

ÉTUDE COMPARATIVE DE LA FERPA SUR

La dépendance* dans les États membres 2010

* Le terme « dépendance » a été utilisé dans ce document pour signifier la perte d'autonomie et le besoin d'aide de tiers.







Sommaire

Avant-propos	3
1. Introduction	4
2. Les modèles traditionnels du système de protection sociale dans les grandes lignes	5
3. La protection sociale dans les pays membres	6
3.1. Les dépenses de protection sociale	7
4. Le problème du vieillissement de la population	12
5. La nouvelle urgence de l'Union européenne : la dépendance	18
6. Les réponses des États membres	21
6.1. Les services à domicile	24
6.2. Les services en résidence	25
7. Les dépenses et le financement des politiques en matière de dépendance	26
8. Aperçus nationaux	28
9. Conclusions	57





Depuis le congrès de la FERPA de mai 2007, il s'agit de la troisième recherche qu'elle publie, confirmant une volonté forte et des activités de recherche et d'analyse autour de questions sociales liées aux personnes âgées et retraitées en Europe.

Les deux précédentes études avaient traité respectivement les thèmes de la « Perte du pouvoir d'achat des pensions » et « Vivre en Europe en tant que retraité : combien ça coûte ? ».

Ces deux publications, distribuées aux membres de la FERPA et portées à l'attention de toutes les institutions de l'UE, avaient reçu un accueil favorable et suscité de nombreuses réactions positives.

Cette année, le thème choisi pour la recherche est une « Étude comparative sur la dépendance dans les États membres ». Même si la définition de « dépendance » a été traduite en des termes différents selon les pays (dépendance, invalidité, handicaps, etc.), le sujet abordé est absolument clair et d'une grande actualité.

Bien que ce problème ne concerne pas exclusivement les personnes âgées et les retraités, on peut certainement affirmer que la plupart des personnes « à charge » se situent dans le groupe des plus de 65 ans, un groupe qui, en raison de l'évolution démographique, est appelé à grandir.

Il est donc de l'intérêt de la FERPA et de ses membres de connaître les dimensions et les implications de cette thématique et, surtout, de connaître les « bonnes pratiques » en Europe, lesquelles pourront constituer un exemple à suivre et un encouragement pour les pays (et les régions) qui continuent de souffrir d'importantes lacunes et de rencontrer de grosses difficultés.

Il est important de noter que le contenu de la recherche a pu servir, en plus des sources officielles existantes, de source première et originale. C'est en effet sur base du questionnaire détaillé soumis aux membres de la FERPA que les chercheurs ont pu tirer parti d'informations directes.

Nous remercions toutes les personnes qui ont apporté leur soutien.

La FERPA traite de questions de grande actualité, sur lesquelles l'Union européenne et les principaux acteurs internationaux, tels que l'Organisation mondiale de la santé, concentrent leur attention et leurs efforts.

Tout être humain verra, un jour ou l'autre, son état de santé se détériorer et devra donc supporter un certain degré de handicap. La « dépendance » constitue donc une expérience universelle.

Et surtout, la dépendance est un problème social et non pas seulement médical.

Pour nous qui croyons aux valeurs d'un syndicalisme moderne, c'est une question de SOLIDARITÉ.

Bonne lecture.

Bruno COSTANTINI
Secrétaire général de la FERPA

1. Introduction

Les principes d'égalité et de solidarité, qui constituent la structure de base sur laquelle repose toute la construction de l'Etat-providence, figurent dans nombre de Chartes fondamentales européennes, représentant le noyau dur et originel sur lequel les droits sociaux ont pris racine, et par la suite, se sont développés. Les règles de ces systèmes fonctionnent de deux façons : d'une part, elles rappellent l'engagement de l'État de rendre utilisables et efficaces les prescriptions constitutionnelles, et d'autre part, comme revers de la médaille, et comme complément de la construction législative, reconnaissent aux citoyens un large "éventail" de droits individuels que la doctrine et la jurisprudence qualifient de sociaux.

On ne prétend pas avec ça affirmer que la diversité des modèles sociaux issus des différentes démocraties européennes puisse être ramenée à un modèle unique. En dépit de la genèse historique et politique qui n'est certainement pas commune aux systèmes nationaux particuliers et dont on dira plus loin cependant qu'il semble aujourd'hui possible d'identifier et de mettre en évidence quels points de contact il existe entre eux, les principes d'égalité et de solidarité se voient décrits comme appartenant pleinement au noyau dur, dénominateur commun minimal appelé à construire le patrimoine constitutionnel européen.

La solidarité et l'égalité ont, par conséquent, constitué le substrat de base sur lequel les autres droits sociaux ont pris racine et se sont développés, du moins dans une grande partie des pays européens. En revanche, il ne faudrait pas oublier quelles ont été les exigences qui – tout en reconnaissant et en intégrant dans les différents pays les droits sociaux dans les ordres juridiques – ont donné naissance à l'Etat-providence moderne : lutter contre la pauvreté et transférer certains risques importants de l'individu à la collectivité par la sécurité sociale.

Malgré tous les changements intervenus au fil du temps, la conviction ne s'est jamais démentie que la raison d'être de tout système de protection sociale réside essentiellement, sinon exclusivement, dans la double tentative de réduire les inégalités dans le domaine économique et social et d'assurer la sécurité des individus.

Tant et si bien que, même si les différentes expériences nationales diffèrent entre elles rendant difficile toute tentative de comparaison, le rôle de l'Etat-providence demeure encore immuable au fil du temps. Mais le cas échéant, ce sont les risques, leurs caractéristiques et les entités qui changent et qui évoluent, ce qui conduit à l'émergence « de nouvelles situations d'urgence sociale » dans lesquelles les pays ont du mal à apporter des réponses concrètes et surtout uniformes.

En vertu de la relation qui existe entre les inégalités réelles et la protection sociale, l'exigence se fait jour au niveau (national et) supranational d'évaluer la correspondance entre les risques émergents et les modalités de réponse du système. Il s'agit d'éviter de perdre le bénéfice de l'acquis communautaire atteint durant des années d'un processus (difficile) de convergence vers un modèle social européen. On discute actuellement de la possibilité de réviser un modèle social qui a constitué le noyau central d'un accord entre les gouvernements des 27 pays de l'Union européenne et de l'importance du rôle dévolu à l'État-providence face à l'exclusion sociale, à la pauvreté et à la persistance des inégalités.

Une réflexion sur ce point et, partant, sur les modalités de réponse aux nouvelles situations d'urgence, dont notamment la dépendance, ne peut, à notre avis, se faire sans une analyse de l'existant dans les domaines qui représentent les dimensions fondamentales de chaque pays, à savoir législatives, démographiques, économiques et de vulnérabilité sociale.



2. Les modèles traditionnels du système de protection sociale dans les grandes lignes

Comme nous l'avons dit, les systèmes nationaux de protection sociale, tout en s'intéressant en grande partie aux mêmes risques sociaux moyens, ont recours à l'action de façons très différentes et, par conséquent, utilisent de façon très diversifiée les ressources dont ils disposent pour relever les défis qui se posent à eux. Les niveaux des dépenses de protection sociale ainsi que les modalités de financement présentent de grandes variations entre les pays de l'UE, lesquels ont élaboré des systèmes différents que, par commodité, nous avons ramenés à 4 modèles.

Dans le **modèle nordique**, l'Etat fixe le cadre général de l'organisation du marché du travail et laisse aux partenaires sociaux le soin de définir les rapports individuels. L'objectif est d'assurer l'égalité, la cohésion et l'homogénéité des groupes sociaux à travers une redistribution équitable des ressources. A la base de ce concept, il y a l'universalité de la protection sociale tout entière en tant que droit de citoyenneté. Les Scandinaves, longtemps considérés comme archétypes de l'État-providence (quasi) idéal, ont toujours favorisé un système de taxation élevée construit autour de deux principaux acteurs : l'individu et l'État, qui vise à financer de considérables dépenses sociales, ce qui permet une offre de services consistants aux familles et aux enfants, avec des systèmes de protection en faveur des plus faibles et étendus à toute la population.

Le **modèle continental** est basé principalement sur l'assurance sociale. Les prestations sociales basées sur des cotisations de sécurité sociale, relativement généreuses et adaptées aux travailleurs, garantissent en cas de risque une certaine autonomie par rapport au marché. Le montant est lié au niveau de revenu du travailleur. L'assurance sociale est obligatoire. Ce qui ne cotisent pas peuvent néanmoins obtenir des prestations minimales financées par les impôts, à condition que les revenus ne dépassent pas un certain chiffre.

Les pays d'Europe continentale se caractérisent, pour leur part, par un niveau de dépenses sociales relativement stable : dans des pays comme l'Allemagne, la France, les Pays-Bas, les dépenses de protection sociale ont toujours été généreuses (environ 30% du PIB) et sont financées principalement par les contributions des employeurs et des travailleurs. En outre, les dépenses sociales financent le volet chômage, santé et incapacité de travail dans une mesure proportionnelle aux autres régimes de protection sociale.

Le **modèle méditerranéen** est similaire au système continental pour ce qui est des garanties de revenus. Les politiques familiales sont par contre peu développées, tandis que les pensions constituent le plus gros poste des dépenses sociales. Le système de protection sociale des pays méditerranéens en définitive, même s'il contient en lui diverses réalités, se différencie des précédents tant en termes d'utilisation des ressources que de bénéficiaires des ressources. Ces systèmes se caractérisent par un niveau moins élevé des dépenses globales (environ 25% du PIB), en raison du choix des secteurs auxquels elles sont destinées et plus généralement de la maigre part réservée en terme de ressources au volet famille et enfants, tant par rapport au PIB que par rapport au total des dépenses. Cette situation constitue un paradoxe : il s'agit de pays qui, traditionnellement, peuvent se définir comme « de famille » et pour lesquels les acteurs investis de la responsabilité d'assurer le bien-être sont avant tout les individus et les familles mais qui, néanmoins, si l'on observe les données, ne semblent pas attribuer beaucoup d'importance ni à la famille ni aux enfants.

Dans le **modèle anglo-saxon**, la protection sociale devrait être complètement indépendante du droit au travail et l'intervention de l'État est marginale. Les prestations en espèces (indemnités,

maladie, chômage, etc.) issues du système public d'assurance nationale (National Insurance) sont forfaitaires et inférieures à celles des pays scandinaves. Cela reflète, entre autres, le rôle important assigné à l'assurance privée et au régime de protection prévu par les entreprises. Toutefois, ceux qui n'ont pas suffisamment cotisé ont droit aux prestations d'aide sociale, financées en grande partie par les impôts, sous réserve d'un établissement des revenus. La réforme de la politique sociale a été axée sur deux priorités : la réduction des coûts de l'Etat-providence pour réduire le déficit public et les prélèvements obligatoires et une efficacité accrue de la protection sociale, en particulier la réduction des listes d'attente dans le système des soins de santé et la lutte contre la désincitation au travail.

3. La protection sociale dans les pays membres

La crise économique qui affecte l'économie mondiale a des implications immédiates sur tous les citoyens, non seulement du point de vue strictement monétaire, mais aussi d'un point de vue social. L'absence ou la diminution de revenus a en fait comme première conséquence la baisse de « l'investissement-santé » personnel, ce qui accentue les différences et les inégalités en matière de santé entre Etats et citoyens appartenant à des groupes sociaux différents. Dans une telle situation, les premiers à souffrir sont précisément ceux qui appartiennent aux couches les plus vulnérables de la population (pauvres, handicapés, emplois précaires, personnes âgées). Dans un tel contexte, les investissements que les pays membres attribuent à la protection sociale revêtent une importance encore plus grande. Par dépenses de protection sociale, il faut naturellement entendre, conformément à la définition d'Eurostat, toutes les prestations sociales (transferts d'argent ou en nature) en faveur de particuliers ou de familles afin de les protéger contre les situations de risque ou de besoin, les frais de fonctionnement du système complexe de protection et d'autres dépenses.

Dans les études qui analysent les scénarios de protection dans les différents pays, il ne faudra pas perdre de vue qu'en période de maigres ressources monétaires de l'individu, ce sont les Etats qui devraient prendre en charge majoritairement la sécurité et l'assistance de leurs citoyens. De la même manière, en pareil cas, le mode de financement des investissements dans la protection sociale a aussi son importance.

3.1. Les dépenses de protection sociale

L'analyse du pourcentage du PIB investi par les Etats dans la protection sociale montre que la moyenne des 27 pays de l'Union a, en l'espace de deux ans (2005 à 2007), désinvesti environ 1% du PIB. Malheureusement, les données Eurostat, bien qu'elles aient été récemment récoltées (la recherche a été effectuée à la mi-janvier 2010), ne couvrent pas les deux dernières années. Il serait en effet intéressant de voir si les Etats membres ont inversé cette tendance négative pendant les années de crise économique pour concrétiser la lutte contre les situations d'exclusion en essayant d'augmenter « les investissements » en matière de protection sociale.

Plus précisément, les États qui investissent la plus grande part de leur PIB dans le domaine de la protection sociale étaient (en 2007) la France avec 30,5%, la Suède avec 29,7%, la Belgique avec 29,5% et le Danemark avec 28,9%. À l'autre extrême, on trouve quelques-uns des pays qui ont rejoint l'Union lors du dernier élargissement : la Lettonie, avec seulement 11% de son PIB, l'Estonie avec 12,5%, la Roumanie avec 12,8% et la Lituanie avec 14,3%.



Si au contraire on met l'accent sur l'accroissement des investissements dans la protection sociale durant la dernière décennie, on constate que ce sont essentiellement les pays du modèle méditerranéen susmentionné qui ont augmenté considérablement la proportion des dépenses consacrées à cette importante fonction sociale : le Portugal +4,6% (de 20,2% à 24,8%), la Grèce +3,9% (de 20,5% à 24,4%) et l'Italie +2,4% (de 24,3% à 26,7%).

En revanche, les pays scandinaves ont désinvesti une partie de leur PIB traditionnellement consacré à la protection sociale : la Finlande -6% (de 31,4% à 25,4%), la Suède -3,4% (de 33,1% à 29,7%) et le Danemark -2,3% (de 31,2% à 28,9%).

Les pays appartenant aux autres modèles restent pour leur part dans la ligne des dépenses engagées à la fin du siècle dernier, ne s'écartant que de quelques décimales de leur PIB par rapport à l'année de référence retenue dans la présente analyse.

Dépenses de protection sociale en pourcentage du PIB

Pays / Période	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
UE (27 pays)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27,1	26,7*	26,2*
UE (25 pays)	0	0	0	0	26,5	26,7	27	27,4	27,2	27,3	26,9*	26,4*
UE (15 pays)	27,8	27,4	27	26,9	26,8	27	27,3	27,7	27,6	27,7	27,3*	26,9*
Belgique	28	27,4	27,1	27	26,5	27,3	28	29	29,2	29,6	30,2	29,5
Bulgarie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	14,9	15,1
République tchèque	17,6	18,6	18,5	19,2	19,5	19,4	20,2	20,2	19,3	19,2	18,7	18,6
Danemark	31,2	30,1	30	29,8	28,9	29,2	29,7	30,9	30,7	30,2	29,3	28,9
Allemagne	29,4	29	28,9	29,2	29,3	29,4	30,1	30,4	29,8	29,7	28,7	27,7*
Estonie	0	0	0	0	13,9	13	12,7	12,5	13	12,6	12,3	12,5
Irlande	17,6	16,4	15,2	14,6	13,9	14,9	17,5	17,9	18,1	18,2	18,3	18,9
Grèce	20,5	20,8	21,7	22,7	23,5	24,3	24	23,5	23,5	24,6	24,5	24,4
Espagne	21,5	20,8	20,2	19,8	20,3	20	20,4	20,6	20,7	20,9	20,9*	21*
France	30,6	30,4	30,1	29,9	29,5	29,6	30,4	30,9	31,3	31,4	30,7	30,5*
Italie	24,3	24,9	24,6	24,8	24,7	24,9	25,3	25,8	26	26,4	26,6*	26,7*
Chypre	0	0	0	0	14,8	14,9	16,3	18,4	18,1	18,4	18,4	18,5*
Lettonie	0	15,3	16,1	17,2	15,3	14,3	13,9	13,8	12,9	12,4	12,3	11*
Lituanie	13	13,7	15,1	16,3	15,8	14,7	14	13,5	13,3	13,1	13,2	14,3*
Luxembourg	21,2	21,5	21,2	20,5	19,6	20,9	21,6	22,1	22,3	21,7	20,3	19,3
Hongrie	0	0	0	20,3	19,6	19,2	20,3	21,2	20,6	21,9	22,4	22,3
Malte	17,5	18	17,9	17,8	16,9	17,8	17,8	18,3	18,8	18,6	18,2	18,1
Pays-Bas	29,6	28,7	27,8	27,1	26,4	26,	27,6	28,3	28,3	27,9	28,8	28,4*
Autriche	28,9	28,8	28,4	29	28,4	28,8	29,2	29,6	29,3	28,9	28,5	28
Pologne	0	0	0	0	19,7	21	21,1	21	20,1	19,7	19,4	18,1
Portugal	20,2	20,3	20,9	21,4	21,7	22,7	23,7	24,1	24,7	25,3	25,4	24,8
Roumanie	0	0	0	0	13	12,8	13,6	13	12,7	13,2	12,5	12,8
Slovénie	23,5	23,9	24,1	24,1	24,2	24,5	24,4	23,7	23,4	23	22,7	21,4*
Slovaquie	19,5	19,8	20	20,2	19,4	19	19,1	18,2	17,2	16,5	16,3	16*
Finlande	31,4	29,1	27	26,3	25,1	24,9	25,7	26,6	26,7	26,8	26,2	25,4
Suède	33,1	32,2	31,4	31	30,1	30,8	31,6	32,6	32	31,5	30,7	29,7*
Royaume-Uni	27,4	26,9	26,3	25,7	26,4	26,8	25,7	25,7	25,9	26,3	26,1	25,3*

Ceci confirme ce que nous avons avancé dans l'avant-propos : il y a effectivement un recalibrage des investissements dans le domaine de la protection sociale par tous les pays de l'Union européenne. Pour bien comprendre les raisons de ces différences, il faut cependant examiner point par point les

différents volets des dépenses. Comme on le sait, l'enveloppe « protection sociale » se compose de plusieurs sortes de dépenses. On y trouve en effet les dépenses relatives à l'invalidité, la vieillesse, les allocations de survie, la couverture de chômage, les indemnités et allocations familiales y compris de maternité et de paternité, la couverture maladie et besoins de santé, les subventions pour le logement et les dépenses qui ne sont pas prises en considération dans les catégories ci-dessous (c'est-à-dire "Autres").

Prestations sociales par fonction:

(* = valeur provisoire)

INVALIDITÉ					VIEILLESSE				
Pays\Période	1996	2000	2006	2007	Pays\Période	1996	2000	2006	2007
UE (27 pays)	0	0	8*	8,1*	UE (27 pays)	0	0	39,2*	39,6*
UE (25 pays)	0	8,3	8*	8*	UE (25 pays)	0	40	39,2*	39,5*
UE (15 pays)	8,5	8,2	7,9*	8*	UE (15 pays)	37,6	39,9	39,1*	39,4*
Belgique	8,7	9,3	6,6	6,6	Belgique	31,8	33,6	36,6	35,3
Bulgarie	0	0	9,1	8,3	Bulgarie	0	0	47,8	46,8
République tchèque	7,8	7,7	8,6	8,1	République tchèque	35,5	38,8	38,8	39,7
Danemark	10,7	12	14,9	15	Danemark	38,8	38	37,9	38,1
Allemagne	8,2	7,8	7,7	7,7*	Allemagne	31,7	33,7	35,5	35,4*
Estonie	0	6,6	9,5	9,3	Estonie	0	43,4	44,4	43
Irlande	5	5,3	5,3	5,5	Irlande	19,5	19,5	22,6	22,8
Grèce	4,8	4,8	4,7	4,9	Grèce	49,9	46,4	43,2	43,6
Espagne	7,6	7,9	7,6*	7,6*	Espagne	40,4	41,6	31,8*	31,9*
France	5,9	5,9	6	6,1*	France	37,4	38,4	38,1	38,7*
Italie	7,2	6,1	5,9*	6*	Italie	51,8	52,5	50,8*	51,4*
Chypre	0	3,4	4	3,7*	Chypre	0	41,8	40	40,6*
Lettonie	0	7,9	7,3	7*	Lettonie	0	56,9	45,9	44,9*
Lituanie	9,2	8,4	10,6	10,4*	Lituanie	43,8	43,7	41,1	43,3*
Luxembourg	12,7	13,4	13,2	12,3	Luxembourg	40	36,8	26,8	27,4
Hongrie	0	9,6	9,8	9,6	Hongrie	0	35,8	36,3	37,8
Malte	5,2	5,8	6,2	6,3	Malte	40,3	39,8	42,1	42,3
Pays-Bas	12,2	11,8	8,7	9,1*	Pays-Bas	33,7	37	35,2	35*
Autriche	9,8	9,7	8,3	8	Autriche	37,7	39,8	41,3	41,7
Pologne	0	14	9,9	9,6	Pologne	0	44,5	49,5	49,1
Portugal	12,6	12,7	9,9	10	Portugal	36,9	37,6	42,1	42,9
Roumanie	0	8,3	8,9	10	Roumanie	0	41,4	41,7	43,2
Slovénie	8,5	9	8,2	7,8*	Slovénie	44,1	43,2	38	39,3*
Slovaquie	6,4	7,6	8,5	8,5*	Slovaquie	31	32,2	38,5	38,3*
Finlande	14,7	13,9	12,7	12,6	Finlande	29,9	31,8	34,3	35
Suède	11,7	13,2	14,9	15,3*	Suède	36,8	37	37,9	39*
Royaume-Uni	10,5	9,4	9,5	9,8*	Royaume-Uni	40,1	44,4	41,2	41,8*



SURVIVANT					LOGEMENT				
Pays\Période	1996	2000	2006	2007	Pays\Période	1996	2000	2006	2007
UE (27 pays)	0	0	6,7*	6,6*	UE (27 pays)	0	0	2,3*	2,3*
UE (25 pays)	0	6,7	6,7*	6,7*	UE (25 pays)	0	2,2	2,3*	2,3*
UE (15 pays)	7,2	6,7	6,7*	6,6*	UE (15 pays)	2,2	2,2	2,3*	2,3*
Belgique	10,7	10,6	10,2	10	Belgique	0	0,1	0,5	0,5
Bulgarie	0	0	4,8	4,6	Bulgarie	0	0	0	0
République tchèque	5	4,5	4,3	4,2	République tchèque	0,2	0,7	0,4	0,3
Danemark	0,1	0	0	0	Danemark	2,4	2,4	2,3	2,5
Allemagne	9,5	8,7	7,9	7,7*	Allemagne	1	1,1	2,3	2,3*
Estonie	0	2	0,9	0,8	Estonie	0	0,7	0,3	0,2
Irlande	6,2	5,9	4,9	4,6	Irlande	3,4	2,4	1,8	1,6
Grèce	3,3	3,3	8,1	8,4	Grèce	2,8	3,1	2,2	2
Espagne	4,3	3,1	9,5*	9,4*	Espagne	1,2	0,8	0,8*	0,9*
France	6,2	5,9	6,7	6,6*	France	3,2	3,2	2,6	2,6*
Italie	11,3	10,7	9,6*	9,7*	Italie	0	0	0,1*	0,1*
Chypre	0	6,9	6,3	6,1*	Chypre	0	3,1	2,7	3,5*
Lettonie	0	3,1	2,2	1,9*	Lettonie	0	0,7	0,8	1,2*
Lituanie	3,4	4,1	3,7	3,7*	Lituanie	0	0	0	0*
Luxembourg	3,6	3	9,9	9,9	Luxembourg	0,1	0,6	0,9	0,8
Hongrie	0	5,7	5,9	6,1	Hongrie	0	2,9	2,4	4,1
Malte	10,2	10,8	10,3	10,1	Malte	2,5	1,1	1	1,3
Pays-Bas	5,8	5,4	5,3	5,2*	Pays-Bas	1,4	1,5	1,4	1,4*
Autriche	9	8,3	7,3	7,2	Autriche	0,3	0,3	0,4	0,4
Pologne	0	10,8	11,3	11,1	Pologne	0	0,9	0,6	0,5
Portugal	7,5	7,1	7	7,1	Portugal	0	0	0	0
Roumanie	0	4,3	4,6	4,1	Roumanie	0	0	0	0
Slovénie	2	2	7,5	7,4*	Slovénie	0	0	0,1	0,1*
Slovaquie	5,5	5	5,4	5,5*	Slovaquie	0	0,3	0	0
Finlande	3,9	4	3,6	3,5	Finlande	1,3	1,5	1	1
Suède	2,4	2,2	2,1	2*	Suède	3,1	2,1	1,7	1,7*
Royaume-Uni	3,9	4,3	3,2	3,1*	Royaume-Uni	6,9	5,7	5,7	5,8*

CHÔMAGE				
Pays\Période	1996	2000	2006	2007
UE (27 pays)	0	0	5,6*	5,1*
UE (25 pays)	0	6,1	5,6*	5,1*
UE (15 pays)	7,9	6,1	5,7*	5,2*
Belgique	12,8	11,8	11,9	11,7
Bulgarie	0	0	2,2	2
République tchèque	2,6	3,5	3,2	3,5
Danemark	13,8	10,5	7,2	5,6
Allemagne	8,6	7,5	6,7	5,8*
Estonie	0	1,3	0,9	1,2
Irlande	15,5	9,6	7,6	7,7
Grèce	4,2	6,2	4,6	4,5
Espagne	14,5	11,6	12*	11,7*
France	8	7,2	6,7	6,1*
Italie	2,8	1,7	2*	1,8*
Chypre	0	7,2	5,9	4,8*
Lettonie	0	3,8	3,7	3,3*
Lituanie	2	1,8	1,9	1,9*
Luxembourg	3,4	3,2	4,9	4,9
Hongrie	0	4	3,1	3,4
Malte	2,4	2,6	3,4	2,8
Pays-Bas	10	5,1	5	4,3*
Autriche	6	4,9	5,8	5,3
Pologne	0	4,6	3	2,2
Portugal	5,8	3,7	5,5	5,1
Roumanie	0	7,6	2,7	2,2
Slovénie	4,3	4,3	3	2,3*
Slovaquie	3,5	4,8	3,4	3,6*
Finlande	14	10,5	8,5	7,8
Suède	10,3	7,1	5,5	3,8*
Royaume-Uni	4,9	3	2,5	2,1*

FAMILLE / ENFANTS				
Pays\Période	1996	2000	2006	2007
UE (27 pays)	0	0	7,8*	8*
UE (25 pays)	0	8,3	7,8*	7,9*
UE (15 pays)	8,4	8,3	7,8*	7,9*
Belgique	8,7	8,8	7	7,1
Bulgarie	0	0	7,4	8,6
République tchèque	11	8,5	7,6	9,2
Danemark	12,4	13,1	13,1	13,1
Allemagne	10,1	11,2	10,4	10,6*
Estonie	0	11,9	12,1	11,6
Irlande	13,1	13,7	14,7	14,7
Grèce	8,7	7,4	6,2	6,2
Espagne	2,3	4,9	5,9*	6*
France	9,9	9,1	8,5	8,5*
Italie	3,5	3,8	4,5*	4,7*
Chypre	0	6,3	10,8	10,8*
Lettonie	0	10,2	10,1	11*
Lituanie	7	8,8	8,9	8,7*
Luxembourg	13	16,6	16,9	16,6
Hongrie	0	13,2	12,9	12,8
Malte	11,8	9,4	6,2	5,9
Pays-Bas	4,4	4,6	5,4	6*
Autriche	10,9	10,7	10,4	10,2
Pologne	0	5	4,3	4,5
Portugal	5,3	5,4	5,1	5,3
Roumanie	0	11,8	14,3	13,2
Slovénie	8,5	9,2	8,6	8,7*
Slovaquie	12,4	9	10,5	10*
Finlande	12,5	12,5	11,6	11,6
Suède	10,7	9	10	10,2*
Royaume-Uni	8,9	6,9	5,9	6*



MALADIE/BESOINS SANTÉ					DÉPENSES (AUTRES)				
Pays\Période	1996	2000	2006	2007	Pays\Période	1996	2000	2006	2007
UE (27 pays)	0	0	29,1*	29,1*	UE (27 pays)	0	0	1,3*	1,3*
UE (25 pays)	0	27,4	29,1*	29,2*	UE (25 pays)	0	1,2	1,3*	1,3*
UE (15 pays)	26,8	27,5	29,2*	29,3*	UE (15 pays)	1,3	1,2	1,3*	1,3*
Belgique	24,6	24,2	25,6	26,5	Belgique	2,6	1,7	1,6	2,3
Bulgarie	0	0	26,1	27,1	Bulgarie	0	0	2,5	2,5
République tchèque	36,9	33,6	34,4	33,9	République tchèque	1	2,7	2,7	1,1
Danemark	17,7	20,2	21,6	23	Danemark	4	3,7	3	2,6
Allemagne	30	29,4	28,9	29,8*	Allemagne	0,8	0,5	0,6	0,6*
Estonie	0	32,1	31,2	33,4	Estonie	0	2	0,7	0,6
Irlande	35,2	41,4	41,1	41,1	Irlande	2,1	2,1	2,1	2
Grèce	25,1	26,5	28,7	28,1	Grèce	1,2	2,2	2,3	2,3
Espagne	28,9	29,4	31,2*	31,2*	Espagne	0,8	0,6	1,3*	1,3*
France	28,2	28,8	29,9	29,9*	France	1,2	1,5	1,6	1,6*
Italie	23,2	25,1	26,9*	26,1*	Italie	0,1	0,1	0,2*	0,2*
Chypre	0	27,2	25,8	25,2*	Chypre	0	4	4,7	5,2*
Lettonie	0	16,7	29	29,7*	Lettonie	0	0,7	1	1,1*
Lituanie	30,3	29,8	32,2	30,7*	Lituanie	4,2	3,4	1,6	1,3*
Luxembourg	26,1	25,4	25,4	26	Luxembourg	1	0,9	2,1	2,1
Hongrie	0	27,9	28,8	25,5	Hongrie	0	0,9	0,7	0,7
Malte	26,5	29,3	29	29,2	Malte	1,1	1,3	1,8	2
Pays-Bas	27,6	29,3	32,7	32,5*	Pays-Bas	4,9	5,3	6,2	6,4*
Autriche	25,1	25,6	25,4	26	Autriche	1,3	0,7	1,1	1,1
Pologne	0	19,6	20,3	22,1	Pologne	0	0,6	1,2	0,9
Portugal	31,5	32	29,2	28,3	Portugal	0,4	1,4	1,1	1,2
Roumanie	0	25,9	25,3	23,8	Roumanie	0	0,6	2,4	3,5
Slovénie	30,8	30,7	32,2	32,1*	Slovénie	1,8	1,6	2,4	2,3*
Slovaquie	37,5	34,9	30,2	30,8*	Slovaquie	3,9	6,2	3,5	3,3*
Finlande	21,4	23,8	26,2	26,3	Finlande	2,3	2	2,2	2,2
Suède	22,1	27	26	26,1*	Suède	2,9	2,3	2	2,1*
Royaume-Uni	24	25,5	31,4	30,6*	Royaume-Uni	0,8	0,7	0,7	0,7*

4. Le problème du vieillissement de la population

Deux tendances vont marquer l'Europe de demain : le vieillissement de la population et la baisse des taux de natalité. Cette situation va caractériser la politique de l'Etat-providence puisque ces deux paramètres vont rendre la perspective de crise des systèmes de pension de plus en plus vraisemblable.

Selon les données d'Eurostat, la population de l'UE, qui, au 1^{er} janvier 2008 s'élevait à 495 millions de personnes, va atteindre les 521 millions en 2035 pour retomber ensuite à 506 millions en 2060.

Si l'on se penche davantage sur le domaine des données générales, on prévoit une stabilisation de la chute des naissances à partir de 2008, lesquelles vont être dépassées par le nombre de décès jusqu'en 2015. Jusqu'à présent, les effets ont été compensés par l'immigration, mais Eurostat envisage un retour à la diminution des naissances déjà à partir de 2035, avec une augmentation du nombre de personnes âgées qui passera de 17,1% en 2008 à 30,0% en 2060. En outre, la population des seniors se composera des plus de 80 ans, 4,4% de la population en 2008, pour atteindre les 12,1% en 2060.

Selon ces projections, on doit s'attendre à ce que le taux de dépendance démographique - c'est-à-dire le taux des personnes de plus de soixante-cinq ans et la population active - varie considérablement, pour atteindre seulement deux actifs pour chaque retraité dans les cinquante prochaines années.

Mais si l'on approfondit les données, la situation se présente très différemment selon les pays étudiés. Au Danemark, en Irlande, à Chypre, au Luxembourg et au Royaume-Uni, on prévoit une forte croissance démographique, principalement due aux flux migratoires qui permettront de renforcer la population active et le taux de fécondité, à la différence des pays ayant des taux élevés de migration, comme la Bulgarie, la République tchèque, la Lettonie, la Lituanie, la Pologne, la Roumanie, la Slovénie et la Slovaquie - où le taux de dépendance démographique pourrait atteindre 1,5 travailleurs pour chaque retraité.

Selon Eurostat, en 2060, l'Etat membre de l'UE le plus peuplé sera le Royaume-Uni, avec environ 77 millions d'habitants (contre 61 millions en 2008) tandis que l'Allemagne, qui est actuellement la nation avec le plus grand nombre d'habitants (82 millions), verra sa population diminuer jusqu'à 79 millions en 2035 et jusqu'à 70,7 millions en 2060. Il est également prévu qu'en 2060, les autres Etats membres de l'UE comptant le plus grand nombre d'habitants seront la France (72 millions), l'Italie (59 millions) et l'Espagne (52 millions).

Les données communiquées par Eurostat, ont amené la Commission européenne à examiner sérieusement les prévisions, à étudier soigneusement toutes les questions liées au vieillissement de la population (à commencer par les coûts de santé et les prestations sociales) et aux nouveaux besoins des populations européennes de demain. Tous les Etats membres doivent sérieusement envisager l'évolution des conditions démographiques, ainsi que les effets et les conséquences de la mondialisation et du changement climatique. Ce scénario requiert la stabilité des finances publiques, un marché du travail à forte composante d'inclusion et des réformes prospectives du système de santé (même pour les soins de longue durée) et de pensions.

Comme cela s'est déjà passé au Royaume-Uni, l'immigration pourrait être en mesure de contenir le phénomène, bien que de nombreux pays de l'Union européenne se soient déclarés sceptiques quant à la capacité de la mobilité des travailleurs de pouvoir représenter la solution au problème. Pour l'instant, la Commission européenne évalue l'état des choses et les perspectives, avec l'examen du «Pacte européen sur l'immigration et l'asile», afin de définir des règles communes en matière d'immigration - et d'encourager les réformes sur le marché du travail.



Population totale (milliers)

	POPULATION AU 1 ^{ER} JANVIER			CROISSANCE À PARTIR DU 1.1.2008 (%)	
	2008	2035	2060	2035	2060
EU27	495 394	520 654	505 719	5,1	2,1
Belgique	10 656	11 906	12 295	11,7	15,4
Bulgarie	7 642	6 535	5 485	-14,5	-28,2
République tchèque	10 346	10 288	9 514	-0,6	-8,0
Danemark	5 476	5 858	5 920	7,0	8,1
Allemagne	82 179	79 150	70 759	-3,7	-13,9
Estonie	1 339	1 243	1 132	-7,2	-15,4
Irlande	4 415	6 057	6 752	37,2	52,9
Grèce	11 217	11 575	11 118	3,2	-0,9
Espagne	45 283	53 027	51 913	17,1	14,6
France	61 876	69 021	71 800	11,5	16,0
Italie	59 529	61 995	59 390	4,1	-0,2
Chypre	795	1 121	1 320	41,1	66,2
Lettonie	2 269	1 970	1 682	-13,2	-25,9
Lituanie	3 365	2 998	2 548	-10,9	-24,3
Luxembourg	482	633	732	31,3	51,7
Hongrie	10 045	9 501	8 717	-5,4	-13,2
Malte	410	429	405	4,5	-1,4
Pays-Bas	16 404	17 271	16 596	5,3	1,2
Autriche	8 334	9 075	9 037	8,9	8,4
Pologne	38 116	36 141	31 139	-5,2	-18,3
Portugal	10 617	11 395	11 265	7,3	6,1
Roumanie	21 423	19 619	16 921	-8,4	-21,0
Slovénie	2 023	1 992	1 779	-1,5	-12,1
Slovaquie	5 399	5 231	4 547	-3,1	-15,8
Finlande	5 300	5 557	5 402	4,9	1,9
Suède	9 183	10 382	10 875	13,1	18,4
Royaume-Uni	61 270	70 685	76 677	15,4	25,1
Norvège	4 737	5 634	6 037	18,9	27,4
Suisse	7 591	8 798	9 193	15,9	21,1

En substance, à travers toute l'Europe, le phénomène du vieillissement de la population avec l'augmentation concomitante de l'incidence des niveaux d'incapacité, intimement liée à l'allongement de la durée de vie, soulève la nécessité de pouvoir disposer de données longitudinales valables et comparables sur la santé, tant chez les jeunes que chez les personnes âgées, afin de créer une base empirique générale pour la formulation d'analyses et la planification de politiques et de stratégies de développement. Le vieillissement de la population en Europe est étroitement lié à l'amélioration de la santé des personnes, qui ont tendance à être plus actives et à vivre plus longtemps. Dans sa

communication sur l'avenir démographique de l'Europe, la Commission européenne met en lumière quatre grandes tendances démographiques:

1. Le fait que le nombre moyen d'enfants par femme est inférieur au taux de renouvellement, soit 2,1 enfants par femme pour les pays développés, et tend encore à diminuer;
2. Les conséquences du baby-boom d'après-guerre sur la population;
3. La forte augmentation de l'espérance de vie à partir de 1960;
4. Le fait que l'immigration, même si l'on considère les gens en âge de travailler, ne va pas compenser les effets conjugués d'une faible fécondité et d'un allongement de l'espérance de vie.

L'effet global de ces tendances est l'augmentation de la population dans la tranche d'âge des plus âgés. Actuellement, dans les vingt-sept pays de l'Union européenne, il y a 18,2 millions de personnes âgées de plus de 80 ans, soit 4,4% de la population, et Eurostat prévoit que d'ici 2035 ce chiffre devrait atteindre environ 8%. Le nombre de personnes âgées entre 65 et 79 ans a augmenté de façon significative à partir de 2000, et la tendance persistera jusque vers 2060 (voir tableau ci-dessous).

Dans le même temps, cependant, la tendance en matière de santé - en particulier la baisse de la mortalité due aux maladies infectieuses et un meilleur accès aux soins - semble apporter un soutien précieux à la notion controversée de «compression de la morbidité» ou au fait que les déficiences et problèmes de santé se présentent à un âge plus avancé. Selon un rapport publié récemment par le Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, cette transition démographique est un phénomène de dimensions planétaires qui se manifestera dans différents pays de différentes manières et à une époque différente, et se traduira dans les prochaines décennies par d'importantes tensions géopolitiques entre les nations développées et pays en voie de développement.

Population âgée

PAYS	LES + DE 65 ANS (%)			LES + DE 80 ANS (%)			DÉPENDANCE (%)	
	2008	2035	2060	2008	2035	2060	2035	2060
EU27	17,1	25,4	30,0	4,4	7,9	12,1	25,4	53,5
Belgique	17,0	24,2	26,5	4,7	7,4	10,2	25,8	45,8
Bulgarie	17,3	24,7	34,2	3,6	7,1	12,8	25,0	63,5
République tchèque	14,6	24,1	33,4	3,4	7,9	13,4	20,6	61,4
Danemark	15,6	24,1	25,0	4,1	7,7	10,0	23,6	42,7
Allemagne	20,1	30,2	32,5	4,7	8,9	13,2	30,3	59,1
Estonie	17,2	22,8	30,7	3,6	6,8	10,7	25,2	55,6
Irlande	11,2	17,6	25,2	2,8	5,0	9,6	16,3	43,6
Grèce	18,6	26,3	31,7	4,1	7,9	13,5	27,8	57,1
Espagne	16,6	24,8	32,3	4,6	7,2	14,5	24,2	59,1
France	16,5	24,4	25,9	5,0	8,5	10,8	25,3	45,2
Italie	20,1	28,6	32,7	5,5	9,1	14,9	30,5	59,3
Chypre	12,4	19,0	26,2	2,8	5,3	8,6	17,7	44,5
Lettonie	17,3	23,7	34,4	3,6	6,7	11,9	25,0	64,5

Pays	Les + de 65 ans (%)			Les + de 80 ans (%)			Dépendance (%)	
	2008	2035	2060	2008	2035	2060	2008	2060
Luxembourg	14,2	21,3	23,6	3,5	5,8	8,9	20,9	39,1
Hongrie	16,2	23,1	31,9	3,7	7,6	12,6	23,5	57,6
Malte	13,8	24,8	32,4	3,2	8,3	11,8	19,8	59,1
Pays-Bas	14,7	25,9	27,3	3,8	8,0	10,9	21,8	47,2
Autriche	17,2	26,1	29,0	4,6	7,2	11,4	25,4	50,6
Pologne	13,5	24,2	36,2	3,0	7,7	13,1	19,0	69,0
Portugal	17,4	24,9	30,9	4,2	7,6	12,8	25,9	54,8
Roumanie	14,9	22,9	35,0	2,8	6,2	13,1	21,3	65,3
Slovénie	16,1	27,4	33,4	3,5	8,4	13,9	23,0	62,2
Slovaquie	12,0	23,0	36,1	2,6	6,4	13,2	16,6	68,5
Finlande	16,5	26,4	27,8	4,3	9,4	10,8	24,8	49,3
Suède	17,5	23,6	26,6	5,3	8,1	10,0	26,7	46,7
Royaume-Uni	16,1	21,9	24,7	4,5	6,7	9,0	24,3	42,1
Norvège	14,6	22,6	25,4	4,6	7,1	10,0	22,1	43,9
Suisse	16,4	25,2	28,0	4,7	7,7	11,1	24,1	48,5

La pression sur les systèmes de santé européens sera considérable et pourrait saper les principes d'équité, de solidarité et d'universalité. Étant donné que le vieillissement de la population s'accompagne d'un glissement dans l'épidémiologie – de la prévalence de maladies infectieuses et de mortalité maternelle et infantile vers une prévalence accrue de maladies non transmissibles, en particulier chroniques – les systèmes de santé devront être orientés différemment, afin de soutenir les personnes handicapées de plus en plus nombreuses.

Plus généralement, le vieillissement, comme le souligne la Commission Européenne dans son Plan d'action pour les personnes handicapées 2006-07, est fortement corrélé à l'apparition d'un handicap. Environ 30% des personnes âgées entre 55 et 64 ans souffrent d'une invalidité, et 63% des personnes ayant un handicap ont plus de 45 ans. Cela pourrait aggraver un problème qui s'avère, à en croire des preuves empiriques, plus que jamais d'actualité: le risque de pauvreté parmi la population âgée.

Le tableau suivant montre comment le risque de pauvreté chez les personnes de plus de 65 ans dans l'Union européenne est resté pratiquement inchangé depuis 1996, avec une réduction du risque de pauvreté parmi les pays qui ont commencé à partir de conditions économiques très défavorables (Grèce, Portugal) et, inversement, une détérioration sérieuse du degré de risques dans des pays considérés comme économiquement plus forts (Allemagne, Pays-Bas, Italie, France). De ce point de vue du moins, on peut considérer comme « vertueux », des pays comme le Danemark et l'Autriche.

Pourcentage de risque de pauvreté des plus de 65 ans

Pays / Période	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
UE (27 pays)										19	19	19
UE (25 pays)			18	17	17	16		17	18	19	19	19
UE (15 pays)	20	18	18	17	17	18		19	19	20	20	21
Belgique	25	23	22	22	24	26		23	21	21	23	23
Bulgarie					15	15	14	14	16	18	18	
République tchèque						6				5	6	5
Danemark						24		21	17	18	17	18
Allemagne	17	12	12	11	10	12				14	13	17
Estonie					16	18	16	17	20	20	25	33
Irlande	22	27	33	34	42	44		41	40	33	27	29
Grèce	33	34	35	33	31	33		29	28	28	26	23
Espagne	14	16	15	16	19	22	28	28	30	29	31	28
France	18	17	18	19	19	11	10	11	15	16	16	13
Italie	18	17	17	14	13	17			21	23	22	22
Chypre								52		51	52	51
Lettonie					6					21	30	33
Lituanie					14	12				17	22	30
Luxembourg	9	9	9	8	9	7		11	8	7	8	7
Hongrie					8	12	8	10		6	9	6
Malte					20					21	19	21
Pays-Bas	7	4	4	7	6	8	8	7		5	6	10
Autriche	21	22	21	24	23	24		16	17	14	16	14
Pologne					8	7				7	8	8
Portugal	36	37	35	33	33	30			29	28	26	26
Roumanie					17	19	19	20	17	17	19	19
Slovénie					21	20	19	19		20	20	19
Slovaquie										7	8	8
Finlande	12	12	16	16	19	18	18	17	17	18	22	22
Suède						16	15		14	11	12	11
Royaume-Uni	28	25	25	21	24	27	26	24		26	28	30
Croatie								31				
Turquie							23	21				
Islande									10	9	10	15
Norvège								21	19	19	18	14

Ceci conduit à un glissement permanent des dépenses publiques, principalement liées au vieillissement des populations. Voir le tableau 2 ci-dessous : *Dépenses publiques liées au vieillissement, 2007-2060, variations du PIB en pourcentage*

Dépenses publiques liées au vieillissement, 2007 – 2060:
Variations du PIB en points de pourcentage

	Persioni		Servizio sanitario		Assistenza a lungo termine		Sussidi di disoccupazione		Istruzione		Totale		
	Livello	Variazione	Livello	Variazione	Livello	Variazione	Livello	Variazione	Livello	Variazione	Livello	Variazione	
	2007	2060	2007	2060	2007	2060	2007	2060	2007	2060	2007	2060	
BE	10,0	4,8	7,6	1,2	1,5	1,4	1,9	-0,4	5,5	0,0	26,5	6,9	BE
BG	8,3	3,0	4,7	0,7	0,2	0,2	0,1	0,0	3,3	-0,2	16,5	3,7	BG
CZ	7,8	3,3	6,2	2,2	0,2	0,4	0,1	0,0	3,5	-0,3	19,7	5,5	CZ
DK	9,1	0,1	5,9	1,0	1,7	1,5	1,0	-0,2	7,1	0,2	24,8	2,6	DK
DE	10,4	2,3	7,4	1,8	0,9	1,4	0,9	-0,3	3,9	-0,4	23,5	4,8	DE
EE	5,6	-0,7	4,9	1,2	0,1	0,1	0,1	0,0	3,7	-0,2	14,3	0,4	EE
IE	5,2	6,1	5,8	1,8	0,8	1,3	0,8	0,1	4,5	-0,3	17,2	8,9	IE
GR	11,7	12,4	5,0	1,4	1,4	2,2	0,3	-0,1	3,7	0,0	22,1	15,9	GR
ES	8,4	6,7	5,5	1,6	0,5	0,9	1,3	-0,4	3,5	0,1	19,3	9,0	ES
FR	13,0	1,0	8,1	1,2	1,4	0,8	1,2	-0,3	4,7	0,0	26,4	2,7	FR
IT	14,0	-0,4	5,9	1,1	1,7	1,3	0,4	0,0	4,1	-0,3	26,0	1,6	IT
CY	5,3	11,4	2,7	0,5	0,0	0,0	0,3	-0,1	5,1	-1,2	15,4	10,8	CY
LV	5,4	-0,4	3,5	0,5	0,4	0,5	0,2	0,0	3,7	-0,3	13,2	0,4	LV
LT	6,8	4,6	4,5	1,1	0,5	0,6	0,1	0,0	4,0	-0,9	15,8	5,4	LT
LU	8,7	15,2	5,8	1,2	1,4	2,0	0,4	0,0	3,8	-0,5	20,0	18,0	LU
HU	10,9	3,0	5,8	1,3	0,3	0,4	0,3	-0,1	4,4	-0,4	21,5	4,1	HU
MT	7,2	6,2	4,7	3,3	1,0	1,6	0,4	0,0	5,0	-1,0	18,2	10,2	MT
NL	6,6	4,0	4,8	1,0	3,4	4,7	1,1	-0,1	4,5	-0,2	20,5	9,4	NL
AT	12,5	0,9	6,5	1,5	1,3	1,2	0,7	0,0	4,8	-0,5	26,0	3,1	AT
PL	11,6	-2,8	4,0	1,0	0,4	0,7	0,1	-0,1	4,4	-1,2	20,5	-2,4	PL
PT	11,4	2,1	7,2	1,9	0,1	0,1	1,2	-0,4	4,6	-0,3	24,5	3,4	PT
RO	6,6	9,2	3,5	1,4	0,0	0,0	0,2	0,0	2,8	-0,5	13,1	10,1	RO
SI	9,9	8,8	6,6	1,9	1,1	1,8	0,2	0,0	5,1	0,4	22,9	12,8	SI
SK	6,8	3,4	5,0	2,3	0,2	0,4	0,1	-0,1	3,1	-0,5	15,2	5,2	SK
FI	10,0	3,3	5,5	1,0	1,8	2,6	1,2	-0,2	5,7	-0,3	24,2	5,3	FI
SE	9,5	-0,1	7,2	0,8	3,5	2,3	0,9	-0,1	6,0	-0,3	27,2	2,6	SE
UK	5,6	2,7	7,5	1,9	0,8	0,5	0,2	0,0	3,8	-0,1	18,9	5,1	UK
ZONA EURO	11,1	2,8	6,7	1,4	1,3	1,4	1,0	-0,2	4,2	-0,2	24,3	5,2	ZONA EURO
UE 27	10,2	2,4	6,7	1,5	1,2	1,1	0,6	-0,2	4,3	-0,2	23,1	4,7	UE 27
UE 15	10,2	2,4	5,9	1,5	1,3	1,2	0,6	-0,2	4,3	-0,1	23,5	4,8	UE 15
UE 10	9,7	1,0	4,9	1,4	0,4	0,6	0,2	0,0	4,2	-0,6	19,2	2,1	UE 10
UE 25	10,2	2,3	6,8	1,5	1,2	1,2	0,6	-0,2	4,3	-0,2	23,3	4,7	UE 25

5. La nouvelle urgence de l'Union européenne: la dépendance (perte d'autonomie)

Il n'est pas facile de donner une définition univoque de la dépendance des personnes, pas plus qu'il n'est facile de comprendre immédiatement ce qu'il faut entendre par soins ou soutien de longue durée.

Sur le premier point, les différences entre pays sont énormes: on passe de l'Italie où il existe une loi nationale qui reconnaît pour la dépendance une indemnité mensuelle d'accompagnement, mais qui n'a en revanche pas de normes régissant les droits à des services socio-sanitaires, à des pays qui, comme par exemple l'Espagne, a introduit en 2007 une législation d'avant-garde pour les formes et modalités alternatives à la dépendance, au Luxembourg, où, même s'il n'y a pas de définition précise du problème, le nombre réduit d'habitants permet une évaluation au cas par cas des besoins de l'individu.

Pour tenter de comparer les expériences des différents pays, il faut néanmoins choisir comme référence une définition qui engloberait tous les aspects du problème. À cette fin, la plus praticable des définitions semble être celle qui a été développée aux USA et qui est en usage au Royaume-Uni – c'est celle qui est reprise dans tous les contrats d'assurance – elle met en cartes toutes les activités les plus essentielles de la vie courante (celles qui se réfèrent à la capacité de: s'habiller / se déshabiller; se laver, manger et boire, se déplacer dans sa propre maison, aller aux toilettes, se déplacer du fauteuil au lit et l'inverse) et aux activités instrumentales (préparer les repas, nettoyer la maison, faire la lessive, prendre ses médicaments, visiter des endroits au-delà de la distance de la simple promenade, faire ses courses, gérer son argent, utiliser le téléphone / l'Internet), déterminant à partir de ces activités le degré d'invalidité¹.

Sur le second point, à savoir ce qu'il faut entendre par soins de longue durée, on peut adopter la définition que c'est un ensemble bien programmé et bien organisé de services et de soins, destinés à répondre aux besoins / problèmes multidimensionnels d'un client spécifique ou d'une catégorie de personnes ayant des besoins / problèmes similaires².

En définitive, il est difficile de définir une "entité", qui puisse fournir une description précise du cadre communautaire pour traiter ce problème, en effet:

1. Les services sont souvent partagées entre différents niveaux de gouvernement et d'intervention (national, provincial, régional, local);
2. Les soins à long terme sont influencés par les différentes structures de soins informels ou par la famille (comme on a pu le voir ci-dessus, les pays de ce que nous avons appelé le *modèle méditerranéen* ont utilisé le système de protection sociale familial beaucoup plus que la moyenne des pays européens, développant beaucoup moins le système de soins institutionnalisés de longue durée);

1 Les activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) figurent dans le document de travail n° 477 OCDE, ECO / WKP (2006).

2 Même ici, il serait nécessaire de préciser ce qu'on doit comprendre par «soins» ou même «de longue durée», ce qui signifie que, comme on peut l'imaginer, ils diffèrent de pays à pays. Pour ce point, nous renvoyons aux fiches « Pays » élaborées sur base des questionnaires retournés à la FERPA par les Fédérations affiliés. Pour l'OCDE, l'assistance à long terme représente «une question politique transversale qui rassemble toute une gamme de services aux personnes qui dépendent de l'aide pour les activités de base de la vie quotidienne pendant une longue période de temps». Les soins de longue durée peuvent inclure la réhabilitation, les soins médicaux de base, les soins infirmiers à domicile, l'assistance sociale, le logement et les services comme le transport, les repas, l'aide à l'emploi et l'aide dans les activités quotidiennes.

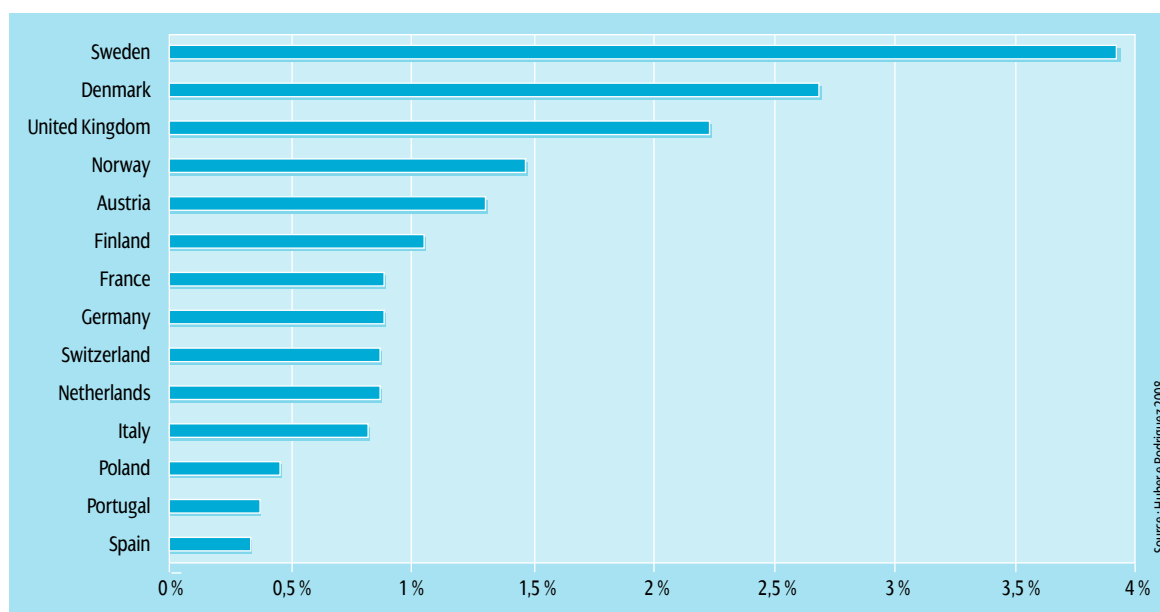
3. On est en train de modifier les investissements dans des volets particuliers composant les dépenses totales de protection sociale (affectés par des réformes et restructurations, principalement du côté des dépenses, dans les pays nordiques et d'Europe centrale et, paradoxalement en forte expansion dans les pays du Sud);
4. En ce qui concerne les services sociaux de soins et d'aide à la personne, le contexte local devient beaucoup plus important que le contexte national ou européen.

Du point de vue de l'offre de services, on peut affirmer qu'en règle générale, l'assistance est fournie aux personnes ayant un handicap physique ou mental, vulnérables, âgées ou qui ont besoin d'une aide particulière dans les activités quotidiennes³, et puisque, comme nous l'avons vu ci-dessus, les Européens vivent plus longtemps, les ressources publiques allouées aux soins de santé et aux soins de longue durée sont devenues la deuxième composante des dépenses de sécurité sociale, talonnant les retraites et les pensions de survie. Avec l'augmentation de la durée moyenne de vie des Européens, la demande de services d'assistance de longue durée, tant à domicile qu'en institution publique, est appelée à croître davantage.

Si l'on s'intéresse aux fiches Pays résultant de l'enquête menée auprès des organisations affiliées à la FERPA, il n'est pas inutile de rappeler la mise en garde, que chaque fois que l'on utilise des données comparables (également en matière d'assistance et de soins), une certaine prudence est de rigueur, étant donné que des définitions différentes peuvent être utilisées pour les mêmes centres d'intérêt dans les différents pays et pour des projets différents.

On peut certainement considérer comme point de départ pour une possible comparaison l'affectation des différentes composantes des dépenses publiques qui met en évidence le pourcentage du PIB dévolu aux soins de longue durée dans les pays individuels.

Dépenses publiques en matière de soins à long terme en % du PIB (2005)



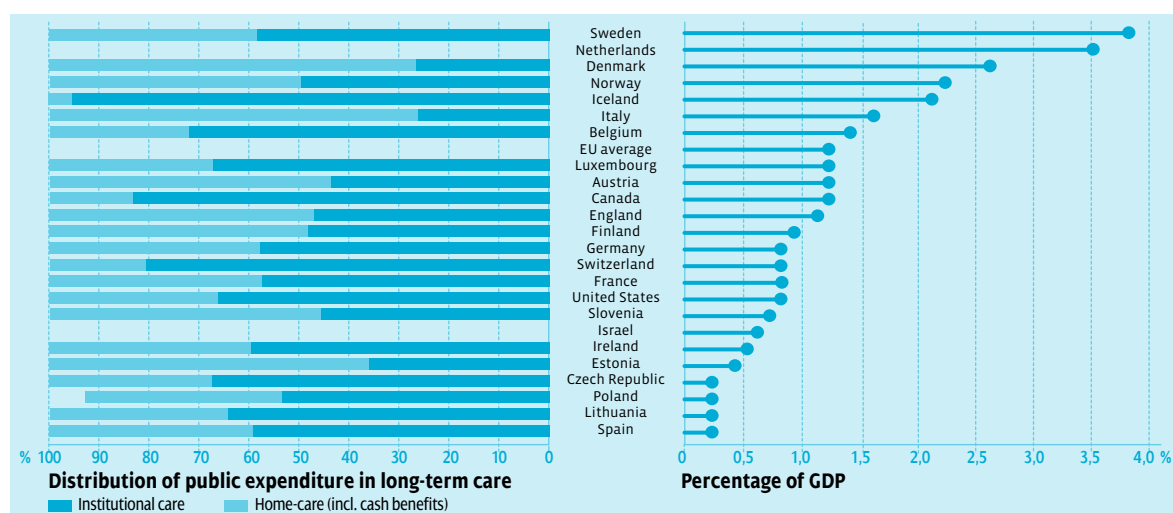
³ Selon l'OCDE, la nécessité prévaut «d'augmenter les soins à long terme dans les groupes plus âgés (...) qui risquent de souffrir davantage de pathologies chroniques dues à un handicap mental ou physique.»

Un coup d'œil sur la composition des dépenses de *soins de longue durée*, confirme également en termes comparatifs la différence de composition des dépenses existant entre les différents pays qui font l'objet de l'étude.

Il en ressort les caractéristiques suivantes: là où les transferts de fonds sont dominants (subventions d'accompagnement etc.), on peut noter un engagement limité au plan des services à domicile et en résidence.

Country	Sources	Total expenditure (in % of GDP)	Institutions (% of total expenditure)	In-kind home care (% of total expenditure)	Cash-allowances (% of total expenditure)	Old-age expenditure (in % of GDP)
Belgium	OECD	1,5%	72%	27,9%	-	-
Czech Republic	National sources	0,3%	67,7%	32,3%	-	-
Denmark	Eurostat NOSOSCO	2,7%	27%	73,3%	0%	1,7%
Germany	OECD Eurostat	0,9%	57,7%	17,8%	24,4%	-
Estonia	OECD	0,5%	35,8%	4,5%	59,7%	0,1%
Ireland	National	0,6%	60%	40,4%	19,6%	-
Spain	National	0,3%	59%	27%	13,9%	0,2%
France	National	0,9%	57,4%	42,6%	20,7%	-
Italy	National	1,7%	26,2%	31,7%	42,1%	1,1%
Latvia	National	0,3%	-	-	-	0,1%
Lithuania	Eurostat	0,3%	64%	5,3%	32,3%	0,1%
Luxembourg	OECD national	1,3%	67,2%	32,8%	2,1%	-
Netherlands	National	3,6%	-	-	-	2,5%
Austria	National	1,3%	43%	57,3%	-	-
Poland	National OECD	0,3%	53,8%	34,6%	4,4%	-
Slovenia	National	0,8%	25,7%	74,3%	27,5%	-
Finland	Eurostat NOSOSCO	1%	48,3%	45%	6,7%	0,7%
Sweden	Eurostat	3,9%	58,7%	38,1%	3,3%	2,4%
England	National	1,2%	47,4%	24,2%	28,5%	1,2%
EU average	(k)	1,3%	-	-	-	1%
Iceland	Eurostat NOSOSCO	2,2%	95,2%	4,8%	0%	1,8%
Norway	OECD, Eurostat	2,3%	50,2%	41,9%	7,9%	1,6%
Switzerland	OECD, Eurostat	0,9%	80,4%	19,6%	-	-
Canada	OECD	1,3%	82,8%	17,2%	0%	-
United State	National	0,9%	66,3%	33,7%	0%	0,9%

Traduit en graphique, cela peut se résumer comme suit:





6. Les réponses des États membres

La question des soins sur le long terme est abordée en poursuivant trois objectifs concordants interdépendants et interconnectés pour l'offre de services: l'accès universel, une qualité élevée et la durabilité à long terme.

Il est généralement admis que l'accès aux soins de santé ne devrait pas être limité aux possibilités économiques de chaque individu, ou qu'il ne devrait pas dépendre du revenu ou de la fortune de la personne. Le besoin de soins ne devrait pas conduire à la pauvreté et à la dépendance financière. Toutefois, les droits universels ne garantissent pas toujours l'accès universel et des obstacles et inégalités persistent. Les entraves vont de l'absence d'assurance et de certains types d'aide aux très longs délais de stage, à l'insuffisance des informations en passant par des procédures administratives trop compliquées, et qui peuvent même varier d'une région à l'autre dans le même État membre.

Assurer la continuité nécessaire des soins aux personnes qui en ont besoin peut s'avérer difficile. Les efforts déployés dans certains pays pour aider les patients à récupérer au maximum leur indépendance par des traitements de réhabilitation, par exemple, peuvent être compromis lorsque certains éléments de soins de longue durée n'entrent pas en considération pour un remboursement dans certains systèmes d'assurance sociale.

Les coûts aussi représentent un obstacle, surtout pour les groupes à faibles revenus, qui pourraient avoir à faire face seuls à certaines dépenses. De nombreux pays, comme Chypre, l'Estonie et l'Irlande, ont introduit des systèmes de participation aux coûts des soins de longue durée.

En Allemagne, une petite portion de la population (actuellement de 1%, mais la tendance est à la hausse) a conclu une assurance privée complémentaire volontaire pour couvrir des dépenses telles que les frais d'hébergement en maison de repos. Tout cela s'ajoute à des mécanismes spécifiques d'assurance pour soins de longue durée et assistance sociale. Il y a plusieurs programmes visant à réduire les coûts directs de l'assistance aux citoyens, dont notamment:

- ▶ les exemptions et les contributions fondées sur les revenus;
- ▶ des aides financières supplémentaires et prestations sociales pour les personnes âgées, les personnes dépendantes, les handicapés et les malades chroniques;
- ▶ la couverture par l'Etat des soins de longue durée pour les familles à faibles revenus;
- ▶ l'uniformité des cotisations à l'échelon national;
- ▶ les subventions de l'Etat pour l'utilisation de services privés.

La tendance générale est au transfert de l'assistance traditionnelle (à l'exception des cas les plus graves) vers le développement de services sur mesure, à domicile et basés sur le territoire national, un transfert favorisé en cela par les technologies modernes telles que l'e-santé, la télésurveillance, la télémedecine et les systèmes permettant une vie autonome. De cette façon, les citoyens, surtout les plus âgés, jouissent de plus de liberté de choix en fonction de l'assistance dont ils ont besoin, et peuvent continuer à vivre aussi longtemps que possible dans un environnement familial, dans leur maison, près de leur famille et leurs amis, en bénéficiant de toutes façons de l'aide institutionnelle.

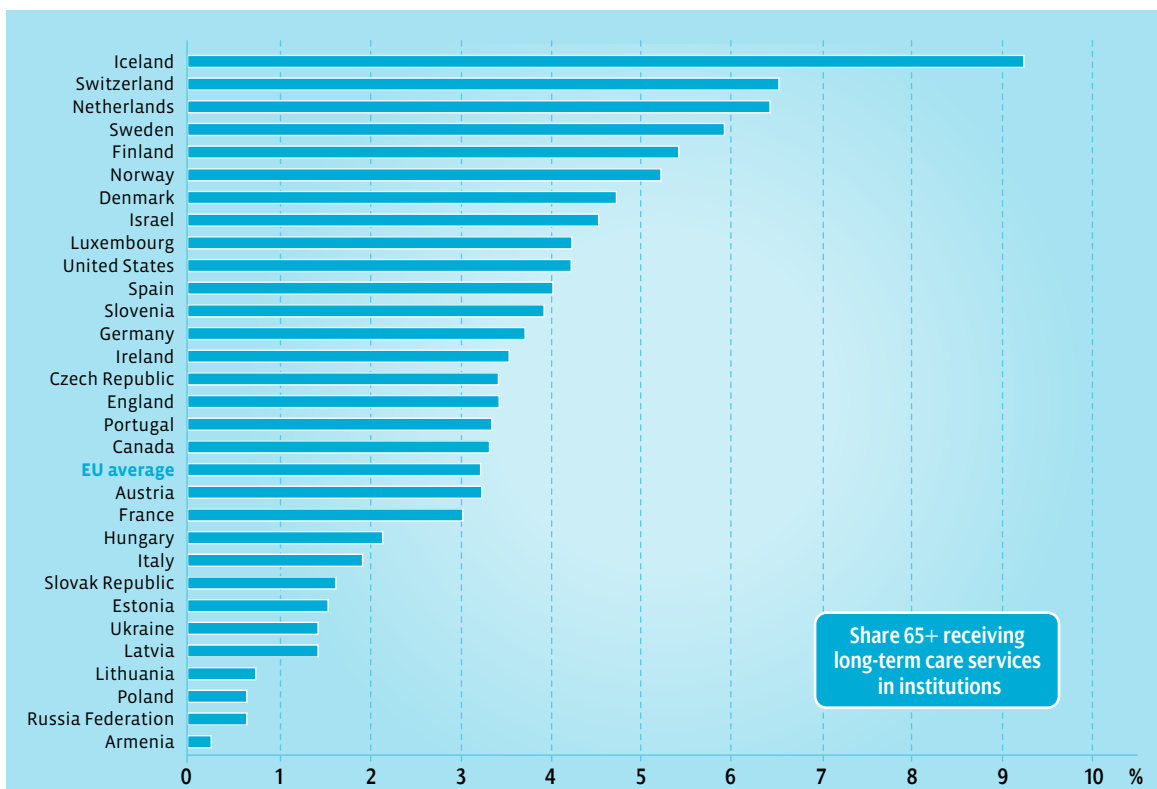
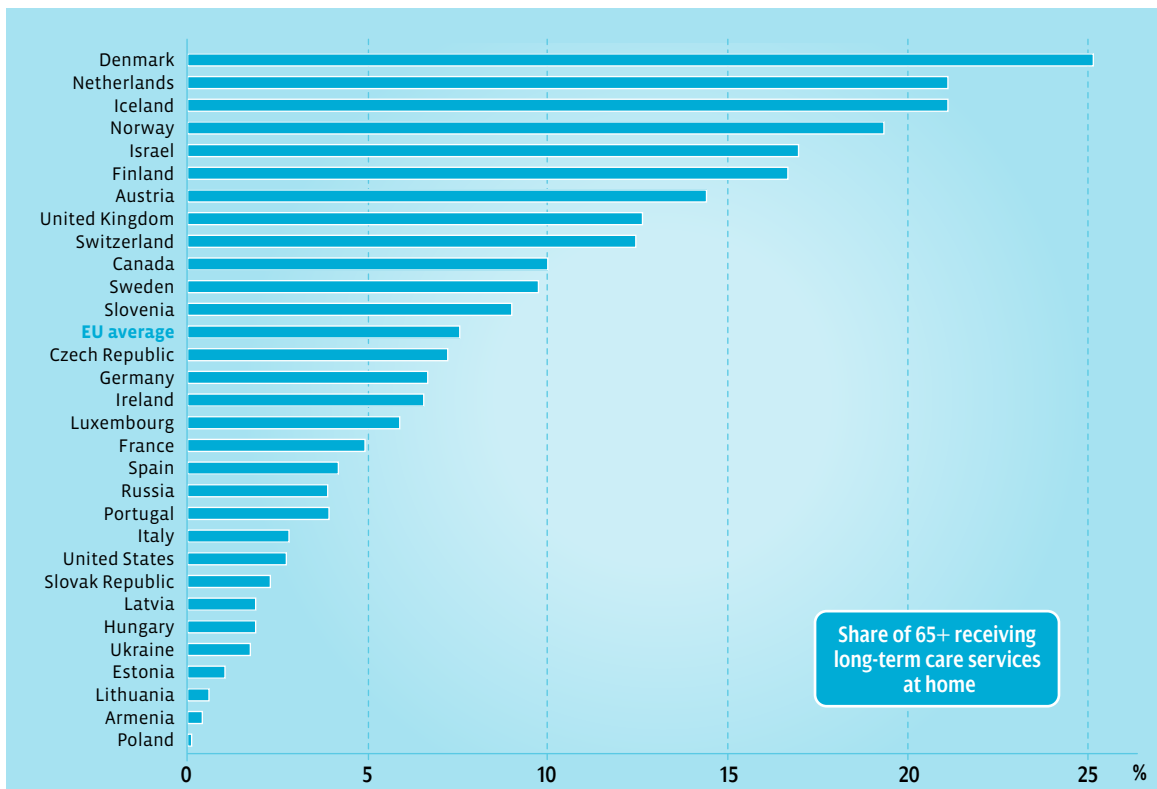
	Mid 1990's			Most recent date				
	Source	Total	Home-care	Institutional care	Year	Total	Home-care	Institutional care
Czech Republic ^(a)	National	11,4	8,0	3,4	2006	10,7	7,2	3,5
Denmark	National	24,1	20,0	4,1	2007	29,8	25,1	4,8
Germany	OECD	10,6	7,3	3,3	2006	10,5	6,7	3,8
Estonia	National	2,7	1,5	1,2	2005	2,6	1,0	1,6
Ireland	National	10,0	5,6	4,4	2004	10,1	6,5	3,6
Spain ^(a)	National	3,9	1,1	2,8	2006	8,3	4,2	4,1
France ^(b)	National	4,8	2,5	2,4	2007	8,1	4,9	3,1
Italy	National	4,0	1,8	2,2	2004	4,8	2,8	2,0
Latvia ^(a)	National	1,7	0,3	1,4	2007	3,4	1,9	1,5
Lithuania	National	1,5	0,8	0,7	2007	1,3	0,6	0,8
Luxembourg	OECD				2006	10,2	5,9	4,3
Hungary ^{(a) (b)}	National	3,8	2,0	1,8	2005	4,1	1,9	2,2
Netherlands	National				2006	27,7	21,1	6,5
Austria ^(b)	National	16,0	13,2	2,8	2006	17,8	14,4	3,3
Poland ^(b)	OECD, national	-	-	-	2006	0,7	0,0	0,7
Portugal ^(a)	National				2007	7,3	3,9	3,4
Slovenia ^(a)	National	12,5	8,5	4,0	2007	13,0	9,0	4,0
Slovak Republic ^{(a) (b)}	National				2005	4,0	2,3	1,7
Finland	National	20,7	15,6	5,1	2005	22,1	16,6	5,5
Sweden	NOSOSCO, national	20,4	12,0	8,4	2007	15,7	9,7	6,0
England	National	18,1	14,2	3,9	2006	16,1	12,6	3,5
EU average	^(c)	10,2	7,2	3,0		10,8	7,6	3,3
Armenia ^{(a) (b)}	National	-	-	-	2006	0,6	0,4	0,3
Iceland	NOSOSCO	30,8	19,2	11,6	2005	30,4	21,1	9,3
Israel	National	18,6	14,0	4,5	2004	21,5	16,9	4,6
Norway	National	23,9	18,2	5,7	2007	24,7	19,3	5,3
Russian Federation ^{(a)(d)}	National	-	-	0,6	2001	4,6	3,9	0,7
Switzerland	OECD	19,8	13,0	6,8	2006	18,9	12,4	6,6
Ukraine ^{(a) (d)}	WHO, national	-	-	-	2000	3,2	1,7	1,5
Canda	National	14,0	10,3	3,7	2003	13,4	10,0	3,4
United States	National	8,3	4,2	4,1	1999/2000	7,0	2,7	4,3

Légende: (a) peut inclure ceux qui se rapprochent du seuil de 65 ans (pour la Hongrie, uniquement pour les traitements hospitaliers), (b) comprend les bénéficiaires de + de 60 ans, (c) moyenne pondérée de plusieurs années, (d) comprend les bénéficiaires de + de 55 ans.

Pour atteindre cet objectif, il faut une coopération minutieuse entre les autorités nationales, régionales et locales avec le secteur privé et le bénévolat. En l'absence d'une telle approche intégrée, la fragmentation résultant de services et les obstacles administratifs pourrait empêcher les citoyens de bénéficier des traitements nécessaires. Par exemple, les gens sortis de l'hôpital devraient avoir accès à des soins infirmiers sur mesure à domicile ou à des services similaires adaptés à la région ; en l'absence d'offres de ce type, l'accessibilité de l'assistance personnelle de longue durée est limitée. L'Allemagne répond à cette situation en attribuant un «gestionnaire de cas» aux patients ayant besoin d'une aide pour la période de transition de l'hôpital à leur domicile ou vers une autre structure. Depuis 2009, tous les aspects de l'organisation de l'aide de longue durée pour le soutien individuel seront abordés et il y aura à disposition des consultants pour tous les patients, abstraction faite des modalités de distribution de l'aide.



Les tableaux suivants montrent respectivement le pourcentage de la population âgée de 65 ans qui bénéficie d'une assistance de longue durée à domicile et le pourcentage des plus de soixante-cinq ans bénéficiant du même type de soins en institutions de soins.



La qualité des services dont on bénéficie pendant une longue période présente d'énormes variations. Il n'est pas étonnant, par conséquent, que les enquêtes et rapports aient signalé des cas d'insatisfaction et aient attiré l'attention sur les lacunes existantes, sur le logement inadéquat et sur le manque d'intimité dans les maisons de repos, jusqu'à l'utilisation excessive de la force et la coercition. C'est aussi en raison de ces plaintes que les États membres sont en train de développer ou de modifier règlements et normes pour assurer l'adoption et le respect de standards suffisamment élevés.

D'un autre côté, il n'est pas facile d'évaluer la qualité des services de soutien fournis sur le long terme: si cela est vrai des structures formelles telles que les maisons de repos et les hôpitaux, ce l'est encore infiniment plus des contextes informels qui vont du domicile du patient aux maisons des parents ou d'amis.

L'OCDE classe les différents indicateurs utilisés en fonction de la structure (surface des salles et rapports entre le personnel et le patient), le processus (évaluations et mécanismes utilisés) et les résultats (prévalence de certaines conditions médicales) ; ces indicateurs révèlent que, en général, et fort heureusement d'ailleurs, nous allons vers une amélioration de la qualité.

Dans le cadre de l'assistance à long terme, l'accent se déplace de plus en plus de la conformité formelle avec les exigences de l'assurance vers une garantie de qualité tous azimuts qui prenne en compte, entre autres, les droits des patients et la formation continue du personnel. Dans le même temps, les indicateurs standards pour l'évaluation de la qualité des soins, comme le rapport entre le personnel et les patients et l'adéquation de la formation, pourraient être inadéquats pour évaluer les soins prodigués à domicile par les prestataires de soins informels.

Les autorités nationales se trouvent confrontées à la nécessité de mesurer l'amélioration de la qualité de différentes manières. Certains (Pays-Bas, Slovaquie) appliquent des mesures d'amélioration de la qualité, accompagnées de systèmes de contrôle de suivi (Chypre, France, Allemagne, Grèce, Pays-Bas). D'autres (Allemagne, Luxembourg) suivent des orientations cliniques issues de la médecine fondées sur des preuves d'efficacité. Pour éviter des divergences régionales dans la prescription de soins à long terme et des évaluations arbitraires des besoins des patients par les autorités régionales et locales, de nombreux pays (Allemagne, Estonie, Lettonie, Lituanie, Royaume-Uni, République tchèque, Slovaquie, Espagne, Suède) ont recours à un mécanisme uniforme de garantie de qualité.

Les paramètres pratiques pour évaluer la qualité de l'assistance sont de plus en plus sophistiqués et fiables, mais ne sont pas encore pleinement satisfaisants dans de nombreux États membres. Les facteurs considérés vont du soutien des prestataires de soins informels dispensés aux choix pour les patients et de la garantie des capacités de ceux qui travaillent dans le domaine de l'assistance à long terme aux technologies qui peuvent être utiles.

L'évaluation du niveau de l'assistance dont bénéficient les patients n'est pas facile, surtout si elle est apportée dans un contexte informel plutôt qu'institutionnel et si cette appréciation est, comme il arrive souvent, basée sur le degré de satisfaction et des besoins non satisfaits.

6.1. LES SERVICES À DOMICILE

Les pays méditerranéens (Grèce, Espagne, Portugal et Italie) sont ceux qui ont la plus faible proportion d'utilisateurs, de formes et d'offres dans les services concernés. La plus faible proportion d'utilisateurs amène à se concentrer sur les personnes âgées qui sont particulièrement vulnérables: les bénéficiaires de services à domicile, connaissent en fait dans ces pays des taux de "affections fonctionnelles et cognitives" plutôt élevés par rapport à la plupart des autres pays européens.

Depuis le début des années 90, la région méridionale a connu une croissance forte, même si les utilisateurs restent encore relativement peu nombreux par rapport au reste de l'Europe. La valeur a quadruplé en pourcentage (1 à 4%), mais la distance à l'égard des autres pays, même si elle a diminué, continue à être très grande. Au fil des ans, par conséquent, le sud de l'Europe a fait des progrès considérables, mais pas ce grand "bond en avant" nécessaire pour combler les lacunes initiales et pour se rapprocher du reste du continent. Contrairement à ce qui s'est passé dans le sud, dans



le nord de l'Europe, le pourcentage d'utilisateurs est resté relativement stable depuis le début des années 90. Déjà à cette époque, en fait, l'offre publique y était très large, atteignant 14% des personnes âgées. Le tableau reprend le pays scandinave avec le plus fort pourcentage d'utilisateurs (Danemark) et celui qui a le pourcentage le plus faible (Suède). Au Danemark, la propagation extrême des soins à domicile - le pourcentage le plus élevé en Europe - a permis de faire particulièrement avancer les politiques de désinstitutionalisation.

En 1987, on a introduit une loi qui interdit la construction de nouvelles structures résidentielles et qui prévoit qu'en cas d'hospitalisation inappropriée due à une indisponibilité des services à domicile, l'autorité responsable, la commune, en supporterait le coût. La Suède, en revanche, a adopté - en particulier durant la seconde moitié de la dernière décennie - la stratégie « moins d'utilisateurs et plus d'intensité » illustrée ci-dessus et qui accompagne la réduction des utilisateurs par l'augmentation de l'accès aux personnes âgées les plus fragiles ; la même stratégie a été utilisée au Royaume-Uni.

L'Europe centrale a connu une croissance importante après que, durant la seconde moitié de la dernière décennie, des réformes structurelles ont été introduites en Belgique, en Allemagne, en France et au Luxembourg. Au total, l'utilisation a augmenté d'un tiers, passant de 6 à 8%, et l'augmentation a touché essentiellement les soins à domicile, qui y étaient très limités. Toutes les réformes réalisées en Europe centrale ont connu une forte augmentation de prise de responsabilité, surtout au point de vue financier, par l'Etat.

Les services à domicile en Europe en pourcentage des personnes âgées qui y ont recours

Macrozone / Pays	Début des années 90	Début de l'an 2000	Milieu de l'an 2000
Europe du Nord	14	15	13
Danemark	20	25	21
Suède	9	8	9
Europe centrale	6	8	8
Allemagne	3	7	7
France	2	6	8
Europe méridionale	1	2	4
Espagne	1	2	4
Italie	2	3,8	4,9

6.2. SERVICES RÉSIDENTIELS

On rencontre des difficultés pour trouver du matériel spécifique et à jour en ce qui concerne les services résidentiels en Europe. Dans l'une des plus récentes études menées dans l'Union européenne (qui cependant se réfère encore aux 15 pays), la moyenne non pondérée des personnes âgées hébergées dans les établissements résidentiels est de 5,1%. On constate cependant une tendance pour les pays d'Europe centrale et du Nord (Belgique, Suède, Pays-Bas et France) à se placer en résidence chez plus de 6% et une tendance dans les pays d'Europe méridionale (Grèce, Italie et Espagne) correspondant au chiffre du développement de l'immobilier résidentiel collectif pour personnes âgées, c'est-à-dire 4,0% voire moins (voir tableau ci-dessous).

Personnes âgées assistées en structure résidentielle en Europe à la mi-2000

Posizione	Nazione	% anziani assistiti in strutture residenziali	Posizione	Nazione	% anziani assistiti in strutture residenziali
1	Belgio	8,1	9	Irlanda	4,6
2	Svezia	7,5	10	Danimarca	4,4
3	Olanda	6,9	11	Espagne	4
4	Portogallo	6,7	12	Lussemburgo	3,9
5	France	6,3	13	Allemagne	3,9
6	Autriche	5,5	14	Italie	3
7	Royaume-Uni	5,1	15	Grèce	1
8	Finlande	4,9		Europe médiane non pondérée	5,1


Note : les données de la Belgique prennent aussi en considération les résidents de 60 à 64 ans ; les données du Portugal se réfèrent au nombre de lits.

Durant la dernière décennie, la majorité des pays de l'UE a inversé la tendance à la hausse et a réduit le pourcentage des personnes âgées hébergées dans des résidences collectives. Le phénomène est très significatif parce qu'il est le résultat de politiques spécifiques préconisées par différents pays (et essentiellement les pays scandinaves), mais surtout parce que ça ne s'était jamais produit auparavant. Il faut en rechercher les raisons dans l'intérêt partagé par les administrations publiques et par les personnes âgées de réduire les coûts de l'assistance et d'assurer une meilleure qualité de vie au domicile des personnes âgées elles-mêmes. A l'inverse, en Europe méridionale, c'est l'assistance en résidence qui continue d'augmenter, comme en Espagne et au Portugal, en particulier en raison du fait que le niveau de l'offre des services est encore largement inférieur à la moyenne européenne.

7. Les dépenses et le financement des politiques en matière de dépendance

La viabilité à long terme des dépenses publiques en matière de soins de santé et, en particulier, l'aide de longue durée, va faire l'objet de pressions énormes en raison du vieillissement de la population. Ces pressions, toutefois, peuvent être atténuées si les gens vieillissent, mais restent en bonne santé. Une approche préventive qui intègre les services de santé et des soins à long terme grâce à l'utilisation des nouvelles technologies et des TIC peut elle aussi contribuer à maintenir les coûts sous contrôle.

Le financement de l'assistance de longue durée varie dans l'UE en fonction des traditions et des différentes priorités. Quatre facteurs sont en jeu :

- 
1. les programmes et la population couverte par une assistance de longue durée ;
 2. les mécanismes nationaux de financement du système de protection sociale ;
 3. le degré de participation financière des particuliers ;
 4. la ligne de démarcation entre les responsabilités publiques et privées pour les soins de longue durée.

Les programmes publics à large spectre peuvent être financés par :

- ▶ les assurances sociales (Allemagne, Luxembourg, Espagne) ;
- ▶ les impôts (Lettonie, pays nordiques) ;
- ▶ les mécanismes soumis à conditions particulières de rendement (Chypre, Royaume-Uni) ;
- ▶ les systèmes de financement mixtes qui combinent les ressources provenant des mécanismes d'assurance et des impôts, et dont les coûts varient avec différents budgets et institutions responsables de l'offre et de la couverture de l'assistance de longue durée (Belgique, France, Grèce).

Conscients de la nécessité d'assurer une base financière sur le long terme pour les soins de longue durée, de nombreux États membres (Allemagne, Luxembourg, Pays-Bas, Suède) se sont engagés dans cette direction, tant en mettant en place des contributions et des programmes adaptés d'assurance sociale universelle que par la voie des impôts (Autriche, Suède).

Les États membres, étant donné les allocations nécessaires, songent à combiner les interventions publiques et privées, en particulier dans le secteur social.

POLITIQUES DE PRÉVENTION ET DE RÉADAPTATION

La promotion d'un mode de vie actif et sain apporte des avantages évidents et importants aux particuliers, outre qu'elle constitue aussi un potentiel d'avantages plus larges en faveur de la société en général en réduisant les coûts pour la santé publique, car les personnes peuvent alors rester actives plus longtemps et prévenir la baisse de la production due à l'absence pour cause de maladie. Dans la plupart des pays de l'UE, il y a des programmes de vaccination et de dépistage ainsi que des campagnes pour promouvoir le vieillissement en restant en bonne santé, mais, même s'ils représentent une étape importante, il est trop tôt pour en évaluer l'impact et une bonne coordination est essentielle entre les différents fournisseurs d'assistance, si l'on veut promouvoir des politiques de prévention.

Les soins de réadaptation sont essentiels pour permettre au patient de retrouver un maximum d'indépendance, de vivre le plus normalement possible et de revenir à un bon environnement de travail. Une promotion efficace de ces traitements, comme les États membres l'ont bien compris, ne peut ignorer la nécessité d'un personnel qualifié et bien formé et l'utilisation efficace des technologies de l'information et de la communication.

COORDINATION DE L'ASSISTANCE

La coordination des soins est essentielle pour garantir la haute qualité des soins dispensés, l'utilisation efficace des ressources et de traitements personnalisés et continus nécessaires pour certains patients. Il est essentiel d'assurer une coordination entre les différentes instances et autorités nationales, régionales et locales afin d'anticiper et de surmonter d'éventuels obstacles, tels que ceux qui découlent de l'existence de budgets séparés pour le financement des différents services, de l'organisation de la prestation de services et de la multitude d'organes impliqués dans secteurs social et de la santé. Le degré de réussite de la prestation de l'aide continue tient à la capacité des services sociaux et de soins de se compléter mutuellement pour répondre aux besoins spécifiques de chaque patient.

À cette fin, deux éléments sont importants : la prestation coordonnée des services et une meilleure gestion de la transition entre les différents environnements (l'environnement familial à la maison, les hôpitaux et les maisons de repos).

Les autorités nationales accordent maintenant plus d'attention à l'introduction de mesures qui permettront d'améliorer la capacité des différents services de collaborer efficacement.

Certains pays ont mis en place des stratégies et des priorités nationales pour assurer l'uniformité de la prestation des services : un élément d'une importance particulière, puisque l'assistance de longue durée est généralement assurée et gérée au niveau local et régional (Royaume-Uni, Espagne, Suède). Des objectifs similaires peuvent être visés par des contrats-cadres entre les compagnies d'assurance et les prestataires de services d'aide de longue durée, comme c'est le cas en Allemagne.

L'intégration de la prestation de services d'aide de longue durée peut être obtenue par des points d'accès unique ou équipes d'évaluation territoriales (Pays-Bas et Royaume-Uni) ou au moyen de la décentralisation et l'intégration des services au niveau régional et local (au Royaume-Uni, Espagne, Suède).

De nombreux pays ont conclu des accords (Belgique, Finlande, Allemagne, Espagne) ou sont sur le point d'en élaborer (Lettonie, Malte, Pologne, Hongrie) en vue d'intégrer la prestation d'assistance de longue durée et d'assurer la continuité des soins.

Il y a plusieurs exemples de pays qui alignent le financement de l'assistance de longue durée sur les composantes de l'assistance sociale et de santé :

- ▶ L'Autriche a intégré les missions d'assistance de longue durée tant formelle qu'informelle ;
- ▶ L'Allemagne a introduit des programmes d'assurance englobants d'assistance de longue durée afin d'apporter un soutien aux prestataires de soins formels et informels ;
- ▶ Au Royaume-Uni, la majorité du financement des services sociaux s'effectue au niveau local avec la possibilité pour les structures hospitalières de demander une contribution aux institutions locales après la fin de la prise en charge hospitalière du patient dans le cadre de services d'assistance de longue durée ;
- ▶ L'Espagne a coordonné le financement des services sociaux et de santé par les régions ;
- ▶ La Suède a intégré dans les financements communaux les soins aux patients souffrant de pathologies aiguës et les soins à longue durée.

D'autres initiatives comprennent des politiques visant à améliorer la coordination de l'aide, en particulier via les budgets sociaux et de santé (France, Irlande, Lettonie, Luxembourg, Pologne, Portugal, Espagne), et des plans de mécanismes communs d'appréciation et d'évaluation par des équipes multidisciplinaires en vue de stabiliser les programmes d'assistance (Belgique, Danemark, Estonie, Finlande, Allemagne, Irlande, Italie, Lettonie, Portugal, Royaume-Uni, Slovaquie, Espagne, Suède).

Un aspect important à considérer avec attention est le fait que l'assistance, qu'elle soit prestée sur place ou dans un établissement public, implique un secteur à forte intensité de main-d'œuvre où les coûts de personnel représentent la part du lion des dépenses.

Attirer du personnel « adéquat », surtout au regard des compétences médicales et de la sensibilité sociale nécessaire, est l'une des principales préoccupations des pouvoirs publics qui doivent tenir compte de la pénurie en personnel disposant des qualifications professionnelles appropriées. Le facteur central et décisif est à cet égard la formation particulièrement importante à partir du moment où l'évolution des connaissances médicales et technologiques nécessite une mise à niveau quasi permanente des qualifications et du savoir de ces travailleurs.

L'assistance à domicile sur le long terme pose divers problèmes, car elle est généralement assurée par la famille et les amis, qui n'ont souvent pas la formation spécialisée.

Face à ces lacunes, de nombreux États membres (France, Lituanie, République tchèque, Espagne et Suède) ont adopté des politiques visant à accroître le nombre de personnes amenées à effectuer des tâches d'infirmier(ère), à améliorer la formation et à offrir des programmes éducatifs destinés



aux professionnels de l'assistance sociale et de santé en vue de répondre à l'augmentation de la demande.

D'autres pays (Estonie, Lettonie, Pologne) visent à améliorer les conditions d'emploi et les salaires en vue de dissuader le personnel de rechercher un emploi à l'étranger.

Il est nécessaire d'apporter un soutien adéquat aux prestataires de soins informels, ce qui inclut l'information, la formation, des conseils, l'assistance au soutien, la formalisation de la sécurité sociale et le soutien financier. D'autres formes d'aide sont également disponibles :

- ▶ Aide financière (Autriche, Danemark, Estonie, Finlande, France, Allemagne, Irlande, Italie, République tchèque, Slovaquie, Espagne, Suède et Hongrie) ;
- ▶ Crédits d'impôt et exonérations fiscales (France, Allemagne, Grèce, Luxembourg et Espagne) ;
- ▶ Congés pour aider les membres de la famille (Autriche, Finlande, Allemagne, Pays-Bas et Espagne) ;
- ▶ Reconnaissance de l'apport de retraités aux prestataires de soins durant les périodes d'assistance ;
- ▶ Formalisation du statut des prestataires de soins et inclusion dans les régimes de sécurité sociale.

8. Aperçus nationaux

8.1 LA PERTE D'AUTONOMIE EN FRANCE

La tradition française de soins et la réponse au problème de la dépendance

La sollicitude par rapport aux citoyens en détresse est une caractéristique propre au droit français, déjà prévue en 1796 avec la création des **Comités de bienfaisance**. Cette fonctionnalité ne s'est pas perdue au cours des ans : aujourd'hui nombreuses sont les lois qui régissent l'organisation de l'action sociale en France. Pour ce qui nous intéresse, la loi 647/2001 prévoit que toute personne âgée d'au moins 60 ans, résidant en France et qui est dans l'incapacité d'accepter les conséquences d'un manque ou une perte d'autonomie en raison de son état physique ou mental, a droit à des indemnités modulées selon les ressources qui lui permettent une satisfaction adéquate de ses besoins⁴.

Ce subside est accordé dans les mêmes conditions sur tout le territoire national, et s'adresse à des gens qui, malgré les soins qu'ils reçoivent, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière.

En France, on utilise la grille d'évaluation AGGIR (*Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources*), qui permet de prendre en considération différentes variables telles que la cohérence, l'orientation, les besoins personnels et la communication.

⁴ La législation française (loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, sur la participation et la citoyenneté des personnes handicapées), même si elle ne définit pas la dépendance, suggère la définition du handicap : « constitue un handicap au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie sociale subie par une personne dans son environnement en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou de plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de la santé invalidant ».

On peut distinguer six groupes en fonction de cette classification:

1. le Gir 1 - comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil, qui, ayant perdu leur autonomie mentale, physique, motrice et sociale ont besoin d'être secourues;
2. le Gir 2 - se compose de deux sous-groupes: d'une part, les personnes confinées au lit, et dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui ont besoin d'aide pour la plupart des activités de la vie quotidienne, et de l'autre les personnes dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui conservent leurs capacités de mouvement;
3. le Gir 3 - ce sont des gens qui ont conservé leur autonomie mentale et en partie leur autonomie de mouvement, mais ont besoin d'aide plusieurs fois par jour pour leurs besoins corporels;
4. le Gir 4 - inclut les personnes qui ont besoin d'aide pour leur toilette personnelle et pour les repas, et qui sont incapables de se lever de façon autonome, mais qui, une fois debout, arrivent à se déplacer dans leur propre maison;
5. le Gir 5 - se compose de personnes qui sont capables de s'alimenter, de s'habiller et de se déplacer. Elles peuvent avoir besoin d'une aide spécifique pour la toilette personnelle ou pour l'entretien de la maison, ainsi que pour la préparation des repas;
6. le Gir 6 - rassemble les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes ordinaires de la vie quotidienne.

Seules les personnes comprises dans les groupes GIR 1 et GIR 4 sont éligibles pour une assistance par l'APA (aide personnalisée à l'autonomie). Les personnes en Gir 5 et Gir 6 peuvent bénéficier de l'action sociale de la caisse d'assurance vieillesse modulée par un ticket modérateur en fonction des ressources, ainsi que d'aides des caisses de retraite complémentaires des mairies (CCAS : centre communal d'action sociale). Pour les Gir 5 et 6, deux nouvelles variables viennent d'être examinées: le déplacement à l'extérieur et l'utilisation de moyens de communication à distance, en cas de besoin. La loi du 30 Juin 2004 a introduit quelques modifications à la législation portant création de l'APA, à savoir la création d'un nouvel organisme réglementaire, la CNSA (*Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie*), qui a maintes fois fait la preuve de son importance et de son efficacité.

Le financement et l'allocation des ressources


Les ressources nécessaires au financement de ces politiques proviennent de différentes sources: de l'assurance maladie et de la caisse de sécurité sociale, de la contribution de solidarité sociale généralisée et des contributions générales d'assurance vieillesse de la CNSA.

Bien qu'une répartition égalitaire soit prévue (50% pour l'Etat et 50% pour les départements), en réalité le financement est actuellement à charge de l'Etat pour 1/3 et à charge des départements pour 2/3, mais ceux-ci ont des difficultés à y faire face. Étant donné le mode particulier de financement, il est difficile de déterminer le montant du financement global. Ces quatre dernières années, la part de l'Etat a vu une augmentation du montant qui est passé de 13,986 milliards d'euros en 2006, à 15,2 milliards d'euros en 2007, à 17,09 milliards d'euros en 2008 et à environ 19 milliards d'euros en 2009. Ces sommes sont attribuées directement aux bénéficiaires ou à leurs tuteurs dans le cas des soins à domicile et aux services résidentiels qui sont en charge de la personne dépendante dans les autres cas.

Un plan « Alzheimer » a été lancé en octobre 2008 pour une intervention intégrale qui se terminera en 2012. En outre, deux textes relatifs aux services à la personne (pour toutes les tranches d'âge, y compris les personnes âgées) ont été votés en 2005 et en 2008.

Toutefois, ces règlements ont été jugés comme encore insuffisants pour assurer une réponse efficace à la problématique des personnes dépendantes.

Un projet de réforme très intéressant est celui qui en France a été appelé « le 5^{ème} risque », en référence à un article du Code de la sécurité sociale française, mais il a du mal à « voir le jour », probablement parce que les assurances privées ont flairé la bonne affaire des problèmes connexes à la dépendance.



L'évaluation de l'efficacité des mesures est effectuée au niveau du cas particulier par le Conseil général à qui revient aussi la décision finale de la pertinence et de l'opportunité de l'aide accordée. Ce sont les organisations syndicales, les associations et le CNRPA (Comité national des retraités et des personnes âgées), créé au sein du ministère du Travail, de la Famille et de la Solidarité, qui vont donner leur avis sur l'efficacité globale des mesures prévues dans le système (pertinence de la loi, application de la loi, difficulté ou échec du système de soins et de protection).

La structure de la législation et les perspectives de réforme

Aucune disposition n'est prévue dans la législation française au niveau départemental en ce qui concerne la réponse au problème de la perte d'autonomie.

La prise en charge de la perte d'autonomie est actuellement en pleine réorganisation en France dans le cadre des réformes en cours : Loi Hôpital Patients Santé Territoires, Réforme des collectivités locales, 5^e risque.

Actuellement, qui paie quoi ?

Parmi les frais supportés par les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées, on distingue :

- ▶ Les soins médicaux remboursés par l'Assurance maladie et les mutuelles,
- ▶ les charges liées à la perte d'autonomie (services à domicile, aménagement appartement, véhicule...) prises en charge en partie par la C.N.S.A. (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) via l'A.P.A. (Allocation Personnalisée d'Autonomie) pour les personnes âgées de 60 ans et plus souffrant d'une perte d'autonomie. Le montant de l'APA varie selon les ressources et le degré de dépendance. Pour les personnes handicapées, c'est la P.C.H. (Prestation de Compensation du Handicap),
- ▶ les frais d'hébergement et de restauration payés par les personnes elles-mêmes et leur famille. Les personnes âgées dépendantes qui n'ont pas de ressources suffisantes peuvent bénéficier de l'aide sociale pour payer leurs frais de subsistance. Les personnes handicapées perçoivent l'Allocation Adulte handicapé (AAH) calculée en fonction du revenu du foyer (plafonnée à 628,10€ par mois en 2009). Celles qui ne peuvent pas travailler peuvent percevoir un complément de ressources (179,31 euros en 2009) sous certaines conditions.

Exemple : en établissement les frais moyens s'élèvent à 90 € par jour :

- 25 € au titre des soins,
- 15 € au titre de la dépendance, La part du tarif dépendance laissée à la charge des personnes âgées est en moyenne de 5 €/jour
- 50 € au titre de l'hébergement à la charge de la personne

Quelles sont les ressources et la gestion de la C.N.S.A. ?

La CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) est un établissement public administratif national sous la tutelle du ministère en charge des personnes âgées et des personnes handicapées et du ministère du Budget.

Elle centralise l'ensemble des crédits destinés à compenser la perte d'autonomie due à l'âge ou au handicap.

Ses 15 milliards d'euros de ressources proviennent des crédits

- ▶ **de l'Assurance maladie**, 12,6 milliards qui sont utilisés pour assurer le fonctionnement des établissements et services accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées.

- ▶ **de la solidarité nationale :**
 - 100% de la Contribution de solidarité pour l'autonomie (journée nationale de solidarité)
 - et 0,1% de la Contribution sociale généralisée (CSG) (impôt)
- ▶ **des contributions des caisses d'assurance vieillesse.**

La récolte des fonds est donc centralisée, par contre la gestion est décentralisée, basée sur la proximité et l'aide personnalisée.

Comment sont attribués les fonds recueillis :

CSA (Caisse de Solidarité de l'Autonomie, CSG et contributions des caisses d'assurance vieillesse contribuent au financement :

- ▶ des aides individuelles à la personne :
 - allocation personnalisée d'autonomie pour les personnes âgées (APA),
 - prestation de compensation pour les personnes handicapées (PCH)
- ▶ du fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)
- ▶ d'aides à la modernisation des services à la personne,
- ▶ d'actions, d'études et de recherche dans le domaine de la perte d'autonomie,
- ▶ du fonctionnement de la CNSA (0,1% du budget global).

La CNSA attribue aux préfets de département les dotations destinées aux établissements et services médico-sociaux à partir de leurs priorités exprimées dans un document de programmation régional (le PRIAC) et au regard des priorités nationales.

Le financement des aides individuelles fait l'objet d'un versement par la CNSA de dotations mensuelles aux conseils généraux en fonction de critères définis par décret. Les concours en faveur des personnes handicapées sont gérés par les maisons départementales des personnes handicapées ; ceux pour les personnes âgées par les services sociaux des conseils généraux.

Perspectives de Réformes

Tout le dispositif en cours en 2009 sera vraisemblablement consolidé même si quelques discrets aménagements résulteront sans doute de la mise en application des lois récentes ou prévues par la loi H.P.S.T. (Hôpital Patients Santé Territoires) du **21 juillet 2009**, les ARS (agences régionales de Santé) sont appelées à coordonner les hôpitaux, la médecine de ville (généralistes et spécialistes) et le **secteur médico-social** (maisons de retraite, EHPAD...).

Un projet de loi sur la réforme des collectivités territoriales est actuellement en cours d'examen ; il pourrait modifier un certain nombre de compétences en préservant la proximité de l'aide personnalisée.

Enfin le président de la République a annoncé des décisions concernant la prise en charge du 5^e risque « pour la fin de l'année 2010 »

Trois sources de financement sont envisagées par le Gouvernement :

- ▶ **La solidarité nationale** devrait rester le pilier essentiel. A noter la mise en place d'une mission chargée d'étudier les voies d'amélioration des mécanismes de péréquation financière entre les départements concernant le financement des dépenses consacrées à la prise en charge de la dépendance. Les propositions de la mission sont attendues pour mi-avril 2010.

- ▶ **La solidarité familiale** serait également encouragée et soutenue «en n'hésitant pas, a indiqué le ministre, à poser par exemple la question du rôle que peut jouer le patrimoine pour contribuer à ce soutien».
- ▶ **La prévoyance collective et individuelle** serait encouragée, c'est-à-dire que les Français pourraient (ou auraient obligation de) souscrire une assurance dépendance, des «contrats fiables et labellisés». « Toutes les solutions innovantes en matière d'assurance, comme un partenariat public-privé seront les bienvenues. »

8.2. LE LUXEMBOURG ET LA RÉPONSE À LA DÉPENDANCE

Quelque 2% de la population a eu recours aux prestations de la couverture sociale « dépendance » même s'il n'est pas facile de donner des valeurs « certaines » en raison de l'absence de coordination qui établit un bilan central et en raison de la multiplicité des administrations concernées par le problème.

Selon l'enquête PSELL-3/2005 du CEPS / INSTEAD sur la pauvreté au Luxembourg, il ne suffit pas toujours de travailler pour être à l'abri de la pauvreté ou de la nécessité de recourir à l'aide sociale, surtout que les ouvriers, qui en sont le plus frappés, représentent 22% des travailleurs et que la pauvreté touche aussi les travailleurs avec un contrat temporaire. La même enquête arrive à une autre conclusion intéressante : le risque de pauvreté est souvent transmis entre générations et la personne qui a eu des problèmes financiers au cours de son adolescence sera plus souvent exposée au risque de pauvreté une fois adulte, même si pour évaluer les risques de dépendance il faut aussi se référer au revenu familial. La nécessité d'aider un tiers pour ses actes essentiels de la vie doit en outre être égale à au moins 3,5 heures par semaine et doit probablement être durable voire irréversible. La protection sociale du Grand-duché de Luxembourg s'est concentrée principalement sur l'assistance dans de pareils cas couverts par la sécurité sociale au sens strict. Pour ce qui nous intéresse, deux aspects doivent être pris en considération :

1. le soutien et l'aide sociale, d'une part, qui sont de la compétence du Fonds national de solidarité ;
2. l'assurance contre la dépendance, d'autre part, qui fournit une aide aux personnes dépendantes.

Sur le premier point, il faut noter que l'assistance sociale est une expression de la solidarité nationale et qu'elle n'est pas fournie en contrepartie de cotisations professionnelles ; elle se base uniquement sur les besoins individuels des assujettis.

L'aide sociale est constituée d'une assistance fournie par les collectivités publiques aux personnes ayant des ressources insuffisantes. Les centres d'aide sociale établis dans chaque commune du pays sont chargés de l'administration des biens des pauvres et de la distribution de l'aide.

Les prestations à la charge du Fonds national de solidarité sont les suivantes :

1. l'accueil des personnes âgées – Le revenu d'intégration est accordé à ceux qui sont admis dans les structures pour une durée indéterminée mais qui sont sans ressources personnelles qui leur permettraient de payer le coût de l'hébergement et les besoins personnels et il est versé directement à la structure d'accueil.
2. les subsides de chauffage - remplacés à partir du 1/1/2009 par « l'indemnité de vie chère » pour aider les familles à revenus modestes.
3. « l'indemnité de vie chère » accordé sur demande aux familles à revenus modestes en fonction des conditions et modalités fixées par un règlement spécial.
4. l'indemnité spéciale pour les personnes handicapées accordée aux personnes souffrant d'un handicap en vertu de la loi du 12 septembre 2003.

5. le revenu minimum garanti (RMG) - le montant du RMG est déterminé en fonction de la composition de la famille. La personne est considérée comme un membre du ménage si elle :
- ▶ vit dans la famille de ses descendants ;
 - ▶ est « majeure infirme » et vit dans la famille de ses descendants/d'un frère ou d'une sœur ;
 - ▶ a été accueillie par charité.

Les montants du RMG varient en fonction de la composition de la famille, de l'âge des membres et des revenus supplémentaires sont prévus pour handicap.

Les différents montants avec l'indice de base égal à 702,29 € sont portés à ... :

1198,67 €	pour la première personne
599,34 €	pour la deuxième personne
109,00 €	pour chaque enfant
460,29 €	majorations pour handicap

La législation principale dérive de la loi principale du 19 juin 1998, amendée par la loi du 23 décembre 2005, régie par le Code des assurances sociales, la nouvelle branche de l'assurance sociale obligatoire. La dépendance est définie comme étant « l'état d'une personne qui, en raison d'une maladie physique, mentale ou psychique ou à une carence de même nature, présente un besoin important et régulier d'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie ». Ceci inclut notamment les aspects suivants : l'hygiène corporelle, l'alimentation et la mobilité.

Les prestations prévues par l'assurance dépendance sont les suivantes :

- ▶ les aides et les soins pour les actes essentiels de la vie, l'hygiène corporelle, l'alimentation et la mobilité ;
- ▶ l'aide dans les tâches ménagères ;
- ▶ les activités de soutien qui sont principalement destinées à maintenir le potentiel d'autonomie pour les actes essentiels de la vie du bénéficiaire, mais aussi à garantir une assistance planifiée de soutien individuel (séances d'ergothérapie, de kinésithérapie, soutien psychosocial, gardes à domicile, accompagnements) ou à assurer les activités de groupe (fréquence d'un centre diurne psycho-gériatrique, prise en charge dans un centre de jour pour les personnes handicapées, activités de groupe en centres) ;
- ▶ les activités de réhabilitation aux actes essentiels de la vie (en attendant de préparer la personne à effectuer ces actes en toute autonomie) et de conseils aux membres de la famille (pour aider sans nuire à la personne ni à soi-même) ;
- ▶ les outils d'aide et de soins ;
- ▶ l'assistance technique mise à disposition gratuitement pendant le temps nécessaire (lits adaptés, fauteuils roulants, lève personnes, ascenseurs, etc.) ;
- ▶ l'adaptation du logement en vue de favoriser l'autonomie de la personne à son domicile (adaptation d'une baignoire, élargissement des portes, installation de rampes d'accès, etc.) ;
- ▶ la prise en charge des cotisations de sécurité sociale de ceux qui s'occupent de personnes dépendantes.

Lorsque la personne dépendante bénéficie d'une assistance à domicile, les prestations en nature, à savoir celles fournies par un service professionnel prévues pour les actes essentiels de la vie et les tâches ménagères peuvent être partiellement converties en une prestation en espèces, que le bénéficiaire peut utiliser pour rémunérer la personne qui l'aide ; les deux prestations peuvent être combinées.

Enfin, il existe d'autres formes d'aide pour les personnes qui ne sont pas totalement dépendantes ou qui sont en dessous d'un certain seuil de revenu. Voici quelques exemples :

- ▶ le tarif social ;
- ▶ la participation du fonds national de solidarité aux coûts de la prise en charge gérontologique ;
- ▶ l'accompagnement social et pédagogique.

Le financement et l'évaluation du système d'intervention

On assure le financement par des cotisations se montant à 1,41% de tous les revenus professionnels et patrimoniaux des personnes actives et des retraités. Il y a aussi une contribution à charge du secteur de l'électricité. L'Etat participe au financement à concurrence de 45% de l'ensemble des coûts. La Commission tripartite de 2006 a fixé cette contribution à 140 millions d'euros (cette disposition devrait être revue à la fin de 2009).

Tous les assurés et membres de leur famille ont droit aux prestations en cas de dépendance et peuvent en bénéficier quel que soit leur revenu.

Tableau : Évolution des recettes et des dépenses de l'assurance dépendance actuelle à partir de 2004 (en millions d'euros).

	2004	2005	2006	2007
Recettes courantes	317,5	380,1	379,7	472,9
Dépenses courantes	334,0	390,9	396,6	424,9

Le noyau d'évaluation et d'orientation est un service public, placé sous l'autorité du ministre de la Sécurité sociale et composé de médecins, infirmières, psychologues, thérapeutes et assistants sociaux qui évaluent les besoins de la personne demandant des prestations et qui définissent les prestations auxquelles elle a droit.

Dans le système luxembourgeois, on n'a donc pas opté pour une classification des personnes ayant une dépendance, mais pour une appréciation individuelle en fonction des besoins d'aide ou de soins.

La particularité réside en ce que toute aide ou soin pris en considération par la personne dépendante est établi en terme de durée ; la somme des durées des actes prestés constitue la mesure objective de la dépendance et définit la base de paiement des prestations et la référence pour le seuil et pour les différents maxima des prestations.

Le noyau d'évaluation et d'orientation a aussi d'autres missions :

- ▶ proposer, si nécessaire, des mesures de réhabilitation et de réadaptation ;
- ▶ informer et conseiller sur toutes les instances représentées ;
- ▶ contrôler la qualité des prestations fournies ;
- ▶ contrôler l'adéquation des prestations fournies en réponse aux besoins de toute personne dépendante.

Les acteurs de l'assurance dépendance doivent, pour opérer dans le cadre de l'assurance dépendance, s'engager à fournir à la personne dépendante toute aide et tout soin spécifique dans le programme, avec le personnel adéquat ou via de la sous-traitance avec un autre fournisseur.

La loi reconnaît quatre types de fournisseurs en fonction des conditions de santé de la personne et de la nécessité de maintenir la personne handicapée chez elle. Les services prestés sont variés et visent à permettre une vie aussi autonome que possible. On a également recours aux nouvelles technologies telles que des bracelets et l'implantation d'appareils pour les handicapés.

Les coûts et les prestations des services sont forfaitaires. Pour les personnes à faibles revenus, les communes participent en partie aux coûts ; dans certains cas, les dépenses sont prises intégralement en charge par les communes.

La Caisse Nationale de la Santé prend à charge sur prescription médicale les fauteuils roulants, les appareils d'aide à la marche et les lits élévateurs.

La valeur et le paiement des prestations d'assurance dépendance et les prestations des services de l'assurance dépendance sont payés au fournisseur de services de l'aide et des soins. En revanche, les prestations en espèces sont payées directement au bénéficiaire.

La valeur monétaire des prestations est négociée annuellement par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance et l'organisme représentant les fournisseurs d'aide et de soins.

Il existe également plusieurs associations qui opèrent dans ce secteur. L'association ADAPTH est une association qui assiste et conseille des personnes dépendantes ou handicapées et qui leur fournit les moyens techniques pour l'adaptation de leur logement.

Quand on collabore avec du personnel qualifié et qu'un équipement spécifique est conseillé pour une solution au problème, dans un premier temps ce matériel est loué pour permettre une période d'essai avant de procéder à l'achat.

Il faut noter que, dans ce secteur, il y a de bonnes perspectives de développement ; les projets du programme « *Ambiant Assisted Living* » sont soutenus par « *Luxinnovation* » et par le Fonds National de la Recherche.

Pour les personnes dépendantes, on a prévu des séjours permanents dans des centres et des retours périodiques à la maison selon les prescriptions.

L'organisation de l'assurance dépendance

La Caisse Nationale de la Santé national (CNS) assure la gestion de l'assurance dépendance et gère en même temps les prestations de l'assurance maladie et de l'assurance dépendance.

La Caisse Nationale de la Santé évalue et décide des cas particuliers et gère les budgets de l'assurance dépendance. Les avis concernant l'attribution des prestations, des fournitures et des quantités sont exprimés par le Noyau d'évaluation et d'orientation.

Il existe aussi une Commission consultative composée de représentants des bénéficiaires de l'assurance, des représentants des fournisseurs, des partenaires sociaux et de représentants de l'organisme gestionnaire. Elle formule des recommandations sur :

- ▶ Les instruments de mesure de la dépendance, à savoir le questionnaire d'évaluation et le relevé des aides et des soins ;
- ▶ les projets d'actions expérimentales à mener dans le cadre de l'assurance dépendance, au bénéfice de certains groupes spécifiques ;
- ▶ la liste des aides techniques à prendre en compte dans l'assurance dépendance.

La Commission de la qualité des prestations, voulue par le législateur en réponse à un besoin très répandu, a ensuite pour tâche de définir des orientations et des normes de qualité pour toutes les prestations d'assurance dépendance ; le contrôle de cette qualité est garanti, comme on l'a déjà dit, par le Noyau d'évaluation et d'orientation.

Les carences qualitatives peuvent être sanctionnées par la Commission de contrôle, qui est chargée de définir les cas litigieux qui pourraient s'avérer entre l'organisme de gestion et les fournisseurs. La loi prévoit une conférence périodique des ministres de la Famille, de la Santé et du Budget, des organisations actives dans les domaines de la santé, de la famille et de l'action sociale ainsi que des représentants des personnes dépendantes qui, convoquée par les ministres de la Sécurité sociale, a pour but d'examiner le fonctionnement de l'assurance des personnes dépendantes, des réseaux d'aide et de soins et des établissements de soins et de faire des propositions d'amélioration.



Conclusions et initiatives futures du gouvernement

Les confédérations syndicales représentant les ressortissants du Grand-duché de Luxembourg sont les piliers de la sécurité sociale en général. Ils sont, en effet, représentés dans divers comités, directoires et conseils d'administration de la sécurité sociale et peuvent donc influencer les décisions de ces organes.

Le nouveau programme du gouvernement prévoit un certain nombre d'initiatives telles que la transposition de la Convention internationale des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées pour garantir leur accessibilité à la vie sociale et professionnelle.

Le gouvernement étendra également, selon des critères sociaux, les services aux personnes âgées, en particulier en ce qui concerne le financement des services de proximité pour améliorer leur qualité de vie et ainsi favoriser leur maintien à domicile.

À titre subsidiaire, on a également prévu la promotion et le développement de nouvelles formes de logement et la création d'établissements hospitaliers assortis de services spécialisés en assistance aux personnes âgées.

En conclusion, le gouvernement a l'intention de soumettre un projet de loi visant à sauvegarder les droits et obligations du patient qui permettra d'une part la création d'une gestion des plaintes axée sur le patient et d'autre part la création d'une instance de médiation pour résoudre les plaintes des patients.

Surtout en période de crise économique, la sécurité sociale joue un rôle stabilisateur par le maintien du pouvoir d'achat d'une proportion importante de la population et fournit des emplois et des salaires aux personnes employées dans le secteur de la santé et surtout des soins à long terme et des personnes dépendantes. Les principales orientations stratégiques devraient donc s'articuler sur les objectifs suivants :

- ▶ assurer la validité à long terme de l'assurance dépendance ;
- ▶ anticiper les risques futurs résultant en particulier de l'évolution démographique ;
- ▶ améliorer la coordination des soins par le secteur des soins à domicile, le secteur des soins hospitaliers lourds et le secteur des soins de longue durée ;
- ▶ promouvoir la qualité et organiser un système de contrôle des prestations ;
- ▶ assurer la transparence du financement des prestations des soins de longue durée.

D'où la nécessité d'améliorer la transparence en matière de prestations de l'assurance dépendance et le prix de l'hébergement et du logement. Toutefois, il n'est pas envisagé de réduire le volume de l'intervention de l'assurance dépendance mais de le réorienter et de définir et de mieux organiser les prestations qui ont trait au revenu minimum garanti (RMG).

Le gouvernement procédera à une révision de cette loi qui constitue un pilier incontesté du système de protection sociale au Luxembourg.

8.3. LA DÉPENDANCE EN ITALIE

Le contexte de la sécurité et de l'assistance sociale et la différence par rapport à la dépendance.

Le système de protection sociale (*Welfare*) italien fait l'objet, à l'instar d'autres systèmes de protection sociale en Europe, de vastes processus de révision au niveau culturelle et économique-financier. Cela a entraîné un considérable retard dans l'apport de réponses appropriées et homogènes aux phénomènes des « troisième et quatrième âges » dans l'ensemble du pays.

En général, on peut affirmer que la sécurité sociale est garantie par les formes d'assurance alimentées par des cotisations versées par les travailleurs et les employeurs des secteurs public et privé au cours de la période d'activité de chaque citoyen. L'assistance santé fait partie de la sécurité sociale via les prestations offertes par le Service national de santé (loi n° 833/1978) qui sont comprises dans les niveaux essentiels d'assistance.

Le système de sécurité sociale en Italie est réglementé par la loi 328/2000 qui est la première loi-cadre sur la mise en place d'un système intégré d'interventions et de services sociaux. Bien qu'elle reconnaisse à l'État la mission de programmer un système intégré de services sociaux, elle en renvoie l'application aux régions, aux offices locaux et aux communes, à travers l'élaboration de plans de zones.

Les prestations publiques s'articulent en : a) les services résidentiels (directions socio-sanitaires et d'assistance sociale), b) les services semi-résidentiels (centres de jour), c) les services à domicile (services sociaux à domicile – la SAD – et assistance à domicile intégrée – l'ADI), d) les transferts monétaires (indemnités d'accompagnement et missions de soins), e) le soutien au personnel privé en charge des soins.

Dans ce contexte, l'activité d'aide publique prestée pour les personnes dépendantes fait encore défaut. En fait, les dépenses prises en charge par les familles italiennes en 2008 pour payer les prestataires de soins dépassent celles budgétisées par l'État en 2007 pour l'indemnité d'accompagnement : 0,59% du PIB contre 0,54%. La composante santé des dépenses publiques consacrées aux plus de 65 ans représente 0,46% du PIB, tandis que la composante communale est bloquée au quota de 0,12% (chiffres de 2007).

La loi en vigueur en matière de personnes dépendantes présente des lacunes en ce sens que, même si elle prévoit un fonds spécifique pour ce poste prévu par l'article 15 de la loi n° 328 de 2000, aucune loi nationale qui en donnerait une définition et en préciserait les caractéristiques n'a pas encore été approuvée.

Pour évaluer le caractère dépendant des personnes, on utilise une évaluation multidimensionnelle (VMD), des échelles, des index, des certificats de santé, des certificats socio-sanitaires, dont on retrouve trace dans les lois et les différentes mesures, difficiles à ramener à une seule entité.

L'existence en Italie de plusieurs mécanismes parallèles d'évaluation du besoin de soins et de mise en œuvre de réponses à y apporter (pour la reconnaissance de l'invalidité civile et l'obtention de l'indemnité d'accompagnement, dont se charge l'INPS – Institut National de Prévoyance Sociale – ; pour l'accès aux services de santé, en se référant aux ASL – Agences Sanitaires Locales – ; et pour le recours aux services sociaux via les communes) empêche pour le moment de coupler l'octroi de subventions avec l'offre d'autres services.

Une solution possible envisageable pourrait être l'adoption du projet de loi d'initiative populaire présenté en 2005 par les syndicats de retraités.

Le projet, bien qu'il n'ait pas été approuvé, a au moins le mérite de relancer la question. Avec l'avènement du gouvernement actuel, le problème de l'absence de législation et de ressources adéquates pour les personnes dépendantes qui a été, à plusieurs reprises, mis en avant par les syndicats et tout récemment encore avec les manifestations de juin dernier n'a pas encore trouvé une réponse.

Ce n'est qu'au niveau régional que certaines régions et provinces ont promulgué une loi spécifique sur la question de la dépendance et en ont donné une définition précise. À cette fin, nous renvoyons à la définition de la notion de dépendance donnée par la loi adoptée par la province autonome de Bolzano à l'article 2 :

« Aux fins de la présente loi, on entend par dépendante toute personne qui est incapable dans une mesure importante et de façon permanente, pour cause de maladie ou de handicap physique, mental ou psychique, d'effectuer les activités de la vie quotidienne dans le domaine de l'alimentation, l'hygiène personnelle, les fonctions d'excrétion, la mobilité, la vie psychosociale et les tâches ménagères, et qui a donc besoin d'une aide régulière d'une autre personne, en moyenne pendant plus de deux heures par jour de la semaine ; il faut garder à l'esprit la possibilité d'accroître l'autonomie personnelle du/de la requérante par l'utilisation d'aides techniques. »

L'intensité de l'intervention et les ressources disponibles sont proportionnelles au degré de dépendance évalué par la Commission multidimensionnelle.

Le bénéficiaire de l'assistance doit répondre aux conditions suivantes :

- a. au moins un diagnostic de maladie ou de handicap impliquant une dépendance importante ;
- b. une limitation fonctionnelle qui en dérive dans au moins un des domaines énumérés de a) à e) de l'article 2 de la loi sur la dépendance ;
- c. la limitation fonctionnelle doit être importante et permanente ;

- d. la même loi pour l'attribution des prestations prévues en matière d'assistance aux personnes dépendantes mentionne une gradation équivalant à quatre niveaux possibles d'assistance, à savoir :
- ▶ 1^{er} niveau d'assistance lorsqu'il y a un besoin total d'assistance de 60 à 120 heures par mois ;
 - ▶ 2^e niveau d'assistance lorsqu'il y a un besoin total d'assistance de 120 à 180 heures par mois ;
 - ▶ 3^e niveau d'assistance lorsqu'il y a un besoin total d'assistance de 180 à 240 heures par mois ;
 - ▶ 4^e niveau d'assistance lorsqu'il y a un besoin total d'assistance de plus de 240 heures par mois.

En fin de compte, il n'existe aucun plan de réponse à la dépendance même s'il est en partie prévu par l'article 18 de la loi 328/00 dans le plan national d'assistance et de services sociaux et dans l'accord sur la santé qui en découle.

Les réponses à ce phénomène seront de caractère régional ; seules 10 régions ont un « Fonds pour la dépendance » et les règlements d'application qui s'y rapportent, mais il n'y a pas de gestion ni de législation nationale en la matière⁵.

Les autres mesures réglementaires et directives font en fait partie du Plan national de santé. Les régions peuvent légiférer en définissant les ressources et les communes, pour leur part, peuvent effectivement intervenir dans la gestion et dans les prestations et les services.

Formellement, le Plan national de santé n'est toutefois pas une loi mais une mesure du ministère du Travail, de la Santé et des Affaires sociales.

En revanche, les plans régionaux de santé, ou autrement dit les plans de réponse à la dépendance adoptés par certaines régions, ont la forme de lois régionales.

Le financement et l'allocation des fonds

L'intervention économique en faveur des personnes dépendantes a été prévue pour la première fois à partir de la loi financière 2007 (loi n° 296/06), puis dans les différentes lois budgétaires ultérieures. Elle est répartie sur les régions en fonction de certains indicateurs, elle est intégrée dans toutes les régions et dans certains cas aussi des communes, surtout les grandes communes disposant de fonds propres.

Depuis 2007, le financement s'est élevé à 100 millions d'euros la première année, 300 millions la deuxième année et 400 millions d'euros en 2009.

Dans ce secteur de la protection sociale, l'Italie investit 13% de son PIB, conformément à la ventilation suivante⁶ :

- a. composante santé : 0,46% (pour les services de santé et de réhabilitation et homes - RSA) ;
- b. indemnités d'accompagnement attribuées directement à la personne dépendante : 0,54% ;
- c. composante des sections locales : 0,12% (avec une composition mixte entre services et soutien à la personne) ;
- d. soutien de la famille en vue de la rétribution des aides familiales : 0,59%.

L'articulation des activités et les perspectives de réforme

En Italie, en l'absence d'une loi organique spécifique pour la prévention en matière de dépendance, les interventions à cet égard sont confiées aux autorités locales par la mise à disposition de services (par exemple les centres de jour semi-résidentiels) ou d'activités de socialisation telles que les centres sociaux pour personnes âgées et l'ergothérapie. Evidemment, de la même manière, le contrôle des prestations effectuées et des services offerts fait l'objet de sérieuses critiques à travers le pays. Le monitoring effectué par l'AGENAS (Agence nationale pour les services de santé

5 En particulier, l'Emilie Romagne, la Lombardie, la Toscane, le Piémont, le Frioul, la Vénétie Julienne, Venise, le Latium et la province de Bolzano et la Sardaigne.

6 Données *Ragioneria dello Stato* 2009.

régionaux) n'est en fait assuré que dans certaines situations mieux organisées (comme dans la province de Bolzano, à Venise, en Emilie Romagne, au Piémont et en Toscane). Un exemple intéressant est celui du bilan social sur le troisième âge de la région de l'Emilie Romagne, qui sert de modèle à la construction de parcours semblables dans d'autres régions.

La législation, l'organisation et la qualité des services rendus sont jugées insuffisantes, trop hétérogènes sur le territoire et en particulier mal organisées en raison de l'absence d'un cadre réglementaire qui conférerait de la cohérence aux interventions, rendant exigibles les droits pour toutes les personnes dépendantes.

On ne peut, par conséquent, plus différer davantage la mise en place d'une réglementation qui examine et résolve le problème sous tous ses aspects : définition, personnes concernées, ressources, financement, services et efficacité des interventions, peut-être en partant de la proposition présentée par les organisations syndicales.

8.4. LE SYSTÈME DE RÉPONSE À LA DÉPENDANCE EN ROUMANIE

En Roumanie, c'est la loi 448/2006 sur la protection, la promotion (ou l'émancipation) des personnes handicapées qui prévoit et qui régit le système de réponse à la dépendance. On peut supposer ici, qu'en Roumanie comme dans d'autres pays européens, le système ne semble pas être très efficace pour couvrir les nouveaux risques découlant des problèmes sociaux émergents.

C'est la même loi qui définit les personnes handicapées et celles qui, en raison d'une maladie physique, mentale ou sensorielle, n'ont pas la capacité d'effectuer normalement leurs activités quotidiennes et ont besoin de mesures spécifiques de protection et de soutien pour la réhabilitation, l'intégration ou l'inclusion sociale.

La loi prévoit de nombreux types de handicaps, allant du handicap mental, physique ou encore psychique, voire sensoriel (vision, ouïe, parole) au handicap consécutif à une maladie contractée, HIV/SIDA, ou encore associé à une forme d'affection ou à une maladie rare. Au sens de la loi, chacune de ces altérations peut se manifester sous diverses formes, dont la mesure se décline sur une échelle de valeurs allant de léger à moyen, et puis à prononcé et grave.

La catégorisation des adultes dans les différentes grilles relatives aux types et degrés de handicaps relève de la responsabilité d'un comité ad hoc appelé Commission d'évaluation des handicapés adultes.

En Roumanie, toutes les actions relatives à la protection des personnes dépendantes ainsi qu'à la gestion du financement de la dépendance restent l'apanage du système national.


En vertu de la loi n° 448/2006, les handicapés qui demandent à être intégrés ou réintégrés dans un lieu de travail ont droit à l'accès gratuit, à l'évaluation et à l'orientation professionnelle en fonction de leur âge, du type et du degré du handicap. La même loi prévoit des aides financières pour les familles des personnes handicapées. Par exemple, la famille dans laquelle vit un enfant ou un adulte avec un handicap *grave* bénéficie d'une indemnité mensuelle égale à 1/3 du salaire minimum national et d'un budget supplémentaire personnel égal à 15,1% de ce même salaire national minimum. En cas de handicap *prononcé*, ces avantages peuvent se réduire à 27,6% et 11,3% respectivement et enfin, en cas de handicap *moyen*, on a droit uniquement à la subvention personnelle supplémentaire, soit 5,58%.

Les personnes souffrant d'un handicap grave, confirmé sur base d'une évaluation qui tient compte des aspects médicaux, psychiques et sociaux, ont également droit à une assistance personnelle.

Les familles des enfants avec handicap grave peuvent demander une assistance personnelle ou une subvention mensuelle égale au salaire minimum national.

Le système juridique de protection des personnes handicapées doit être amélioré et, en attendant un débat plus approfondi, une première étape importante pourrait être la ratification de la Convention sur les droits des personnes handicapées.

L'Autorité nationale des Personnes handicapées prévoit cependant, dans son programme, de présenter dans un futur proche une proposition de révision de l'ensemble du système de réponse à la



dépendance. Cette proposition, étant donné l'importance de cette thématique, ne pourra qu'être précédée d'un large débat ouvert sur la contribution de toutes les institutions et organisations ainsi que des associations impliquées dans cette question.

8.5. LA RÉPONSE À LA DÉPENDANCE EN ESPAGNE

Le système espagnol de sécurité sociale et le système de protection en matière de dépendance

La législation espagnole en matière de sécurité sociale prévoit les avantages suivants :

- ▶ les soins de santé gratuits pour les retraités ;
- ▶ l'aide à domicile ;
- ▶ les pensions non cotisantes ;
- ▶ les indemnités de chômage ;
- ▶ la télé assistance ;
- ▶ les centres de jour ;
- ▶ les services résidentiels.

La récente législation espagnole en la matière définit la dépendance comme étant une situation permanente dans laquelle se trouvent les personnes qui, pour des raisons d'âge, d'infirmité, d'incapacité résultant de l'absence ou de la perte d'autonomie physique, mentale, intellectuelle ou sensorielle, ont besoin de l'attention d'une ou de plusieurs personnes ou d'une aide importante pour mener les activités courantes de la vie quotidienne ou encore dans le cas de personnes ayant une déficience intellectuelle ou une maladie mentale, d'autres aides pour leur autonomie personnelle. La loi n°39 du 14 décembre 2006 sur la promotion de l'autonomie personnelle et sur l'attention aux personnes en situation de dépendance, qui découle d'une proposition de l'UGT reprise à son compte par le gouvernement et acceptée par tous les groupes politiques présents au Parlement, prévoit des degrés divers de dépendance :

- ▶ degré 1 - la dépendance légère ;
- ▶ degré 2 - la dépendance sérieuse ;
- ▶ degré 3 - la dépendance grave.

Chacun de ces degrés comporte deux niveaux (1 et 2).

La loi vise à accorder une attention totale à la personne sous tous ses aspects et dans tous les environnements. Elle fixe les moyens appropriés de prévention, de réhabilitation et de stimulation sociale et mentale. Un autre principe important de la loi est la recherche du maintien, partout où c'est possible, dans son environnement en adaptant les services à lui prester en fonction de ses besoins et de ses activités. La loi, enfin, fixe les modalités de coordination entre les services de santé et les services sociaux.

Le degré et le niveau de dépendance sont déterminés au moyen d'une échelle unique d'évaluation valable dans tout le pays, approuvé par le gouvernement dans un décret de 2007, et les actions de réponse sont menées conjointement aux niveaux national et régional.

Le financement du système et les prestations prévues

Le financement du système est à charge autant de l'Etat que des communautés locales autonomes, à ceci près que l'Etat finance la couverture de base pour tout le pays.

Dans certains cas, toutefois, on demande une participation aux dépenses à la personne dépendante. Le financement global de ces dernières années était le suivant : 400.000.000€ en 2007, 678.685.396€ en 2008, 979.364.617€ en 2009 et 1.160.330.812€ en 2010. Pour 2011, un montant de 1.545.425.613€ a été budgétisé.

Les prestations économiques prévues sont les suivantes :

- ▶ **une aide financière à la personne** – proportionnelle au degré de dépendance et à la capacité économique, cette aide peut être accordée si la personne remplit les conditions requises avec la contrainte d'utiliser cet argent pour les prestations nécessaires à son état ;
- ▶ **une indemnité pour les membres de la famille** – accordée aux membres de la famille qui prennent soin des personnes dépendante et qui s'engagent à respecter un programme d'information et de formation établi par les institutions de sécurité sociale ;
- ▶ **un soutien économique personnalisé** – destiné à développer un certain degré d'autonomie de ces personnes via une assistance personnalisée et un nombre d'heures déterminé, à faciliter l'accès à l'emploi, l'éducation à une vie plus autonome par l'organisation des activités courantes de la vie quotidienne.

L'évaluation de l'efficacité de ces interventions est confiée aux signataires d'un accord : patrons, syndicats et gouvernement.

La loi sur la dépendance a été bien accueillie par toutes les institutions et les citoyens espagnols. Elle prévoit également une série de mécanismes de coopération entre l'administration centrale de l'Etat et les communautés autonomes, dont il faut notamment mentionner la création d'un Conseil régional en charge notamment du système d'autonomie et de la dépendance.

Perspectives

Créer une loi dans tous les pays européens sur la dépendance ne peut désormais plus être remis aux Calendes grecques. Une attention à la dépendance reflète la sensibilité sociale accrue également liée un plus grand bien-être économique qui permet de prendre en compte davantage les problèmes de la vie humaine, dont également le vieillissement de la population. Il suffit de penser qu'en Espagne, quelques années seulement après sa promulgation, la loi sur la dépendance a été considérée comme le quatrième pilier de la protection sociale. La loi, en effet, n'a pas seulement répondu aux problèmes qui frappent les personnes ayant un certain degré de handicap, mais a également eu pour effet de créer, dans le système des soins à long terme, des emplois estimés à 340.000 emplois directs et 160.000 indirects.


La procédure suivie en Espagne pourrait être prise en compte par les autres pays où il n'existe pas de législation en la matière.

En conclusion, il faut envisager fondamentalement la professionnalisation du personnel qui fournit une assistance et une formation adéquates dans le cas où la personne dépendante serait assistée par des membres de sa famille ou par des personnes n'ayant aucune expertise. L'Etat, les communautés autonomes et même les bénéficiaires selon leurs possibilités économiques devraient contribuer au financement de ces services afin de protéger les personnes dépendantes durant toute la durée de leur maladie.

8.6. LA CROATIE ET LE SYSTÈME DE RÉPONSE À LA DÉPENDANCE

Le système d'assistance croate

Le système de protection est régi par la Loi sur l'aide sociale qui est entrée en vigueur le 1er janvier 1998 dans le but de répondre aux besoins élémentaires de la vie pour les personnes qui, en raison de circonstances défavorables, personnelles, économiques, sociales ou autres ne peuvent y pourvoir elles-mêmes mais ont besoin de l'aide de membres de leurs familles. La loi distingue deux groupes d'utilisateurs:

- 
1. Le premier, composé de personnes ne disposant pas de revenus personnels ou inférieur au niveau minimal prescrit qui est insuffisant pour assurer leurs besoins de base;
 2. Le second composé des personnes qui bénéficient d'une assistance pour répondre aux besoins consécutifs notamment à une invalidité, à la vieillesse, à une maladie mentale, etc. Ce groupe comprend aussi les enfants et les jeunes sans protection familiale adéquate ou ayant des troubles du comportement ou encore victimes de violences familiales.

La protection sociale, en vertu des dispositions légales, est financée par les villes et les communes. Toutefois, le budget général comprend le financement des tous les droits normaux liés au bien-être général, en plus de l'aide pour le logement et la nourriture. Les structures décentralisées de gouvernement peuvent, avec leurs propres moyens, financer des prestations sociales au-delà du niveau moyen garanti par la loi ou de reconnaître les droits / bénéfices / prestations et droits entièrement nouveaux. Le montant de tous les avantages financiers accordés par le système de protection sociale de la Croatie est calculé comme pourcentage d'un minimum de traitement déterminé par une décision du gouvernement. Actuellement, ce montant de base minimal se monte à 500 HRK (kunas), soit 68 €.

La loi prévoit les formes suivantes d'aide et de subventions:

1. L'aide permanente aux personnes ayant de graves déficiences, moyennant l'octroi de différents montants en fonction de l'âge et de la composition de la famille ;
2. Le droit à l'assistance pour les dépenses relatives au logement couvre le coût des loyers, les frais liés à l'électricité, au gaz, à l'alimentation, arrivant en fin de compte à un montant équivalent à la moitié de celui de l'assistance permanente ;
3. La subvention pour les soins et l'aide qui tient compte, selon les besoins liés à l'état de santé, du droit des bénéficiaires au montant intégral ou réduit ;
4. L'aide à domicile est reconnue à ceux qui, en cas de maladie physique ou mentale ou d'autres dommages permanents, ont besoin d'aide et de soins de la part d'autres personnes (ce service est soumis aux revenus et à la possibilité d'organiser de tels soins dans la zone où résident les personnes dépendantes ;
5. Le droit à l'indemnité personnelle pour incapacité est un revenu financier pour les personnes avec un degré élevé de handicap. Dans ce cas aussi, on a prévu divers revenus et pour les parents des enfants jusqu'à l'âge de 7 ans, il y a des congés de paternité ou de maternité ou des réductions du temps de travail ;
6. Il existe un congé accordé aux personnes handicapées sans emploi jusqu'à ce que leur condition d'emploi change. Il est calculé à concurrence de 70% du tarif de base (soit environ 48 euros) ;
7. La condition d'un parent qui aide son propre enfant a été introduite comme nouveau droit dans la loi sur les modifications et amendements à la loi sur les soins de santé (2007) et bénéficie à un parent dans les cas où, sur prescription médicale, il est en mesure (ou reçoit une formation qui lui permet de) d'effectuer certains actes technico-médicaux pour donner des soins médicaux spécifiques à son enfant ou, exceptionnellement, lorsqu'un enfant est complètement dépendant des soins de ses parents ;
8. Soins en dehors de la famille. Les soins à l'extérieur de la cellule familiale demeurent une option, mais ne sont reconnus que dans les cas où la personne et la famille ne peuvent être considérées comme des destinataires de l'aide fournie dans le cadre de l'assistance, ou lorsque cette forme de traitement est jugé plus utile pour la formation, la réhabilitation, la réadaptation etc. ;
9. Une subvention peut également être attribuée à un particulier ou une famille qui, en raison de la survenance de difficultés matérielles sont incapables de répondre à certains besoins spécifiques liés à la naissance ou l'éducation de l'enfant, à la maladie ou au décès d'un membre de la famille, à l'acquisition de biens de première nécessité tels que les vêtements, les chaussures, etc. La subvention maximale est égale à cinq fois la base minimale, à savoir 342 €. Si le montant

- requis dépasse cette limite, il faut obtenir l'autorisation du ministère compétent. Cette subvention peut être payée en argent ou en nature ;
10. Des conseils et une aide pour surmonter des difficultés momentanées. Ce service comprend le soutien planifié et systématique qui doit permettre de surmonter diverses difficultés comme la maladie, la vieillesse, le décès d'un membre de la famille, les problèmes de l'enfance, l'incapacité ou des traitements de longue durée.

La loi sur l'assistance sociale prévoit que le droit aux prestations sociales peut être "reconnu à une personne qui, en raison d'incapacité physique ou mentale, voit son état de santé changer constamment ou qui, en raison de son âge a un besoin urgent d'aide et de soins permanents par d'autres personnes, parce qu'elle est incapable de satisfaire de façon autonome les besoins fondamentaux de la vie".

La subvention de soins et de soutien est accordée intégralement ou avec réduction, en présence d'une autre personne qui peut prendre soin de la personne dépendante. En Croatie, toutefois, il existe également d'autres programmes spécifiques de prévention de la santé.

Le système croate comprend des plans de prévention sanitaire, où sont stipulées les règles et les modalités de couverture des personnes dépendantes.

Financement et organisation des plans de réponse à la dépendance

La majorité des fonds nécessaires aux mesures de réponse à la dépendance sont à charge de l'Etat, et plus particulièrement du Ministère de la Famille, des anciens combattants et de la solidarité entre les générations. Ils sont aussi à charge des unités locales et régionales, et également des villes et des municipalités, selon leurs programmes personnels, leurs besoins et leurs possibilités.

Comme il n'y a pas de budget unique, il n'est pas possible de quantifier les ressources financières utilisées pour les mesures de réponse à la dépendance. On peut considérer comme indicateur le nombre d'utilisateurs au cours des trois dernières années, qui est passé de 72.550 en 2006 à 76.872 en 2008.

En ce qui concerne les méthodes d'attribution, les moyens sont alloués directement à la personne qui reçoit la subvention de soins et de soutien.

À l'heure actuelle, il n'existe pas de procédures de codification ni de vérification, mais il y a seulement des prévisions et des contrôles permanents de l'octroi de subventions par les offices compétents et autorisés par les régies nationales, régionales et locales et les citoyens ont un droit d'accès à toutes les informations et, bien sûr, de porter plainte et d'interjeter appel.

Il est très important de démontrer l'action des organisations de la société civile en Croatie, qui apportent leur contribution active à la correction et à l'amélioration des services réservés aux personnes âgées et handicapées.

Il n'existe pas de réglementation autre que celle au niveau national. Toutefois, toute entité des gouvernements autonomes au plan national et local, peut, dans le cadre de sa compétence et sa responsabilité, adopter la stratégie, les plans d'action et de financement qu'elle estime raisonnable pour les politiques de lutte contre la dépendance.

Il est important de se rappeler la loi sur "la prise en charge" – littéralement, le placement familial – (Journal officiel « Narodne novine » N° 79/07) afin de répondre aux besoins fondamentaux d'une personne. Sur la base de la décision du centre d'assistance sociale pour la reconnaissance du droit, la personne qui fournit les soins a droit à une allocation mensuelle pour s'occuper des besoins du bénéficiaire des soins.

La subvention économique, fixée par contrat avec les centres locaux d'assistance, varie en fonction du nombre d'utilisateurs.



Perspectives de réforme

Ces dernières années, le Ministère chargé de la protection sociale a commencé à travailler à une série de réformes qui visent à accroître l'efficacité du système général de protection sociale, y compris le système de soins pour personnes âgées et invalides. La ligne de conduite vise à mettre l'accent sur la décentralisation des services de soins pour les personnes âgées et invalides, en ce sens que les institutions sociales essentielles qui dispensent des soins devraient procéder à une réorganisation afin d'assurer une meilleure qualité de leur travail.

Le ministère de la Famille, des anciens combattants et la solidarité entre les générations a adopté le programme de développement des services pour les personnes âgées dans le système de solidarité entre les générations 2008-2011; dans ce contexte, il travaille à la mise en œuvre de deux programmes de solidarité entre les générations, «l'aide domestique pour les personnes les plus âgées» et «résidence et aide à domicile quotidiennes pour les personnes âgées».

La République croate a énoncé le programme de ses engagements avec l'anticipation de l'évolution ultérieure du système social de soins dans le document de pré-adhésion, intitulé «Mémoire sur l'inclusion sociale».

Selon le ministère, le cadre juridique de la République croate répond généralement aux besoins en matière de soins pour les personnes âgées et les personnes handicapées compte tenu des possibilités budgétaires. Les programmes de réforme prévoient des améliorations ultérieures en particulier le développement de services internes à la Communauté, en mettant l'accent sur la décentralisation et d'autres initiatives à l'étude.

Toutefois, selon une recherche de la SUH, en Croatie 11,3% des retraités ont exprimé un besoin pour plus de soins à domicile et 34% ont besoin d'une assistance continue.

Comme déjà mentionné plus haut, il existe des plans de réforme, qui sont promus sur la base d'études et de recherches. Une recherche scientifique menée par la SUH sur la situation sanitaire et sociale des personnes âgées en Croatie a montré que 15% ne pouvaient pas faire face aux dépenses, et que 2,5% étaient entièrement à charge car étant incapables de marcher, elles dépendent entièrement de leurs familles. La SUH a proposé de nombreuses révisions à la législation existante, notamment pour augmenter le niveau des subventions et d'étudier un plan de développement national pour la protection des personnes âgées. Il serait également nécessaire de créer des centres de jour pour les personnes âgées handicapées et d'améliorer les pensions des personnes handicapées et à mobilité réduite. Sur ces points, il faudrait encore plus d'attention de la part de l'Union européenne, une attention qui devrait se traduire par des initiatives politiques et des programmes pour une politique plus forte et plus transparente dans l'intérêt des personnes dépendantes et qui devrait fixer un certain nombre de lignes directrices opérationnelles qui s'appliqueraient à tous les États membres.

Un autre point délicat concerne les professionnels qui travaillent au sein des services publics, et qui sont en majorité des travailleuses. Elles ne sont pas rémunérées comme dans d'autres secteurs et elles n'ont que peu de possibilité de développement de carrière, même si on exige d'elles une plus grande continuité dans la formation. Le ministère compétent compte sur une amélioration de la situation économique pour l'atténuation des problèmes existants et des carences actuelles et pour pouvoir augmenter le nombre de personnes couvertes en incluant d'autres catégories.

L'aide apportée aux membres les plus vulnérables de la société n'est pas considérée comme carrière professionnelle et n'est souvent pas reconnue : on peut le mesurer au niveau des salaires qui est bas et aux conditions de travail qui sont défavorables. La qualité du service est généralement très faible.

Dans une telle situation, il ne suffit pas de mettre l'accent sur l'efficacité des contrôles qui ont dénoncé des activités criminelles dans ce domaine, et personne ne se soucie des personnes dépendantes qui restent dans leurs foyers et qui se trouvent exposées à divers dangers, comme par

exemple d'être obligées de signer des contrats et se retrouver ensuite spoliées de leurs biens. Malheureusement, il semble que certains employés du système social de soins soient impliqués dans ce genre de « commerce ».

La Croatie connaît un très faible niveau de soins aux personnes dépendantes: par exemple, il n'y a pas d'hôpital qui prendrait, à l'exception des soins médicaux d'urgence, les personnes âgées qui deviennent dépendantes pour une période transitoire. Ou encore : il n'y a pas de services de gériatrie dans les hôpitaux et il n'y a pas non plus des soins palliatifs organisés dans le pays et le programme de soins n'est pas vraiment contrôlé.

Les programmes de solidarité entre les générations du Ministère de la famille, des anciens combattants et de la solidarité entre les générations sont destinés à développer les services pour les personnes âgées, dans les systèmes internationaux 2008 - 2011 et sont orientés vers des formes complémentaires et institutionnelles de soins aux personnes âgées comme en témoignent les titres des deux programmes-clés de solidarité entre les générations: «L'aide dans le pays pour les personnes âgées» et «La résidence quotidienne et l'aide dans le pays aux personnes âgées », mais ces programmes sont en fait seulement à un stade précoce et s'adressent encore à nouveau à un nombre relativement restreint d'utilisateurs.

Le gouvernement croate et la Commission européenne se sont entendus sur les priorités suivantes:

- ▶ l'élargissement du réseau des services sociaux pour les enfants, les personnes âgées et des personnes handicapées (en particulier dans les plus petites villes et les zones rurales);
- ▶ le développement d'un plan d'action en matière de services à domicile pour les enfants et les personnes handicapées (pour mettre un terme à la création de nouvelles institutions, l'agrandissement de formes alternatives de fourniture de services sociaux et la réduction du nombre d'utilisateurs dans les institutions de protection sociale);
- ▶ le rapprochement le plus près possible des services, dans les communautés où vivent les utilisateurs;
- ▶ le développement de la stratégie de décentralisation des services sociaux, la promotion des possibilités de choix du patient, l'encouragement de l'harmonisation entre la vie privée et la vie active, en particulier pour les femmes et l'encouragement de la prévention.

8.7. LE ROYAUME-UNI ET LA RÉPONSE À LA DÉPENDANCE

Le système de protection sociale et la dépendance

Le système de protection sociale au Royaume-Uni est fondé sur le modèle de Beveridge, qui offre certains services universels gratuits, en plus d'autres mesures de soutien sous forme de subventions et de soins. Ce secteur a progressivement vu s'accroître le poids du secteur privé et bénévole, au détriment du service public, en se fiant au rôle de régulation du marché. Ce rôle s'est toutefois avéré faible et souvent inefficace.

Au Royaume-Uni, il n'existe pas de définition légale d'une personne dépendante, mais il y a seulement certains contrôles à effectuer, à la suite desquels, s'ils sont positifs, les personnes concernées peuvent bénéficier de certaines prestations et de certains services. Par exemple, l'accès aux soins à domicile est accordé après une évaluation minutieuse des besoins des gens, mais bien que quatre catégories de besoins soient reconnues, les fournisseurs de services n'offrent en réalité leur couverture qu'à ceux qui figurent dans les deux catégories extrêmes. Les soins à domicile sont cependant à charge de ceux qui – même s'ils y ont droit – disposent d'un revenu annuel supérieur à 23000£.



Les quatre niveaux de risques fixés pour qu'un besoin soit reconnu sont les suivants:

- ▶ Critique – lorsque la vie est en danger;
- ▶ Élevé – lorsque la personne ne peut exécuter la plupart des activités de soins personnels ou du travail ménager et il n'y a aucune autre personne pour lui venir en aide;
- ▶ Modéré - lorsque la personne ne peut plus effectuer les activités liées aux soins personnels, à la tenue du ménage ni jouer son rôle dans la famille et la société;
- ▶ Faible - dans ce cas, l'individu n'est pas capable de procéder à ses soins personnels et a des limitations dans l'accomplissement de tâches familiales ou sociales.

Certains avantages qui ne sont pas directement liés au revenu des personnes sont en fait disponibles aux personnes âgées de 65 ans et plus qui présentent et ont une incapacité physique ou mentale.

Ces prestations, en fonction du degré de handicap que la personne présente, se montent entre 70,35£ 47,10£ et par semaine.

Les deux catégories sont les suivantes:

1. Indice bas : dans ce cas, une assistance est requise avec une aide fréquente durant la journée pour les fonctions physiques normales telles que voir, entendre, manger, etc. ;
2. Indice haut : lorsque l'assistance doit être continue, prolongée, répétée également de nuit.

Fonctionnement du système et perspectives de réformes

Il est difficile de présenter le système de réponse à la dépendance dans le pays, le gouvernement ayant pour mission de déterminer la politique générale, demandant successivement à l'organisme public national compétent d'administrer et de gérer efficacement ces politiques.

Ceci peut parfois induire des changements dans les coûts, la disponibilité et la qualité des services. Le gouvernement, qui est conscient de l'urgence sociale du risque de dépendance, a récemment effectué une vaste consultation visant à ouvrir un débat sur les perspectives d'une révision du système. La phase d'étude devrait être clôturée définitivement, et parmi les propositions précises, il en est qui sont prévues pour le début de cette année. Toutefois, en dépit de l'opinion assez répandue que le système du Royaume-Uni a un besoin urgent de réformes en profondeur, et malgré le fait que tous les partis politiques soient unanimes quant à la nécessité d'intervenir immédiatement, il ne semble pas, selon le syndicat, que l'on puisse envisager des changements avant au moins 5 ans. L'entrée en vigueur d'un nouveau système pourrait malheureusement venir très en retard pour répondre aux besoins de la population âgée.

La nouvelle législation permettra de créer un nouveau Service National de Santé (National Care Service - NCS). Le gouvernement a pour objectif de concevoir un système de soins plus juste, plus simple et utilisable par des personnes dans le besoin. Un tel projet devra nécessairement être soutenu par les droits, par la logique et les autorisations du niveau central national, mais les réponses devraient autant que possible être personnalisés et adaptés aux différents besoins individuels.

Modes de financement et des prestations

Le financement des services de soins provient de deux sources principales:

1. L'impôt général sur le revenu perçu au niveau national;
2. la *Council Tax* collectée localement et les différentes contributions personnelles.

Le gouvernement central alloue, en général, l'argent à l'organisme public national pour fournir les services locaux de soins dans les domaines respectifs de compétences.

Pour certains avantages et congés, les sommes sont perçues directement par les bénéficiaires des prestations.

Si l'on veut une cartographie instantanée des mesures sociales et des soins de longue durée prévus au Royaume-Uni, voici ce que l'on peut obtenir :

Services de soins:

- ▶ Environ un million de personnes âgées bénéficient d'une quelconque forme de soins à domicile, mais environ 2,5 millions de personnes ont besoin de soins ;
- ▶ 80% des personnes ayant besoin de soins à domicile n'en obtiennent pas de l'Etat ;
- ▶ Les fournisseurs privés et bénévoles du secteur des soins reçoivent environ 9,3 milliards de livres sterling par an en financement public ;
- ▶ On estime à 5,9 (= € 6,74) milliards de livres sterling les dépenses des personnes pour les soins sociaux, soit par des contributions privées ou par les charges sociales ;
- ▶ Il y a d'énormes besoins non satisfaits et de grandes inégalités de soins entre les services dont les personnes âgées ont besoin et ce qu'elles obtiennent effectivement parce que les services sont rationnés. Par conséquent, seuls ceux qui ont des besoins élevés de soins peuvent bénéficier d'une aide. Ces besoins non satisfaits font peser un poids supplémentaire et une pression sur les nombreux parents et amis qui prodiguent des soins non rémunérés (par exemple, 1,2 million d'hommes et 1,6 million de femmes de 50 ans sont les aidants non rémunérés) ;
- ▶ Tous les soins à domicile sont soumis à un examen des ressources financières, et les particuliers ne doivent avoir qu'un revenu annuel de moins de 13.000 livres sterling pour pouvoir bénéficier de services gratuits ;
- ▶ Les frais pour ceux dont le revenu dépasse ce niveau varient considérablement en fonction de chaque collectivité locale, créant ainsi une loterie "du code postal" inéquitable.

Soins de longue durée:

- ▶ En 2003, sur les 500.000 places disponibles, 69% étaient dans le secteur privé, 17% dans le secteur public et 14% dans le secteur bénévole ;
- ▶ Les soins privés représentent en valeur quelque £ 6,9 (€ 7,88) milliards un an ;
- ▶ Il y a environ 448.000 résidents en maisons de soins, dont 60% s'auto-financent ;
- ▶ 1 travailleur sur 4 quitte son emploi chaque année et ce taux de roulement élevé est presque entièrement dû à la faible rémunération et aux mauvaises conditions d'emploi ;
- ▶ Dans les maisons de soins, il suffit qu'un seul membre du personnel dispose des qualifications pour dispenser des soins (mais il ne doit même pas à être présent sur place) ;
- ▶ Ceux qui ont des avoirs (y compris la valeur de leurs biens) de plus de 23000 livres sterling doivent financer leurs propres soins. Ceux qui ont entre 13 et 23000 £ font l'objet d'une évaluation de leurs moyens financiers et payent une proportion des frais, et ceux qui ont moins de 13000 £ ont leurs notes payées par les pouvoirs publics locaux ;
- ▶ En 2008, le coût moyen pour les résidents des maisons de soins au Royaume-Uni était de 34528 £ par an pour les soins infirmiers et de 24128 £ pour les soins résidentiels ;
- ▶ Le coût moyen pour l'alimentation en résidence de soins est de 3,50 £ par jour⁷ ;
- ▶ Près de 150.000 patients atteints de démence reçoivent inutilement chaque année des médicaments anti-psychotiques. Ce chiffre représente les quatre cinquièmes de toutes les personnes qui se voient prescrire des médicaments dans les maisons de soins, les hôpitaux et leur propre domicile.⁸

7 Inside Out, BBC South, 16.11.2009

8 BBC News website, 12.11.2009



Personnes qui assurent les soins

- ▶ 2,8 millions de personnes âgées de plus de 50 prestent des soins non rémunérés⁹;
- ▶ Les enfants adultes assurent à leurs parents 36 heures de soins non rémunérés chaque mois, un coût estimé au Royaume-Uni à un total annuel de 39 milliards de £¹⁰ ;
- ▶ Près d'un quart de tous les soignants âgés de 75 ans et plus (24%) prestent 50 heures ou plus par semaine en soins informels¹¹ ;
- ▶ L'allocation hebdomadaire des soignants est actuellement de 53,10 £, mais elle n'est pas versée aux prestataires de soins qui sont également bénéficiaires d'une pension d'État.

Depuis le projet initial de l'étude comparative de la FERPA sur la dépendance dans les États membres, le gouvernement britannique a annoncé une nouvelle série de propositions, qu'il entend adopter s'il est réélu. Sinon, le nouveau gouvernement conservateur devra préciser les contours de ses propositions.

Le gouvernement propose d'instaurer un service national de soins qui serait progressivement mis en place en trois étapes:

PREMIÈRE ÉTAPE

- ▶ *Offrir la gratuité des soins à domicile pour les quelque 400.000 retraités qui ont les plus sérieux besoins en matière de soins à partir d'octobre 2010*

DEUXIÈME ÉTAPE

- ▶ *A partir de 2014 les personnes bénéficieront de soins gratuits s'ils doivent avoir des soins en résidence durant plus de deux ans. Ils auront toutefois à payer pour leur logement ;*
- ▶ *Mettre en place une commission chargée de conseiller le gouvernement sur la manière la plus équitable et plus durable permettant aux gens d'apporter leur contribution à un système de soins qui soit gratuit quand ils en ont besoin ;*
- ▶ *Enchâsser dans la loi pour la première fois des critères d'éligibilité à la couverture sociale qui soient cohérents à l'échelle nationale, afin de contribuer à éliminer la loterie au code postal en matière de soins qui existe actuellement ;*
- ▶ *Mettre en place un cadre de qualité incluant un organisme chargé d'accroître le niveau qualitatif des soins de la sécurité sociale.*

TROISIÈME ÉTAPE

- ▶ *L'introduction d'un service national de santé (NHS) complet qui soit gratuit pour les adultes lorsqu'ils ont des besoins éligibles, financé par des cotisations.*

Pour les NPC (Cliniciens non médecins), la création d'un service national de soins qui soit universellement accessible à tous ceux qui en ont besoin, qui soit gratuit au lieu où ces services sont prestés, et qui soit payé par la communauté, est une étape importante vers la fin de l'ère de l'évaluation des ressources financières du patient et de l'injustice. Un service national de santé doit être possible si nous en répartissons les coûts sur la société dans son ensemble et si nous le finançons par la voie de l'impôt général.

9 Focus on Older People, ONS 2004

10 LV Investment Group, March 2009

11 Family Resource Survey 2006/7, DWP 2008

Cependant, de nombreuses personnes âgées et leurs familles ne seront pas en mesure d'attendre jusqu'en 2016 pour pouvoir bénéficier d'une aide. Nous devons faire plus et plus vite pour apporter une aide financière à la cohorte de soignants, améliorer la réglementation et les normes des soins dispensés et pour assurer que le personnel de soins soit correctement formé et rémunéré pour s'occuper des membres les plus âgés de notre société.

8.8. LA DÉPENDANCE EN AUTRICHE

Le système de soins autrichien

Le système d'aide sociale en Autriche est un élément de "dernier recours", sans cotisations, du système de sécurité sociale autrichien. Ce sont des mesures qui assurent un minimum de subsistance, en cas de besoin et d'urgence et dont le coût est imputé à la fiscalité générale. Les principaux domaines du système d'assistance sociale sont les prestations d'incapacité, les centres de traitement et de séjour, et les aides en argent qui doivent permettre que les personnes dépendantes puissent faire face aux difficultés qui découlent de leur dépendance et que l'on appelle "Pflegegeld" (indemnité pour soins de longue durée).

En Autriche, il y a une définition légale de la dépendance par rapport à la nécessité de soins dans la loi sur les indemnités de soins (*Pflegegeldgesetz*, au plan fédéral : *Bundespflegegeldgesetz*, et au plan des Länder : *Landespflegegeldgesetz*). On y reconnaît différents degrés de dépendance et une échelle d'évaluation pour ses différents niveaux et qui dérive des exigences spécifiques de soins.

Ainsi, on distingue les niveaux croissants de besoin, gradués sur une échelle qui va de 1 à 7. Donc, si le besoin de soins des personnes dépendantes s'élève à plus de 50 heures par mois, la personne est classée au niveau 1, et elle a droit à une indemnité mensuelle de 154 €. Plus le nombre d'heures nécessaires est élevé pour répondre aux besoins de soins par mois, plus on monte dans l'échelle et plus la prestation mensuelle sera élevée pour répondre aux besoins causés par la dépendance. Au degré suprême de l'échelle, le 7e, le besoin de soins ne peut pas dépasser les 180 heures par mois et la personne dépendante doit être dans l'incapacité de bouger ses bras ou ses jambes. Les prestations fournies dans ce cas se montent à 1.665,80 € par mois.

Il est communément admis qu'en Autriche, la sécurité sociale et le système de santé sont très bien développés (OMS). En particulier, on attache beaucoup d'attention à la démence, notamment à cause de l'augmentation de cette maladie au cours des dernières années.

Il y a déjà des programmes gouvernementaux pour s'attaquer au problème, qui va se poser très rapidement, du vieillissement de la population, qui, en Autriche (comme d'ailleurs dans le reste de l'Europe) va faire croître la demande de soins et d'assistance.

Le récent programme du gouvernement est axé sur des mesures visant à financer l'augmentation des demandes d'aide et de soutien des personnes dépendantes. L'attention est également consacrée à l'amélioration des services aux personnes dépendantes en Autriche, afin qu'elles répondent aux mêmes normes dans toutes les régions. Le gouvernement programme aussi des mesures pour une meilleure conciliation «travail-famille» pour les membres de la famille qui acceptent de s'occuper des personnes dépendantes. Sur la base du programme du gouvernement un nouveau projet de loi sur une assurance sociale libre (assurance retraite et assurance maladie) pour les personnes qui prennent soin des membres de leur famille a déjà été présenté pour être inclus dans la loi générale sur la sécurité sociale (*Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG)*).

Le récent programme gouvernemental prévoit des mesures en matière de financement pour faire face à l'augmentation des demandes d'assistance et de soutien. Le programme prévoit également la planification d'une assurance sociale libre, couvrant les retraites et la maladie, pour les personnes qui prennent soin de membres de la famille.



Les institutions, au niveau local, national et régional / intègrent leurs interventions selon leurs compétences et leurs responsabilités propres. Il n’y a pas de subventionnement possible au niveau national et local. En l’absence de données disponibles pour 2008-2009, voici quelles étaient les interventions respectives de l’Etat fédéral et des Länder en :

- ▶ 2005 : 1,5664 milliards d’€ (Bund) et 294,0 millions d’euros (Länder)
- ▶ 2006 : 1621,4 et 303,6 ;
- ▶ 2007 : 1691,5 et 312,5.

Les fonds sont attribués en principe directement aux bénéficiaires. Comme mentionné ci-dessus, l’effort du gouvernement vise à homogénéiser les services sur le territoire national et, moyennant plus de financements, il vise également à rendre l’assistance plus abordable, en réglant de façon plus efficace les activités avec les exigences de prise en charge des membres dépendants de la famille.

Autres mesures prévues

En plus de la « Pflegegeldgesetz » qui a été déjà mentionnée, il y a la « Familienhospizkarenzgesetz » qui est prévue pour les personnes de la famille qui soignent un malade en phase terminale et qui comprend un congé - sans solde. Il faut aussi rappeler les mesures prévues par la législation pour les « soins infirmiers continus 24h/24 à domicile ».

La loi prévoit également un subside pour la famille, un congé sans solde, tel que mentionné ci-dessus dans la partie « Familienhospizkarenz ». Il est versé uniquement à des fonds spéciaux (à partir de ce qu’on appelle « Härtefallfonds », littéralement fonds pour les cas extrêmes).

Enfin, il existe dans le cadre de la « Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG) » une assurance sociale libre (assurance retraite et santé) pour les personnes qui soignent des membres de leur famille).

Perspectives de réforme

Au sein du ministère des Affaires sociales, sous la présente législature, un groupe d’experts est en train d’élaborer un plan pour élaborer les décisions utiles pour assurer le financement et la durabilité du système de protection sociale dans un avenir proche et à plus long terme.

Lors de la dernière législature, un autre groupe d’experts avait recommandé des propositions de réforme de la « Pflegegeldgesetz » pour les personnes et les enfants ayant des problèmes de santé mentale.

Les résultats de ces études, qui se concentrent sur les problèmes des personnes, orientent les actions directes du gouvernement, contribuant à rendre plus efficace l’action de réponse au problème de la dépendance. On pourrait en conclusion et en résumé dire que le système législatif, bien que suffisamment développé, devrait, dans une matière aussi importante, mieux réglementer les besoins des personnes dépendantes et des familles, en ne négligeant aucun effort pour prévoir des financements adéquats pour les interventions.

En Autriche, il ne manque pas d’études et de propositions qui mettent l’accent en particulier sur le phénomène de la dépendance en particulier dans le domaine de la démence (« Demenzhandbuch » BMSK 2008 – Manuel sur la démence) ni de nouvelles études sur la façon de financer les besoins futurs d’une population dépendante que l’on juge en constante augmentation («Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge (WIFO-Gutachten 2008) » (Financement à moyen et long terme de la prévention sanitaire).

La Confédération autrichienne des syndicats (ÖGB) a présenté elle aussi des propositions intéressantes sur les réformes en cours et les revendications, appelant à une harmonisation entre le travail

et les besoins de la famille pour les membres de la famille. L'accent devrait être mis sur un projet qui intègre les besoins de ceux qui doivent être protégés, leurs familles et les professionnels qui les assistent en assurant à ces derniers des conditions de travail et de rémunération en ligne avec les sacrifices qu'ils consentent. L'ÖGB propose un fonds de soins (« Pflegefonds ») pour garantir, même à l'avenir, la viabilité future du système, fondé sur d'autres formes de financement et sur la fiscalité. Dans une telle perspective de réformes qui concernent non seulement l'Autriche mais tous aussi tous les autres Etats membres, l'Union européenne pourrait à notre avis jouer un rôle important en définissant un nouveau programme de financement pour la dépendance face à la hausse de la population concernée. À cette fin, par exemple, le Fonds social européen (FSE) pourrait être mis à contribution.

Comme mentionné précédemment, en Autriche, les conditions de travail et le niveau des salaires du secteur ne semblent pas suffisants et ce problème mérite une attention particulière. Il faut d'abord considérer que l'assistance professionnelle est assurée principalement par des femmes, et que donc les écarts de rémunération homme - femme jouent un rôle. En définitive, puisque ce sont les femmes qui prennent en charge les membres de la famille qui sont en état de dépendance, la question de l'assistance devient une question liée au genre. On devra rechercher une solution équitable au financement en tenant compte des exigences de plus grande équité sociale et de la durabilité du système tout entier.

8.9. LA DÉPENDANCE EN POLOGNE

Le système polonais de la sécurité sociale

L'aide sociale en Pologne est régie par la loi du 12 mars 2004 et organisé par les unités centrales et locales du système social, en collaboration avec des organisations telles que les fondations, les associations, l'Eglise catholique et d'autres Eglises, les groupes religieux, les employeurs travail (qu'il s'agisse de personnes physiques ou morales). Les unités de l'assistance sociale sont structurées comme suit:

- ▶ dans les villes et les municipalités : les centres d'aide sociale;
- ▶ dans les *poviats* (districts) : là où se concentre le soutien de famille ;
- ▶ dans les *voïévodies* : les Centres régionaux de la politique sociale.

La gestion du gouvernement au niveau central et régional, joue également un rôle important dans le système d'assistance sociale. Le niveau régional est, entre autres, responsable de l'évaluation des activités, de l'efficacité et de la qualité des services fournis par les unités administratives de l'assistance sociale dans les municipalités et les districts.

Le ministre du Travail et de la politique sociale, responsable du secteur de la sécurité sociale, est chargé de la politique et la stratégie de l'aide sociale, du développement de la réglementation et c'est lui qui définit les services fournis par les unités administratives de l'aide sociale en plus de vérifier l'efficacité des mesures préparées.

La majeure partie des services d'assistance sociale est fournie par les centres d'aide et d'assistance sociale et par les centres de districts pour le soutien familial. Ce sont les deux centres qui sont responsables tant du paiement des prestations financières prévues que de l'octroi de l'assistance autre que financière.

Le niveau régional est responsable de la coopération avec les fournisseurs et les organismes de protection sociale (par exemple les ONG).

Les ONG fournissent des services aussi divers que les lieux de campement pour les nomades, les centres d'accueil pour les mères célibataires, les centres de jour, d'autres centres d'assistance etc.



Bénéficiaires

Conformément aux dispositions de la loi en matière d'assistance, sont bénéficiaires les personnes résidant sur le territoire de la Pologne et les étrangers qui vivent et qui demeurent dans le pays, sous réserve de permis, de séjour, ou de réfugié, ainsi que les citoyens de l'UE de l'Espace économique européen. L'aide sociale est attribuée aux personnes et aux familles, en particulier pour les raisons suivantes:

- ▶ Pauvreté, condition d'orphelins, sans-abri, maternité, chômage, invalidité, troubles familiaux, en particulier dans le cas des familles monoparentales et nombreuses, alcoolisme ou toxicomanie, difficulté de réinsertion après des périodes de détention, catastrophes naturelles ou écologiques.

La protection sociale se traduit par diverses formes d'avantages: cela va des aides économiques en espèces aux différentes formes de soutien autre que financier, comme le travail social, les services de soins, le recours à des experts - essentiellement en droit et en psychologie, la formation etc.

Les principaux groupes de bénéficiaires de l'aide sont les suivants:

- ▶ les nomades (assistance sous forme de la fourniture d'abris, de repas, de vêtements);
- ▶ les sans-emploi (prestations en espèces, activités de réinsertion);
- ▶ les handicapés et les personnes dépendantes (services de soins, centres sociaux d'assistance, aide en argent);
- ▶ les pauvres (aide en argent);
- ▶ les personnes âgées (services de soins, centres sociaux d'assistance, aide en argent);
- ▶ les familles et enfants (aides en argent, cantines scolaires);
- ▶ les victimes de catastrophes naturelles et écologiques (aide à finalité bien spécifique).

L'aide sociale est destinée à faciliter l'intégration et l'inclusion sociale des bénéficiaires.

Avantages financiers

La loi du 12 mars 2004 sur l'assistance sociale couvre trois principaux types d'aides dont on peut bénéficier:

- ▶ l'aide permanente;
- ▶ l'aide temporaire;
- ▶ l'aide à finalité bien spécifique.

D'après la loi, les prestations économiques peuvent être accordées aux personnes et aux familles dont le revenu par habitant ne dépasse pas les limites établies par cette loi.

Le bénéfice permanent a un caractère d'avantage à reconnaître obligatoirement aux personnes incapables en raison de leur âge ou de leur invalidité, à condition que leurs revenus ne dépassent pas les limites prévues. Ce bénéfice constitue une compensation par rapport à leur revenu, se montant à la différence entre l'examen des revenus et le revenu personnel, mais en tout cas jamais moins de 30 zlotys par mois et par personne.

La prestation temporaire peut être provisoirement attribuée à des personnes et à des familles sans revenu suffisant pour cause de maladie, d'invalidité, de chômage et d'autres circonstances; la loi fixe les conditions, le montant et la durée de cette prestation.

La loi sur l'assistance sociale comprend également des mesures pour promouvoir l'intégration des personnes couvertes par une protection internationale, telles que les réfugiés et les étrangers dans des conditions particulières.

L'assistance est accordée dans le cadre d'un programme spécifique d'intégration, convenu entre le centre du *poviat* pour le soutien de la famille et de l'étranger, en précisant la quantité, la portée et les formes d'assistance, en fonction de la situation spécifique de la vie de l'étranger et de sa famille. L'aide est assurée pour une période qui ne peut excéder 12 mois et se concrétise par une subvention en argent, par le paiement des cotisations d'assurance maladie et par des services de conseils spécialisés.

Public visé par cette aide

Conformément à la loi du 20 avril 2004 et au Journal Officiel 2008, n° 69 p. 415, relative au marché du travail, la personne dépendante est quelqu'un qui demande de l'aide en raison de son état permanent de santé ou en raison de son âge, et qui, par ses liens familiaux ou ses relations, est proche de la personne requérante ou de la personne elle vit au sein du ménage. Il s'agit d'une définition du secteur de la protection de l'emploi, mais elle ne peut être appliquée dans le domaine des soins de longue durée aux personnes dépendantes en raison de leur âge, de leur maladie ou d'autres facteurs.

La législation polonaise prévoit des services pour les soins à long terme avec recours à du personnel infirmier pour la réhabilitation d'une manière durable, continue et professionnelle ; avec traitement médicamenteux, même à la maison quand il n'y a pas nécessité d'hospitalisation, et cela peut également inclure une formation sur place des membres de la famille pour qu'ils prodiguent de meilleurs soins aux malades. Les soins de longue durée ne sont pas conçus pour les personnes qui ont besoin d'être admises en centres sociaux ni aux malades en phase terminale. Il existe différentes formes d'organisation de soins de longue durée en fonction des besoins.

La politique sociale envers les personnes âgées est mise en œuvre au travers de nombreux systèmes, tels que le système d'assurance sociale, le système de santé, le système de réadaptation, etc.

Conformément à la loi du 12 mars 2004 sur l'assistance sociale (Dz.U. 04.64.593), les centres sociaux d'aide doivent fournir une aide sociale aux personnes selon leur âge, leur maladie ou pour d'autres raisons nécessitant une assistance d'autrui, des services professionnels infirmiers comprenant une aide pour répondre aux besoins quotidiens, en matière d'hygiène corporelle, dans les traitements recommandés par un médecin et dans la mesure du possible, dans les contacts avec l'entourage.

Actuellement, les soins de longue durée sont prodigués en Pologne dans deux domaines de la gouvernance: la prévoyance et l'aide sociale.

Ils sont basés sur la coopération mutuelle des institutions qui offrent des services dans le domaine de la santé et dans le secteur de l'aide sociale, également avec la collaboration d'ONG.

Les exigences, la portée et les règles et le mode de financement des prestations sont réglementés par la loi du 27 août 2004 relative aux prestations de santé financées par des fonds publics.


La loi du 12 mars 2004 sur l'assistance sociale (Dz.U. 04.64.593, amendée), réglemente les services fournis par les centres sociaux d'assistance. En fonction de ceux qui sont concernés, ces centres se ventilent en centres pour: les personnes âgées, les malades chroniques, les malades mentaux chroniques, les handicapés à la fois physiques et mentaux, qu'ils soient adultes, jeunes ou enfants.

L'organisation et le financement

Les actions, bien que coordonnées et organisées par le gouvernement central, sont réalisées par les institutions locales dans le cadre global de l'aide sociale.

Le financement est réparti entre le Fonds National de Santé (NFZ), le budget de l'Etat pour les soins médicaux, et les instances locales dans le cadre de l'assistance sociale.

Le financement des soins pour les personnes dépendantes n'en demeure pas moins une question très complexe qui dépend de / et qui inclut de nombreux facteurs. À titre d'exemple, le financement du séjour dans un établissement de soins est supporté par le Fonds National de Santé (NFZ) pour les établissements qui appartiennent au système de santé public et dans le même temps, il implique le versement d'une somme, par la personne concernée, sa famille ou sa commune dans les autres cas, en fonction du statut de l'établissement. Le NFZ couvre également une partie des



dépenses d'équipement de réadaptation, une autre partie est supportée par la personne concernée et, si elle dispose d'un certificat médical relatif à son handicap, c'est le PFRON (Fonds national pour la réadaptation des personnes handicapées) qui la prend en charge.

Le financement est accordé pour:

- ▶ La personne dépendante (allocation ou prestation financière pour soins) : si elle demeure dans un établissement qui la prend en charge, cette allocation / prestation n'est pas due ;
- ▶ Sa famille : la prestation financière est due pour les soins et doit dans ce cas être payée aux personnes qui renoncent à un emploi ou à un autre travail rémunéré pour pouvoir s'occuper d'un enfant ayant un certificat d'invalidité (loi sur les prestations familiales).

Les centres d'assistance sociale paient les cotisations d'assurance vieillesse et retraite pour la personne qui ne travaille pas parce qu'elle s'occupe directement et personnellement d'un parent malade de longue durée.

Une prestation financière est due en faveur de la personne qui ne travaille pas et n'est pas rémunérée autrement pour s'occuper d'un enfant disposant d'un certificat d'invalidité. Cette prestation est également due pour permettre de s'occuper d'une personne avec un certificat de très forte invalidité.

D'une manière générale, on peut dire que le système d'aide à la famille ne satisfait pas complètement tous les besoins. Les montants des prestations payées aux personnes qui renoncent à un emploi rémunéré pour s'occuper d'un membre dépendant de la famille, sont en fait, des montants symboliques et leur attribution fait l'objet de controverse. En définitive, c'est encore et toujours la famille de la personne dépendante qui prend en charge ses soins, sans véritable soutien de l'Etat.

Quant au contrôle, à l'évaluation de l'efficacité globale du système et au contrôle des soins de longue durée, c'est au Ministre de la Santé qu'il incombe, tandis que les autres contrôles sont effectués par des organismes locaux, en particulier dans les districts.

Une analyse et un suivi de la réglementation, des résultats et de l'organisation des prestations et de la fourniture des soins de longue durée ont été menés en 2007, parce qu'on avait signalé des irrégularités. L'analyse avait confirmé la nécessité urgente de réformer le système.

La situation actuelle dans le système de santé occasionne / et résulte d'une dispersion dans l'accès aux services de santé dans certains domaines et peut affecter en particulier les groupes sociaux les plus exposés à une marginalisation sociale, à savoir les personnes touchées par la pauvreté, les handicapés et les personnes âgées. Les raisons en résident principalement dans les méthodes de collecte et de répartition des ressources financières et dans des erreurs dans l'administration du processus de mise en œuvre du changement. Des effets pervers en dérivent en plus du faible niveau de financement du système public de soins de santé, ce qui est particulièrement visible à la lumière du taux élevé d'augmentation des coûts basés sur les prix externes au système de santé (les prix des médicaments, des appareils médicaux, de l'utilisation de l'infrastructure, du travail) et de l'augmentation dans le secteur plus étroitement impliqués de la « santé » (engendrée par le développement de la formation, de la publicité, des processus démographiques).

Avec l'adhésion de la Pologne à l'UE, il semblerait que les nouveaux stades de changement aient été plus précis que par le passé et qu'ils vont se concentrer davantage sur les changements qui concernent directement les citoyens.

Le syndicat indépendant et autonome NSZZ "Solidarność" demande une révision des principes en vertu desquels les prestations sont attribuées aux personnes qui renoncent à un emploi rémunéré pour s'occuper de membres la famille pour s'occuper de membres dépendants de leur famille. Le syndicat demande que cette prestation soit au moins égale au montant d'un salaire minimum, que l'on élimine le critère lié au revenu familial et que la base de calcul des cotisations pour l'assurance sociale versées par le Centre d'assistance sociale à la personne qui renonce à son emploi rémunéré pour s'occuper d'un membre de sa famille ou d'une personne dépendante soit au moins égale à l'assiette du salaire minimum.

8.10. L'AIDE SOCIALE AUX PAYS-BAS

Les municipalités sont responsables du niveau de l'assistance sociale : une allocation mensuelle qui peut aller de 650 € (pour une personne seule) à 1300 € (pour une famille). Les municipalités offrent également des services sociaux et soins à domicile. L'aide sociale, régie dans la loi néerlandaise « sur le travail et l'aide sociale » (*Wet Werk en Bijstand* - WWB) définit les allocataires sociaux comme étant ceux qui ont un revenu insuffisant et un capital restreint. Les bénéficiaires sont obligés de chercher à se reloger dans des délais les plus brefs possible.

Les jeunes jusqu'à l'âge de 27 ans ne peuvent pas demander une prestation en vertu de la WWB. Ils sont tenus de travailler ou d'aller à l'école, sinon, ils toucheraient l'équivalent d'une allocation WWB. Le cadre juridique est national et les municipalités reçoivent un budget pour la mise en œuvre de la WWB et de la WMO (*Wet Maatschappelijke Ondersteuning* – loi sur l'assistance sociale).

Les prestations de la WWB s'adressent à la personne dépendante. Dans des cas spécifiques, le bénéfice peut leur être accordé en nature ou leur être versée directement en argent.

Il y a bien eu quelques tentatives pour évaluer l'efficacité de l'aide à ceux qui cherchent un emploi, mais elles ont souvent échoué.

Les municipalités sont généralement réticentes à contrôler ce qui arrive aux gens qui émargent à l'assistance sociale.

La confédération syndicale néerlandaise FNV se montre critique tant à l'égard de la législation que de sa mise en œuvre au niveau local. En ce qui concerne le passé, le FNV avait mis en place des outils qu'elle avait élaborés, dont notamment une évaluation biennale passant en revue les politiques sociales municipales, et cela avait induit des changements considérables dans la politique sociale. Actuellement, FNV est en train de récolter des données pour l'édition 2010, qui devrait être publiée en mars. Suite à l'introduction de la WMO, les municipalités sont maintenant responsables des mesures de soins à domicile, mais ont tendance à sous-traiter ces services.

La FNV et ses syndicats affiliés ont essayé de s'opposer (et ont même réussi) à s'opposer à une législation visant à réduire le recours à du personnel spécialisé dans la gestion des soins.



9. Conclusions

Les pages qui précèdent ont tenté de décrire les scénarios actuels et les développements des mesures de réponse lorsqu'il y a dépendance dans les pays membres.

C'est un travail qui n'est pas simple et qui est certainement incomplet: on peut difficilement comparer des pays dotés de systèmes politiques, économiques, sociaux différents, avec des réglementations, organisations et structures diverses.

L'absence même de définition commune de la dépendance témoigne de cette difficulté, sans non plus sous-estimer l'importance des événements historiques ont sur la situation des peuples, sur les décisions et la sensibilité des gouvernements.

D'autre part, l'objectif déclaré de cette étude comparative n'est pas d'établir des listes ou d'élaborer des tableaux, mais avec l'aide de tous (les fiches des différents pays sont utiles à cet égard, car en plus de fournir des informations essentielles, elles donnent une idée de la «perception» de l'efficacité de l'action en matière de dépendance) d'arriver à des hypothèses partagées de réformes, à proposer et à revendiquer tant dans les différents pays qu'au niveau de l'UE.

Etant donné que les réformes devront servir pour l'avenir, il faut réfléchir sur ce qui est ressorti en termes de scénarios prévisibles et se poser quelques questions cruciales pour décider des mesures à prendre nécessairement et des mesures du domaine du possible :

Quelle est la marge de l'intervention publique ?

Avant tout, il faut réfléchir sur les modalités de financement des dépenses publiques dans le domaine de la dépendance. L'étude que nous avons menée a mis en évidence un changement continu et constant dans les composantes des dépenses pour pouvoir les adapter aux risques émergents. En cette période de contraction des ressources, malheureusement, couvrir un risque peut signifier qu'on laisse à découvert un autre problème.

Cela a des répercussions immédiates sur la population qui, par voie d'imposition dans certains pays ou dans d'autres cotisations de sécurité sociale est amenée directement à financer l'investissement public en matière de protection sociale. Tant et si bien que dans certains pays on reprend l'idée d'un partenariat nécessaire de particuliers pour couvrir le risque de dépendance. C'est une question plus que jamais d'actualité, qui doit apporter des réponses immédiates pour y remédier avant qu'il ne soit trop tard.

Quelle est la bonne combinaison de services et d'interventions ?

Il ressort de ces fiches que ce qui semble être « juste » c'est ce qui privilégie le point de vue de la personne dépendante et non les structures et organisations. Toutes les interventions doivent poser comme objectifs prioritaires la satisfaction des besoins des personnes touchées par un handicap. La gradation de l'intervention, comme cela arrive dans de nombreux pays, devra dépendre de la gravité du problème qui affecte singulièrement les personnes. Il sera donc essentiel de mettre en œuvre un cadre de services (résidentiels et à domicile), qui soit en mesure de répondre rapidement à ces besoins d'intervention, en adaptant au cas par cas l'intervention à la personne, à ses besoins et à ses attentes.

Comment réaliser un réseau de services dans le pays ?

Les demandes et propositions, fondées sur les expériences qui ont fait leurs preuves, vont dans le sens d'un rapprochement maximal des services par rapport aux usagers, sans sacrifier la coordination, en

exploitant toutes les possibilités, même celles à haut degré technologique. Dans un tel contexte, il faudrait imaginer des modes d'action différents par rapport aux difficultés d'infrastructure d'un pays, à la présence ou à l'absence de composants professionnels et de réseaux de bénévoles.

Que donner, et à qui ?

A côté évidemment des acteurs institutionnels, les acteurs sociaux et les parties prenantes concernées, telles que les organisations bénévoles et les associations représentant les personnes handicapées, devraient participer au choix des modalités de redistribution des ressources, une question extrêmement délicate et plus cruciale que jamais en cette période de crise.


Comment combler les différences régionales ?

Ce n'est certainement pas un problème que l'on pourrait résoudre à court terme. Il suffit de penser que dans chaque pays il subsiste encore de grandes différences dans l'offre et l'utilisation de nombreux services. Mais il est nécessaire de se fixer cela comme objectif et de le poursuivre avec cohérence et constance. Les autorités nationales sont en train d'examiner plusieurs manières d'aborder le problème de l'augmentation prévue de la demande en services de soins de longue durée, ce qui va induire une diminution du nombre d'hommes et de femmes en âge de travailler, qui sont en mesure de fournir des soins informels aux personnes, précisément face à l'augmentation du nombre des personnes âgées dépendantes. En outre, la tendance à la réduction de taille des familles et la multiplication des familles monoparentales conduiront certainement à un creusement des différences régionales de pays à pays et de région à région.

Quel devrait être le rôle de l'UE ?

Les différences dans la manière de répondre aux risques sociaux traditionnels et nouveaux mettent bien l'accent sur la nécessité d'une coordination européenne plus forte et plus déterminée avec tous les moyens dont l'UE dispose: l'OMC, la fixation d'objectifs, les incitants. Les institutions européennes devront se fixer comme tâche de « conseiller » aux Etats nationaux l'approbation dans un court délai d'une loi spécifique qui protège les personnes dépendantes. Il semble impossible, en effet, que dans les pays où les dépenses de protection sociale sont dans la ligne de la moyenne européenne (l'Italie en est un excellent exemple), on n'ait pas prévu une législation organique de réponse à cette problématique.

Il va falloir alors mettre en place des groupes de travail ad hoc qui reflètent et proposent des modalités conjointes pour résoudre les questions spécifiques à une tranche de plus en plus importante de la population. Les données disponibles sur le phénomène, comme nous avons pu nous en rendre compte personnellement, rendent une image photographique de la situation, mais avec un retard considérable, qui risque de faire perdre la voie au législateur communautaire. Il est donc nécessaire de fournir aux *décideurs* des données stables et comparables sur le phénomène de la dépendance et des informations suffisantes et précises sur l'impact de cette dernière sur la population des personnes âgées, afin de planifier les réponses politiques adéquates. Tout aussi importante est la collecte de données sur la disponibilité de services aux personnes dépendantes. En particulier, il est nécessaire d'obtenir une meilleure qualité des données provenant des systèmes administratifs, des données qui puissent être comparées dans le temps entre les différents Etats et régions et entre les différents programmes de santé et de prévoyance sociale. En d'autres termes, en Europe, le phénomène du vieillissement de la population, avec l'augmentation de l'incidence des degrés de handicaps liés à l'allongement de l'espérance de vie, pose la question de pouvoir disposer de données horizontales valables et comparables sur la santé, tant chez les jeunes que chez les personnes âgées, afin de créer une base empirique générale pour la formulation d'analyses et la planification de politiques et de stratégies de développement.



Une fois définies les modalités de récolte des données au fil du temps et après en avoir évalué la cohérence, il sera important, comme le soulignent quasi à l'unanimité ceux qui ont répondu aux questionnaires, que l'Europe, dans l'attente de définir des politiques communes de développement en matière de réponse à la dépendance, commence à approfondir ses politiques de spécialisation du personnel pour pouvoir garantir le service (y compris à domicile) aux personnes âgées dépendantes. Ces politiques, de grande ampleur et nécessairement conjointes, devront être en mesure :

- ▶ d'institutionnaliser la prise en charge des membres les plus vulnérables de la société, notamment par la reconnaissance d'une carrière professionnelle à celles et ceux qui s'occupent de personnes dépendantes. Aujourd'hui, surtout dans les pays d'Europe méridionale et orientale ce n'est pas le cas, comme en témoigne le bas niveau des salaires et les conditions d'emploi défavorables. Ce n'est pas par hasard, d'ailleurs, si les professions de soins sont surtout exercées par des femmes;
- ▶ d'envisager un relèvement des qualifications et de la formation du personnel de la santé, de manière à accroître ultérieurement le niveau de la reconnaissance de ce rôle professionnel;
- ▶ d'assurer la qualité de l'aide fournie. C'est un facteur clairement lié aux deux éléments ci-dessus, ainsi qu'à la question du financement. Les coupes sombres effectuées dans les budgets publics et le recours croissant à des aidants et à des services (volontariat) a entraîné un déclin inévitable de la qualité des services proposés. En outre, on se trouve maintenant en présence des premiers cas d'entreprises privées organisées pour fournir ces services dans différents pays;
- ▶ d'apporter une réponse efficace à la rationalisation possible des services socio-sanitaires, ce qui, en raison d'un manque de ressources disponibles, peut entraîner un nombre élevé de personnes âgées dans un risque important d'exclusion ;
- ▶ d'induire au sein des Etats une forte coordination entre la composante sociale et la composante santé. Dans certains pays, en effet, les deux composantes du système de réponse interagissent sans connaître ni les programmes ni les modalités de l'autre, avec un risque réel de double emploi des ressources et d'un gaspillage de l'argent public qui pourrait être investi plus efficacement.

Le monitoring constant de ce qui a été réalisé au niveau national en matière de dépendance mériterait une étude à part. Là où il a été décidé d'intervenir, comme la FERPA l'espère - aux deux niveaux, communautaire et national, il serait essentiel de pouvoir mesurer l'efficacité des interventions proposées. À tous les niveaux, par conséquent, il devient nécessaire de mettre en place et d'utiliser des indicateurs normalisés qui permettent de comparer les résultats du monitoring lui-même. A cet égard, il semble important de souligner la valeur du projet de la Commission européenne intitulé «Quality Care for Quality Ageing : European Indicators for Home Health Care », qui vise à mettre en place des indicateurs de la qualité pour l'évaluation des interventions en faveur des personnes âgées dépendantes bénéficiant d'une assistance à domicile en Europe.

Il faut certainement considérer comme un pas important la ratification, le 26 novembre dernier, de la convention des Nations unies sur les droits des personnes handicapées¹² par le Conseil de l'Union européenne. Une telle ratification, en fait, constitue un cas sans précédent, puisque c'est le premier traité sur les droits de l'homme à être ratifié par l'UE. À la suite de la ratification, toutes les institutions de l'UE devront désormais tenir compte des valeurs de la Convention dans toutes les politiques relevant de leur juridiction, en ce comprises celles de la coopération au développement. En outre, tous les États membres de l'Union seront tenus de réviser les lois et les programmes nationaux en sorte qu'ils soient cohérents avec la Convention elle-même.

Reste à espérer que ce ne sera que la première d'une longue série d'étapes qui engageront un réel processus d'engagement de la part des institutions de l'UE dans ce domaine.

12 Rien qu'en Europe les Etats suivants ont déjà ratifié la Convention: Italie, Autriche, Belgique, Croatie, Danemark, Allemagne, Grande-Bretagne, Portugal, République tchèque, Saint-Marin, Serbie, Slovaquie, Espagne, Suède et Hongrie.





FERPA

Fédération européenne des retraités et personnes âgées

Boulevard du Roi Albert II, n°5 • B-1210 Brussels • Belgium

Tél. +32/2/224.04.42

<http://ferpa.etuc.org>