



Suède 2007

Liberté de choix et dignité des personnes âgées

Clemens Tesch-Römer
Centre allemand de gérontologie



Au nom de la
Commission européenne
DG Emploi, Affaires sociales et Égalité des chances



Table des matières

Résumé	4
Partie A: Le débat politique sur les soins de longue durée au niveau européen.....	5
A.1 Les principes qui sous-tendent la politique des soins de longue durée au niveau européen.....	5
A.1.1 Accessibilité des soins.....	5
A.1.2 Qualité des soins.....	6
A.1.3 Viabilité financière des soins.....	7
A.2 Mesurer les résultats des politiques relatives aux soins de longue durée.....	7
Partie B: Situation et politique mise en œuvre dans le pays hôte – Suède.....	9
B.1 Contexte.....	9
B.2 La politique suédoise en matière de soins de longue durée et sa réforme...9	9
B.2.1 Accessibilité.....	10
B.2.2 Qualité des SLD.....	11
B.2.3 Viabilité.....	11
B.3 Améliorations futures de la politique relative aux soins de longue durée....12	12
B.4 Visite d'étude dans la commune de Nacka.....	13
Partie C: Politiques mises en œuvre et situation dans les pays pairs – Autriche, République Tchèque, Irlande, Pays-Bas, Portugal.....	13
C.1 Autriche.....	13
C.1.1 Contexte.....	13
C.1.2 Accès.....	14
C.1.3 Qualité.....	14
C.1.4 Viabilité financière.....	15
C.1.5 Ajustements futurs de la politique.....	15
C.2 République Tchèque.....	15
C.2.1 Contexte.....	15
C.2.2 Accès.....	16
C.2.3 Qualité.....	16
C.2.4 Viabilité financière.....	17
C.2.5 Ajustements futurs de la politique.....	17
C.3 Irlande.....	17
C.3.1 Contexte.....	17
C.3.2 Accès.....	18
C.3.3 Qualité.....	18
C.3.4 Viabilité financière.....	18
C.3.5 Ajustements futurs de la politique.....	19
C.4 Pays-Bas.....	19
C.4.1 Contexte.....	19
C.4.2 Accès.....	19
C.4.3 Qualité.....	20
C.4.4 Viabilité financière.....	20
C.4.5 Ajustement futurs de la politique.....	21

C.5	Portugal.....	21
C.5.1	Contexte.....	21
C.5.2	Accès.....	21
C.5.3	Qualité.....	22
C.5.4	Viabilité financière.....	22
C.5.5	Ajustements futurs de la politique.....	22
C.6	Comparaison entre les pays.....	23
 Partie D: Questions débattues.....		 25
D.1	Une utilisation productive de la diversité européenne?.....	25
D.2	Préserver la solidarité en introduisant une différenciation?.....	25
D.3	La famille et l'État: attraction ou éviction?.....	25
D.4	Élaborer des indicateurs de qualité européens?.....	26
D.5	Simplification administrative et atténuation des responsabilités?.....	26
 Partie E: Enseignements tirés.....		 26
E.1	Considérations générales.....	26
E.1.1	Vieillir en pleine santé: éviter (et accepter) la dépendance.....	26
E.1.2	Équilibre entre pouvoir central et autonomie locale.....	27
E.1.3	Combiner les soins formels et informels.....	27
E.1.4	Responsabilité des employeurs.....	27
E.2	Accès aux services de soins de longue durée.....	27
E.2.1	Information.....	27
E.2.2	Évaluation des besoins.....	27
E.2.3	Prise en compte des préférences.....	28
E.2.4	Garantir des services adéquats.....	28
E.2.5	Soigner la démence.....	28
E.2.6	Favoriser la liberté de choix.....	28
E.2.7	Prestataires privés.....	28
E.2.8	Budgets personnels.....	29
E.2.9	Technologie.....	29
E.3	Qualité des services de soins de longue durée.....	29
E.3.1	Mettre l'accent sur la dignité.....	29
E.3.2	Mesurer la qualité des services.....	29
E.3.3	Des liens plus étroits entre les soins de santé et l'aide sociale.....	29
E.4	Viabilité des services de soins de longue durée.....	30
E.4.1	Garder un personnel qualifié.....	30
E.4.2	Migration et soins.....	30
E.4.2	Viabilité financière: répondre à des attentes variées.....	30
 Références.....		 31

Résumé

Ce document traite des approches politiques déployées en Europe pour favoriser la liberté de choix et la dignité des personnes âgées qui nécessitent des soins de longue durée. Dans le contexte de la méthode ouverte de coordination, la politique suédoise de protection sociale a été examinée au cours d'une réunion d'évaluation par les pairs qui s'est tenue les 13 et 14 septembre 2007 à Stockholm. Les résultats de ces discussions sont exposés ici. Le rapport de synthèse commencera par aborder les débats politiques au niveau européen et international à propos des soins de longue durée (partie A). Il décrira ensuite la politique suédoise en la matière: ses objectifs, ses ressources, ses stratégies de mise en œuvre et ses résultats (partie B). La réunion d'évaluation par les pairs comportait également une visite d'étude dans la municipalité de Nacka. La troisième partie du rapport présentera brièvement la situation des soins de longue durée dans cinq États membres: l'Autriche, la République tchèque, l'Irlande, les Pays-Bas et le Portugal (partie C). La section suivante développera les questions débattues lors de la réunion (partie D). Enfin, je tenterai de faire le point sur les enseignements tirés de l'évaluation par les pairs (partie E).

Les lecteurs qui s'intéressent surtout aux résultats de cette évaluation par les pairs peuvent s'en tenir à la lecture des parties D et E de ce rapport de synthèse.

Les lecteurs qui s'intéressent à *l'ensemble du processus de discussion* sont invités non seulement à lire le présent rapport de synthèse, mais aussi à consulter le rapport du pays hôte, le document de discussion, les commentaires des pays pairs et ceux des parties intéressées (ces contributions sont accessibles en ligne à l'adresse suivante: <http://www.peer-review-social-inclusion.net/peer-reviews/2007/freedom-of-choice-and-dignity-for-the-elderly>).

Partie A: Le débat politique sur les soins de longue durée au niveau européen

L'espérance de vie a augmenté et augmentera encore. Les sociétés européennes, en particulier, connaissent un accroissement ininterrompu du nombre de personnes très âgées, dont beaucoup ont besoin d'une assistance et de soins de longue durée. La population des pays développés vieillit rapidement¹. Du fait de l'augmentation de l'espérance de vie et du vieillissement de la génération du baby-boom, le groupe d'âges des plus de 65 ans (79 millions en 2005) atteindra 107 millions de personnes en 2025 et 133 millions en 2050. Dans cette tranche d'âge, on prévoit que la croissance la plus forte concernera les personnes de plus de 80 ans (19 millions en 2005, 51 millions en 2050²). Bien que la vieillesse n'entraîne pas nécessairement la dépendance et ne soit peut-être même pas le meilleur indicateur d'un besoin de services de santé de longue durée, la probabilité de la dépendance augmente avec l'âge. Dans le débat sur les politiques de soins de longue durée (SLD), il faut garder à l'esprit cette évolution démographique. Les différences dans les systèmes d'État-providence³, dans la demande de soins et dans les facteurs culturels comme la contribution de la famille ou de l'État dans les SLD selon les États membres jouent aussi un rôle. Cette section du rapport traitera du débat politique au niveau européen sur les SLD et sur les objectifs généraux à cet égard.

A.1 Les principes qui sous-tendent la politique des soins de longue durée au niveau européen

Dans le prolongement des Conseils européens de Lisbonne et de Göteborg, la Commission européenne a identifié trois grands principes sur lesquels repose le développement de systèmes de santé et de soins de longue durée. Ces orientations ont trait à l'accessibilité, à la qualité et à la viabilité financière des soins médicaux et de l'aide sociale. Au début 2007, la Commission a publié un complément au «Rapport conjoint sur la protection sociale et l'inclusion sociale», qui s'appuie sur les rapports nationaux des États membres et analyse de façon approfondie la situation des soins de longue durée en Europe⁴.

A.1.1 Accessibilité des soins

L'accessibilité des soins à tous suppose la prise en compte des besoins et des difficultés des groupes et des individus les plus désavantagés, mais aussi de ceux qui doivent bénéficier de soins coûteux et longs, dans un souci d'équité et de solidarité. L'accès aux soins de longue durée se heurte notamment aux coûts élevés supportés par les patients, en particulier pour les groupes à faibles revenus. Le manque de services publics de soins de longue durée peut aussi entraîner des délais d'attente considérables, surtout dans le cas des soins résidentiels. Des disparités dans la couverture géographique (selon les régions, entre milieu urbain et rural, ou à l'intérieur des villes) peuvent également être constatées car les services sociaux sont normalement du ressort des autorités locales ou des régions. D'une manière générale, nombre d'États membres souhaitent étendre les services de soins de longue durée.

¹ Commission européenne, 2005

² Münz, 2007, p.5

³ P.ex. Esping-Andersen, 1999; Lamura et al., 2007; Titmuss, 1987

⁴ Commission européenne, 2007b, pp. 100-110

D'autres aspects de l'accessibilité entrent en considération dans la réflexion européenne. Même si des services de soins de longue durée sont disponibles, ils ne sont pas forcément connus des bénéficiaires potentiels. Les politiques menées dans ce domaine doivent donc mettre en place des systèmes de soins qui soient non seulement suffisants et bien adaptés aux besoins de la population, mais aussi faciles à identifier et à trouver. La formule des «guichets uniques» semble favoriser l'accessibilité des services. Enfin, un problème général dans les sociétés européennes paraît être le manque de personnel bien formé et compétent, qui découle peut-être du niveau de rémunération et de considération assez bas des emplois dans le secteur des soins de longue durée. D'où l'importance de renforcer les qualifications et les perspectives de carrière pour le personnel du secteur des SLD.

A.1.2 Qualité des soins

La qualité des soins dispensés à la population passe par leur adaptation aux progrès de la médecine et aux besoins émergents associés au vieillissement. Elle implique une évaluation de l'intérêt sanitaire des soins, ainsi que des efforts constants visant à définir, contrôler et améliorer la qualité des services, respecter la volonté et le choix des patients, garantir la continuité des soins et le recours aux technologies nouvelles.

Définir, contrôler et améliorer la qualité des services: Bien que la qualité des soins fasse partie des thèmes centraux du débat européen, elle reste à définir précisément. Il n'existe évidemment pas de critère absolu. Très souvent, la qualité des soins de longue durée se définit à trois niveaux: structures, processus et résultats. Comme on le verra par la suite, il pourrait être utile de considérer les droits fondamentaux de l'homme comme une base pour définir et mesurer la qualité des soins de longue durée⁵.

La volonté et le choix des patients: La mesure dans laquelle les services dispensés répondent aux attentes des patients et de leur entourage constitue un facteur très important dans la notion de qualité. On constate une tendance claire, en Europe, à privilégier dans la mesure du possible les soins à domicile ou la prise en charge de proximité plutôt que le placement en institution car les personnes âgées préfèrent rester chez elles. Toutefois, les établissements de soins continueront à jouer un rôle important pour les patients souffrant d'un handicap grave. Des dispositions visant à élargir les choix des bénéficiaires devraient améliorer leur capacité à mener une vie autonome et indépendante.

Assurer la continuité des soins: Les besoins des personnes âgées ont tendance à être complexes et appellent des approches coordonnées pour garantir la continuité des soins. Dans bien des cas, les soins de santé aigus, la rééducation, les soins de longue durée, l'aide aux tâches ménagères et les services de conseil peuvent être fragmentés, non seulement parce qu'ils relèvent de différentes structures institutionnelles, mais aussi à cause de mécanismes de financement distincts. Cette fragmentation peut avoir des conséquences négatives pour les usagers et nuire à l'efficacité de l'utilisation des ressources.

⁵ Townsend, 2006

Recours aux nouvelles technologies: Les technologies de l'information et des communications (les services de santé électroniques comme la télésurveillance médicale, la télémédecine et les systèmes permettant de mener une vie autonome) peuvent aider les bénéficiaires à garder leur indépendance et contribuer à la mise en place de solutions plus axées sur l'utilisateur.

A.1.3 Viabilité financière des soins

Il est de la plus haute importance, pour l'avenir des soins, que leur viabilité financière à long terme soit assurée, dans un système aussi efficace que possible. Le grand défi à relever est donc d'offrir des soins de qualité accessibles sans grever le budget d'autres secteurs ou priorités politiques. En Europe, une large proportion des dépenses de santé et de l'aide sociale est couverte par des fonds publics. Il y a cependant de grandes disparités dans la proportion du PIB consacrée aux soins de santé et à l'aide sociale, mais aussi dans l'augmentation ou la diminution des dépenses dans ce domaine au cours de la dernière décennie. La question du dosage adéquat des sources de financement publiques et privées est largement débattue, mais elle reste ouverte et il n'y a pas de solution globale européenne à cet égard. D'une manière générale, il y a lieu de prendre des mesures appropriées pour garantir une saine gestion des budgets publics dévolus aux soins de santé et aux soins de longue durée, en se concentrant sur la nécessité d'améliorer la qualité et l'efficacité des dépenses publiques. Plus précisément, ces efforts pourraient porter sur le développement de politiques de prévention et d'accompagnement visant à réduire le besoin de traitements coûteux, mais aussi à offrir des soins d'un bon rapport prix/prestation et à améliorer l'efficacité du système de santé.

A.2 Mesurer les résultats des politiques relatives aux soins de longue durée

Afin de procéder à une évaluation comparative des impacts des politiques menées en matière de soins de longue durée, il convient de définir des indicateurs adéquats pour mesurer les objectifs fixés d'un commun accord: accessibilité, qualité et viabilité financière des soins de longue durée. La Commission européenne a publié un ensemble d'indicateurs généraux sur l'inclusion sociale, les pensions et la santé⁶.

Toutefois, les indicateurs retenus dans le domaine de la santé couvrent principalement les services médicaux. Le seul indicateur qui se rapporte aux soins de longue durée et aux services sociaux concerne la viabilité financière (HC-C8: projection des dépenses publiques pour les soins de longue durée exprimées en pourcentage du PIB). L'accessibilité et la qualité des services de soins ne font pas partie des aspects couverts par le système d'indicateurs existant. Il pourrait donc être utile d'ajouter des indicateurs susceptibles d'améliorer l'appréciation de l'impact des politiques menées dans le domaine des soins de longue durée et des services sociaux. Le Tableau 1 présente certaines suggestions concernant des indicateurs qui permettraient de mesurer les résultats des politiques relatives aux soins de longue durée dans une perspective comparative à l'échelle européenne.

Des travaux récents ont proposé de prendre en considération les droits de l'homme pour évaluer l'adéquation et l'efficacité des services dispensés aux personnes âgées: «Les instruments de

⁶ Commission européenne, 2006a

protection des droits de l'homme offrent l'espoir... d'une utilisation des ressources plus appropriée et plus généreuse, en fonction de la gravité des besoins⁷». Les droits de l'homme pourraient donc servir à développer des indicateurs de qualité des soins. Deux documents européens peuvent être cités à l'appui de cette argumentation. La Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne⁸ mentionne à plusieurs reprises le droit à des services médicaux et sociaux. La Charte sociale européenne, qui inclut les droits aux soins de santé, à la sécurité sociale et aux services sociaux pour les personnes âgées et handicapées (cf. l'article 23 «Droit des personnes âgées à une protection sociale»), vient compléter ce document. La charte décrit des objectifs politiques qui doivent être réalisés dans le cadre d'une coopération entre organismes publics et privés. Ces chartes européennes contribuent grandement à fixer des objectifs importants pour la mise en place de soins de longue durée adéquats. Toutefois, en raison de leur portée très étendue, ces documents restent forts abstraits, et il n'est pas facile de formuler en termes précis ce que signifie la liberté de choix et la dignité des personnes âgées dans le contexte des soins de longue durée. Par exemple le droit général des personnes âgées à «demeurer le plus longtemps possible des membres à part entière de la société» (Charte sociale européenne) appelle des explications plus détaillées. La «Charte des droits des personnes nécessitant des soins et une assistance de longue durée» publiée par le gouvernement allemand⁹ offre un exemple de tentative pour définir en termes concrets les droits des personnes âgées qui ont besoin de soins.

Tableau 1: Indicateurs permettant de mesurer les résultats des politiques relatives aux soins de longue durée dans une perspective comparative européenne

	<i>Accès</i>	<i>Qualité</i>	<i>Viabilité</i>
<i>Indicateurs primaires</i>	Besoins de services sociaux non satisfaits, d'après les déclarations des personnes concernées	Indicateurs de résultats basés sur les critères de dignité, de libre choix, de respect de la vie privée et d'intégrité physique	Projection des dépenses publiques pour les soins de longue durée exprimées en pourcentage du PIB
<i>Indicateurs contextuels</i>	Nombre de services de soins à domicile ou nombre de lits en soins résidentiels pour 100 000 habitants	Indicateurs structurels, p.ex. proportion de chambres individuelles dans les établissements de soins résidentiels ou proportion de personnel qualifié	Disposition de la population à adapter les dépenses publiques pour les soins de longue durée aux besoins engendrés par le vieillissement démographique

⁷ Townsend, 2006, p. 177

⁸ Union européenne, 2000

⁹ Ministère fédéral allemand des Affaires familiales, des Personnes âgées, des Femmes et de la Jeunesse & ministère fédéral allemand de la Santé; la version anglaise du texte peut être consultée à l'adresse http://www.dza.de/allgemein/Charta_English_Final_Draft.pdf

Partie B: Situation et politique mise en œuvre dans le pays hôte – Suède¹⁰

B.1 Contexte

Le modèle d'État-providence suédois peut être décrit par plusieurs caractéristiques: secteur social très étendu, politiques actives en faveur de l'emploi, droit universel aux prestations ou aux services sociaux, citoyenneté servant de critère de base pour l'aide dispensée, recette fiscale servant de source principale de financement et combinaison de prestations en espèces basée sur les revenus ou forfaitaires. Le principe d'égalité entre les sexes revêt une grande importance: beaucoup d'efforts sont consentis pour garantir aux femmes des chances égales en matière d'emploi, des niveaux de rémunération équivalents et l'organisation de services de garderie. En Europe, la Suède est le pays qui dépense le plus pour la protection sociale en général, par rapport à son PIB (32,9 % en 2004).

Dans l'ensemble, les soins aux personnes âgées relèvent de la compétence de l'État. En Suède, on distingue trois niveaux de pouvoir: le niveau national (parlement et gouvernement), le niveau régional, avec 21 comtés et leurs conseils, et le niveau municipal, avec 290 communes. Les trois niveaux ont des responsabilités et des rôles différents en ce qui concerne les soins de santé et l'aide sociale. Au niveau national, la législation définit le cadre général du système sanitaire et social en Suède, avec par exemple la loi sur la santé et les services médicaux ou la loi sur les services sociaux. Les conseils de comté administrent les hôpitaux et les établissements de soins ambulatoires, tandis que les communes sont compétentes pour les soins de santé délivrés dans des structures particulières, comme les maisons de soins, et les soins à domicile dans la moitié des municipalités suédoises. Enfin, l'aide sociale est du ressort de la commune. Dans le cadre plus large du droit national, les conseils de comté et les communes sont autonomes, c.-à-d. que les élus tiennent leur mandat du suffrage direct et que les communes et les conseils de comté perçoivent des taxes¹¹.

B.2 La politique suédoise en matière de soins de longue durée et sa réforme

L'un des grands principes de la politique suédoise relative aux personnes âgées est que les initiatives de la société doivent être conçues de façon à permettre aux bénéficiaires de continuer à vivre aussi longtemps que possible à leur propre domicile, même lorsque des soins importants et de services sociaux sont nécessaires. Les paragraphes qui suivent décrivent la politique suédoise dans l'optique des principaux objectifs au centre du débat européen, à savoir l'accessibilité, la qualité et la viabilité financière, en tenant compte du principe mentionné ci-dessus

¹⁰ La présente description de la politique suédoise relative aux soins de longue durée se fonde sur plusieurs documents officiels publiés par le gouvernement, par l'Association des communes et des régions suédoises, et par la Commission européenne (Commission européenne, 2007a; SALAR [Swedish Association of Local Authorities and Regions], 2007; Ministère suédois de la Santé et des Affaires sociales, 2006, 2007a, 2007b, 2007c, 2007d). Cette brève analyse ne prétend donc en aucune façon à l'exhaustivité.

¹¹ Ministère suédois de la Santé et des Affaires sociales, 2007b

B.2.1 Accessibilité

En Suède, les services sanitaires et sociaux sont ouverts à toutes les personnes qui ont besoin de soins. Les services suivants sont couverts par la politique suédoise en matière de SLD: aide à domicile, soins de jour pour les adultes, alarmes personnelles de sûreté, séjours en institution de courte durée, soins de santé à domicile, dispositifs d'assistance, adaptations des habitations, services de transport, logements spéciaux, soutien aux aidants familiaux et soins dentaires¹². Malgré la perspective universelle de la politique suédoise de protection sociale, les groupes les plus vulnérables reçoivent une attention particulière. Par exemple les besoins spéciaux des personnes âgées souffrant de démence ou de certains désordres fonctionnels sont pris en compte par les communes¹³. La situation des immigrants âgés qui se sont établis en Suède au cours de leur existence est aussi prise en considération du point de vue de l'accès et du recours aux services sociaux, p.ex. sous la forme d'allocations de logement, lorsque leur pension de retraite n'atteint pas un certain seuil.

En Suède, près de 239 000 personnes âgées de 65 ans et plus (en octobre 2006) vivent dans des logements spéciaux ou bénéficient de soins à domicile dans des habitations ordinaires (soit environ 15 % de ce groupe d'âge). Quelque 140 300 personnes (environ 8,6 %) reçoivent des services de soins à domicile et 98 600 autres (soit 6,4 %) sont dans des logements spéciaux.

Les personnes âgées peuvent demander ces services, mais elles n'y ont pas droit automatiquement, car la procédure prévoit une évaluation des besoins. Si le demandeur n'est pas d'accord avec la décision prise, il peut porter l'affaire devant le tribunal administratif. Comme le nombre d'appels est très réduit¹⁴, on peut supposer que le degré d'acceptation de l'évaluation des besoins et de la décision consécutive est élevé. Toutefois, trois aspects méritent d'être examinés à cet égard. D'abord, les changements dans la fourniture de soins et les différences régionales dans l'accessibilité: en 1975, 30 % des personnes âgées de 80 ans ou plus étaient placées en institution, et 38 % bénéficiaient d'une aide à domicile. En 2000, 21 % des plus de 80 ans étaient dans une institution, et 19 % recevaient des soins à domicile. Il y a plusieurs raisons à cette évolution. L'état de santé des personnes âgées en est une. Dans les années 1990, la santé des vieilles personnes s'est améliorée et leur espérance de vie s'est allongée par rapport à 1975. Le confort des habitations s'est aussi accru et les services d'aide à domicile en ont été facilités. En 1975, il n'existait que des services de jour. Aujourd'hui les services à domicile permettent une aide 24 heures sur 24. Le développement des dispositifs d'assistance et des équipements médicaux a eu une influence sur la possibilité de continuer à séjourner dans des habitations ordinaires. D'une manière générale, il s'ensuit que les personnes âgées peuvent désormais vivre chez elles plus longtemps qu'avant. Durant les années 1990, les taux de prise en charge ont décliné pour des raisons économiques. Le rôle des réseaux privés, et en particulier de la famille, est devenu plus important ces dernières années. Très souvent, les aidants informels sont des femmes, mais dans les couples, la proportion d'hommes et de femmes qui s'occupent de leur conjoint est la même. Le système des services sociaux est de la compétence des communes, qui l'administrent de différentes façons dans un pays d'une grande étendue géographique comme la Suède. Il y a donc des variations locales considérables (du moins pour l'année 1985): sur les 282 communes, les taux de couverture pour l'aide à domicile aux personnes âgées de 80 ans et plus variaient de 17 à 80 % en 1985, avec une moyenne de 43 %¹⁵. Selon le ministère suédois de la

¹² Ibidem

¹³ Association des communes et des régions suédoises [SALAR], 2007

¹⁴ Johansson, 2004, p. 6

¹⁵ Davey, Savla, Sundström, Zarit, & Malmberg, 2007

Santé et des Affaires sociales, les données de 2005 montrent que les taux de couverture se situent entre 20 et 27 % pour les hommes et entre 40 et 49 % pour les femmes. Dans l'ensemble, tous ces éléments permettent de conclure que l'accessibilité des services est assez élevée en Suède.

B.2.2 Qualité des SLD

La qualité des soins de santé et des services sociaux revêt une importance primordiale dans la politique sociale suédoise. Malheureusement, jusqu'à présent, les données concernant la qualité des soins de longue durée en Suède restaient assez éparses¹⁶. La situation se caractérise par un degré de décentralisation élevé. Le gouvernement suédois fixe le cadre général des soins de longue durée, mais les communes sont libres d'adapter les services aux conditions locales. Dans l'optique du gouvernement suédois, la qualité des services à domicile et des soins résidentiels pourrait être améliorée. Sur l'initiative du gouvernement, des experts s'emploient par exemple à définir ce qui constitue des soins de qualité. Le Conseil national de la santé et de la protection sociale a été chargé de formuler des indicateurs de qualité et de promouvoir le développement de registres de qualité.

On dispose néanmoins de certaines informations sur la qualité des services de soins. Les conditions d'hébergement dans les établissements de soins de longue durée sont d'un niveau élevé. Entre 2003 et 2005, par exemple, on a enregistré une diminution du nombre des chambres communes et des patients partageant la même chambre avec d'autres personnes que leur conjoint ou un autre membre de la famille. Les autorités locales effectuent régulièrement des enquêtes de satisfaction qui recueillent des avis très favorables auprès des bénéficiaires de soins à domicile ou dans des logements spéciaux. En outre, entre 1998 et 2005, cinq enquêtes de qualité ont été menées par le Conseil national de la santé et de la protection sociale. Dans leur grande majorité, les utilisateurs et leurs familles jugent de façon positive les soins médicaux et les services sociaux dispensés par la collectivité¹⁷. Toutefois, en ce qui concerne les soins de longue durée, ces données ne suffisent pas, à elles seules, à mesurer la satisfaction des bénéficiaires.

Le programme «Kompetensstegen» (l'échelle des compétences), mis en place par le gouvernement suédois, constitue une autre initiative visant à améliorer les soins de santé et l'aide sociale. L'objectif est d'augmenter la qualité des services en organisant des formations pour le personnel qui travaille avec des personnes âgées. Le budget total pour la période 2005-2007 s'élève à plus d'un milliard SEK (environ 107 millions EUR) pour les communes qui souhaitent renforcer les compétences de leur personnel¹⁸.

B.2.3 Viabilité

L'économie suédoise est actuellement en pleine expansion. La croissance est estimée à 3 % pour 2007. Les finances publiques se portent bien, elles aussi. Mais la viabilité financière des soins de longue durée requiert des stratégies sur le long terme. Le Parlement a pris plusieurs

¹⁶ Ibidem

¹⁷ Association des communes et des régions suédoises [SALAR], 2007, p. 6

¹⁸ Ministère suédois de la Santé et des Affaires sociales, 2007d

initiatives afin de soutenir les communes et les conseils de comté dans leurs efforts pour combiner une meilleure qualité et une efficacité accrue dans la fourniture de services de soins de longue durée. La qualité et l'efficacité sont essentielles pour garantir la légitimité des services de soins de longue durée auprès de l'opinion publique. Cependant, il est difficile de prévoir l'évolution future de la demande, car divers facteurs doivent être pris en considération, notamment les tendances démographiques, la situation sanitaire, les revenus, les technologies, les changements des attentes et des valeurs, ainsi que l'interaction des efforts des institutions publiques et de ceux des familles¹⁹.

Les coûts totaux des soins aux personnes âgées en 2005 se montaient à environ 80 milliards SEK (soit quelque 8,6 milliards EUR). Malgré une augmentation des montants bruts, si l'on tient compte de l'évolution des salaires et de l'inflation, les dépenses ont en fait légèrement baissé de 1,7 % entre 2004 et 2005²⁰. Les fonds proviennent pour l'essentiel des recettes fiscales. Les frais payés directement par les bénéficiaires ne couvrent que 4 % des coûts. Bien que ces frais ne soient pas destinés à avoir un effet modérateur, ils peuvent faire diminuer quelque peu la demande et contribuer ainsi à contrôler les coûts. Quelque 64 % des fonds ont servi à financer les services médicaux et sociaux fournis dans des logements spéciaux, 34 % ont été dépensés pour des soins médicaux et des services sociaux dispensés dans des habitations ordinaires et 2 % ont été consacrés à des activités de prévention.

En 2005, le coût annuel par bénéficiaire de soins à domicile s'élevait à 218 000 SEK (environ 23 400 €), tandis qu'il était de 454 300 SEK (environ 48 700 €) pour les habitants de logements spéciaux. Entre 2004 et 2005, on constate une légère augmentation des coûts (respectivement de 1,5 % et 3,3 %). Les variations régionales sont considérables. Pour les soins à domicile, par exemple, 10 % des administrations locales ont déclaré des coûts égaux ou inférieurs à 149 500 SEK, et 10 % avaient des coûts égaux ou supérieurs à 295 500 SEK.

B.3 Améliorations futures de la politique relative aux soins de longue durée

Le développement des soins de santé et des services sociaux pour les personnes âgées est l'une des priorités absolues de la politique de protection sociale du gouvernement suédois. La liste des objectifs poursuivis est longue: «Le gouvernement entend accroître la sécurité et la dignité en clarifiant le contenu des soins aux personnes âgées, renforcer l'accessibilité des soins de santé et de l'aide sociale, particulièrement pour les personnes qui ont des besoins importants, encourager le développement de logements spécialement adaptés pour les personnes âgées, intensifier le soutien aux membres de la famille, contribuer à une amélioration de l'information des citoyens et des décideurs sur la qualité des soins aux personnes âgées, favoriser la diversité des prestataires et la liberté de choix des personnes âgées, renforcer la vérification systématique des médicaments prescrits aux personnes âgées, soutenir le développement des soins psychiatriques, stimuler la promotion de la santé et l'action préventive, encourager les progrès en aidant la recherche sur le vieillissement, stimuler le développement de nouveaux dispositifs d'assistance souhaités par les personnes âgées et leur entourage familial²¹.»

¹⁹ Ministère suédois de la Santé et des Affaires sociales, 2006

²⁰ Association des communes et des régions suédoises [SALAR], 2007, pp. 69-72

²¹ Ministère suédois de la Santé et des Affaires sociales, 2007a

B.4 Visite d'étude dans la commune de Nacka

La réunion d'évaluation par les pairs comportait une visite d'étude dans la commune Nacka²². La municipalité propose une aide et des soins à domicile, ainsi que des logements spéciaux (soins résidentiels) pour les personnes âgées, dans le cadre d'un système conçu pour laisser le choix à l'utilisateur²³. Cette visite a beaucoup alimenté la suite des débats.

Partie C: Politiques mises en œuvre et situation dans les pays pairs – Autriche, République tchèque, Irlande, Pays-Bas, Portugal²⁴

Les États membres ont des systèmes différents d'État-providence, qui s'expliquent par des facteurs culturels, politiques et sociaux propres à chaque pays. Certains États membres présentent des similitudes, tandis que d'autres divergent fortement. Les politiques menées en matière de SLD par les États qui ont pris part en tant que pays pairs au processus d'évaluation sur le thème de la liberté de choix et de la dignité des personnes âgées – l'Autriche, la République tchèque, l'Irlande, les Pays-Bas, le Portugal – sont présentées ici dans la perspective des trois grands objectifs européens (accès, qualité et viabilité). Il n'est cependant pas possible d'en faire une analyse approfondie dans le cadre de ce document. Les commentaires soumis par les pays pairs décrivent les politiques nationales et les questions qui s'y rapportent de façon plus détaillée.

C.1 Autriche

C.1.1 Contexte

L'Autriche peut être décrite comme un pays présentant une configuration normale en termes de soins, qui se caractérise par une demande moyenne à élevée de soins de longue durée, un niveau moyen à bas de soins informels et un niveau moyen de fourniture de soins formels²⁵. Deux composantes principales constituent le système de SLD. (a) Il existe une allocation universelle en espèces, entièrement financée par les recettes fiscales, accessible à tous les citoyens qui ont besoin de soins de longue durée, et (b) les provinces (*Länder*) sont chargées de l'organisation de l'aide sociale pour les soins de longue durée. Tous les bénéficiaires des services paient un ticket modérateur, qui varie fortement selon les provinces. Près de 90 % des allocataires de prestations de soins de longue durée sont aidés par un membre de leur famille, qui est presque toujours une femme. Près de 25 % bénéficient d'un service de soins mobiles, 15 % sont placés dans des services de soins résidentiels et infirmiers, tandis que 5 % ont recours à un personnel soignant migrant. Les soins administrés en institution sont essentiellement pris en charge soit par les provinces et les municipalités, soit par des œuvres religieuses ou autres

²² <http://www.nacka.se/default/PlatsID.8/vis.1>

²³ http://infobanken.nacka.se/www/english/customer_choice.htm

²⁴ La présente description des pays pairs participants et de leurs politiques en matière de SLD se fonde sur les commentaires soumis par les pays pairs en vue de la réunion d'évaluation et sur une publication de la Commission européenne sur cette question (Carolán, 2007, Commission européenne, 2007a, Lorman & Wija, 2007, Nies, 2007, Paúl, 2007, Schenk, 2007).

²⁵ Lamura et al., 2007

associations sans but lucratif. Les services de soins à domicile sont dispensés par des organisations sans but lucratif.

C.1.2 Accès

L'allocation de soins de longue durée a été introduite en 1993 sous la forme de prestations en espèces financées par les recettes fiscales. Elle repose sur une évaluation des besoins et n'est soumise à aucune condition de ressources. On distingue sept niveaux de soins différents. Pour avoir droit à l'allocation, un minimum de 50 heures de soins par mois doit être atteint. Les montants se situent entre 148,30 EUR pour le niveau un et 1 562,10 EUR pour le niveau sept. Toutefois, les revenus et les ressources, ainsi que l'allocation de soins sont pris en compte pour le calcul du ticket modérateur. Dans le système d'État-providence autrichien, le secteur des SLD est celui où les tickets modérateurs sont les plus élevés. Certains acteurs du secteur autrichien des soins de longue durée estiment que ces soins sont encore considérés comme un risque privé et non comme un risque vital couvert par la sécurité sociale. Néanmoins, ce sont les groupes à bas revenus qui bénéficient le plus de l'allocation de soins: environ 23 000 allocataires de prestations de soins de longue durée à domicile sont exposés à un risque de pauvreté, selon l'enquête EU-SILC sur les revenus des ménages, et 56 000 autres allocataires de prestations sociales vivant dans des maisons de repos ou des établissements de soins ne sont pas en mesure de payer les services dont ils ont besoin. Actuellement, 39 000 personnes reçoivent l'allocation de soins. Les variations régionales dans la fourniture des services et dans leur tarification sont aussi très marquées en Autriche; dans les cas extrêmes, les citoyens d'une région donnée paieront jusqu'à 42 % de plus pour le même service que dans une autre région.

C.1.3 Qualité

L'Autriche s'emploie à développer des normes nationales uniformes et contraignantes pour les soins résidentiels et à domicile. Le gouvernement fédéral et les provinces ont adopté d'un commun accord des normes uniformes pour la formation et les activités des travailleurs sociaux. En 1993, des normes minimales ont été définies pour les soins en institution, qui prévoient p.ex. de donner la priorité aux petits établissements de soins intégrés dans la collectivité locale et de laisser au patient le libre choix du médecin. En outre, toutes les provinces ont désormais des règles concernant le contrôle des maisons de repos et de soins, avec des dispositions qui garantissent la protection juridique des résidents. Pour ce qui est des soins à domicile, les visites régulières d'aides-soignants certifiés constituent un précieux outil de contrôle de qualité. La personne soignée à domicile, de même que sa famille et d'autres aidants éventuels peuvent ainsi compter sur les examens, les vérifications, les informations et les conseils de ce personnel soignant. Les budgets de la santé et de l'aide sociale ont toujours été séparés en Autriche. Ce cloisonnement est parfois perçu comme un obstacle à l'intégration et à la continuité des soins. Le soutien à l'entourage familial apparaît comme une priorité absolue dans le cadre des soins de longue durée, car le travail des aidants informels apporte beaucoup à la société dans son ensemble, mais il est souvent très éprouvant, tant du point de vue physique que sur le plan psychologique.

C.1.4 Viabilité financière

En 2005, le gouvernement fédéral a dépensé 1 566 millions EUR en allocations de soins de longue durée, et les municipalités 292 millions EUR. Les prestations en nature pour les services sociaux se montaient au total à 1 423 millions EUR en 2004, financés principalement par les budgets des provinces (aide sociale) et en partie par les municipalités. Selon les projections CPE/CE 2006 les dépenses publiques de soins de longue durée devraient connaître une augmentation de 0,9 % du PIB d'ici 2050 (ce chiffre ne concerne que l'allocation de soins de longue durée) en raison du vieillissement démographique (elles représentaient 0,6 % du PIB en 2004). Ces projections portent uniquement sur l'allocation de SLD financée principalement par l'État fédéral. Le système de protection sociale autrichien a été créé pour prendre en charge des situations d'urgence plutôt que des soins infirmiers ou résidentiels. L'évolution prévisible des tendances démographiques représentera un défi majeur pour la viabilité financière du système de soins de longue durée²⁶. L'augmentation du nombre des personnes âgées de 85 ans et plus, combinée à une diminution de la capacité d'aide au sein des familles, fera grimper la demande de services sociaux et de personnel soignant professionnel²⁷. Un problème se pose déjà dans l'immédiat et occupe une place importante dans la définition des priorités du nouveau gouvernement, à savoir la disponibilité actuelle des ressources humaines dans le secteur des soins infirmiers et la nécessité de recruter du personnel migrant.

C.1.5 Ajustements futurs de la politique

Les ajustements de la politique autrichienne en matière de soins de longue durée devront notamment tenir compte de la demande d'une assistance professionnelle, à un coût abordable, pour les soins à domicile, avec par exemple un élargissement des services mobiles, des aides-soignants recrutés par la municipalité pour dispenser des soins à temps partiel et des services d'assistance aux soins, des gardes de nuit, des centres d'appel d'urgence pour demander des soins de nuit, des soins à domicile de courte durée, des mesures de coordination des aides fournies par la collectivité, des logements assistés, des unités de services à temps partiel comme des centres de jour et des centres communautaires.

C.2 République tchèque

C.2.1 Contexte

Au regard de sa politique en matière de soins de longue durée, la République tchèque peut être décrite comme un pays en transition, avec une faible demande de soins, un niveau élevé de soins informels et un niveau moyen à bas de fourniture de soins formels²⁸. Cette année, la loi sur les services sociaux est entrée en vigueur. Elle prévoyait une «allocation de soins» basée sur une évaluation des besoins. Cette loi concerne aussi l'organisation de l'aide sociale et le contrôle de la qualité des services. Un des grands objectifs de la politique relative aux SLD est de renforcer la fourniture de soins à domicile et de les substituer au placement en institution dans la

²⁶ Commission européenne, 2006b, p. 38

²⁷ Commission européenne, 2006b, p. 27

²⁸ Lamura et al., 2007

mesure du possible. Les soins de longue durée ne sont pas intégrés dans un système unique, mais relèvent en partie des soins médicaux – qui sont de la compétence du ministère de la Santé – et des services sociaux – qui dépendent du ministère du Travail et des Affaires sociales de la République tchèque. En dehors des systèmes gérés par l'État, les soins de longue durée sont aussi pris en charge par l'entourage familial et d'autres proches ou par des bénévoles, principalement des étudiants. Les municipalités financent essentiellement les services résidentiels et communautaires destinés aux personnes âgées. Hormis les soins dispensés à domicile et en institution, divers services sociaux sont assurés par des organisations non gouvernementales, sous la forme d'associations, d'œuvres religieuses ou de fondations.

C.2.2 Accès

Le niveau actuel de l'offre de soins résidentiels en République tchèque a été jugé insuffisant: les délais d'attente pour un placement dans une institution publique de soins de longue durée (p.ex. des maisons de retraite) varient de quelques mois à plusieurs années. Les disparités régionales (notamment en termes d'accessibilité, de délais et de coûts) sont considérables. En outre, le ticket modérateur constitue un obstacle financier à l'accès aux services. Il n'existe guère de possibilité de séjours de courte durée ou de prise en charge temporaire dans des logements spéciaux et notamment des résidences conçues pour accueillir des personnes qui ont des besoins spéciaux. Les stratégies mises en œuvre pour remédier à ce problème varient d'une région à l'autre, selon les choix des pouvoirs publics locaux. Certaines municipalités explorent de nouvelles pistes pour remplacer les soins en institutions, tandis que d'autres renforcent leur capacité de soins ou modernisent leurs installations.

C.2.3 Qualité

L'objectif général de la stratégie adoptée par le ministère du Travail et des Affaires sociales est d'accroître la qualité de vie des personnes âgées et de respecter davantage leur liberté de choix et leur dignité. La nouvelle loi sur les services sociaux (mentionnée ci-dessus) définit les conditions d'enregistrement des prestataires de services sociaux et devrait améliorer l'organisation, actuellement fragmentée, et la qualité des soins. Des normes de qualité des services fixent des critères de base pour la formation du personnel, les procédures et le fonctionnement des services sociaux. Les premiers résultats semblent encourageants et contribuent à mettre en évidence les besoins et les attentes en matière de soins. La séparation entre les budgets de la santé et de l'aide sociale reste un sérieux obstacle pour l'intégration des services et augmente le risque d'une mauvaise coordination des soins dispensés aux personnes âgées. Néanmoins, la volonté politique manifestée par le gouvernement central et les autorités locales, qui unissent leurs efforts pour mettre en place un système de guichet unique, pourrait contribuer à résoudre ce problème.

C.2.4 Viabilité financière

Selon les projections du CPE de 2006, les dépenses devraient connaître une augmentation de 5,6 % du PIB d'ici 2050 en raison du vieillissement démographique. Cela montre bien toute l'importance de la question de la viabilité financière. L'encouragement des soins à domicile et les efforts en vue d'une meilleure intégration des services sont des pas dans la bonne direction. Le projet pilote d'«Institut du lit de soins médicaux et sociaux» en est un exemple. Dans le cadre de ce nouveau système, les établissements de soins de santé pourront disposer d'unités intégrées de soins infirmiers avec des équipements médicaux ou transformer les lits de soins aigus en lits de convalescence. Un autre moyen d'assurer la viabilité financière est de recourir aux nouvelles technologies.

C.2.5 Ajustements futurs de la politique

Comme on l'a signalé précédemment, les objectifs visant à améliorer la politique tchèque en matière de soins de longue durée passent par le renforcement de la coordination entre les services médicaux et sociaux, mais aussi entre les différentes parties prenantes, et par l'amélioration de l'accès aux soins de longue durée. En outre, il convient de mettre en place des organismes indépendants afin de veiller au respect des normes de qualité et de traquer les signes éventuels d'abus ou de négligence. La prise en charge des personnes souffrant de démence doit aussi être développée.

C.3 Irlande

C.3.1 Contexte

L'Irlande peut être définie comme un pays fondé sur les valeurs familiales, ce qui se traduit par une forte demande de soins, un niveau moyen de soins informels et un faible niveau de fourniture de soins formels²⁹. Les services disponibles incluent les soins à domicile, l'aide ménagère, les centres de jour, les subsides pour l'aménagement des logements, les livraisons de repas à domicile, les conseils en matière de nutrition, le suivi thérapeutique et la rééducation, les hôpitaux de jour, les centres publics de soins résidentiels et les maisons de repos privées. Les soins résidentiels de longue durée sont dispensés par les secteurs publics et privés, ainsi que par un petit secteur non commercial. Les soins informels continuent à occuper une place importante. Les aidants bénéficient de certains mécanismes d'aide financière comme les allocations pour garde destinées aux faibles revenus et les subsides pour une prise en charge temporaire. L'option des soins visant à maintenir les personnes âgées dans la collectivité est privilégiée par les pouvoirs publics, tant pour le bien-être personnel des bénéficiaires que pour des raisons économiques. L'objectif est de préserver la dignité et l'indépendance des personnes âgées, en respectant leur souhait de vivre chez elles; d'aider les familles, les voisins et les bénévoles; et d'offrir des possibilités de soins hospitaliers et résidentiels en cas de nécessité.

²⁹ Lamura et al., 2007

C.3.2 Accès

À partir de l'âge de 70 ans, tous les citoyens ont droit à la gratuité des soins de santé. La plupart des services communautaires sont aussi dispensés gratuitement sur la base d'une évaluation des besoins, sans condition d'âge ou de ressources. Les soins à domicile fournis en vue d'aider les personnes âgées à demeurer chez elles aussi longtemps que possible pourraient s'inscrire dans ce cadre. Actuellement, les résidents de maisons de soins supportent des coûts très variables selon qu'ils sont dans des établissements publics ou privés (68% des lits de séjour prolongé dépendent du secteur privé). À partir de janvier 2008, un nouveau programme d'aide aux maisons de soins, «*A Fair Deal*», supprimera ces différences. Il sera accessible sous condition de ressources et prévoit des tickets modérateurs. Le soutien apporté par le nouveau système ne fait pas de distinction entre les structures de soins publiques ou privées. Il se basera sur trois composantes: évaluation des besoins, évaluation des moyens et choix des établissements de soins de longue durée.

C.3.3 Qualité

La qualité des soins de santé et des services sociaux est un aspect important de la politique irlandaise en la matière. En mai 2007, dans le cadre du programme de réforme des soins de santé, le gouvernement a mis en place un organisme indépendant, HIQA (Health Information and Quality Authority), en vue de promouvoir l'amélioration continue des services irlandais de soins et d'aide sociale. La première mission de HIQA a été de définir des normes de qualité pour les soins résidentiels destinés aux personnes âgées. Un premier projet vient d'être publié à cet égard. Sur la base de ces normes, HIQA procédera à des inspections dans les maisons de soins privées en 2008. Dans cette optique, tous les prestataires de services auront à relever un certain nombre de défis, comme la nécessité de développer des instruments de mesure pour garantir des effectifs suffisants. Les mêmes dispositions sont prévues pour les services de soins à domicile. L'intégration des soins ne pose pas de sérieux problèmes en Irlande, puisque la santé et de nombreux aspects des services sociaux relèvent des compétences d'un même ministère (Department of Health and Children) et d'une seule agence (Health Service Executive).

C.3.4 Viabilité financière

Les projections CPE/CE 2006 relatives au vieillissement démographique prévoient une augmentation des dépenses publiques de l'ordre de 0,6 % du PIB d'ici 2050. De tous les pays de l'Union, l'Irlande est celui dont la proportion de la population âgée de 65 ans ou davantage est la plus faible, avec environ 11 % (recensement de 2006). La moyenne européenne est de 17 % à peu près. Pourtant, sa population vieillit également et plusieurs rapports ont exploré des pistes pour financer les soins de longue durée. Les systèmes de taxation combinés, les tickets modérateurs et les mécanismes d'assurance sociale ou de préfinancement sont les différentes options envisagées. En matière de soins de santé et de services sociaux, les citoyens attendent beaucoup de l'État, compte tenu de la période de croissance économique sans précédent que l'Irlande a connue ces dernières années. Les efforts visant à renforcer encore les soins à domicile et aider les personnes dépendantes à demeurer chez elles pourraient se traduire par une réduction des coûts et donc contribuer à la viabilité financière des SLD en Irlande.

C.3.5 Ajustements futurs de la politique

L'introduction du programme «*A Fair Deal*» mentionné ci-dessus marquera un changement important dans la politique relative aux SLD. En outre, des normes de qualité pour les soins à domicile doivent être développées par HIQA (Health Information and Quality Authority), ainsi qu'un instrument d'évaluation national. Il faut aussi veiller à ce que les personnes âgées soient prises en charge par un personnel convenablement formé. Et d'autres mesures sont nécessaires pour accroître la prévention de la dépendance et promouvoir un mode de vie sain auprès de la population.

C.4 Pays-Bas

C.4.1 Contexte

Les Pays-Bas peuvent être décrits comme un pays de type public-nordique, caractérisé par une demande moyenne de soins, un faible niveau de soins informels et un niveau élevé de fourniture de soins formels³⁰. Pour les personnes qui nécessitent des SLD, quatre sources de financement au moins sont susceptibles d'intervenir: l'assurance-maladie pour les soins aigus, la loi générale sur les dépenses médicales exceptionnelles (AWBZ) pour les soins de longue durée, la loi de soutien social (WMO, couvrant la protection sociale, l'aide ménagère, les dispositifs et le transport) et le soutien au revenu des ménages. En 2007, la loi de soutien social est entrée en vigueur, accordant plus de latitude aux municipalités – entre autres – pour améliorer la cohésion de l'aide sociale au niveau local. Le gouvernement national tend à intervenir de façon moins directe et son rôle se limite à formuler des objectifs et des cadres politiques, à allouer des macro-budgets et à garantir l'accès et la qualité des soins pour tous les citoyens. Un changement d'orientation radical est intervenu aux Pays-Bas: tous les acteurs concernés par le secteur des soins de longue durée (prestataires de services, professionnels, utilisateurs, compagnies d'assurance-maladie, inspection de la santé et gouvernement national) ont convenu que leur objectif ultime ne devait pas être la qualité des soins, mais la qualité de la vie.

C.4.2 Accès

Pour bénéficier du système de SLD dans le cadre de la loi AWBZ, une déclaration du Centre d'évaluation des besoins de soins est nécessaire. Les services administratifs prennent ensuite le relais pour faire suivre le processus de soins de longue durée au niveau régional. La politique relative aux revenus est étroitement liée à la fourniture de services, dans la mesure où les tickets modérateurs, les soins dispensés, l'aide sociale et les logements spéciaux dépendent des ressources des bénéficiaires. L'hébergement (dans des résidences et des maisons de soins) est couvert par l'assurance. En conséquence, les niveaux de qualité des soins et les conditions d'hébergement sont très similaires dans tout le pays. Cela peut être un avantage en termes d'égalité d'accès, mais c'est aussi un inconvénient potentiel, lorsqu'il s'agit de répondre spécifiquement à des besoins individuels et locaux ou régionaux.

³⁰ Lamura et al., 2007

C.4.3 Qualité

Des critiques ont été formulées à propos de la qualité des soins dans les maisons de repos hollandaises. Plusieurs mesures ont été prises afin de résoudre le problème, comme des programmes d'amélioration à grande échelle, une politique d'inspection rigoureuse et la formulation d'indicateurs de résultats. En ce qui concerne le dernier point, une feuille de route a été publiée pour faciliter le contrôle et l'organisation des soins, sur la base d'indicateurs de résultats. Des fournisseurs de services, des professionnels de la santé et des représentants des utilisateurs ont formulé une nouvelle série d'indicateurs, qui ont ensuite été adoptés par les compagnies d'assurance-maladie, l'inspection de la santé et le gouvernement national. La qualité de la vie est mesurée par plusieurs indicateurs couvrant quatre domaines principaux: le bien-être physique et la santé, les conditions de vie et d'hébergement, la participation et le bien-être mental. Ces séries d'indicateurs sont actuellement testées et seront d'application en 2008. Les résultats seront publiés, dans un souci de transparence pour les utilisateurs. Ils serviront aussi de base de calcul pour le financement, à côté d'indicateurs du rapport prix-prestation. Pour responsabiliser les utilisateurs des services, les Pays-Bas ont introduit des budgets personnels, qui ont été très bien accueillis.

C.4.4 Viabilité financière

Trois grands thèmes alimentent plus particulièrement le débat sur la viabilité financière: simplification administrative, rapport prix-prestation et niveaux d'effectifs suffisants. La bureaucratie engendre l'inefficacité systématique; elle est considérée comme un fardeau et une source de gaspillage pour le système. Le nouveau gouvernement s'est donné pour objectif de réduire les formalités administratives de 25 %. Le rapport prix-prestation est un autre facteur important pour la mise en place d'un système de soins de longue durée viable. Il apparaît qu'il existe des différences significatives entre les prestataires de services en termes de rapport prix-prestation. Une campagne à grande échelle d'étalonnage pluridimensionnel des performances a été menée auprès des organisations de soins à domiciles et résidentiels, mais un examen plus approfondi des différences entre les prestataires de services en termes de rapport prix-prestation est nécessaire. On s'attend par ailleurs à d'importants manques d'effectif aux Pays-Bas. Le pourcentage actuel du personnel employé dans le secteur des soins (11 %) devrait presque doubler au cours des deux prochaines décennies pour satisfaire la demande croissante, en raison notamment du vieillissement démographique³¹. Les principaux mécanismes mis en place pour remédier aux pénuries sur le marché de l'emploi passent par des campagnes visant à donner une meilleure image du travail dans le secteur des soins, à favoriser le retour de travailleurs plus âgés sur le marché de l'emploi, à réduire la bureaucratie et à stimuler les innovations et les nouvelles technologies.

³¹ RVZ, 2006

C.4.5 Ajustements futurs de la politique

Le gouvernement hollandais entend poursuivre les objectifs suivants: renforcer, élargir et respecter le choix des utilisateurs, veiller à la transparence et à la qualité des investissements, lancer de nouvelles initiatives dans le domaine de l'hébergement et des soins (logements accessibles, habitations de dimensions adaptées, prévention de la dégradation du cadre de vie), exploiter les technologies de l'information, des communications et de la domotique, renforcer l'intégration des soins pour les personnes âgées, assurer la complémentarité des soins gériatriques et (para-)médicaux à domicile avec les soins des médecins traitants, veiller à la sûreté des patients, renforcer les effectifs et simplifier les formalités administratives.

C.5 Portugal

C.5.1 Contexte

Le Portugal peut être décrit comme un pays fondé sur les valeurs familiales³², avec une demande de soins élevée, un niveau moyen de soins informels et un faible niveau de fourniture de soins formels. En 2004, 21 % de la population portugaise vivaient sous le seuil du risque de pauvreté. Les personnes âgées sont particulièrement vulnérables et 29 % d'entre elles sont pauvres (30 % de femmes et 29 % d'hommes). Pour remédier à cette situation, le gouvernement portugais a introduit plusieurs mesures destinées à réduire le risque de pauvreté chez les personnes âgées et à mettre les services nécessaires à la disposition de celles qui ont besoin de SLD. Ces services comportent notamment un complément de solidarité pour le troisième âge (CSI), un projet-pilote visant à restaurer les habitations des personnes âgées, des réseaux de soins de longue durée permettant d'augmenter le nombre de places pour les séjours en institution de courte ou de longue durée et la création d'un réseau national de services bénévoles pour aider les personnes âgées. Les centres de rééducation, de soins de longue durée et de soins résidentiels sont gérés par des organisations à but lucratif ou non lucratif. Des centres de jour proposent des activités, des repas, des services de blanchisserie, des bains, une assistance pour l'usage des médicaments et des consultations. Il existe un certain nombre de résidences et de centres de soins privés. Les organisations à but non lucratif, financées principalement par l'État, ne dispensent que des soins de base. L'alternative consiste en structures privées, très coûteuses, réservées à une clientèle aisée.

C.5.2 Accès

Au Portugal, le vieillissement démographique, la demande et la fourniture de soins diffèrent grandement selon les régions et entre les zones rurales ou urbaines. Les villes et les régions côtières ont une population plus jeune et une offre plus vaste de services de SLD. Dans les zones rurales, c'est l'inverse. L'ampleur des coûts supportés par les particuliers (les paiements directs s'élevaient à 29 % des dépenses de santé totales en 2004), le recours important aux

³² Lamura et al., 2007

impôts indirects et les divers systèmes d'assurance sociale entraînent une régression du financement public et une offre de soins qui favorise les plus fortunés.

C.5.3 Qualité

La qualité des soins résidentiels au Portugal est jugée souvent très médiocre, faute de ressources. La plupart des établissements ne proposent par exemple que des chambres doubles qui ne favorisent guère l'intimité de leurs résidents. La liberté de choix, l'accès à l'information, les conseils personnalisés et la fourniture de soins de qualité qui ne se limitent pas au minimum vital (prise en charge des besoins élémentaires comme l'hébergement, la nourriture et l'hygiène) ne sont pas vraiment garantis. Il est difficile de trouver des structures capables de s'occuper de personnes atteintes de démence. Un réseau national de soins continus intégrés a été mis en place dans le but de contrôler la qualité des soins et l'organisation des services. Les unités du réseau font l'objet d'évaluations régulières (internes et externes) effectuées par l'équipe de coordination régionale.

C.5.4 Viabilité financière

La demande de services supplémentaires est actuellement très forte. Comme beaucoup de citoyens ne sont pas en mesure de se payer des soins de qualité, les pouvoirs publics allouent certaines aides financières, assurent un contrôle centralisé de la gestion des soins et des prestations en espèces, définissent pour les prestataires des modèles de paiement adaptés à la nature des services et procèdent à une évaluation économique et financière permanente. Le manque de personnel qualifié pose un autre problème qui appelle des mesures dans un proche avenir.

C.5.5 Ajustements futurs de la politique

Afin de garantir l'accès aux soins et leur qualité dans le cadre d'un système financièrement viable, le gouvernement portugais devra s'atteler aux tâches suivantes: réforme du régime des pensions, refinancement des soins de santé, réduction des coûts des soins pour les groupes défavorisés, réduction des disparités régionales dans l'offre de services et diversification des soins de longue durée dispensés. Il conviendra aussi d'améliorer l'efficacité (notamment par un renforcement des soins primaires, un ajustement de la capacité des hôpitaux et un contrôle des dépenses pharmaceutiques) et de déployer de vastes campagnes de sensibilisation en vue d'améliorer la situation sanitaire à tous les âges et de réduire les inégalités en termes de santé.

C.6 Comparaison entre les pays

Le tableau 2 donne un aperçu de la situation des soins de longue durée dans les six pays européens qui ont pris part à l'évaluation par les pairs sur le thème «Liberté de choix et dignité des personnes âgées» (Autriche, République tchèque, Irlande, Pays-Bas, Portugal et Suède). Le tableau brosse un état des lieux très succinct de l'accès aux soins de longue durée, de leur qualité et de leur viabilité financière dans chaque pays. Veuillez noter que cet aperçu ne prend pas en considération les complexités des situations nationales³³.

³³ Pour plus d'informations, voir Commission européenne, 2007a; 2007b

Tableau 2: Aperçu de la situation de six pays européens (Autriche, République tchèque, Irlande, Pays-Bas, Portugal et Suède) du point de vue de l'accessibilité, de la qualité et de la viabilité des soins de longue durée.

	Accès aux soins de longue durée	Qualité des soins de longue durée	Viabilité des soins de longue durée
Autriche	Amélioré depuis l'introduction des SLD, mais il reste des variations régionales. Allocation de soins en fonction des besoins; tickets modérateurs élevés.	Différences régionales dans les niveaux de qualité. Budgets séparés pour la santé et l'aide sociale, ce qui est parfois perçu comme un obstacle à l'intégration des soins.	Compte tenu de l'évolution démographique, un effort commun est nécessaire pour assurer la viabilité financière. On s'attend à un manque d'effectifs.
République tchèque	Depuis 2007, nouvelle loi sur les services sociaux, avec un guichet unique et une allocation de soins en fonction des besoins. Liste d'attente pour les soins résidentiels.	La nouvelle loi sur les services sociaux a introduit un système de contrôle de la qualité. Normes de qualité pour l'aide sociale. Pas de conception des SLD. Budgets séparés pour la santé et l'aide sociale, obstacle à l'intégration des soins.	Encouragement des soins à domicile au sein de la collectivité. Recours aux technologies nouvelles pour les SLD.
Irlande	Gratuité des soins de santé pour les plus de 70 ans. Pas de droit universel aux SLD, nouvelle politique visant à supprimer les différences de prix entre les établissements publics et privés.	HIOA (Health Information and Quality Authority – 2007) a formulé des normes pour les soins résidentiels. Bonne intégration des soins.	Débat autour de nouvelles options de financement. Augmentation des attentes de la population quant au rôle de l'État dans la fourniture de SLD.
Pays-Bas	Niveau élevé des soins professionnels, guichet unique. Tickets modérateurs en fonction des ressources.	L'objectif des soins de longue durée est la qualité de la vie. Des indicateurs de qualité sont en cours de développement. Programmes d'amélioration de la qualité à grande échelle.	Efforts visant à renforcer l'efficacité du système et à réduire la bureaucratie. On s'attend à un manque d'effectifs.
Portugal	Grandes différences entre les prestataires publics et privés et entre les régions; inégalité sociale.	La qualité doit être améliorée. Un réseau national de soins continus intégrés a été mis en place.	Compte tenu de l'évolution démographique, la viabilité financière n'est pas garantie. On s'attend à un manque d'effectifs.
Suède	Très bonne accessibilité des services. Variation régionale dans la fourniture des soins.	Des normes de qualité nationales seront formulées. «Kompetensstegen» (échelle des compétences)	Financement généreux des soins de longue durée. Large consensus dans l'opinion publique.

Partie D: Questions débattues

La politique sociale européenne vise à respecter la liberté de choix et la dignité des personnes âgées qui nécessitent des soins de longue durée. Dans le contexte de la méthode ouverte de coordination, la politique nationale de protection sociale suédoise a été choisie comme point de départ pour l'apprentissage mutuel. Lors de l'évaluation par les pairs consacrée au thème «Liberté de choix et dignité des personnes âgées», plusieurs points ont été abordés. La présente section (partie D: Questions débattues) décrit les questions qui restent ouvertes. Les aspects sur lesquels les participants se sont accordés seront présentés dans la section suivante (partie E: Enseignements tirés).

D.1 Une utilisation productive de la diversité européenne?

Les discussions ont fait ressortir de grandes différences entre les pays européens, p.ex. dans la structure de la politique sociale, dans la distribution des richesses de la société, dans les valeurs culturelles et dans la composition démographique. Si le principe des processus d'étalonnage implique une volonté de tirer les enseignements des bonnes pratiques, il ne s'ensuit pas pour autant que tous les pays européens doivent converger vers un même modèle. Il apparaît plutôt que les différences culturelles devraient être reconnues comme une des forces de l'Europe et exploitées de façon productive. En ce qui concerne les soins de longue durée, les pays où l'offre de soins formels est élevée pourraient servir d'exemple à ceux qui présentent un niveau plus important de soins informels, mais les États où prévaut une forte tradition des soins dispensés par l'entourage familial offrent aussi des solutions dont il pourrait être utile de s'inspirer. Le bien-être des personnes nécessitant des soins et de leurs aidants demeurent les principaux critères d'évaluation.

D.2 Préserver la solidarité en introduisant une différenciation?

La solidarité est une caractéristique centrale des États-providence européens. Les participants s'accordaient à considérer que le maintien de la solidarité dans les systèmes de soins de longue durée revêt une importance primordiale. Le problème suivant a été soulevé (mais non résolu) lors des débats: pour que la légitimité d'une politique sociale soit reconnue, il faut que tous les citoyens soient assurés d'en bénéficier. Les systèmes de solidarité sociale doivent donc être en mesure de retenir les membres de la société qui sont les plus aptes à y contribuer (et qui bien souvent n'en ont guère besoin). Certaines pistes proposées envisageaient d'élargir notamment les choix offerts aux citoyens aisés de la classe moyenne supérieure afin de préserver leur intérêt pour les systèmes de solidarité.

D.3 La famille et l'État: attraction ou éviction?

On suppose parfois que l'aide publique exerce un «effet d'éviction» sur le soutien familial. Pourtant, les services formels peuvent permettre aux familles de maintenir ou renforcer leur soutien informel (la littérature scientifique parle à cet égard d'«effet d'attraction»). La solution la plus souhaitable pourrait résider dans un «partage des responsabilités». Il reste cependant à définir le juste équilibre entre les responsabilités

supportées par l'État et par les réseaux privés, mais aussi entre les responsabilités endossées par les femmes et par les hommes.

D.4 Élaborer des indicateurs de qualité européens?

Au niveau européen, les indicateurs relatifs aux soins de longue durée sont plutôt rares. Il faudrait surtout disposer d'indicateurs de qualité afin de pouvoir comparer la situation des soins de longue durée dans les différents États membres. Dans une perspective européenne, les définitions de la qualité des soins devraient permettre des comparaisons entre les pays. Bien sûr, il ne suffit pas de définir la qualité des soins: des instruments de mesure doivent aussi être mis au point et l'évaluation régulière de la qualité des soins doit être confiée à des agences (indépendantes). À défaut de parvenir à un accord final sur ces indicateurs de qualité, les participants ont néanmoins convenu qu'ils devraient porter tout à la fois sur les structures, les processus et les résultats des soins de longue durée.

D.5 Simplification administrative et atténuation des responsabilités?

La responsabilité et la documentation des services sont des principes cruciaux des soins de longue durée, car l'action rationnelle en dépend. Toutefois, la délimitation exacte des responsabilités peut aussi déboucher sur un excès de formalités administratives qui détourne une partie de la capacité de travail des tâches essentielles des soins de longue durée. La difficulté de réduire la bureaucratie sans atténuer les responsabilités a été reconnue.

Partie E: Enseignements tirés

La politique sociale européenne vise à respecter la liberté de choix et la dignité des personnes âgées qui nécessitent des soins de longue durée. Dans le contexte de la méthode ouverte de coordination, la politique nationale de protection sociale suédoise a été choisie comme point de départ pour l'apprentissage mutuel. Lors de l'évaluation par les pairs consacrée au thème «Liberté de choix et dignité des personnes âgées», divers aspects ont été abordés. La présente section décrit les points que les débats ont fait ressortir comme autant d'enseignements tirés de cette réunion.

E.1 Considérations générales

E.1.1 Vieillir en pleine santé: éviter (et accepter) la dépendance

Les politiques de santé publique devraient mettre l'accent sur la prévention dès le début de la vie, promouvoir des styles de vie sains jusqu'à un âge avancé, et garantir à tous un accès aux soins de santé. Cependant, lorsque la vieillesse entraîne une fragilité et une dépendance, il convient aussi de l'accepter comme une part naturelle de l'existence. La politique suédoise se caractérise par la qualité de la vie, la liberté de choix et la dignité des personnes qui ont besoin de soins de longue durée: c'est un modèle pour d'autres États européens.

E.1.2 Équilibre entre pouvoir central et autonomie locale

Il faut parvenir à un juste équilibre entre le pouvoir central et l'autonomie locale dans la délivrance des soins. Les lois promulguées au niveau national peuvent réduire les inégalités entre les régions. L'autonomie locale permet de renforcer l'adéquation des services qu'il y a lieu d'adapter aux besoins de la collectivité. Les participants se sont accordés sur l'utilité pour les pays d'examiner ensemble cette question.

E.1.3 Combiner les soins formels et informels

Les soins informels représentent une part importante de la prise en charge dans de nombreux pays européens. Mais il n'y a souvent pas d'autres solutions. C'est un sérieux défi à relever pour l'avenir, car les structures familiales s'affaiblissent et l'éloignement géographique par rapport aux parents âgés devient fréquent. Les mesures visant à encourager les soins informels doivent faire en sorte que ce soit une option réaliste, conforme à la volonté des personnes concernées. Les soins informels devraient correspondre à un choix positif et non à une obligation. Il faut reconnaître la réalité des différences entre les sexes à cet égard, et peut-être même les abolir progressivement. Certains pays ont une structure de soins formels très forte et d'autres ont une longue tradition de soins informels. Ces deux modèles laissent une place à l'apprentissage mutuel. Toutefois, l'équilibre à rechercher sera peut-être différent selon les cultures.

E.1.4 Responsabilité des employeurs

Les employeurs devraient être plus conscients de leurs responsabilités et soutenir leurs salariés qui s'occupent de parents âgés. Il existe de nombreuses façons de les aider (p.ex. avec des horaires plus souples).

E.2 Accès aux services de soins de longue durée

E.2.1 Information

L'information complète sur l'offre disponible est naturellement une condition préalable à un véritable choix des utilisateurs. Mais les éléments relatifs aux soins pour les personnes âgées forment aussi un ensemble très complexe. Des «guichets uniques» pourraient rassembler les informations et aider les utilisateurs et leurs familles à prendre une décision.

E.2.2 Évaluation des besoins

L'évaluation des besoins devrait faire intervenir des instruments standardisés. Leur utilisation peut contribuer à l'égalité d'accès. Si l'évaluation se fonde sur des modèles internationaux (p.ex. la Classification internationale du fonctionnement ou d'autres instruments largement reconnus), les comparaisons entre les États membres pourraient être facilitées.

E.2.3 Prise en compte des préférences

Beaucoup de personnes âgées préfèrent continuer à habiter chez elles, mais pour d'autres, le domicile peut avoir des connotations négatives – en raison de conditions sociales difficiles ou d'un cadre de vie inadapté, p.ex. Dans ce cas, l'hébergement dans une résidence aura peut-être leur préférence, car il offre plus de sûreté et de sécurité. Les participants ont salué l'équilibre trouvé par la Suède entre les soins à domicile et en institution.

E.2.4 Garantir des services adéquats

S'il est important de mettre en place une forme pratique d'évaluation des besoins, il faut aussi veiller à fournir ensuite les soins correspondants. À cet égard, l'accès universel aux services apparaît comme une grande réussite du système suédois. Dès lors que l'évaluation établit qu'une personne a droit aux services, les prestataires doivent être tenus de l'accepter.

E.2.5 Soigner la démence

L'évolution démographique entraîne une augmentation du nombre de personnes très âgées. Or, la vieillesse est actuellement corrélée avec le risque de démence. Cependant, tous les États membres ne disposent pas de structures de soins pour les personnes atteintes de démence sénile, loin s'en faut. Un effort conjoint s'impose donc afin d'améliorer la situation.

E.2.6 Favoriser la liberté de choix

La liberté de choix suppose l'existence de diverses options possibles. Il ne suffit pas de mettre en place une infrastructure de soins de longue durée; encore faut-il offrir un véritable choix entre plusieurs possibilités. Deux exemples peuvent être cités pour illustrer ce principe. Une solution est de permettre aux utilisateurs de s'adresser à différents prestataires de soins qui travaillent pour les municipalités (comme c'est le cas dans certaines communes suédoises). Ou encore, les municipalités (comme Nacka³⁴) se bornent à approuver ou autoriser les prestataires de soins, qui proposent ensuite leurs services sur le marché. (Cette seconde option permet sans doute d'offrir aux utilisateurs un choix plus large.) Enfin, les besoins spéciaux des groupes vulnérables, comme les personnes atteintes de démence ou illettrées, doivent aussi être pris en considération, dans l'optique de la liberté de choix.

E.2.7 Prestataires privés

Le recours à des prestataires privés dans la commune de Nacka a suscité un vif intérêt chez bon nombre de participants, car la plupart des autres pays manquent de fournisseurs privés. De l'avis général, il convient de veiller à ce que tous les types de prestataires remplissent les mêmes conditions (en termes de compétences du personnel et de qualité des services, par exemple).

³⁴ Voir la section B.4.

E.2.8 Budgets personnels

Les budgets personnels pourraient constituer un instrument complémentaire intéressant entre les soins formels et informels. Ils permettent à l'utilisateur de se servir d'un compte (virtuel) pour payer des soins, rémunérer des aides soignants ou commander des services adaptés à ses besoins personnels.

E.2.9 Technologie

Le recours aux nouvelles technologies dans les services de soins est une piste étudiée dans plusieurs pays pairs, ainsi d'ailleurs que dans des projets financés par l'UE (p.ex. «Assistance à l'autonomie à domicile», «Bien vieillir dans la société de l'information»), dont les résultats pourraient être partagés. La technologie est un moyen de faciliter la tâche des professionnels et des aidants informels. Elle permet, par exemple, de simplifier le processus de documentation, de communiquer plus aisément et d'accroître la sécurité. Toutefois, actuellement, le degré d'acceptation et d'utilisation des technologies nouvelles paraît encore assez bas. La politique sociale gagnerait à faire bouger les choses, afin d'améliorer la qualité des soins.

E.3 Qualité des services de soins de longue durée

E.3.1 Mettre l'accent sur la dignité

La dignité est un aspect crucial des soins dispensés aux personnes âgées. Pour définir ce concept, il a été proposé de se référer aux droits de l'homme et aux chartes des droits des personnes nécessitant des soins. Les participants se sont accordés sur la nécessité d'examiner la question plus en détail.

E.3.2 Mesurer la qualité des services

Si l'on veut améliorer la qualité des services fournis, celle-ci doit être mesurée (par des agences indépendantes). Il faut formuler des indicateurs de qualité, qui pourraient être adoptés au niveau européen. On a proposé de se référer à la dignité et aux droits de l'homme pour définir des soins de qualité. En dépit d'un large consensus sur les dimensions des soins (structure, processus, résultats), ce sont très souvent les aspects structurels et procéduraux qui sont mis en avant pour analyser la qualité des systèmes de soins. Du point de vue de l'utilisateur, cependant, la qualité des structures et celle des processus sont des conditions nécessaires, mais non suffisantes pour garantir des soins de qualité. Le débat sur la qualité devrait donc laisser plus de place aux résultats. Enfin, le public devrait avoir accès aux informations sur les indicateurs de qualité. Dans l'optique des prestataires de services, l'étalonnage des performances est un outil destiné à améliorer la qualité des soins et l'efficacité des services.

E.3.3 Des liens plus étroits entre les soins de santé et l'aide sociale

La dépendance des personnes âgées découle souvent d'affections chroniques et d'une tendance à la multimorbidité. Même si les services d'aide sociale peuvent prendre en charge l'essentiel du soutien aux personnes âgées, il est très important de maintenir une coopération étroite avec les prestataires de soins

médicaux. Les participants ont recommandé à la Suède d'envisager la possibilité d'établir des liens plus étroits entre les services de santé et l'aide sociale. L'organisation des soins et des services sociaux ne devrait pas être scindée entre les comtés et les communes.

E.4 Viabilité des services de soins de longue durée

E.4.1 Garder un personnel qualifié

La qualité des soins ne peut être assurée sans des professionnels compétents et motivés. Il est essentiel de disposer d'effectifs bien qualifiés et en nombre suffisant. Cependant, le secteur des soins de longue durée a souvent une image négative et dépréciée qu'il convient de revaloriser. Des niveaux de rémunération corrects constituent à cet égard un élément important, tout comme la qualité de la formation. L'amélioration des qualifications et des conditions de travail des professionnels (et des bénévoles) dans le secteur des soins de longue durée devrait être un objectif prioritaire. Dans certains pays, le recrutement de personnel migrant pour le secteur des soins suscite quelques interrogations, non seulement du point de vue des salaires et de la protection sociale des travailleurs migrants, mais aussi en ce qui concerne la communication entre le personnel soignant et les patients. Le programme suédois «Kompetensstegen» (l'échelle des compétences) visant à améliorer les niveaux d'éducation et de formation du personnel a été largement débattu par les participants, qui y voient un exemple à suivre pour d'autres pays européens.

E.4.2 Migration et soins

Certains États membres voient affluer en grand nombre du personnel soignant en situation régulière, mais aussi irrégulière. Le problème de l'immigration dans le secteur des soins de longue durée doit être abordé au niveau européen. Bien que le personnel migrant puisse contribuer à remédier au manque d'effectifs dans les pays d'accueil, le phénomène pourrait mettre en danger les systèmes de santé des pays d'origine.

E.4.2 Viabilité financière: répondre à des attentes variées

La viabilité financière des services de soins et ses implications pour l'avenir de l'État-providence ont été bien étudiées en Suède. Les participants ont pu tirer de précieux enseignements de ces analyses. Les politiques sociales gagnent en légitimité aux yeux de l'opinion publique lorsque toutes les générations en bénéficient. Il est donc souhaitable de suivre un modèle qui combine l'efficacité des soins à des mesures de prévention et de promotion de la santé.

Références

Carolan, J. (2007), Commentaire – Irlande, <http://www.peer-review-social-inclusion.net/peer-reviews/2007/freedom-of-choice-and-dignity-for-the-elderly>

Commission européenne (2005), *Livre vert « Face aux changements démographiques, une nouvelle solidarité entre les générations »* (COM(2005) 94 final), Bruxelles, Commission européenne.

Commission européenne (2006a), *Portfolio of overarching indicators and streamlined social inclusion, pensions, and health portfolios*, Bruxelles, Commission européenne.

Commission européenne (2006b), *National Report on Strategies for Social protection and Social Inclusion – Austria*, Bruxelles, Commission européenne.

Commission européenne (2007a), *Rapport conjoint sur la protection sociale et l'inclusion sociale: Profils de pays* (SEC(2007) 272), Bruxelles, Commission européenne.

Commission européenne (2007b), *Rapport conjoint sur la protection sociale et l'inclusion sociale: Document annexé* (SEC(2007) 329), Bruxelles, Commission européenne.

Davey, A., Savla, J., Sundström, G., Zarit, S. H., & Malmberg, A. (2007), How equitable is Sweden's changing care mix? Linking individual and regional characteristics over time, *Ageing and Society*, 27(4), 511-532.

Esping-Andersen, G. (1999), *Social foundations of postindustrial economies*, Oxford, Oxford University Press.

Johansson, L. (2004), *EUROFAMCARE - National Background Report for Sweden*. Stockholm: National Board of Health & Welfare.

Lamura, G., Mnich, E., Bien, A., Krevers, A., McKee, K., Mesthenos, L., et al. (2007), *Dimensions of future social service provision in the ageing societies of Europe*, document présenté lors du Sixième Congrès européen de gérontologie et de gériatrie, Saint-Pétersbourg, Russie.

Lorman, J., Wija, P. (2007), Commentaire – République tchèque, <http://www.peer-review-social-inclusion.net/peer-reviews/2007/freedom-of-choice-and-dignity-for-the-elderly>

Ministère fédéral allemand des Affaires familiales, des Personnes âgées, des Femmes et de la Jeunesse & ministère fédéral allemand de la Santé (2007), *Charter of Rights for People in Need of Long-Term Care and Assistance*, Berlin, Ministère fédéral allemand des Affaires familiales, des Personnes âgées, des Femmes et de la Jeunesse (<http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Kategorien/Publikationen/Publikationen,did=92830.html>).

Ministère suédois de la Santé et des Affaires sociales (2001), *Social Services Act* (SFS 2001:753).

Ministère suédois de la Santé et des Affaires sociales (2006), *Sweden's Strategy Report for Social Protection and Social Inclusion 2006 – 2008*, Stockholm.

Ministère suédois de la Santé et des Affaires sociales (2007a), *Ageing with Dignity*, Stockholm.

Ministère suédois de la Santé et des Affaires sociales (2007b), *Care of the Elderly in Sweden*, Stockholm.

Ministère suédois de la Santé et des Affaires sociales (2007c), *Facts about the Elderly in Sweden*, Stockholm.

Ministère suédois de la Santé et des Affaires sociales (2007d), *Report by the Government of Sweden on the Follow-up to the Regional Implementation Strategy (RIS) of the Madrid International Plan of Action on Ageing (MIPAA) in Sweden*, Stockholm, Ministère suédois de la Santé et des Affaires sociales.

Nies, H. (2007), Commentaire, – Pays-Bas, <http://www.peer-review-social-inclusion.net/peer-reviews/2007/freedom-of-choice-and-dignity-for-the-elderly>

Paúl, C. (2007), Commentaire – Portugal, <http://www.peer-review-social-inclusion.net/peer-reviews/2007/freedom-of-choice-and-dignity-for-the-elderly>

RVZ (2006), *The labour market and demand for care*, Zoetermeer, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

SALAR (Swedish Association of Local Authorities and Regions) (2007), *Care of the Elderly in Sweden Today 2006*, Stockholm, Association des communes et des régions suédoises – Département de la santé et de l'aide sociale.

Schenk, M. (2007), commentaire – Autriche, <http://www.peer-review-social-inclusion.net/peer-reviews/2007/freedom-of-choice-and-dignity-for-the-elderly>

Titmuss, R. M. (1987), *The Philosophy of Welfare: Selected Writings of Richard Titmuss*, Londres, Allen and Unwin.

Townsend, P. (2006), Policies for the aged in the 21st century: more 'structured dependency' or the realisation of human rights? *Ageing and Society*, 26(2), 161-179.

Union européenne (2000), *Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne*, Strasbourg, Union européenne.