autorités locales à offrir certains services. Les impôts ayant été diminués cette année, il n'y aura aucune possibilité de mobiliser des ressources supplémentaires pour les SLD.
- En *Hongrie*, le budget national se porte mal, ce qui s'explique largement par l'évasion fiscale. Sur 10 millions d'habitants, 4 millions seulement paient des impôts et, parmi eux, 1 million à peine représentent 90% des recettes fiscales du pays. Le gouvernement prend des mesures pour remédier à cette situation et, s'il y parvient, des réductions de dépenses ne seront peut-être pas nécessaires. L'imposition est déjà élevée, et ne peut donc être alourdie.
- La *Roumanie* n'a pas encore pleinement ressenti l'impact de la crise. Le salaire minimum a été augmenté et l'État continue de subventionner les ONG. Les prestations pour enfant, basées sur le revenu des parents et



financées par l'État, ont été sensiblement augmentées. Le système de santé continue de rembourser jusqu'à 90% du prix des médicaments.

Bien que les effets de la crise soient ressentis de manières différentes selon les États membres, on observe une préoccupation commune, à savoir que le consensus social sur la meilleure façon de sortir de la crise pourrait être fragile, et qu'il est d'autant plus important de défendre l'intégrité des droits des citoyens. Il ne faudrait pas que la crise conduise à une acceptation des restrictions au niveau de la protection sociale.

VI Conclusions

Les participants sont arrivés aux grandes conclusions suivantes sur les points soulevés au cours du présent examen par les pairs :

Même si, à l'heure actuelle, *la pénurie d'effectifs dans le domaine des soins de longue durée* n'est observée que dans quelques pays, elle est probablement appelée à devenir un phénomène général. Une telle évolution ne peut être enrayerée qu'à l'aide de mesures portant à la fois sur le côté de l'offre et sur le côté de la demande. D'une part, la prévention et l'amélioration des soins de santé, de même que des efforts ciblés en matière de revalidation, peuvent contribuer à réduire la demande de soins de longue durée. La valorisation du rôle des soins en famille et du rôle du secteur bénévole peut, elle aussi, contribuer de façon déterminante à la viabilité des dispositions en matière de soins de longue durée. D'autre part, il faudra agir du côté de l'offre en améliorant la productivité, en attirant davantage de travailleurs dans le secteur des soins, et en veillant à les y retenir. De l'avis général, le travail dans ce secteur souffre d'un problème d'image et des mesures doivent être prises pour lui conférer plus d'attrait, auprès des jeunes en particulier. Les stratégies envisagées devraient être axées, entre autres, sur la reconnaissance sociale de la profession, sur l'amélioration des perspectives en termes de carrière et de rémunération, et sur un allègement des pressions exercées sur les soignants. Encourager la migration du personnel de santé entre États membres risque d'aggraver la pénurie de professionnels dans le pays d'origine et ne peut donc être considéré comme la seule solution au plan européen.

En ce qui concerne le financement, les participants se sont accordés à dire qu'il n'existe pas de solution unique. Un consensus existe néanmoins quant aux grands objectifs des systèmes de SLD, à savoir la couverture universelle et l'égalité d'accès. Étant donné ces objectifs, l'assurance privée ne peut, de l'avis général des participants, constituer la clé de voûte du système. En effet, si l'assurance privée est liée au risque, elle exclut l'offre d'une couverture universelle; et, si elle est obligatoire, elle devient une forme d'assurance sociale. Les participants conviennent, par conséquent, qu'un système de SLD requiert un financement public important, que ce soit sous la forme d'un système d'assurance sociale ou d'un système basé sur la fiscalité. Le rôle de la condition de ressources, appliquée par certains pays et rejetée par d'autres, reste contesté.

S'ils reconnaissent largement la nécessité d'une délimitation claire et précise entre systèmes en tant que moyen de maîtriser les coûts, les participants expriment un consensus plus net encore lorsqu'ils affirment que cette délimitation pourrait entraver la fourniture de soins intégrés, laquelle est indispensable dans le cas de personnes requérant des soins de longue durée. C'est la raison pour laquelle la plupart des pays prennent des mesures spécifiques en vue d'une meilleure intégration des soins — le système néerlandais du « budget personnalisé » étant l'un des exemples les plus intéressants à cet égard.

Les participants ont abordé un aspect supplémentaire, à savoir la crise économique, en soulignant que celle-ci peut contribuer à court terme à remédier aux pénuries sur le marché du travail, mais qu'elle constitue, à long terme, une sérieuse menace pour la viabilité du financement des SLD — à plus forte raison dans les pays sans système de SLD spécifique, où les budgets risquent d'être détournés vers d'autres types de services médicaux.



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

Soins de longue durée : les pistes vers une offre abordable et viable compte tenu des contraintes liées aux dispositions et responsabilités à la fois collectives et individuelles

Pays hôte : **Pays-Bas**

Pays pairs : **Autriche, Belgique, Estonie, Allemagne, Hongrie, Pologne, Roumanie, Slovénie, Suède, Royaume-Uni**

Aux Pays-Bas, comme dans de nombreux pays européens, savoir comment maintenir les soins de longue durée à un prix abordable est un problème épineux. Pour que ces soins soient non seulement abordables mais aussi accessibles, viables et de bonne qualité, un certain nombre de conditions sont requises :

- il doit y avoir un équilibre judicieux entre les dispositions collectives et individuelles et les responsabilités, ce qui n'est guère simple à réaliser. Les individus peuvent être impliqués dans des dispositions collectives (à travers les tickets modérateurs ou les paiements directs) tandis que les autorités locales peuvent aider les personnes à faire face aux soins de longue durée de manière indépendante ;
- des limites claires doivent être fixées entre les soins de longue durée et les systèmes associés tels que les subsides au logement ou pour une aide ménagère, de manière à ce que les personnes sachent à quels services elles ont droit et de quelle manière cela est décidé ;
- avoir du personnel qualifié est tout aussi important que la question du financement, et l'équilibre entre l'offre et la demande doit tenir compte des facteurs démographiques et des facteurs liés au marché du travail.

Aux Pays-Bas, un débat est actuellement en cours sur l'avenir du système de soins de longue durée, et en cette période difficile, le gouvernement tient à comparer et échanger les points de vue avec d'autres gouvernements au sein de l'UE.